

SODEPSI

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE

PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 10, VOLUMEN 10, Nº 1 MARZO DE 2014

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 \$ 32.000*
Otros profesionales \$ 32.000*

SUSCRIPCIONES EN EL EXTRANJERO

(incluye envío por correo certificado)

Psiquiatras..... US\$ 60*
Médicos no psiquiatras US\$ 75*
Otros profesionales US\$ 75*

Solicitudes

CyC Salud Limitada
E-mail: contacto@cyccsalud.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: contacto@cyccsalud.cl

Revisión - Investigación - Teoría

GACETA DE

PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

DIRECTOR ACADÉMICO

Dr. César Ojeda

EDITOR GENERAL

Dr. Alberto Botto

SUBEDITORES

Dra. Patricia Cordella, Dr. Hernán Villarino

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: Hernán Villarino Herrería
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 Barak", 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 Barak", 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 CIECIVA

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 DUFÉY DOMÍNGUEZ

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

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



RAMÓN FLORENZANO URZÚA

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

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



CLAUDIO DANIEL FULLERTON UGALDE

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

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



NINA HORWITZ

Socióloga, Postítulo en Sociología de la Salud.

Posgrados:

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

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

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

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

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

Magister en Bioética, Universidad de Chile (c).

Cargos y Funciones Académicas:

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

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

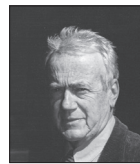
Integrante de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina Integrante del Comité Académico del Magister de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina

Líneas de Investigación:

Sociología de la Salud, Familia y Salud Mental

Salud Mental y Subjetividad

Bioética y Humanidades Médicas



FRANCISCO HUNEEUS COX

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

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



FERNANDO IVANOVIC-ZUVIC R.

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

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

de Chile.

Profesor Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Profesor Escuela de Psicología Universidad La República.



ENRIQUE JADRESIC

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

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



JUAN PABLO JIMÉNEZ

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

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



JUAN FRANCISCO JORDÁN MOORE

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

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

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



MARIANE KRAUSE

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



JUAN FRANCISCO LABRA JELDRES

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



JUAN CARLOS MARTÍNEZ AGUAYO

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



ALBERTO MINOLETTI SCARAMELLI

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

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



CÉSAR OJEDA

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



EUGENIO OLEA B.

Médico-Cirujano de la Universidad de Chile.
Psiquiatra de la Universidad de Chile.
Especialista en Psico-Oncología de la Universidad de París V.

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



PATRICIO OLIVOS ARAGÓN

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



GRICEL PAULINA ORELLANA VIDAL

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



POLICARPO REBOLLEDO MARCHESINI

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



PEDRO RETAMAL C.

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

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



RAÚL RIQUELME VÉJAR

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

1975. Se especializó en Psiquiatría en la escuela de Posgrado de la misma universidad, en el Instituto "José Horwitz Barak". 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.

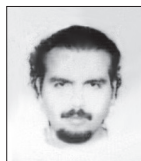
Miembro del Comité Editorial del *Journal of Family Psychotherapy*.



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 Barak". Profesor Asistente Psiquiatría Departamento Psiquiatría Sede Norte Universidad de Chile. Miembro de la

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

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

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

Artículo:

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

Libro:

1. Jaspers K. Psicopatología General, Ed Beta, Madrid, 1970
4. El autor puede iniciar su artículo con un resumen en castellano (e inglés si lo desea), que sirva de invitación al lector y dé cuenta de aquello que desarrollará en el texto.
 5. Los editores se comunicarán vía mail con los autores a efectos de cualquier sugerencia, y se reservan el derecho de rechazar una colaboración por fundamentos que se les dará a conocer por escrito.
 6. Los trabajos recibidos podrán ser publicados, además de en números regulares de la *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, en suplementos y/o separatas de la misma revista.

ÍNDICE

10 EDITORIAL

- 10 SENSIBILIDAD Y CIRCUNSTANCIA
Alberto Botto

11 OBITUARIO

12 ESCRÍBANOS

15 COMENTARIO DE LIBROS

- 15 AVANCES EN PSICOLOGÍA DEL TESTIMONIO
Autores: Antonio L. Manzanero, José Luis González
Editorial: Ediciones Jurídicas Santiago, Chile 2013
Comentarista: M. Teresa Scott

- 18 TRAUMA RELACIONAL TEMPRANO. HIJOS DE PERSONAS
AFECTADAS POR TRAUMATIZACIÓN DE ORIGEN POLÍTICO
Autora: Elena Gómez Castro
Editorial: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Colección Psicología,
Santiago Chile, 2013
Comentarista: Catalina Scott

21 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS

28 COLUMNAS DE OPINIÓN

- 28 PAISAJE Y ESPÍRITU
Hernán Villarino

- 30 LA PSICOTERAPIA: UN OFICIO SIN TESTIGOS
César Ojeda

- 32 DE BOSQUES Y TERAPIAS
Alberto Botto

34 ENTREVISTA DE GPU

- 34 UN MODO DE COMPRENDER LA PSIQUIATRÍA.
ENTREVISTA A MAX LETELIER

39 ENSAYO

- 39 PRÁCTICA Y TEORÍA EN LA CIENCIA Y EN LA PSIQUIATRÍA
César Ojeda

- 47 LAS PARADÓJICAS CONSECUENCIAS DEL OBJETIVISMO EN LA
PSIQUIATRÍA: SUBJETIVISMO Y FIN DEL MUNDO
Hernán Villarino

53 REVISIÓN

- 53 MATERIAL ONÍRICO Y DIAGNÓSTICO. CONSIDERACIONES
GENERALES A PROPÓSITO DE UN CASO: UNA APROXIMACIÓN
DESDE LA PSICOLOGÍA ANALÍTICA
Eduardo Tagle

- 64 TERAPIA FAMILIAR BREVE ESTRATÉGICA EN EL TRATAMIENTO DE
ADOLESCENTES CON CONSUMO PERJUDICIAL DE DROGAS
Víctor Andrés Droguett

71 PSIQUIATRÍA EVOLUCIONISTA

- 71 LA MENTE: DIGRESIONES DESDE LA PERSPECTIVA EVOLUTIVA.
PARTE 2
Jaime Santander

87 ESTUDIO BIOGRÁFICO

- 87 MENDOZA: UN VIAJE DE 20 AÑOS (1992-2012). PRIMERA PARTE
Claudio Martínez, Alemka Tomicic
- 97 MENDOZA: UN VIAJE DE 20 AÑOS (1992-2012). SEGUNDA PARTE
Claudio Martínez, Alemka Tomicic

108 BIOÉTICA

- 108 AUTONOMÍA EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO
Juan Ignacio Reculé

116 INVESTIGACIÓN

- 116 ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA Y SALUD MENTAL
EN HIJOS ADULTOS
*Ramón Florenzano, Claudia Hernández, Luis Venegas, Cristóbal
Larraín, José Pablo Godoy, Catalina Sieverson*

- 121 DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL ABUSO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS
Juan Pérez-Franco, Carmen Gloria Fresno J.

SENSIBILIDAD Y CIRCUNSTANCIA

Alberto Botto

“Creo muy seriamente que uno de los cambios más hondos del siglo actual con respecto al XIX va a consistir en la mutación de nuestra sensibilidad para las circunstancias”.

José Ortega y Gasset

Aunque parece el título de una novela de Jane Austen, las palabras “sensibilidad” y “circunstancia” aluden a algo que se encuentra bastante alejado de la ficción y muy cerca de nuestra experiencia cotidiana.

Desde los primeros modelos que intentaron explicar las fuentes de la psicopatología en base a la vulnerabilidad personal (diátesis) y el estrés ambiental, mucho se ha escrito e investigado acerca de la relación entre las influencias del entorno y el desarrollo psicológico, incluyendo sus desviaciones patológicas. Los aportes tanto conceptuales como empíricos provenientes de la teoría del apego han mostrado y demostrado ampliamente el influjo que el ambiente (a través de los cuidados parentales) ejerce sobre el individuo. Sin embargo, en la actualidad diversos autores defienden un enfoque que, más allá de la vulnerabilidad, postula la presencia de una “sensibilidad diferenciada” ante los estímulos ambientales, es decir, la noción de que existen personas más (o menos) sensibles ante las influencias del entorno social sin que eso conlleve necesariamente un significado negativo. En consecuencia, dicho enfoque supone reconocer la existencia de una interacción entre ambos factores en lo que podríamos llamar el complejo sensibilidad-circunstancia.

Grandes esfuerzos se han destinado a desentrañar los misterios de la interacción entre la sensibilidad individual (representada en distintos niveles por la personalidad, los estilos cognitivos o los polimorfismos genéticos) y el ambiente (representado por los cuidados parentales, los eventos vitales o el soporte social) constituyendo los estudios sobre la depresión y el trauma un caso ejemplar (Hornung y Heim, 2014). Sin embargo, el problema dista mucho de estar resuelto ya que las relaciones entre el sujeto y su entorno se definen no sólo por su influencia mutua sino también por su recursividad. Es así como el entorno puede ser tan determinante

sobre el sujeto como éste sobre su entorno. Por ejemplo, se ha visto que ciertas características de la personalidad (afectivas, cognitivas, conductuales e interpersonales) de los pacientes depresivos determinan un mayor riesgo de generación y exposición a situaciones de estrés. Esta hipótesis –denominada *generación de estrés*– sería una de las explicaciones de la alta recurrencia en algunos pacientes con trastornos afectivos (Liu, 2013).

Siguiendo con lo mismo, hoy es imposible desconocer el impacto que la psicoterapia puede tener sobre la biología. Tal es su importancia que incluso se ha planteado (Stahl, 2012) que la psicoterapia podría conceptualizarse –desde un punto de vista neurobiológico– como un “fármaco epigenético” (o, al menos, como un agente terapéutico que actúa epigenéticamente de manera similar o complementaria a los fármacos tradicionales). Por lo tanto, como si fuesen la trama y urdimbre de un mismo tapiz, parafraseando a Ortega podríamos decir: “yo soy mi sensibilidad y mi circunstancia”.

Y no estaría de más agregar que “si no la salvo a ella no me salvo yo”.

REFERENCIAS

1. Hornung OP, Heim CM. (2014). Gene-environment interactions and intermediate phenotypes: Early trauma and depression. *Frontiers in Endocrinology*, 5, 14. doi: 10.3389/fendo.2014.00014
2. Liu RT. (2013). Stress generation: Future directions and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 406-416. doi: 10.1016/j.cpr.2013.01.005; 10.1016/j.cpr.2013.01.005
3. Stahl SM. (2012). Psychotherapy as an epigenetic ‘drug’: Psychiatric therapeutics target symptoms linked to malfunctioning brain circuits with psychotherapy as well as with drugs. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 37(3), 249-253. doi: 10.1111/j.1365-2710.2011.01301.x; 10.1111/j.1365-2710.2011.01301.x

OBITUARIO

El 11 de marzo de 2014 falleció en Santiago el Dr. Max Letelier Pardo. Lo conocí siendo yo becado de psiquiatría en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Desde ese momento hasta el final de su vida fuimos amigos y compartimos innumerables experiencias personales, clínicas y teóricas. Creo que él no habría aceptado que yo dijese que fue mi maestro, pues no era inclinado a las relaciones verticales ni a la autoridad algo pomposa que aún es posible encontrar en el ámbito de las especialidades médicas. Sin embargo su persona impactó profundamente, no sólo a mí sino que a una gran cantidad de colegas. Max tenía una cualidad muy poco frecuente: le interesaban las opiniones de los demás, con absoluta independencia del rango y la edad. Esto estimulaba la creatividad, el aplomo y el buen pensar en los becados y estudiantes. Si bien ocupó cargos importantes (como el de Presidente de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía) su dedicación esencial era a la clínica en todas sus dimensiones, pues creo que jamás dejó de asombrarse por la riqueza de la mente humana, incluidas en ella las perturbaciones que están a cargo de la psiquiatría. Le interesaban los pacientes del mismo modo en que le interesaban la filosofía y la literatura. Sin embargo, ciertas cosas lo irritaban, como la adhesión de algunas personas a sistemas dogmáticos, que siempre han tenido alguna expresión en el trabajo clínico psiquiátrico. Consideraba que adherir a escuelas y ortodoxias de cualquier tipo generaba una "ilusión de conocimiento": "es creer que si cerramos todas las ventanas vamos a encontrar claridad en la oscuridad". En este número de la GPU hemos reproducido una entrevista que dio a la *Revista Vida Médica* en el año 1987. Nos complace profundamente el hacerlo, pues en ella se hace evidente que las preguntas de entonces son las mismas de hoy, pero, a mi juicio, más claras y sensatas. Creo que la tristeza hoy embarga a todos los que lo conocimos y especialmente a los que fueron sus amigos y a los que compartieron con él en seminarios, reuniones clínicas y lecturas. Yo me siento privilegiado de haber sido uno de ellos, y por sobre la tristeza que su muerte me produce, está la plenitud de un largo tiempo de diálogo genuino y fecundo.

CÉSAR OJEDA

ESCRÍBANOS

Si usted desea dar su opinión, comentar algún artículo o referirse a cualquier aspecto de Gaceta de Psiquiatría Universitaria, por favor escribanos a: psiquiatriauniversitaria@gmail



CARTA ABIERTA AL DOCTOR JAIME SANTANDER

José Alcalde¹

Estimado Jaime:

Antes que nada, quería felicitarlo por su artículo. Es claro que hoy abundan las investigaciones que vienen a sumar un nuevo dato a la infinidad de información ya existente... y escasean los valientes que se atreven a decir: "¡Un momento por favor! Detengámonos a pensar". Y claro: la montaña de información en neurociencias, psiquiatría y psicología de nada sirve si no contamos con un constructo teórico elegante, robusto, consistente y lo suficientemente amplio como para dar cabida –digamos– a más del 50% ¡y por qué no! 90% de los fenómenos que nos interesan (llamémosle "el fenómeno psíquico"). Mientras no contemos con dicho referente teórico, los datos se presentan a nosotros como piezas de un puzzle en medio de una pieza oscura.

Quería además hacer otra "declaración": tengo la convicción de que esta teoría –que hasta el momento no conocemos–, va a ser una síntesis de diferentes corrientes teóricas y disciplinas del saber:

- La Fenomenología: creo que es el método por excelencia para estudiar aquello –que al menos yo trato de "hacerle el quite"– que algunos llaman conciencia. Cierta corriente dentro de la fenomenología nos invita a quedarnos con lo meramente descriptivo de la conducta humana, para luego tomar dichos datos como punto de partida y comenzar a inferir. Un fenomenólogo más "puro" evita

interpretaciones que bien podrían estar fuertemente influenciadas por el mismo sujeto que las formula.

- La Teoría de la Evolución: la fuerza de esta teoría creo que es indiscutible. Sólo quisiera destacar que ella nos da luces, y por tanto, nos entrega con claridad los conceptos más profundos de "lo psíquico". Entonces, ¿por qué inventar la rueda y complicarnos con formulaciones teóricas rebuscadas, cuando es la misma evolución de los seres vivos la que nos muestra el camino? Los mismos conceptos de inteligencia, percepción, memoria, emoción, etc., tienen su origen en algún punto de la historia evolutiva. Por tanto, es axiomático que cualquier definición de dichos conceptos debe tomar en cuenta necesariamente este punto de vista.
- Las Neurociencias: Claro. Algunos colegas me alegrarán diciendo "la base biológica sólo viene a hablarnos de las causas materiales, no de las formales"; sin embargo, mientras no tengamos certeza de si es primero el huevo o la gallina, entonces sería casi ingenuo no tomar en cuenta las bases biológicas de la conducta al momento de construir una teoría –digamos– unificada de estas ciencias.
- Las Matemáticas: en este punto es cuando mis colegas ya deberían estar dejando de leer. No, ¡por favor! Por el contrario, abramos nuestra mente mucho más. La totalidad del mundo físico está escrita en el lenguaje matemático. Si pensamos que el hombre es la excepción, entonces una vez más estaremos cometiendo el mismo error antropocéntrico que tantas veces hemos cometido como hombres cada vez que intentamos hacer ciencia. El hombre y todo lo que pueda emanar de él está inserto en un mundo físico. Plantear una idea distinta nos llevaría a toda una nueva metafísica,

o a cualquier disciplina que estaría en el campo especulativo o no científico. Las matemáticas son como una especie de gran taladro que nos permite atravesar esa "roca madre" que siempre –cada vez que comenzamos a hacer ciencia de algún fenómeno desconocido, como la conciencia– se interpone entre nosotros y dicho fenómeno en cuestión. Pensemos: ¿Acaso Einstein habría inventado la Teoría de la Relatividad General si no hubiese estudiado la matemática de Poincaré y la geometría de Riemann? Estoy convencido que no lo habría hecho... La magia de las matemáticas radica precisamente allí: nos permite abrirnos caminos en sectores extremadamente áridos de la realidad. Nos lleva a explorar dimensiones completamente distintas a las que nos muestra nuestro intelecto más "intuitivo" y, por cierto, prejuiciado. De hecho, estoy convencido de que la fenomenología muy pronto iniciará un noviazgo con las matemáticas (la niña fea a ojos de psiquiatras y psicólogos)... y eso va a terminar en un casorio. Y claro que hace sentido: si la fenomenología nos invita a quedarnos con los datos de la conducta –nuestro noble punto de partida– las matemáticas servirán para abrir camino desde dicho punto de partida. Ecuaciones diferenciales de todo tipo, variables complejas, geometrías curvas... que maravilla!... Pero mientras no exista un matemático experto en psicología o un psicólogo experto en matemáticas, voy a tener que seguir soñando con dicho matrimonio... aunque más allá de la ensoñación, quisiera comentarle que por ahí ya he visto un par de intentos por unir ambas disciplinas.

Entremos entonces a su ensayo titulado "La mente: digresiones desde la perspectiva evolutiva".

¹ jalcalde@etalent.cl

En su artículo se trata un sinnúmero de ideas, que comparto desde lo más profundo. Sin embargo, tengo que plantear una regla de este juego: las ciencias avanzan más con base en las discrepancias que en los acuerdos.

Por esta razón quisiera detenerme en un punto de su tesis, que más que un detalle, me parece esencial para la consistencia de la teoría. Dice relación con los caminos convergentes de la evolución. Usted pone como ejemplo, el ojo de los seres vivos, y habla de “diferentes caminos evolutivos que llegan finalmente a una misma solución”. Discrepo con ese concepto. Intentemos demostrarlo.

Hace cien años, muy pocos eran los que creían que el hombre tenía un antepasado común (una especie de Adán). Hoy ya nadie lo discute. Hace cien años también, algunos pensaban que la vida se originó en la tierra en distintos lugares. Creo que hoy todos tienen claro que existió un primer ser vivo que dio origen a todo esto que vemos hoy. Y lo mismo con todo lo vivo y con cada una de sus características: cada uno de los elementos observables de un ser vivo debería encontrar un único origen en la historia evolutiva. Veamos por qué esto es posible.

¿Por qué van cambiando las especies con el paso de los años? Por distintas razones. Puede ser por elección de pareja, pero también puede ser por mutación en alguno de los genes. Y dicha mutación es casi azarosa (sé que decir “casi azarosa” es tautológico, pero creo que queda claro el trasfondo). Sabemos también que de todos los cambios que puedan producirse en las especies, solo algunos nos permitirán prevalecer sobre nuestros semejantes. Para formalizar la idea anterior, tenemos que “lo más adaptativo”, está en función del escenario actual. Por lo tanto, y teniendo en cuenta que la mutación es azarosa, entonces todo escenario vivo tiende a la paulatina diferenciación. En otras palabras: los escenarios vivos divergen constantemente. Por lo tanto, la probabilidad de una convergencia, aunque existe, es prácticamente imposible que ocurra.

Esta creo que es una definición esencial para establecer cualquier teoría unificada de la psicología. He aquí un concepto en el que nos hemos detenido muy poco, y que marca una diferencia esencial entre el mundo físi-

co, y su subconjunto, el mundo vivo. Pongamos un ejemplo para entender bien esto.

Imaginemos que en el planeta X (casi idéntico a la Tierra, pero muy distante a ella), tenemos unos seres vivos primitivos que habitan en una caverna. Y el planeta B (que llamaremos *Tierra*), tenemos los mismos seres vivos que habitan en una caverna con las mismas condiciones. Con el paso de los años estos seres vivos se unirán, se reproducirán, pelearán entre sí, se matarán, algunos prevalecerán, otros tendrán mutaciones tremendamente adaptativas, lo que a su vez generará un nuevo escenario, y dicho escenario comenzará a dictar las pautas de lo que es y lo que no es adaptativo, etc. Por lo tanto, si volvemos a visitar dichas cavernas en varios millones de años más, nos vamos a encontrar con que:

- En ambas existen seres vivos completa y absolutamente diferentes
- En ambas cavernas hay estalactitas y estalagmitas

El primer punto creo que es evidente dada nuestra demostración. ¡Y el segundo punto también lo es! De hecho, nuestros amigos los geólogos lo saben perfectamente. ¿Qué estoy tratando de decir con esto? Simplemente que el mundo físico converge y el mundo vivo diverge. La evolución de lo físico es mucho más predecible, gracias a las leyes físicas, algunas de las cuales conocemos muy bien. De hecho, los físicos descubrieron hoyos negros y supernovas antes de que pudieran observar estos fenómenos por primera vez. Ningún biólogo, en cambio, podría ni siquiera decir cómo serían las especies en otro planeta, por la sencilla razón de que dichas especies evolucionaron en base a múltiples escenarios creados a partir de miles de sucesos aleatorios. Entonces, claro: nosotros podemos pensar –una vez más–, desde nuestra mirada antropocéntrica- que el ojo, o la inteligencia, son soluciones “geniales”, y eso nos lleva a pensar que la evolución en cualquier parte debería converger a dichas soluciones. Pero ¿cómo podemos afirmar eso si no sabemos lo genial que es el trulululu? ¿No sabe lo que es eso? Le cuento: es una solución tan genial que ni siquiera se

la imagina, y que se generó en nuestro planeta X hace cientos de miles de años.

Pero más allá de las bromas, quiero insistir en la importancia de estos conceptos. Es romántico pensar que la inteligencia humana es la solución evolutiva más genial que podría existir. Pero tenemos que tener claro que, por probabilidades, esta solución no la vamos a encontrar nunca en este universo... y lejos de ser una actitud antropocéntrica, con esto sólo estoy diciendo que dada “la ecuación” o las leyes de la evolución biológica, nunca encontraremos que de manera independiente surgen o convergen soluciones o atributos o conductas o cualquier cosa de lo vivo. Todo, absolutamente todo, tiene un origen común en la historia evolutiva; es decir, si los subconjuntos de lo vivo convergen cuando retrocedemos en el tiempo, necesariamente divergen cuando vamos hacia adelante.

Muchos saludos; y ansioso esperaré el segundo capítulo de su teoría.



RESPUESTA DEL DOCTOR JAIME SANTANDER

Estimado José Francisco,

Agradezco antes que sus palabras el gesto de haber leído la primera parte de mi ensayo, lo que ya supone una excepción. Agradezco por cierto también sus felicitaciones.

Respecto de sus comentarios:

- Me parece sano estar atentos a los aportes que puedan llegarnos de cualquier disciplina, eso hace la discusión más rica y no nos encerramos a discutir sobre los mismos conceptos que todos los expertos en una u otra materia eventualmente compartimos. En ese sentido no le temo a las matemáticas, pero sí me preocupa que intentemos reducir a ecuaciones el funcionamiento psíquico en su totalidad. Hoy por hoy, algunos filósofos de la mente, como Daniel Dennett, piensan que en última instancia todo el funcionamiento mental es reducible al conocimiento de

los circuitos neuronales a nivel molecular. De ahí queda un paso a la afirmación del presidente del National Institute of Mental Health, Thomas Insel, quien en abril de 2013 definía trastornos mentales como “biological disorders involving brain circuits that implicate specific domains of cognition, emotion, or behavior” (<http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>). Pienso que cuando se avanza por caminos nuevos se debe estar atento a todo, pero se debe mantener la cautela.

- Respecto de la inteligencia humana como ventaja adaptativa, por cierto que eso está por verse, el Homo Neanderthalensis no logró un desarrollo cultural ni una hegemonía similar a la nuestra, sin embargo existió como especie por unos 250.000 años. Antes que ellos y también coexistiendo con ellos, el Homo Erectus habría poblado el mundo por más de un millón de años. Eso por hablar sólo de homínidos. Llevamos 150.000 a 180.000 años como especie sobre la tierra y está por verse si nuestra inteligencia nos permite ser más adaptativos que cocodrilos y escarabajos, por nombrar especies que ya llevan millones de años en el planeta y posiblemente nos

sobrevivirán tras nuestra extinción. Recientemente Stephen Hawkins ha hecho un llamado a los científicos del mundo para salir del planeta antes de los próximos 100 años para no perecer del todo... Así que comparto que nuestra inteligencia no necesariamente es una garantía de éxito adaptativo a futuro, porque las condiciones ambientales han cambiado, hoy nuestra principal amenaza somos nosotros mismos, y de hecho nuestra inteligencia podría ser la causa de nuestra destrucción...

- Suscribo con usted que la deriva evolutiva se trata básicamente de divergencia y así lo expongo en mi ensayo. Sin embargo las vías convergentes, que son un detalle en el desarrollo del capítulo, en realidad remiten a las observaciones de muchos autores, desde Darwin a la fecha, en que por vías completamente diferentes, y desde puntos inicialmente divergentes, ocurren soluciones similares ante un problema biológico dado, lo que, de paso, me parece muy interesante. Es esa idea en parte la que subyace a la hipótesis de existencia de vida en otros lugares del universo, aunque sea diferente: la idea de que finalmente la vida es una opción posible en la

evolución de la organización de la materia, y que si ha ocurrido en este planeta, es esperable que también haya ocurrido en las infinitas posibilidades que provee el resto del cosmos. Y resumen: la vida es una opción posible en la evolución de la materia; una vez consolidada la vida, los procesos cognitivos y emocionales son una opción posible en la evolución de la vida, es decir, los procesos mentales, la mente, es una opción posible en la evolución de la vida; y una vez establecidos y consolidados los procesos mentales, la conciencia es una opción posible en la evolución de los procesos mentales. Si hay vida en la tierra no sería extraño que haya vida en otros puntos del universo, y si hay vida en otros puntos del universo, no sería raro que algunas formas de vida tuvieran procesos mentales, y si hay vida capaz de procesos mentales, sería de esperar que surja la conciencia. Por cierto dicha vida, dicha mente y dicha conciencia pudieran ser muy diferentes de las nuestras, sin embargo son soluciones conceptualmente similares en la evolución de la materia.

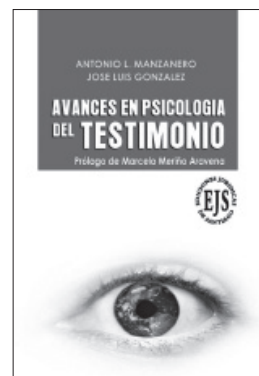
Un cordial saludo,
Jaime Santander

AVANCES EN PSICOLOGÍA DEL TESTIMONIO

Autores: Antonio L. Manzanero, José Luis González

Editorial: Ediciones Jurídicas Santiago, Chile 2013¹

(Rev GPU 2014; 10; 1: 15-17)



M. Teresa Scott²

El libro *Avances en Psicología del Testimonio*, de Antonio Manzanero y José Luis González, es el resultado del trabajo compartido en dos áreas específicas de una misma disciplina: la psicología forense y la psicología criminalista. Antonio Manzanero es Doctor en Psicología, profesor titular de Psicología Básica en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y actual director del Anuario de Psicología Jurídica de la facultad. José Luis González es Doctor en Psicología y Capitán de la Unidad Técnica de Policía Judicial de la Guardia Civil de España.

No es casualidad ni sólo un dato que este libro fuese escrito, en conjunto, por dos autores provenientes de ámbitos de trabajo diferentes. Es más bien el reflejo de una convergencia del trabajo investigativo sistemático con un propósito bien definido. Los autores comparten con nosotros un modelo holístico de comprensión y aplicación de los diferentes factores de influencia activos en un testimonio. Explicitan los factores de influencia presentes a lo largo del proceso, incluyen desde el comienzo de la investigación policial hasta que ésta llega a su fin, muchas veces en tribunales.

La Psicología Forense, también conocida como Pericial o Psicología aplicada a los tribunales, es una rama de la Psicología Jurídica que emplea los conocimientos y métodos utilizados en su rama de trabajo a la evalua-

ción de los procedimientos judiciales. El propósito de esta evaluación es asesorar a los jueces en la toma de decisiones. La función principal del psicólogo forense, independiente del órgano judicial que solicite su intervención, es la emisión de informes periciales que respondan a la pregunta psico-legal solicitada.

Avances en Psicología del Testimonio es el tercer libro del Dr. Antonio Manzanero sobre el tema. *Psicología del testimonio: Una aplicación de los estudios sobre la memoria* publicado el año 2008 es el primero. Una investigación que continúa en "Memoria de Testigos: Obtención y valoración de la prueba testifical" su segundo libro (2010) ambos publicados en Madrid, España.

Avances en Psicología del Testimonio (2013) es un texto esencial para la formación de profesionales en el área forense. Éste es, hasta la fecha, el último libro de uno de los autores más influyentes de habla hispana en psicología forense. Su prestigio, justamente ganado, es consecuencia de su trayectoria profesional en el ámbito docente, de investigación, la psicología experimental y su profundo análisis y aporte en la psicología del testimonio.

La profundidad del análisis conceptual se sostiene en la solidez argumentativa de los autores. No es casualidad que *Avances en Psicología del Testimonio* fuese publicado en nuestro país por Ediciones Jurídicas de Santiago

¹ www.ejs.cl / contacto@ejs.cl

² Psicóloga.scott.mteresa@gmail.com

(EJS), vemos aquí una propuesta editorial que se hace cargo de la relevancia de contar con profesionales expertos en psicología forense; una exigencia profesional emergente de la reforma procesal penal recientemente implementada en nuestro país. Esta obra es, sin duda, un texto esencial. La sedimentación del registro sólido de conocimientos, la rigurosidad de su análisis y la vasta experiencia en sus escritos y publicaciones da cuerpo a este libro de notable rigor en materia forense.

Pero ¿de qué estamos hablando cuando hablamos de testimonio? La Psicología del Testimonio trata de la aplicación de los conocimientos sobre los procesos psicológicos básicos (atención, percepción, memoria y procesos afines) a la obtención y valoración de la prueba testifical. En el libro encontramos expuestos de manera clara y sistematizada todos aquellos elementos relevantes a tener en cuenta a la hora de obtener, conservar y valorar esa prueba. Estos factores están planteados acorde a los avances científicos encontrados y aborda de manera crítica, fundamentada e imparcial estas temáticas y procedimientos.

En psicología forense la prueba testifical es un medio probatorio emanado de las declaraciones (testimonios) e identificaciones entregadas a lo largo del proceso judicial por víctimas, testigos e imputados. La relevancia de estos testimonios alcanza su máxima importancia en aquellos procesos penales donde muchas veces hay ausencia de otros medios de prueba.

Comienza el libro con un prólogo de Marcelo Meñó, abogado, docente de la Universidad Autónoma de Chile, quienes tuvieron el acierto de invitar al Dr. Manzanero al Congreso Internacional de Derecho y Ciencias Forenses realizado en Chile en julio de 2013. Gran impacto causaron entre los asistentes sus exposiciones “Exactitud de los recuerdos infantiles”, “Validez de los procedimientos para la valoración de la prueba testifical”, “Cómo discriminar entre declaraciones reales y falsas” y “La prueba preconstituida en casos de abuso sexual infantil”, por sus valiosos aportes a la psicología forense.

Avances en Psicología del Testimonio está compuesto por ocho capítulos, seis anexos y una interesantísima y completa revisión de referencias bibliográficas para ser consultada. Un texto fundamental para los psicólogos forenses y todos aquellos profesionales de ámbito jurídico (policías, fiscales, abogados y jueces) que tienen relación con la valoración de la prueba testifical. Un libro que, sin duda permitirá avanzar conforme al conocimiento científico y al ejercicio de las buenas prácticas.

En el primer capítulo se desarrolla la historia de la psicología del testimonio. Un vasto recorrido por esta

disciplina y una mirada bien informada dan cuenta de una disciplina aún muy joven en nuestro país pero de larga trayectoria internacional.

Más adelante los autores abordan los factores de influencia necesarios de considerar para la valoración de la exactitud de las declaraciones y estimar su posible influencia en la declaración de un testigo. Los factores están sistematizados y agrupados en tres variables: *factores del suceso*: condiciones perceptivas, información especial, familiaridad y frecuencia, tipo de suceso; *factores del testigo* tales como género, edad, discapacidad intelectual, expectativas y estereotipos, ansiedad y emoción, implicación, drogas; y *factores del sistema*: demora y recuperación múltiple.

En el capítulo tercero se analizan los modos de obtención de una declaración. Capítulo de gran relevancia, donde se describen los diferentes tipos de interrogatorios y las consecuencias de malas prácticas en la posterior obtención y valoración de una declaración. Los autores proponen un detallado protocolo para el desarrollo de la *prueba preconstituida* (entrevista única). Esta metodología permitiría salvaguardar el indicio cognitivo (testimonio) como elemento probatorio y evitar o al menos disminuir la victimización secundaria. En las reflexiones finales de este importante capítulo los autores señalan que los factores de influencia y el modo de obtener una declaración son variables intervinientes de evaluar ya que pueden dar lugar a falsas memorias y por lo tanto falsas declaraciones. Capítulo que pone de relieve también los *factores de sugestibilidad*, en el cual se enumeran la gran cantidad de factores que influyen en la capacidad de los testigos para resistirse a la sugerencia de información falsa, tales como: demora en la recuperación, tipo de información, tipos de preguntas, orden de las preguntas, condiciones perceptivas, credibilidad de la fuente y reiteración.

Posteriormente, en los dos capítulos siguientes se analizan los métodos de identificación de los agresores, detallando con el mismo cuerpo de conocimientos todos aquellos procedimientos utilizados junto con los posibles factores de influencia en la identificación de personas. En estos procedimientos los posibles factores de influencia serían: *factores del suceso*: condiciones perceptivas, duración, familiaridad –distintividad– atractivo, detalles impactantes, número de agresores y espectadores; *factores del testigo*: discapacidad intelectual, género, identificaciones realizadas por menores, identificaciones realizadas por personas mayores, identificaciones de personas de otras etnias, expectativas y creencias de los testigos, papel del testigo: víctima o espectador, entrenamiento; y *factores de retención*: demora, información post-suceso, ruedas previas.

El penúltimo capítulo da cuenta de la detección de la mentira y la evaluación de la credibilidad de los testimonios y realiza un análisis crítico respecto a la sobrevaloración de los análisis de credibilidad como medio de prueba. Para finalmente realizar una propuesta de protocolo Holístico de Evaluación de La Prueba Testifical: *HELPT*. Este procedimiento contempla dos grandes áreas, por una parte la *evaluación de las declaraciones* y por otra la *evaluación de las identificaciones*. Dentro de la primera se evalúa la capacidad para testificar, se realiza un análisis de los factores del suceso y del testigo, luego se obtiene la declaración para finalmente realizar un análisis y evaluación de la declaración contemplando tres grandes elementos: *las características (cómo lo cuenta)* en base a un análisis comparativo con otras declaraciones de origen conocido, y justificación de las características encontradas de acuerdo con factores de influencia, y, por otra parte, *el contenido (lo que cuenta)* relacionado con las evidencias, el contexto de la revelación, motivación para informar y otras informaciones, terminando con el *planteamiento de hipótesis*, sus definiciones, falsación y confirmación. Respecto a la *evaluación de las identificaciones* ésta contempla ocho niveles de análisis: evaluación de la capacidad para identificar, análisis de los factores del suceso y

del testigo, obtención de la descripción, retrato robot de ser necesario, prueba de identificación, análisis y evaluación de la identificación, evaluación de la validez de la identificación (evidencias, ganancia secundaria) y análisis de causas posibles de falsas acusaciones.

Lo interesante y el gran aporte de este procedimiento es que descentra el foco en el tema de la credibilidad de las declaraciones y recoge estos criterios para introducirlos como un modelo de observación, explicando su presencia o ausencia mediante teorías sobre el funcionamiento de los procesos cognitivos implicados en la capacidad para testificar (atención, percepción, memoria, lenguaje), y a su vez integra las evidencias científicas sobre los efectos que algunas variables pueden tener sobre la exactitud de las declaraciones.

Sin duda es un libro que nos orientará en un correcto quehacer, entendiendo la prueba testifical como un continuo que contempla las actuaciones de todos los intervinientes, y está lejos de ser un medio de prueba aislado, muy por el contrario, es extraordinariamente sensible a los factores de influencia. Lo anterior, lejos de ser un problema, es un gran desafío para hacer las cosas de manera correcta y conforme al conocimiento científico tan claramente expuesto en este libro.

TRAUMA RELACIONAL TEMPRANO. HIJOS DE PERSONAS AFECTADAS POR TRAUMATIZACIÓN DE ORIGEN POLÍTICO

Autora: Elena Gómez Castro¹

Editorial: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Colección Psicología, Santiago Chile, 2013

(Rev GPU 2014; 10; 1: 18-20)



Catalina Scott²

En el libro *Trauma Relacional Temprano. Hijos de personas afectadas por traumatización de origen político* la Dra. Elena Gómez investiga, tal como indica el título, el trauma relacional temprano en descendientes directos de personas afectadas por traumatización extrema de origen político. Una generación de jóvenes, entre 20 y 30 años consultan en ILAS³ por crisis de angustia, sentimientos de confusión y fracasos personales. Niños y púberes que habitualmente no presentaron problemas son descritos más bien como sobreadaptados a las demandas de la familia y respetuosos de las normas sociales. Al iniciar la juventud comienzan sus problemas. Las interrupciones de proyectos personales ligados al logro de autonomía son la constante. Las crisis de pánico, los sentimientos de confusión y de inestabilidad están vinculadas a sentimientos de fracaso personal inusualmente intensos. Estos jóvenes eran niños

menores de dos años, en el momento que sus padres fueron víctimas de persecución política. Padres severamente traumatizados por actos de violencia extrema. El quiebre de la continuidad existencial por la imposibilidad de los padres para cuidarlos y estar disponibles emocionalmente estaría sobre la base de sus dificultades de separación e individuación. Algo de este orden estaría expresando los síntomas. En general, estos pacientes refieren sus problemas como acontecimientos del presente inmediato y no establecen nexos entre sus síntomas actuales y su biografía. ¿Es posible investigar qué sucede en la subjetividad de personas que a corta edad fueron sometidas a hechos de violencia extrema?, ¿de qué manera afecta la traumatización extrema de los padres la subjetividad de los hijos?, ¿podemos encontrar en los hijos algún indicio del modo en que son registrados en la memoria los efectos traumáticos de la

¹ Médico-Psiquiatra de la Universidad de Chile, Doctorada en Psicoanálisis, psicoanalista y miembro asociado IARPPCHILE. Desde 1980 su trabajo clínico ha estado sistemáticamente orientado en la atención de personas afectadas por traumatización de origen político. En 1988 funda ILAS junto a otros profesionales, donde actualmente se desempeña como Directora. Docente y supervisora clínica en programas de formación en varias universidades del país. Es parte del equipo docente del Magister Trauma Relacional de la Universidad Alberto Hurtado. draegomez@yahoo.es

² Psicóloga PUC, Psicoterapeuta Psicoanalítica Adultos. Docente y supervisora clínica en programas de formación en psicoterapia psicoanalítica. Miembro Cuerpo Editorial GPU. Miembro Capítulo Chileno IARPP (Comité Jornadas Clínicas y Comité Difusión y Comunicación) cscottspinola@gmail.com

³ Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos

violencia extrema a sus padres? El propósito del libro es justamente indagar en ello. El estudio de un caso clínico es el dispositivo elegido para investigar el trauma relacional temprano. Una manera de generar reflexiones teóricas a partir de interrogantes clínicas. El libro *Trauma Relacional Temprano* es el resultado de una exhaustiva investigación psicoanalítica sobre los desarrollos teóricos sobre el trauma. Se revisan autores y modelos psicoanalíticos relevantes, se destacan aportes de la neurociencia y de otras disciplinas afines, se incluyen observaciones provenientes de la investigación empírica sobre apego seguro. El estudio de las diferentes temáticas y aproximaciones organiza las materias abordadas en los capítulos medulares del ensayo. Las observaciones de la terapeuta sobre el caso están enfocadas en la investigación del trauma relacional temprano. Las reformulaciones del psicoanálisis relacional sobre la constitución del sujeto y la configuración del trauma relacional temprano van iluminando principios fundamentales de la perspectiva relacional en psicoanálisis. Para las/los terapeutas interesados en conocer las teorías relacionales del trauma y profundizar en la clínica de lo traumático, el libro *Trauma relacional temprano* es una referencia esencial.

En el Capítulo I la terapeuta presenta el caso de Daniela. Comparte con los lectores el relato escrito del caso de Daniela. La escritura es una manera de comprender, dice Hannah Arendt mientras escribe, “La banalidad del mal” sus reflexiones acerca del juicio a Eichmann. El más polémico de sus ensayos fue publicado en esa época en el *New Yorker*, la revista de mayor prestigio intelectual de NY. Escribir es también un acto de generosidad, no exento de riesgos sobre todo cuando se escribe sobre asuntos controversiales por largo tiempo silenciados. El libro *Trauma relacional temprano* interpela, simultáneamente, a los sectores de nuestra sociedad y a los de la comunidad psicoanalítica que, por una u otra razón, se han mantenido al margen de los acontecimientos del contexto. Pero volvamos al caso para presentar a la paciente. Daniela, una joven de 23 años, consulta por ataques de pánico recurrentes. El primer episodio de angustia ocurre en la universidad tras una acalorada discusión a raíz del comentario de un profesor sobre la inexistencia de detenidos desaparecidos en nuestro país. Daniela es hija de un detenido desaparecido y de una madre detenida y torturada. Al momento de consultar, la paciente no advierte realmente lo que le está sucediendo y no hace ninguna relación entre su sintomatología actual, el episodio desencadenante y los acontecimientos de violencia ocurridos a su familia en el pasado. Un modo de relacionarse, comenta la terapeuta, que estaría expresando la cualidad traumática

de lo sabido no vivido. Daniela conoce lo sucedido, refiere antecedentes concretos sobre hechos del pasado. Un conocimiento despojado de significados emocionales que le otorguen sentido permanece archivado como un dato. No es posible articular significados sin que medie una elaboración de lo traumático. Más adelante asistimos, a través del relato de la terapeuta, a momentos cruciales del tratamiento. Una manera de visualizar lo que sucede en la escena analítica. Accedemos a la cualidad emocional desplegada en el vínculo, al movimiento de la transferencia y la contratransferencia co-creado por las participantes. Un rastreo clínico microscópico interesantísimo que sugiero leer con atención. No es posible detenernos en ello. Permítanme sólo una observación sobre las intervenciones de la terapeuta. Advierto una mirada respetuosa y sensible en la terapeuta, una mirada que considera la subjetividad de la paciente. Una terapeuta que se detiene en los aspectos procedimentales no-verbales de la relación y no se precipita en interpretaciones apresuradas es una terapeuta que reconoce en la irrupción de contenidos el exceso. Una manera de estar en las sesiones permite que el proceso se vaya constituyendo por sí mismo en una experiencia terapéutica.

En el Capítulo II se revisa la noción de trauma psíquico masivo y las consecuencias del Holocausto para los sobrevivientes de la primera y segunda generaciones. Se presentan conceptualizaciones de diferentes autores para comprender los efectos traumáticos del exterminio masivo al pueblo judío. El libro continúa en los siguientes capítulos trazando un recorrido por temáticas teóricas y clínicas del psicoanálisis y por los aportes de otras disciplinas. Una manera de recoger los antecedentes de las reformulaciones del trauma propuestas por el psicoanálisis relacional.

El Capítulo III titulado “Teoría del trauma en psicoanálisis” se inicia con la teoría clásica del trauma de Freud. Una revisión crítica de esta teoría deja en evidencia las limitaciones del modelo freudiano a la hora de conceptualizar el daño psíquico masivo producido por el horror de genocidios, guerras y bombardeos nucleares ocurridos en el siglo XX, acontecimientos brutales a los que podríamos agregar la violencia impensable inaugurada por la escalada terrorista en el inicio del nuevo siglo. A continuación se consideran los aportes de Ferenczi, Winnicott y de otros autores del Grupo Independiente. Por último, se estudian las teorías intersubjetivas. Antes de finalizar, una breve reflexión sobre trauma y enfermedad psicósomática.

El Capítulo IV incorpora los aportes de Winnicott sobre el desarrollo emocional temprano, las investigaciones empíricas acerca del apego seguro y los hallazgos

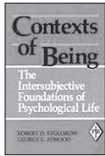
de la neurociencia sobre el procesamiento emocional y la memoria. Las reflexiones de Winnicott acerca del desarrollo emocional temprano permiten comprender la relevancia de la disponibilidad emocional de los padres para el desarrollo temprano de la experiencia de continuidad existencial. La mente es concebida en el modelo psicoanalítico relacional como una mente abierta al entorno social y a la biología. Una mente relacional se constituye dialécticamente en el contacto con otro. A continuación la autora destaca la noción de quiebre y ruptura incorporada por el psicoanálisis a la comprensión del trauma. El quiebre sucede cuando la violencia sobrepasa la capacidad de elaboración psíquica. ¿Podríamos pensar la discontinuidad existencial y el quiebre psíquico como factores constitutivos del trauma relacional temprano? Una matriz relacional quebrada –la configuración del trauma relacional temprano– que

estaría determinando, tal como lo sostiene la tesis del presente ensayo, la sintomatología, las modalidades relacionales de la paciente y las cualidades emocionales desplegadas en la transferencia-contratransferencia.

Para terminar, quisiera resaltar la relevancia que cobra la publicación de un libro como éste a 40 años del golpe militar. Los enclaves de poder heredados de la dictadura –el marco constitucional vigente, la fractura del territorio, el quiebre de referentes cotidianos– insisten en salvaguardar el orden impuesto durante la dictadura. Una manera, si lo pensamos desde el psicoanálisis, de mantener la discontinuidad de la experiencia. En este contexto, el ensayo sobre el trauma relacional temprano es el relato de una experiencia humana en la intimidad de la sesión analítica que contribuye a sanar las heridas de la paciente y su publicación aporta a la reconstrucción social de un país fracturado en el exceso.

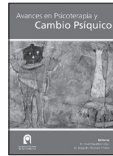
CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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



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

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



AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO

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



LA ESQUIZOFRENIA CLÁSICA

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



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

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



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

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



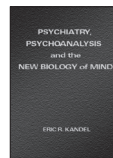
EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA

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



TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

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



PSYCHIATRY, PSYCHOANALYSIS AND THE NEW BIOLOGY OF MIND

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



NO HUMANO, PERO INTELIGENTE ON INTELLIGENCE

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



TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL

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



MUJERES DEL MEDIOEVO. SUEÑOS, MEMORIAS, IMÁGENES Y LEYENDAS

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



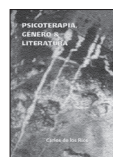
TRATADO SOBRE LA FAMILIA

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



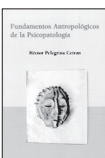
JUICIO A LA PSICOTERAPIA

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



PSICOTERAPIA, GÉNERO & LITERATURA

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



FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

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

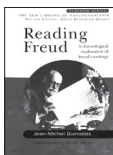


SCHIZOPHRENIC SPEECH

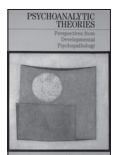
Autores: Peter McKenna y Tomasina Oh
Ed: Cambridge University Press, London, 2005
Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 229-232
Compra: www.amazon.com



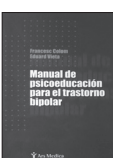
TRAYECTO DEL PSICOANÁLISIS DE FREUD A LACAN
 Autores: Michel Thibaut y Gonzalo Hidalgo
 Ed: Universidad Diego Portales. Segunda Edición, Santiago, 2004, 268 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 233-235
 Compra: www.udp.cl/publicaciones



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



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



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



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



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



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



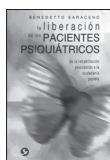
EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD
 Editor General: Hernán Silva
 Ed: CyC Aconcagua, 2004, 130 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 13-15
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



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



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



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



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



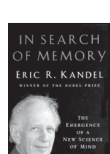
MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA
 Autor: César Ojeda Figueroa
 Ed: C&C Ediciones
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 26-28
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



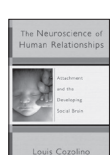
PSIQUIATRÍA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA
 Autor: Mario Vidal C.
 Ed: Serie Roja, Sonepsyn Ediciones, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 132-133
 Compra: www.sonepsyn.cl



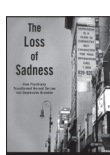
IN SEARCH OF MEMORY
 Autor: Eric R. Kandel
 Ed: W.W. Norton & Company, Inc.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136
 Compra: www.amazon.com



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



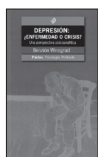
THE NEUROSCIENCE OF HUMAN RELATIONSHIPS: ATTACHMENT AND THE DEVELOPING SOCIAL BRAIN
 Autor: Louis Cozolino
 Ed: W.W. Norton & Company, New York, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 242-244
 Disponible en: www.amazon.com



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



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



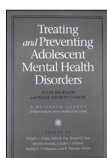
DEPRESIÓN: ¿ENFERMEDAD O CRISIS? UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA
 Autor: Benzió Winograd
 Editorial Paidós, Buenos Aires, 2005, 312 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 251-254
 Compra: www.paidos.com



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



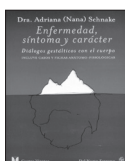
SENTIR LAS PALABRAS. ARCHIVOS SONOROS DE LA MEMORIA IMPLÍCITA Y MUSICALIDAD DE LA TRANSFERENCIA
 Autor: Mauro Mancia
 Editorial: Lumen, 2006, 301 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 384-386
 Compra: www.tematika.com



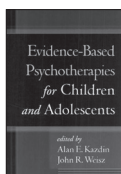
TREATING AND PREVENTING ADOLESCENT MENTAL HEALTH DISORDERS: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DON'T KNOW
 Autores: Dwight L Evans, Edna B Foa, Raquel E Gur, Herbert Hending, Charles P O'Brien, Martin EP Seligman y B Timothy Walsh
 Editorial: Oxford University Press, USA, 2005
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: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



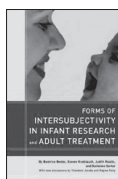
LA MUJER SOLA: ENSAYO SOBRE LA DAMA ANDANTE EN OCCIDENTE
 Autora: Alcira Mariam Alizade
 Editorial: Lumen, Buenos Aires, 1998, Colección Tercer Milenio, 220 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 389-390
 Compra: magisterio@commet.com.ar



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



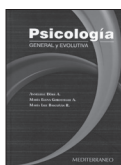
EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS
 Autores: Alan E. Kazdin y John R. Weisz
 Editorial: The Guilford Press, New York, USA, 2003, 475 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 21-22
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



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



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



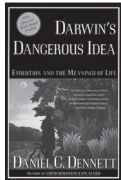
GENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA EN PSIQUIATRÍA
 Editor: Dr. Hernán Silva
 Coautores: Mónica Acuña, Renato Alarcón, Víctor Karpyak, Víctor Lermada, David A. Mrazek, Fernando Novoa, Carlos Valenzuela y Hernán Silva
 Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago de Chile;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



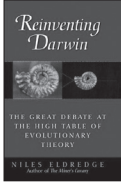
ESTUDIOS CLÍNICOS EN NEURO-PSICOANÁLISIS: INTRODUCCIÓN A LA NEUROPSICOLOGÍA PROFUNDA
 Autores: Karen Kaplan-Solms & Mark Solms
 Fondo de Cultura Económica (2005/2000).
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 162-164
 Compra: www.libreriasdelfondo.com



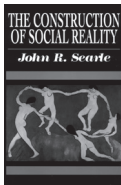
EL FEMINISMO ESPONTÁNEO DE LA HISTERIA. ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS NARCISISTAS DE LA FEMINIDAD
 Autora: Emilce Dio Bleichmar
 Ed. Fontamara, Buenos Aires, 1989
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 165-166
 Compra: www.libreriangeles.com.mx



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



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



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



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



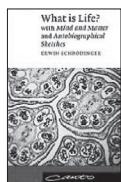
LE GÉNIE FÉMININ. LA VIE, LA FOLIE, LES MOTS
 Tome II. Mélanie Klein
 Autora: Julia Kristeva
 Paris, Éditions Fayard, 2000, 446 pages.
 ISBN : 2213605939
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387
 Compra: www.amazon.com



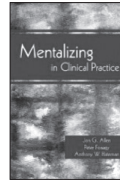
EL GENIO FEMENINO. LA VIDA, LA LOCURA, LAS PALABRAS
 Tomo II. Mélanie Klein
 Autora: Julia Kristeva
 Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2001, 315 páginas.
 ISBN : 950-12-3809-1
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387
 Compra: www.amazon.com



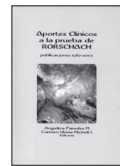
THE DEVELOPING MIND: HOW RELATIONSHIPS AND THE BRAIN INTERACT TO SHAPE WHO WE ARE
 Autor: Daniel Siegel
 Editorial: The Gilford Press, New York, London, 1999, 394 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 388-391
 Compra: www.amazon.com



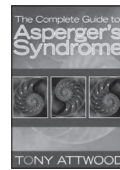
WHAT IS LIFE?
 Autor: Erwin Schrödinger
 Editorial: Cambridge University Press, Cambridge (UK), Tenth Printed, 2003
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 392-396
 Compra: www.mediterraneo.cl



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



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



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



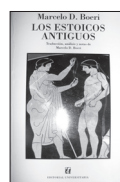
WHEN BLUSHING HURTS: OVERCOMING ABNORMAL FACIAL BLUSHING
 Autor: Enrique Jadresic
 Editorial: Bloomington Universe, New York, 2008, 108 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 22-23
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



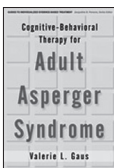
LA NATURALEZA DE LA CONCIENCIA. CEREBRO, MENTE Y LENGUAJE
 Autores: Maxwell Bennett, Daniel Dennett, Peter Hacker y John Searle
 Editorial: Paidós, 2008, 269 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 164-166
 Compra: www.tematika.com



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



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



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



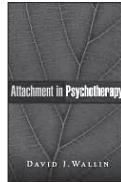
ENCUENTRO CON LA PSICOTERAPIA. UNA VISIÓN ANTROPOLÓGICA DE LA RELACIÓN Y EL SENTIDO DE LA ENFERMEDAD EN LA PARADOJA DE LA VIDA
 Autor: Jean-Marie Delacroix
 Editorial: Cuatro Vientos
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 177-179
 Compra: www.cuatrovientos.cl



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



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



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



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



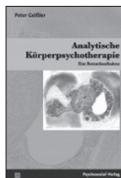
BLUSHING: CUANDO EL RUBOR DUELE
 Autor: Enrique Jadresic
 Uqbar Editores, Santiago, 2009
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 303
 Compra: librerías



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



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



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



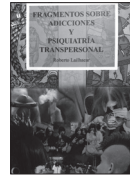
AUTOBIOGRAFÍA DE UN ESPANTAPÁJAROS
 Autor: Boris Cyrulnik
 Editorial: Gedisa, 249 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2010; 6; 2: 134-136



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



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



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



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



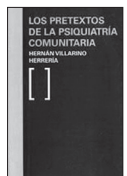
DOLOR HUMANO Y FE CRISTIANA
 Autor: Sergio Peña y Lillo
 Editorial: Patris, 2009, 50 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 3: 248-249



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



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



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



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



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



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



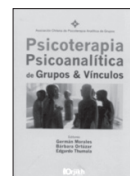
SOCIEDAD Y COMPLEJIDAD. DEL DISCURSO AL MODELO
 Autor: Manuel Vivanco
 Editorial: LOM / Fac. de Ciencias Sociales de la U. de Chile, Santiago, 2010, 186 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 2: 148-150



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



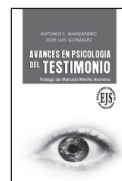
THE REPRODUCTION OF EVIL: A CLINICAL AND CULTURAL PERSPECTIVE
 Autora: Sue Grand
 Editor: Analytic Press, 2002
 Relational Perspectives Book Series, 17
 Comentario: Rev GPU 2012; 8; 4: 382-383



PSIQUIATRAS CHILENAS: PIONERAS EN LA LOCURA
 Autoras: Susana Cubillos y Angélica Monreal
 Ediciones Radio Universidad de Chile, Santiago, 2013
 Comentario: Rev GPU 2013; 9; 4: 327-328



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



AVANCES EN PSICOLOGÍA DEL TESTIMONIO
 Autores: Antonio L. Manzanero, José Luis González
 Editorial: Ediciones Jurídicas Santiago, Chile 2013
 Comentario: Rev GPU 2014; 10; 1: 15-17



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



TRAUMA RELACIONAL TEMPRANO. HIJOS DE PERSONAS AFECTADAS POR TRAUMATIZACIÓN DE ORIGEN POLÍTICO
 Autora: Elena Gómez Castro
 Editorial: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Colección Psicología, Santiago Chile, 2013
 Comentario: Rev GPU 2014; 10; 1: 18-20

Esta Sección tiene como objetivo publicar opiniones breves sobre temas psiquiátricos, psicológicos, artísticos, políticos, etcétera. Esperamos lograr un interesante intercambio de opiniones con esta modalidad.

PAISAJE Y ESPÍRITU

(Rev GPU 2014; 10; 1: 28-29)



Henán Villarino

Nietzsche, que nació y se crió en el llano, gustaba de vivir en la montaña, entre las altas cumbres. Amaba su aire frío, su luz pura y los objetos claros y netos recortados por ella. Sus extrañas y numerosas molestias y dolencias, sus variadas intolerancias y manías corporales, que tanto sufrimiento le provocaban, se aliviaban milagrosamente en la montaña, que además se avenía bien con su espíritu aristocrático, con su evidente elevación respecto del común de los hombres. Nietzsche aborrecía todo lo bajo y vulgar.

Sin embargo, dice en alguna parte, ¿qué importa tener razón si eso nos aleja de los demás? Como si toda la sabiduría del mundo importara un ardite si nos impide tomarnos un café y disfrutar de una conversación con algún otro, con cualquier otro. En algún otro lugar se compara con el sol, es decir, colmado de luz,

pero el problema del sol, agrega, es que alumbrado pero no puede ser alumbrado ni entibiado por nadie. Nietzsche, a quienes algunos asocian injustificadamente con cierta brutalidad, tuvo un terrible acceso de desesperación cuando en Nápoles contempló a un auriga castigando feroz y despiadadamente a su caballo. Su sensibilidad, su extremosa e incurable soledad, no eran el fruto de eso tan vulgar como el orgullo que menosprecia y que se tiene a sí mismo por patricio.

También Jaspers nació y se crió en el llano, pero, en cambio, detestaba la montaña. No toleraba nada que limitara la visión o que impidiera la perspectiva más amplia. ¿Influiría en esta “fobia” la enfermedad del pulmón que padecía? ¿Se agudizaban allí sus dificultades respiratorias? En su diario cuenta que en la adolescencia, al subir el Marmoré, un cerrito más bien que una montaña,

la disnea, la taquicardia y la cianosis se acrecentaron intolerablemente. Llegó a la cumbre exhausto, deshecho, y necesitó de varias horas para reponerse.

Pero una hipótesis causal de esta “fobia” de tipo fisiológico-cognitivo-conductual, y decimos fobia porque antes de aparecer los rayos X el pediatra que lo atendía consideró que sus problemas físicos eran puramente “nerviosos”, aquella hipótesis, decíamos, aunque plausible, es errada. Uno de lo más vivos recuerdos de su infancia, cuando aún no sabía de la afección que lo aquejaría toda la vida, fue su encuentro con el mar. Cuando lo conocí, dice, quedé como hechizado, y desde entonces para mí el mar es el espectáculo más maravilloso de la naturaleza. Antes que la negatividad de la montaña estuvo la positividad del mar, al que desde el primer encuentro Jaspers quedó íntimamente vinculado.

Por lo pronto, todos los temas que trató en su filosofía están relacionados con el mar, y es ese su mejor símbolo y resumen. En primer lugar, por lo abierto, despejado e inabarcable, el mar, para nosotros, es la más clara de las formas sensibles de lo infinito, y la infinitud es lo que yace en el fondo de todas las proposiciones jaspersianas. Su orfebrería conceptual está destinada a develar y declarar, en lo finito y relativo, el inconcebible reflejo de lo absoluto. En segundo lugar, la misteriosa y bullente genialidad del

mar es la fuente creadora de todas las formas vivas, incluido el mismo hombre que lleva el mar en cada una de sus células. La infinitud no es una cantidad ni una magnitud, sino algo vivo, y, como el mar, es imaginativa e inagotablemente conformadora. Por último, el mar no es el suelo estable, firme y seguro; me soporta, pero a condición que yo haga algo, que nade, por ejemplo. La existencia humana, a la que nada cierto la apuntala, que está librada al azar y al acaso porque en ella nunca hay nada definitivamente garantizado,

se cumple por medio de la propia actividad e historicidad. Como en el mar, es un perpetuo bracear entre la calma acogedora y la tormenta caprichosa, la burbuja que se mantiene un instante en la superficie del oleaje y en el instante siguiente ya ha desaparecido.

En fin, a la luz de estos ejemplos cabe preguntarse si es el medio, natural o cultural, el que determina al hombre, mecánica y por ende previsiblemente, o si es él mismo quien, en el uso de su incomprensible libertad, puede elegir y crear su mundo.

LA PSICOTERAPIA: UN OFICIO SIN TESTIGOS

(Rev GPU 2014; 10; 1: 30-31)



César Ojeda

De cierta manera el psicoterapeuta está clausurado en su oficio. Ni el “paciente” ni el psicoterapeuta pueden ser testigos del proceso en el que ambos están. La idea de que el psicoterapeuta puede ser un “testigo emocionalmente responsivo” no es más que un oxímoron, acuñado al parecer inadvertidamente por Donna Orange. El testigo observa, no interfiere, no participa, es casual en el sistema; iba pasando y se produjo el accidente, el asesinato o el robo. Advertidamente o no, el testigo pretende “objetividad” pues lo observado pareciera tener algún grado de autonomía. Salta a la vista que eso es estar fuera. Pero los terapeutas estamos dentro, somos parte. Y si ni el terapeuta ni el paciente son testigos, el paisaje de la terapia es un espectáculo sin público, es como una puesta de sol que nadie puede observar desde un supuesto “afuera”, es como un lenguaje no destinado a un auditor o a un lector independiente. La idea de que se puede estar “dentro y fuera”, en una oscilación técnica, es un postulado muy difícil

de demostrar. Tal vez sea tan sólo una reacción natural para evitar la a veces dolorosa intimidad primaria, clausurada y compleja, en la que consiste la psicoterapia. Pero también se ha intentado comprender el proceso psicoterapéutico, no desde una oscilación, sino desde un radical “fuera”, desde el exacto lugar del testigo. Existen expertos investigadores en psicoterapia que no practican la psicoterapia, que buscan la platea y luego comentan la obra. Es semejante a la crítica de arte. La “crítica” significa, al final, una disección de la obra en estudio, una separación de sus ingredientes, una analítica (recordemos que *lisis* es destrucción) incapaz, como toda analítica, de captar la síntesis: ve sólo partes, trozos, escorzos. Dicho de manera algo brutal, la perspectiva en tercera persona (externa) tal vez descuartiza lo que quiere comprender. En terapia la síntesis es el paisaje, y el paisaje y su espectáculo no tiene partes: en la puesta de sol todo es puesta de sol. No es una composición con figura de puzzle armado. No es el horizonte

rojizo, más las olas enlentecidas, más la brisa algo tibia. Yo, todos, somos crepúsculo. O se está adentro o no hay crepúsculo. Pero aquí no se trata de constructivismos ingenuos. Yo no soy el creador del sol, de la luminosidad, de la brisa o de la tibieza, ni tampoco de mi existencia. No. El crepúsculo se crea conmigo adentro. El terapeuta no crea la terapia como terapia: está en ella. El “paciente” configura al psicoterapeuta y el psicoterapeuta al “paciente” (del mismo modo en que el artista crea la obra de arte y la obra de arte crea al artista, al decir de Heidegger). La configuración de la que se forma parte no es propiedad ni del psicoterapeuta ni del paciente sino que surge por sí misma. Tal vez desde allí derive el que toda narración, análisis o extrañamiento del proceso psicoterapéutico padezca de una deformación bien intencionada, pero inevitable. Es posible que cada uno de nosotros, puestos a tener que hacerlo, arme, pase en limpio y narre su trabajo psicoterapéutico sin dar cuenta de él propiamente. Los

estudios empíricos (en tercera persona) que evalúan la eficacia de la psicoterapia, tras largos análisis de “datos”, tienden a descubrir que lo que en gran medida la hace eficaz es el “vínculo terapéutico”. Esto equivale a decir que la psicoterapia es eficaz

por la psicoterapia misma (lo cual no es un oxímoron, sino una tautología que podría llamarse la paradoja del Perogrullo). Los testigos, es decir, los observadores externos, en su afán de buscar algo así como “objetividad”, deben simplificar corriendo el

riego de que el alma del asunto se les escurra entre los dedos. Tal vez debiéramos preguntarnos si cada uno de nosotros “haciendo” psicoterapia, la haríamos de la misma manera con alguien mirando a través de la cerradura.

DE BOSQUES Y TERAPIAS

COMENTARIO A LA COLUMNA DE OPINIÓN DE CÉSAR OJEDA: “LA PSICOTERAPIA: UN OFICIO SIN TESTIGOS”.

(Rev GPU 2014; 10; 1: 32-33)



Alberto Botto

Como podrán sospechar los lectores de GPU luego de revisar su editorial, durante estos días he vuelto a leer las *Meditaciones del Quijote* y me parece un excelente contrapunto para comentar la columna de César Ojeda. Del texto de Ortega rescataría una imagen y un concepto. La imagen es aquella basada en el refrán “Los árboles no dejan ver el bosque” y el concepto es el de “escorzo”, palabra que también aparece en el texto comentado y que remite a la manera en que los objetos se presentan a la conciencia, siempre como una perspectiva. Me parece que para investigar en psicoterapia es necesario tener en mente esa imagen de modo que lo que se nos muestra –lo patente, lo observable– al mismo tiempo nos remita a lo profundo –a los mecanismos latentes del proceso terapéutico– sin por eso perder la noción de que lo que pretendemos describir será inevitablemente una parcialidad. Dicho de

otra manera, investigar implica sostener –casi incorporándola dentro de su metodología– esa doble actitud que surge del transitar entre la percepción de los árboles y la intuición del bosque, o entre la confianza y el escepticismo.

Conuerdo con que es muy difícil transmitir “el alma del asunto”, pero por otra parte, sabemos que el “asunto” tiene un “alma” y de esa manera podemos reconocer que existen “buenos” y “malos” terapeutas en función a ciertas capacidades que distan bastante de vincularse con una mera técnica. Entonces pienso en estas preguntas: ¿Qué se enseña cuándo se enseña psicoterapia? ¿Y cómo se aprende?

Es cierto que la obra crea al artista tanto como éste a aquélla; sin embargo, la obra no es –ni será nunca– el paisaje. También estoy de acuerdo con que el terapeuta participa “desde dentro” de la psicoterapia y que, por lo tanto, carece de “objeti-

vidad”. Creo que la “mirada a través de la cerradura” por supuesto que altera el campo y nadie haría la misma psicoterapia en esa circunstancia porque son otros sus ingredientes (así como tampoco nadie haría –ni nadie hace– la misma psicoterapia con otro paciente). En ese sentido, describir lo que hacemos cuando practicamos la psicoterapia es poner en palabras una experiencia fundamentalmente relacional –y, por ocupar un concepto afín, también *implícita*– lo que, a todas luces, entraña un riesgo.

El problema surge cuando aquello que en algún momento nació como una “cura por la palabra” se transforma en algo de lo cual poco se puede hablar. Sin embargo, no me parece que, finalmente –al menos en este ámbito–, de lo que no se pueda hablar debamos callarnos. El psicoterapeuta (y su paciente) se encuentran tan clausurados en el “sistema terapéutico” como ambos en

el “sistema sociopolítico” y en el “sistema cultural” del que forman parte –esto es lo que el enfoque sistémico ha sostenido “sistemáticamente”–. Entonces, ¿qué se puede decir? Pienso que el sentido de lo que se puede decir no radica en la repetición de

la manera en que se aplicó –o debiera aplicarse– tal o cual técnica psicoterapéutica, sino más bien en el hecho de comunicar una experiencia, una experiencia compartida. “Los árboles no dejan ver el bosque –dirá Ortega–, y gracias a que así es,

en efecto, el bosque existe”. Quizás solo se trate de aclarar que, de eso que llamamos psicoterapia, tan sólo podremos decir una parte porque, querámoslo o no, irremediablemente habrá otra que se nos escapará, siempre.

UN MODO DE COMPRENDER LA PSIQUIATRÍA¹

(Rev GPU 2014; 10; 1: 34-38)



MAX LETELIER PARDO
(1928-2014)

En 1987 Max Letelier era presidente de la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía. Como jefe del Sector 1 del Hospital Psiquiátrico de Santiago, se lo podía encontrar todas las mañanas en una pequeña oficina junto a un importante grupo de becados de psiquiatría en torno a un paciente. Allí estaban los elementos básicos desde los que el pensar clínico y psicopatológico emerge: la persona aquejada de una perturbación psíquica, y la enseñanza a través del diálogo y la experiencia compartida. Y este diálogo no es una mera palabra. Su capacidad de escuchar y tomar en consideración los puntos de vista de los interlocutores era en él una condición plenamente encarnada. Esta inclinación a la reflexión auténtica, desapasionada y libre, lo constituyó en un hombre respetado y al mismo tiempo muy querido.

¹ En marzo de este año falleció Max Letelier Pardo. Reproducimos aquí una entrevista realizada en 1987, en la Revista Vida Médica.

P: *¿Cómo ve usted la relación entre la psiquiatría y las otras especialidades médicas?*

R: Por un lado la psiquiatría es una especialidad médica, pero en una proporción considerable de su acción los esquemas conceptuales de que se sirve no corresponden exactamente al modelo médico. Se toca con la medicina somática en aquellos casos en los que el origen de la perturbación psíquica es corporal y que en psiquiatría se denominan enfermedades orgánicas en un sentido general, las que incluyen a los cuadros agudos llamados psicosis exógenas o sintomáticas y aquellos de curso crónico denominados demencias. En estos casos el tratamiento de la alteración mental es, de ser posible, el tratamiento de la enfermedad de base. Este campo de trastornos es abordado por lo que se denomina Psiquiatría de Enlace. En ella los psiquiatras atienden las necesidades del hospital en general. Sin embargo, la medicina somática tiene perfectamente integradas a su trabajo las manifestaciones psicopatológicas de una gran variedad de enfermedades corporales, pues forman parte de la semiología conocida del cuadro clínico, como por ejemplo las derivadas de la insuficiencia hepática, los accidentes vasculares encefálicos o de los cuadros sépticos. Allí la participación del psiquiatra es casi innecesaria. Hace excepción a esto el caso de las depresiones. Aparte de la depresión clásica los médicos generales se ven frecuentemente enfrentados a manifestaciones corporales aisladas: cardíacas, digestivas, algicas, etc., que no tienen una base orgánica y que forman parte de las depresiones más sutiles conocidas como depresiones enmascaradas o equivalentes depresivos. Estas depresiones disfrazadas no presentan el conjunto sintomático característico de la depresión clásica. En estos casos el diagnóstico adecuado permite un tratamiento eficaz con antidepresivos, y allí el psiquiatra de enlace tiene un papel muy importante. Más del 40% de las interconsultas del hospital general a psiquiatría corresponden a alguna forma de perturbación depresiva. Estos cuadros, dejados a su curso espontáneo, pueden durar dos o más años o sencillamente encronizarse, de modo que los pacientes consultan repetidamente a distintos especialistas y son sometidos también a un gran número de exámenes complementarios caros, sin obtener mejoría.

P: *¿Corresponderían estos cuadros a lo que se denomina medicina psicósomática?*

R: El concepto de medicina psicósomática es hoy muy amplio y difuso expresándose allí una juntura muy problemática. Una gran parte de las enfermedades que aquejan hoy a la humanidad, además de la depresión,

puede ser concebida en este marco. Es claro que en medicina la enfermedad bacteriológica ha cedido lugar a cuadros de otra naturaleza, como la cardiopatía coronaria, la hipertensión arterial, el asma bronquial, la artritis reumatoide, el cáncer, las enfermedades autoinmunes, los trastornos de la funcionalidad digestiva, etc., en cuya génesis se encuentran complejos factores psicológicos vinculados al amplio concepto de estrés.

P: *De manera que se ha producido una especie de inversión: la enfermedad corporal producía síntomas en la esfera psíquica en el caso de las psicosis exógenas que usted mencionaba, y ahora, los padecimientos psíquicos del hombre contemporáneo concluyen en graves enfermedades corporales.*

R: Así es. Y no sería extraño que la psiquiatría del siglo XXI se vea fuertemente dedicada a este campo, en el que los factores psicológicos asociados a la vulnerabilidad al estrés ocuparán un lugar importante.

P: *Usted nos ha hablado hasta ahora de la psiquiatría en tanto especialidad médica, sin embargo, como usted mismo señalaba, una proporción considerable de la acción psiquiátrica se atiende a otros conceptos. Es conocido que en psiquiatría existe una gran cantidad de escuelas, orientaciones, puntos de vista, incluso desarrollos teóricos, muy diferentes entre ellos. Esto hace que la mayoría de los médicos se aperplejen ante una especialidad tan heterogénea. ¿Qué opina usted de esta dispersión y a qué la atribuye?*

R: Lo que usted dice es efectivo. Muchos puntos de vista y doctrinas diferentes han surgido en la psiquiatría para abordar la realidad con la que trata. Esto se debe en buena parte al carácter también heterogéneo que poseen las alteraciones psíquicas. Ya hemos hablado de los cuadros derivados de las enfermedades corporales. Sin embargo, en otros casos la perturbación corporal es de naturaleza diferente y probablemente neurobioquímica, tema que genera gran entusiasmo pero que está lejos de estar aclarado. Me refiero a lo que se denomina psicosis endógenas. En ellas asistimos a manifestaciones psicopatológicas de gran severidad y complejidad. El modelo en este caso no es anatomopatológico como en los cuadros orgánicos, sino que se basa en consideraciones puramente semiológicas y evolutivas, como es el caso de la esquizofrenia y la psicosis maníaco depresiva, y luego en un salto complejo y conjetural hacia un modelo de etiopatogenia neurobiológica.

P: *Es notable lo que usted señala, que en estos cuadros privados de anatomía patológica los psiquiatras han debido*

pasar directamente desde los fenómenos psicopatológicos a la neurobiología. ¿Cuáles han sido los elementos que han determinado este paso?

R: Fundamentalmente el desarrollo de la psicofarmacología. Piense usted que hasta el inicio de la década de 1960 la psiquiatría contaba con escasos recursos terapéuticos somáticos, entre los que se contaban el tratamiento insulínico y la terapia electroconvulsivante. Pero de ahí en adelante la aparición de los inhibidores de la Monoaminoxidasa, la Clorpromazina y luego los antidepresivos tricíclicos produjeron una verdadera revolución en el campo de los estudios neuroquímicos. Un poco más tarde, el descubrimiento de los receptores benzodiazepínicos se sumó a los anteriores y en conjunto crearon una vía de acceso preferencial y enteramente novedosa a la estructura íntima del funcionamiento neuronal. Sin embargo, a pesar del entusiasmo inicial, esta ventana no ha mostrado una gran claridad. Sabemos usar los psicofármacos mucho mejor que nuestra comprensión de su mecanismo íntimo de acción y su relación con las complejas manifestaciones de la psicopatología.

En el caso de las psicosis endógenas, carentes de correlatos biológicos suficientes, el modo de aproximación de la psiquiatría se vio fuertemente influido por la fenomenología a partir de la Psicopatología General de Karl Jaspers, basada en la descripción no prejuiciada de los hechos psicopatológicos de modo de llegar a conocerlos en su ser propio. Asistimos aquí ya a un divorcio en la forma en la que diversas escuelas adoptan en el intento de dilucidar cuáles son los orígenes y las causas de los trastornos mentales. Por un lado están los que buscan los orígenes en la estructura biológica, y, por otro, los que ante la vaguedad de las conclusiones en ese campo, buscan factores de tipo psicológico y social. En el último tiempo ha habido una gran cantidad de investigación y publicaciones dedicadas a los estudios psicológicos y psicodinámicos de los trastornos mentales, pero también una avalancha de estudios neuroquímicos, farmacológicos y genéticos.

P: Sin embargo, aparte de los cuadros orgánicos y de las psicosis endógenas, parece quedar aún una importante cantidad de personas que reciben ayuda psiquiátrica.

R: Efectivamente. Aparte de los cuadros orgánicos y de las psicosis endógenas, existe un tercer grupo de alteraciones, tal vez el más numeroso y que en términos generales agrupa dos tipos de fenómenos: lo que se denomina neurosis y los trastornos de la personalidad. Posiblemente estos nombres sean inadecuados, a pesar de lo cual, se trata de personas que presentan un sufrimiento psíquico importante. Pero, ¿qué significa

exactamente decir que hay personas que presentan sufrimiento psíquico? Todos los seres humanos, además de tener un cuerpo, estamos abiertos a la realidad del mundo de las cosas y al mundo de los otros. El conflicto surge predominantemente en las relaciones del ser humano con sus semejantes, es decir, con los otros y con las cosas en la medida en que éstas representan algún modo de vinculación con el mundo cultural, impensable sin la presencia de los otros. Las relaciones y los conflictos entre los seres humanos son particularmente difíciles de entender debido a que tienen que ver con la historia de cada persona, desde que nació hasta el momento presente, es decir, tienen que ver con lo que denominamos biografía. El sufrimiento y el conflicto derivados de los vínculos que los seres humanos establecemos entre nosotros, en gran medida derivan de una pérdida de la capacidad para captar la realidad del otro en su verdadera naturaleza, tal como es. La distorsión en la captación del otro se debe a la contaminación de la realidad actual por la realidad pasada. Lo antiguo influye en la captación de la situación nueva. Si la contaminación es repetitiva, estancada, estamos ante una estructura que se ha rigidizado, que se ha hecho permanente, a la que denominamos neurosis de carácter o, en otra vertiente, alteración de la personalidad. Esta estructura es objeto del trabajo psicoterapéutico.

P: Si en las enfermedades exógenas estábamos ante causas que podríamos denominar materiales, y en las enfermedades endógenas ante una disputa entre causa material y significado, en este tercer grupo pareciera que nos encontramos fundamentalmente ante significados.

R: Es justamente este panorama el que hizo a Jaspers, siguiendo los conceptos del filósofo Dilthey, distinguir el plano de la explicación del plano de la comprensión: se explica a través de causas y las causas obran por su eficacia objetiva. En la comprensión, en cambio, en lugar de causas hablamos de motivos. Y los motivos actúan en virtud de su sentido o significado.

Ante un paciente en particular, el psiquiatra no sabe *a priori* ante qué tipo de padecimiento está, en el sentido de su pertenencia a alguno de los grupos señalados. Como la forma de conocimiento o modelo epistemológico a utilizar en cada grupo es diferente, el primer problema a resolver es ante qué modo de perturbación psíquica estamos. La necesidad de decidir un modelo epistemológico diferencia a la psiquiatría de la medicina general, que tiene un modelo único que sigue la lógica de la explicación. De este modo el psiquiatra no sólo se vincula a la medicina y a las ciencias básicas, sino también a las ciencias humanas y espirituales, como la psicología, la sociología, la ética, la filosofía y

la religión. Todas estas disciplinas tienen que ver con el hombre como un ser que actúa significativa y trascendientemente.

P: Por lo que usted dice parece que los psiquiatras se enfrentan a un espectro de conocimientos de una enorme amplitud. Pero, ¿puede un psiquiatra abarcar desde la filosofía a la neuroquímica, pasando por la psicología, la sociología, la antropología, etc.?

R: Justamente de allí surgen las distintas orientaciones sobre las que usted me preguntaba anteriormente. Se trata de acentos en una u otra forma de conocimiento. El psiquiatra trata con la realidad del hombre, probablemente la más compleja y desconocida de cuantas existen, porque el hombre posee múltiples dimensiones, desde la somática a la espiritual, y como hemos señalado, todas ellas pueden originar perturbaciones o sufrimiento psíquico. Si para ser un buen psiquiatra hubiese que dominar todas esas dimensiones, creo que ser un buen psiquiatra sería imposible. La estructura más esencial de lo que es ser hombre no ha sido estudiada por los psiquiatras, sino por los filósofos, especialmente por aquellos empeñados en diseñar una antropología, cosa que se viene haciendo desde Kant hasta Heidegger. A pesar de ser esos filósofos tal vez los cerebros más poderosos que han existido, no han dado lugar a un cuerpo de saber antropológico que sea completo, satisfactorio, y que nos pueda servir como una referencia precisa para nuestro quehacer. De tal manera que el psiquiatra no es un sujeto que sabe acerca de la esencia del hombre. Sabe mucho más que del hombre normal de las formas desviadas de serlo. Aunque debe tener un cierto saber de todas esas disciplinas, se trata de un conocimiento general, referencial, destinado sólo a hacer una valoración y una especie de jerarquía prudente para ponerla al servicio de una comprensión de aquello que tiene ante los ojos.

Para el psiquiatra es una tarea primordial e inescapable el poder hacer un diagnóstico, lo que significa percibir en esa totalidad que se presenta como caótica en los trastornos mentales, un cierto orden, una figura que debe ser separada de otras configuraciones de significado diferente. Permítame poner un ejemplo: Un paciente que presenta un estado de exaltación, reconocido por el sentido común como anómalo, debe ser precisado por la observación psiquiátrica. ¿De qué modo de exaltación se trata? ¿Se trata de una alteración endógena o de una respuesta determinada por circunstancias vitales fuertemente traumáticas superadas a través de este modo anómalo de reacción? Los contenidos pueden ser idénticos. ¿Cómo determinar si la génesis es psicológica, es decir, relacionada con motivos y

significados, o si es sólo la consecuencia de una perturbación biológica? Piense usted que este problema no es fácil de resolver, puesto que ambas dimensiones probablemente se cruzan de una manera muy compleja. El hombre tiene, por así decirlo, una estructura ordenada, armada o equilibrada respecto de las concepciones prevalentes en su época. Pero, por debajo de estas estructuras coexisten, sin aparecer de un modo manifiesto y puro, estructuras más primitivas que se identifican con los momentos míticos de la humanidad: concepciones del mundo que como arcanos están presentes en el fondo de la vida anímica de todo ser humano. La idea de que no todos los contenidos psicológicos son vivencias biográficas es difícil de aceptar, pero los hechos demuestran que los temores básicos no tienen relación con la experiencia del sujeto en su vida, sino con la experiencia de la especie. Es mucho más fácil aceptar que nuestra constitución corporal sí tiene que ver con el desarrollo y evolución de la especie, pero hay una fuerte resistencia a aplicar el mismo criterio cuando se trata de manifestaciones psíquicas. Estos arcanos emergen por diferentes razones, pero habitualmente frente a situaciones límites, significativas o somáticas.

P: Usted es formador de psiquiatras. Dentro de esta complejidad, ¿cómo es posible la enseñanza?

R: La enseñanza no consiste tanto en una acumulación de saberes, sino tal vez a la inversa, consiste en ir desentrañando e ir matizando la exagerada valoración que de pronto se otorga a determinados conocimientos parciales. Ante un fenómeno psicopatológico cualquiera, la tentación de reducirlo desde la partida a un esquema simplificado de explicación o comprensión es muy fuerte. Los esquemas simples reducen la ambigüedad de los fenómenos, su complejidad inherente, y nos otorgan la ilusión de estar frente a cosas conocidas y manejables. Si bien estos esquemas pueden ser en algún sentido útiles y necesarios, esa utilidad tendrá importancia en la medida en que tengamos una clara conciencia de que se trata de una esquematización, precaviéndonos de ese modo de confundir nuestros esquemas provisionales con la realidad. Entiendo aquí por realidad a la totalidad de ese sujeto que tenemos delante y que denominamos persona. La misión del psiquiatra no es sólo hacer ciencia con esta persona en particular, sino también, y quizás fundamentalmente, colocarse en la perspectiva del paciente y entender de qué manera él está percibiendo la situación frente a la cual tiene dificultades. Si no hacemos esto, no podremos comprender los problemas que lo aquejan, y que lo aquejan precisamente porque los percibe de determinada manera. La mayoría de las perturbaciones

psíquicas tienen que ver con las emociones, las que transfiguran la realidad y la colocan en un plano que podríamos denominar mágico, cambiando de manera radical las significaciones con que se la enfrenta.

Considere usted que en la depresión las ideas anómalas de ruina, hipocondríacas o de culpa (que pueden llegar al rango de lo delirante) requieren una modificación de la conciencia de sí y del mundo, posibilitada por la emoción contenida en la enfermedad depresiva. Del mismo modo, en diversas formas de angustia, resulta sorprendente que la persona pueda presentar

miedo ante una situación u objetos aunque estén a una distancia considerable, o que aparecen tan solo en una fotografía; o sentirse contaminado por algo que no tiene ninguna posibilidad real de hacerlo. Las relaciones espaciales y temporales de la realidad en esas personas sufren así de una profunda transformación.

A mi juicio, es necesario partir de esta comprensión y descripción acabada, para lograr dar sentido no sólo a las configuraciones diagnósticas sino también a la búsqueda etiológica o motivacional y a la indicación terapéutica.

PRÁCTICA Y TEORÍA EN LA CIENCIA Y EN LA PSIQUIATRÍA

(Rev GPU 2014; 10; 1: 39-46)

César Ojeda

La acción parece tener una gran importancia para el conocimiento. El mismo Heidegger ha cogido en *Ser y Tiempo* una parte substantiva de la “filosofía práctica” aristotélica (Ética a Nicómaco¹), “ontologizándola” y reorganizando sus jerarquías. Filósofos post-heideggerianos, como Gadamer, Strauss, Ritter y Arendt², han hecho emerger un verdadero movimiento sobre estas bases. Sin embargo, ¿qué papel juega en este contexto la teoría? A nuestro entender, lo que podríamos llamar “actitud teórica” parte por el explícito preguntar. Efectivamente, en el trato cotidiano con las cosas, las preguntas no tienen forma de pregunta, sino de obstáculo. Si intento reparar la llave de agua y no logro desatornillar el casquillo, estoy frente a un obstáculo, el que eventualmente podría re-formularse como un ¿qué pasa? ¿Qué atasca el casquillo? Pero dicha reformulación, dicho explícito preguntar, no conduce sólo a aplicar más fuerza o a golpear la llave inglesa con un martillo, sino también a dar una explicación. A nuestro juicio, estas explicaciones son la base de cualquier teoría. Así diré, “lo que atasca el casquillo puede ser el óxido acumulado tras largos años de uso”, o “tal vez fue atornillado sin respetar el hilo”, o “los metales están fríos y contraídos”, y así sucesivamente. Todas estas conjeturas son respuestas teóricas a la pregunta ¿qué pasa? Sin embargo, también es posible no re-formular el obstáculo y simplemente constatarlo para luego vencer la resistencia aplicando mayor o mejor fuerza.

EL PREGUNTAR

Si lo que conduce a la teoría es el preguntar, ¿qué es preguntar? Toda pregunta es una carencia: algo nos falta, algo deseamos y por ello inquirimos. No obstante, preguntar sobre algo presupone un pre-conocimiento de ese algo: si pregunto ¿cómo es posible el conocimiento?

es porque de algún modo sé del conocimiento. De no ser así, ¿cómo puedo preguntar acerca de él? Pero, si sé acerca de él, ¿por qué pregunto? Pregunto porque sé y no sé al mismo tiempo. El primer saber es debido a la *praxis*: sé distinguir una tórtola de un chincol. El segundo, que inspira el preguntar, es: ¿cómo logro esa distinción? Sé lo que sé, y lo que no sé es cómo llego a saber lo que sé.

¹ Aristóteles: *Moral, a Nicómaco*. Espasa Calpe, Madrid, 1996, Novena Edición. Traducción: Luis Castro Nogueira

² Gadamer HG: *Verdad y Método*, Salamanca, Sígueme, 2002; 8ª reimpr. 2010. Traducción: Manuel Olasagasti.

Esto quiere decir: ¿de qué manera llego a hacer distinciones que conozco y reconozco como conocimiento? Este llegar a ser sitúa a estas preguntas en un plano genético, es decir, preguntas acerca del cómo algo que es o ha llegado a ser. Y en este nivel, la *praxis* no tiene respuestas. Y no las tiene, porque dichas respuestas –y como todas las respuestas a preguntas– requieren teoría, es decir de alguna forma de representación, de modelos, constructos, de sistemas que incluyen reglas o leyes de transformación, en breve, de “explicaciones”. Como veremos, la *praxis* no opera con reglas ni con leyes ni con explicaciones, sino con repeticiones y constancias vividas.

Si el conocimiento no fuera algo que se muestra en la ejecución de la más simple de las tareas y al mismo tiempo se oculta en su génesis, jamás podríamos preguntarnos por el no saber acerca de lo que sabemos.

PRAXIS Y POIESIS

El lector sabe que el término griego *praxis* tiene una larga historia en el pensamiento occidental, dentro de la cual la idea de ocupación (quehacer) o actividad es predominante, entre muchos otros significados aledaños. Entre estos últimos se encuentran conceptos como acción, asunto, realización, ejecución, objeto, cosa importante, modo de obrar, tarea, circunstancia, etcétera. El modo *phrónesis* para llegar a la verdad tiene como actividad a la *praxis*, y es concebido en el pensamiento griego con un bello sentido: se refiere al “hábito prudencial” que, en castellano puede ser descrito como “obrar a sabiendas”, “tener buen sentido”, “nobleza”, “sensatez”, “buen juicio” y otras expresiones semejantes.

Si la actividad praxica es la que compete a la *phrónesis*, la actividad poiética compete a la *techné*. La *poiesis* implica traer algo a la existencia (producción), cosa que no necesariamente ocurre en la actividad praxica. Esto es así porque la *techné* mira exclusivamente a aquello que no posee el “fin en el principio”, sino que éstos están separados: la actividad de producir tiene como fin lo producido (un utensilio, una escultura, una casa, por ejemplo), pero esto producido no es lo mismo que la actividad que lo genera. En cambio, la *phrónesis* es un modo de conocimiento en el que el fin recae siempre sobre el principio, es decir, en donde la actividad (*praxis*) no está separada de lo que ella genera.

Ahora bien, *praxis* y *poiesis* no sólo son modos de conocimiento, sino que “hábitos”, es decir, “conocimientos estables y ejercidos”. Pero además, la actividad productora, la *poiesis* de la *techné*, contiene para Aristóteles un elemento adicional, cual es el orden del *per accidens*. Se trata de lo imprevisible, lo azaroso, lo inconsciente y lo absurdo, que interviene en el proceso

creativo: “*Techné* y azar se verifican en el mismo campo; la *Techné* ama el azar, y el azar ama la *Techné*”.

CIENCIA Y MODELO

Corrientemente se piensa –a nuestro juicio con razón– que los conceptos de “teoría” y “modelo” científicos son equivalentes, correspondiendo a una “representación” de la naturaleza extraída de un cierto conjunto de evidencia experimental mediante un proceso de “abstracción”. Sin embargo, pensamos, esa “abstracción” parte de un cierto tipo de hechos conocidos como “datos experimentales”, pues son extraídos de mediciones realizadas en un contexto específicamente diseñado y rigurosamente controlado. Pero la representación así obtenida no es en sí misma un hecho, no sólo en general –como el que las piedras “caigan”–, sino tampoco un hecho “experimental”, a saber, un “dato”. Más bien, ese modelo es una “explicación”, una proposición de relaciones, una matriz de significados que permitirían “explicar” los datos disponibles y con ello dotarlos, no sólo de rigurosidad en su medición como en el paso anterior, sino ahora además de un coeficiente de significatividad, de un valor en el sistema establecido por el modelo (por ejemplo, la piedra que cae ya no será piedra sino masa y la caída no será tal, sino aceleración respecto de una fuerza denominada “g”). No se trata entonces de especificar sólo correlaciones de hechos, sino de establecer un conjunto coherente o “sistema”, lo que implica postular leyes o principios de transformación, que serían el fundamento de la predicción, es decir, de la capacidad del sistema modelado de generar más datos que los usados en su formulación.

Esto quiere decir que el modelo debe ser capaz de proporcionar conceptos o representaciones “genéticas”, que debe explicar, en suma, cómo algo que es ha llegado a ser, por la vía de recrear explicativamente su génesis. Sólo, y exclusivamente gracias a la matriz transformacional, un dato o un conjunto de ellos adquiere sentido. La génesis de algo, por ejemplo de la lluvia o del universo, no puede ser descrita como un hecho, como se describe una planta o cualquier otro fenómeno al que patentemente tenemos acceso. En el modelo o teoría científica se trata de un sistema conceptual “creado” o “construido” que pretende “representar” lo que suponemos real, pero sin serlo, y además, representarlo en su llegar a ser –o lo que es lo mismo, en su cambio– en la transformación que lo hace ser lo que es ahora (su estado) a partir de otra cosa.

Se hace claro entonces que los hallazgos concomitantes y las correlaciones de datos no tienen ninguna capacidad de explicación genética, y con ello teórica.

La génesis consiste en explicar el cómo de la transformación de un estado A en uno B, es decir, su “llegar a ser así” partiendo de algo distinto. No se ha explicado el estado de ebullición de un líquido encontrando una correlación 1 entre poner agua al fuego durante un tiempo determinado y la aparición de dicho estado. La teoría o el modelo necesita abarcar el estado A (líquido) y el B (gaseoso) y “vincularlos con sentido” a través de una explicación posible desde los postulados transformacionales que lo constituyen como tal modelo. Análogamente, no se ha explicado la melancolía a partir de los hallazgos neurobiológicos que conlleva, puesto que éstos no son más que la misma melancolía mirada desde otro ángulo y con otros instrumentos. Cualquier modelo que pretendiera avanzar en la comprensión científica de este padecer debiera dar cuenta del paso desde el estado de eutimia (estado A) al de melancolía (estado B).

TEORÍAS, INVENTOS Y CAJAS NEGRAS

No obstante, el reconocer que los modelos teóricos no son “fácticos”; es decir, un conjunto de hechos, sino una “abstracción”, no autoriza la idea de “invento”, por las evidentes connotaciones de arbitrariedad que tiene dicha expresión. La teoría o el modelo bien formulados distan mucho de ser ocurrencias caprichosas, meros afanes constructivistas, sino productos fuertemente acotados por la naturaleza misma de la experiencia de lo observado y por las condiciones de observación. Sin embargo, no basta para constituir teoría la constatación de que al estimular un sistema cualquiera se produzca un cambio y que esta secuencia de eventos se repita consistentemente la mayoría de las veces (o todas) ante estímulos que puedan ser considerados similares. Este modelo de “caja negra”, en el que si bien es posible predecir en cierto sentido, dista mucho aún de ser propiamente ciencia. También podemos “predecir” que si lanzamos una piedra al aire ésta caerá en el 100% de los casos, pero no podemos decir que hemos descubierto y formulado la ley de gravitación, que tenemos un modelo teórico cinético y que hemos explicado científicamente.

Pongamos un ejemplo de la manera de proceder de la ciencia moderna: dos astrónomos, Adams y Le Verrier, se plantearon el problema de explicar ciertas irregularidades halladas en el movimiento de los planetas exteriores a la Tierra. Estas irregularidades consistían en ciertas diferencias entre las órbitas observadas y la calculadas, es decir, un conflicto entre los datos experimentales y las deducciones basadas en los principios –modelo– de la mecánica. El sistema se equilibraba si

se postulaba la existencia de un planeta más allá de Urano, el que debía tener determinadas características de masa y órbita. Basados en el modelo físico que les servía de apoyo, predijeron entonces que dicho cuerpo celeste debía encontrarse en un punto determinado del espacio en un momento preciso. La observación telescópica así orientada, al enfocarse adecuadamente en ese punto y en ese momento, vio aparecer el planeta predicho: Neptuno.

Pero, ¿qué era lo que había conducido a la comprobación de la predicción? Un método de pensamiento en el que se conjugaban, por una parte, la proposición de un modelo teórico y, por otra, la predicción y la comprobación empírica de sus predicciones. Esta forma de pensamiento científico, como tal, podía ser aplicada en cualquier otro campo. Es decir, la ciencia no queda determinada –como tal ciencia– por el tipo de hechos de los que se ocupe: es ciencia tanto el aplicar la estructura metódica y las operaciones teóricas que le son propias a los fenómenos astronómicos, químicos, sociales, atómicos, así como a los estados fóbicos, al delirio paranoico o al comportamiento biológico de la retina de las ranas: en una primera instancia, basta para la ciencia el que acontezcan para nosotros como experiencia, es decir, el que de algún modo, con mayor o menor agregado tecnológico, nos aparezcan. Lo que hace científica a las neurociencias, por ejemplo, no es el hecho de tratar con el Sistema Nervioso Central, sino la manera en que lo hace.

Sin embargo, en una segunda y muy próxima instancia la ciencia ineludiblemente necesita ahora “construir” el “objeto científico” hasta hacerlo “manipulable”, tanto en un sistema experimental (fáctico) como conceptual (teoría), partiendo de aquello que primariamente acontece, es decir, recortar de lo que de algún modo nos aparece ciertas “figuras” con las que decida operar y que serán las introducidas a la maquinaria metodológica. Desde esa necesidad puede variar los “objetos” a los que se aboca (como quien varía una melodía por selección de las notas y sus secuencias en un piano) y en ese sentido “crearlos”. Es evidente que este proceso –en la medida en que se hace más elaborado– puede llegar a prescindir de todo coeficiente de realidad de sus objetos (objeto teórico, deducido o postulado heurísticamente), pero esto no puede ocurrir si no se está ya en medio de la teoría, y, en silencio o a voces, esa ciencia aspirará a algún modo de confirmación experimental de sus “creaciones”.

Adams y Le Verrier tenían una fe razonable en los principios de la física de Newton. Las órbitas de los planetas exteriores a la Tierra se comportaban irregularmente en relación con los principios establecidos por

el modelo de Newton. De allí el que otras hipótesis no fueran planteadas, como por ejemplo, que la ley de gravitación pudiese no ser aplicable a grandes distancias. Congruentemente, los resultados de la ciencia son un incesante proponer modelos teóricos sobre una especial forma de la “realidad”, simplificada y “figurada” de la manera señalada, y, su regla de oro, aquella que por un instante permite que el modelo se configure y complete, es la predicción. Y esto tiene consecuencias: aunque se supone interesada en último término en lo “real” (por controvertido que hoy al interior de la misma ciencia sea aquello que esa palabra indica), la ciencia no trata con tal experiencia de realidad, sino con “representaciones” de ella, con “constructos” en sus diversos niveles y acepciones, las que ya no son la experiencia a explicar, sino una reformulación de ella; y por cierto, interesa el comportamiento (la capacidad predictiva) del modelo respecto de los “objetos científicos”, pero lo que se atiende inmediatamente y se somete a prueba, lo que se modifica o se desecha, lo que en primer término constituye el centro del proceso, es el modelo en su ser “representante” y no aquello representado. ¿Estaban Adams y Le Varrier interesados en Neptuno o en la eficacia predictiva de los principios de la mecánica? Posiblemente en ambas cosas, pero como científicos, principalmente en la capacidad del hombre de acceder metódicamente a la realidad desde su propia capacidad de “representársela”. Y Neptuno es un buen ejemplo de realidad.

ACTIVIDAD CIENTÍFICA Y POIESIS

La actividad científica por lo tanto es una forma de producción. Y, ¿qué produce? Produce modelos, es decir, teorías: en suma, sistemas conceptuales con capacidad explicativa. De no hacerlo, ¿qué es? ¿Un ejercicio de laboratorio? ¿Un juego de cajas negras? Los modelos científicos son entonces, bien entendidos, “construcciones”, “fabricaciones”, es decir, *poiesis*, aunque ya no se trate de traer a la existencia “cosas”, “útiles” o “instrumentos materiales”, sino “instrumentos conceptuales”, es decir, lo que aquí estamos llamando modelos teóricos. Esto implica que la ciencia nos ofrece en diversas épocas “imágenes” del mundo y de la realidad en sus diversos campos: algo que está “en vez” del mundo y “en vez” de una realidad que, si bien puede en algunos casos como el descrito, demostrarse y validarse en cierto nivel, eso no transforma al modelo en realidad. De allí que las creaciones científicas, desde su misma lógica interna, no pueden ser otra cosa que un mundo y una realidad “vicariantes”, o sea, imaginarias. Pero, ¿qué es lo imaginario? De acuerdo a los conceptos que

hemos desarrollado en otro lugar³, sólo puede ser la actualización de un deseo. Y ¿cuál es este deseo? ¿Qué desea el científico? Desea explicar la “realidad”, aquello, para la misma ciencia –por su modo de proceder constructivo– inalcanzable; desea comprender la realidad que supone existente, desea conocer lo que no tiene, lo que le falta, aquello de lo que esencialmente carece y en lo que cree: lo real. De allí que “inventarla” sea sólo la forma de un acto incompleto y substitutivo de profunda fe en lo real.

Si el modelo científico es satisfactorio sus predicciones serán en algún grado empíricamente comprobables y el científico sentirá, como Adams y Le Varrier algo así como una momentánea plenitud. Habrá, en algún grado, saciado su deseo.

LAS PROFESIONES Y LOS OFICIOS

No sería posible una ciencia contemporánea –en estricto sentido– sin teoría, es decir, sin la modelización señalada antes. Es sólo gracias a ella que las propiedades asignadas al objeto-modelo pueden integrarse a un conjunto coherente, sistema o subsistema, susceptible de ser empíricamente contrastado en su capacidad predictiva, es decir, y como hemos dicho, que incluye reglas, principios o leyes de “transformación” que permitirían la “comprensión” del paso de un estado de cosas a otro. Sin embargo, esto no quiere decir que el modelo sea el primer eslabón en la cadena real de la investigación científica, y en muchos casos es posible que ni siquiera se esté cerca de algo así como lo descrito: más bien es lo buscado, el *telos* que inspira a la ciencia. Sin modelo no sería posible la predicción racional, sino solamente empírica (sistemas de caja negra, es decir, meramente constatables, sin comprensión ni explicación alguna), por lo que el modelo-teórico, como un deseo, a medias construido o plenamente formulado, está de algún modo presente.

Desde este punto de vista, las profesiones y los oficios en general, como por ejemplo la medicina y por cierto la psiquiatría, no proceden como la ciencia sino más bien como quien tira piedras al aire y constata que caen: fue posible tratar severa patología infecciosa con el uso de la penicilina sin disponer de modelo o teoría biológica alguna acerca del “cómo” ni de los principios involucrados en la acción bacteriostática de dicha sustancia; o modificar el curso de la mayoría de las depresiones sabiendo “nada” de los procesos neurobiológicos que podrían explicar la acción de los primeros fármacos

³ Ojeda C. *La Presencia de lo Ausente*. Ed. Cuatro Vientos, Santiago, 1998

antidepresivos. Lo mismo ocurre con el estucador: no necesita de ningún modelo teórico acerca del agua, el cemento y su mezcla, para estucar perfectamente bien. Es decir, si bien no podemos concebir una ciencia sin teoría (modelos), perfectamente podemos concebir una medicina y todo tipo de profesiones y oficios sin ella, de lo que se desprende, sin violencia, que las profesiones no son propiamente ciencia.

¿Qué son entonces? Lo que los griegos llamaban *praxis*. Para el pensamiento helénico –como hemos señalado– la *praxis* es una actividad que permite acceder a un modo de ser de las cosas, a la que llamaban *phrónesis*, es decir, un acceso “prudencial”; un “saber hacer”, un criterioso habérselas con las cosas del mundo (*pragmata*) tratando con ellas. La *praxis*, más que producir, usa (instrumentos o sustancias cuyo sentido es el ser “usables”). Pero además, la *praxis* médica no puede “simplificar” y a través de ese recurso “crear” una enfermedad hasta poder hacerla operacional en un sistema o modelo teórico, sino con personas a las que encuentra ya enfermas y que portan todas las complejidades imaginables: es muy diferente proponer un modelo cronobiológico de las alteraciones del estado de ánimo, que “tratar” médicamente a personas que sufren de ellas. Además, no podría entenderse una medicina sin enfermos, ni un albañil estucador sin la pared, o un pescador sin peces ni mar: el campo de fenómenos abordados es aquí definitorio. No estamos por cierto discutiendo un asunto de legitimidad: es tan legítimo el constructivismo científico como la pragmática de la medicina, el punto es que se trata de actividades distintas. En la medida en que la *praxis* es un habérselas con las cosas del mundo “tratando” con ellas, ya sea para aceptarlas y usarlas tal como son o para modificarlas de acuerdo con algún fin estimado deseable, es desde cualquier ángulo una forma enteramente distinta de “comercio” con lo real que el de la teoría constructiva señalada. La *praxis* médica, desde tiempos inmemoriales ha buscado “ver” (conocer). Ver lesiones, anomalías o deformaciones a través de la observación directa o indirecta del cuerpo, sus secreciones y fluidos, o del estudio de órganos y tejidos en las necropsias. Las actuales técnicas de “imagenaría” son sólo productos sofisticados de lo mismo: se trata de encontrar correlatos “perceptibles” en la estructura o la función que puedan, adecuadamente controlados, reflejar una diferencia con el “paisaje” normalizado.

La creación de instrumentos, como la Tomografía Axial Computarizada (Scanner), la Resonancia Magnética, la Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Único (SPECT) o la Tomografía por Emisión de Positrones (PET), y antes la radiografía simple o el electroencefalograma, han tenido como objetivo el ampliar,

profundizar o precisar la “visión” de lo que ocurre en los diversos estados patológicos, es decir, hacer accesibles a las capacidades de la visión lo que, estando allí, le permanecía oculto. Esta mirada, con un mayor o menor agregado tecnológico, se dirige a develar lo que “hay”. Algo semejante ocurre con el microscopio, los procedimientos endoscópicos, ecográficos y muchos otros. Se trata en suma de “ver” lo que no es directamente accesible por su ubicación en el cuerpo, por su tamaño o por su naturaleza. Idéntica situación ocurre con las medidas bioquímicas y los test funcionales: los rangos de glicemia encontrados en muestreos de población sana son contrastados con los del caso estudiado, o los resultados del electrocardiograma de esfuerzo con lo encontrado ante iguales exigencias en poblaciones cardíacamente sanas. Se trata, en suma, de hacer patente (visible) una diferencia: de alguien respecto de muchos (estimados “sanos”), en relación a uno, varios o muchos rasgos. Sin embargo, nadie pensaría que al ser procedimientos que utilizan “instrumentos” (ópticos, electrónicos, químicos, etc.) se está “creando” o “inventando” la modulación, aspecto o características de lo visto en ellos como fuera de la norma: un tumor cerebral, una diabetes o una insuficiencia renal, no son “ficciones” “construidas” por el Scanner, la glicemia o el Clearance de Creatinina, es decir, por los procedimientos de diagnóstico. Al revés, los cambios encontrados en ellos derivan del proceso patológico correspondiente, es decir, la enfermedad “crea”, “produce” o “construye” la modulación instrumental y no a la inversa. Pero tampoco nadie confundiría las placas o la información numérica de la glicemia o el Clearance, con el tumor, el desorden metabólico o la insuficiencia que aqueja al paciente. El carácter de “señal” de los procedimientos instrumentales tiene que ver con la relación entre “existentes”; del mismo modo en que el viento norte o la caída del barómetro son señales del mal tiempo, sin ser la tormenta misma, pero tampoco siendo independientes de ella.

Pero el “ver” de la *praxis* médica es mucho más que esta mera constatación de lo que “hay” al modo de una contemplación directa o de señales que lo apuntan. No se solicita una endoscopia por el puro deseo de “contemplar” o de “saber”, ni por contar entre nuestros deseos con una “pasión explicativa”, sino que guiado por la intención de poder influir “beneficiosamente” sobre el curso natural de una enfermedad, es decir, de “habérselas con ella tratando con ella”: al paciente y al médico “les va” la enfermedad, es decir, les “preocupa” y les “ocupa”. De allí que este “ver” sea al mismo tiempo un estar involucrado con las cosas en una “familiaridad” que no sólo es conocimiento, sino, además, “valor” ético y afectivo. El médico “ve” el buen o mal

pronóstico en la fisonomía de la ulceración gástrica o el patólogo en las características microscópicas del tejido y las células, o el psiquiatra en las del delirio o de la conducta interpersonal. Y este “ver” los fenómenos implica la posibilidad de “conocerlos” y por lo tanto de “distinguirlos” y “reconocerlos”; del mismo modo en que el cazador conoce, distingue y reconoce el vuelo de la tórtola del de la tenca, o el agricultor el comportamiento del tiempo y la importancia “para” sus cultivos, o el obrero estucador las características de la mezcla de cemento, arena y agua, y su relevancia para el resultado en su fijación a la pared. De allí que para los clínicos resulten poco convincentes las ideas de “convenciones psicopatológicas”; de “etiquetaciones y rótulos”; o de “consensos epistemológicos”; para procesos con los que se enfrenta diariamente: el vuelo recto de la tórtola y el oscilante de la tenca, o el caminar interrumpido en secuencias prácticamente idénticas del zorzal y el caminar errático de un chincol, son distinciones que están allí a la “vista” para quien trate habitualmente con esas aves, y estas diferencias de “ser” pertenecen al “como” las cosas son en nuestra experiencia y no a acuerdos o definiciones “creadas”. Del mismo modo, los fenómenos psicopatológicos, para quienes tratan con ellos, se ofrecen con determinaciones que les son características y que ninguna “convención” podrá cambiar de manera real. Quepan o no en las clasificaciones “internacionales” o en la teorías del enfermar, los pacientes delirantes ofrecen distinciones entre ellos, es decir “caminan” de modo diferenciado: así ocurre y así posiblemente seguirá ocurriendo, entre los fenómenos paranoideos de la Esquizofrenia, de las Paranoias o de las Parafrenias, por citar solamente un ejemplo.

Sin embargo, este “ver” de la medicina, poniendo de relieve, haciendo patente, develando, “descubriendo” lo que hay es mucho más que una mera contemplación, si entendemos por contemplación el acto pasivo de quien, por ejemplo, se abandona al espectáculo de la puesta de sol en el mar. No importa al gastroenterólogo la belleza o fealdad de la ulceración en sí misma, como tampoco al pescador la armonía de la puesta de sol en sí misma, sino sólo en tanto las características de la ulceración o del atardecer “apuntan” o “refieren” a lo que va a ocurrir mañana o la semana o el mes entrante, y a un rango de acciones u omisiones posibles para ellos. El médico visualiza un pronóstico, pero en un caso cogerá una biopsia, hará un estudio corporal completo de imágenes, y tal vez indicará cirugía y en otro sólo prescribirá un régimen y algunos fármacos. Por su parte, el pescador sabe que mañana habrá buen tiempo, que esa noche no picará el congrio pero sí los peces de superficie, por lo que deberá lanzar un espinel

y no líneas individuales con plomos pesados. Es decir, la *praxis* no es un mero “avistar”; sino una actividad que es en medio de lo que afecta, y que seguirá estando y afectando mañana y con lo que se seguirá “tratando” y estando involucrado. En la *praxis* el objeto de interés y “cuidado” son las cosas y no los modelos, los pacientes y no las teorías constructivas del enfermar.

Como hemos insinuado, la psiquiatría opera como las demás especialidades médicas y eso no es debido –como parece a primera vista– a que haya progresos tecnológicos que permitan el acceso a correlatos biológicos más finos –lo que no es más que una etapa histórica– sino porque al igual que éstas, es una *praxis*. Efectivamente, la psiquiatría “trata” con unas “cosas” (aquello que nos hace frente en el mundo) que aparecen como conjuntos “intuibles”; es decir como fenómenos y que por lo tanto no ofrecen dificultades mayores o menores que otros de naturaleza, por ejemplo, física: del mismo modo en que el gastroenterólogo conoce, distingue y “reconoce” ulceraciones gástricas de un tipo o de otro, el psiquiatra conoce, distingue y reconoce impulsividades de un tipo u otro, o alucinaciones de éste o de este otro carácter. Pero, al igual que en toda la medicina, este reconocimiento implica al mismo tiempo la determinación de una acción u omisión terapéutica: no basta con reconocer que una persona padece un trastorno afectivo de ciclos rápidos, además es necesario decidir qué se hará o qué no se hará, en estrecha relación a la “manera de caminar” que se sabe, tienen las alteraciones bipolares de ese tipo y a las constataciones terapéuticas de hecho (estudios clínicos). Sin embargo, la fisonomía de las cosas no es apresable como quien lee a la pasada los letreros camineros (que aun en su simplicidad son frecuentemente mal entendidos) o visita de turista y por algunas horas una ciudad. La familiaridad sólo se obtiene en el trato repetido con las cosas, aquel que nos permite por ejemplo adelantar la mano en la oscuridad y encender la luz porque sabemos de la lámpara, del interruptor, de las distancias y de las consecuencias de oprimir el botón. Esto es muy distinto que formular un modelo acerca de la naturaleza de la electricidad o de las modificaciones atómicas de conductores y resistencias que la transforman en luz y calor.

Si el trato repetido con las cosas es necesario para que éstas en algún grado se “muestran” en sus modos de caminar, se subentiende que ellas pueden estar “veladas” en una interacción casual o al pasar. Sin embargo, el “develamiento” que las pone a la luz –y que “pasa” por el trato con ellas– puede tener diversos niveles de claridad y formulación, y con ello también la posibilidad de elevarse metódica y explícitamente

a un nivel plena y propiamente “teórico”. Pero esa elevación requiere primero “dar luz”, “hacer brillar”, “hacer visible”, “mostrar”, “anunciar”, “revelar”, “descubrir”, y muchos otros relacionados. La raíz de todas estas expresiones es la voz griega *pháinein*. De la misma raíz procede “fenómeno” (*phainómenon* = lo que aparece) y “fenomenología”. En esta última, el *logos* está tomado en su sentido más primario, cual es “palabra” o “habla”, significando con ello el revelar en el *logos* (la palabra) lo que se muestra o aparece. Sin embargo, el que las cosas no se nos muestren en plenitud a la primera mirada lo sabe bien quien ha aprendido a distinguir tórtolas de gorriones: antes estaban ahí, pero eran meros pájaros. La necesidad de “aprender” el oficio es propia de todas las profesiones, lo cual implica diversos tipos de disciplina. No basta por lo tanto una densidad natural de experiencias en algún campo, sino que se requiere un repetido experimentar y ejecutar. Es evidente que todos tenemos alguna experiencia respecto del estar enfermo, pero eso no nos transforma en médicos.

CIENCIA Y MEDICINA

¿Puede la medicina ser científica, es decir, basar su hacer (*praxis*) en los modelos teóricos de la biología? Me atrevo a dar una respuesta categórica: sí, puede. Toda actividad humana podría llegar a regirse por los hallazgos de la ciencia y eso ocurriría en el momento en que dispusiésemos de todas las leyes y principios que rigen el universo y que lo hacen ser lo que es para nosotros y que explican el modo en que ha llegado a ser. Ese momento, como es fácil imaginar, está ubicado en el fin de los tiempos, aquel en que *praxis* y *poiesis* se fundan en la omnisciencia, es decir, cuando el hombre se transforme en Dios. Y esta respuesta no es un arrebató poético, sino una constatación lógica: el estucador obraría de acuerdo a su conocimiento de las leyes físicas del estado sólido, del estado líquido, de las partículas que componen los átomos y agregados del cemento y el agua, de la visión y la actividad motora, del recuerdo y el aprendizaje; del comportamiento humano en sus relaciones sociales y laborales e infinitas otras. Nada hay que no guarde relaciones legales con todo el resto de lo existente. Lo curioso, lo sorprendente, es que pueda hacer lo mismo, es decir, estucar perfectamente bien, sin saber nada de eso. Es decir, la *praxis* se ha demostrado mucho más eficiente y anterior a la teoría científica a lo largo de la historia de la humanidad. Y la *praxis* no está basada en teoría constructiva alguna. Aportemos un segundo ejemplo: tal vez no exista una actividad práxica más sorprendente que la ejecución musical, especialmente del piano, y sin embargo, nada

más distante del pianista que los modelos físicos que explican la producción del sonido o los neurofisiológicos que lo hacen respecto de la “sensación” auditiva, y de las modulaciones motoras que permiten las relaciones entre los dedos y el teclado. Eso sin mencionar algún “constructo” para explicar la captación estética del conjunto.

Es posible que el lector piense que estoy proponiendo una especie de “irracionalismo” para la práctica médica y para las profesiones en general, que niegue todos los avances científicos, y en especial tecnológicos que éstas han logrado especialmente en los últimos cincuenta años. No es así. Lo que estoy diciendo es que gran parte de lo que hemos considerado y consideramos ciencia es, de acuerdo con los términos que hemos empleado en estos comentarios, *praxis*, es decir, que se ha producido y validado sin contar ni sustentarse en teoría constructiva alguna.

En el caso de la psiquiatría, el desarrollo psicofarmacológico es un notable ejemplo de lo que decimos. Es de sobra conocido que ninguno de los fármacos básicos de la psiquiatría fue producto de alguna construcción teórica o modelo sobre el padecer psíquico, y que además, las escasas predicciones en ese sentido se demostraron erradas. La Psiquiatría Biológica tendía a fundar su aparición junto al inicio de la psicofarmacología moderna, es decir, en la década de los cincuenta, junto a la síntesis de la Clorpromazina. Sin embargo, es conocido que Charpentier no estaba en búsqueda de un antipsicótico sino de un antihistamínico, y que su efecto sedante fue “probado” en pacientes psicóticos agudos. Otro tanto ocurrió con la Imipramina: se estaba tras un neuroléptico y la tozudez del Suizo Khun permitió comprobar, al margen de toda hipótesis bioquímica razonable, su efecto antidepresivo. Los anti-depresivos IMAOS clásicos por su parte, derivaron de la observación casual de la mejoría del estado de ánimo en pacientes tuberculosos. La terapia electroconvulsivante (TEC), derivó de la observación clínica de Meduna de que los pacientes esquizofrénicos mejoraban al tener convulsiones de cualquier origen. De ese modo, primero el Cardiazol y luego la TEC fueron aplicados a diversos tipos de padecimiento hasta especificar sus indicaciones. Lo mismo ocurrió con las sales de Litio y los tranquilizantes benzodiazepínicos: en ninguno se buscaba lo que se encontró.

Sin embargo, nada de lo dicho es “irracional” en sentido estricto. Por el contrario, y al igual que la mayoría de los hechos que marcan la historia de la ciencia y de la tecnología, se trata de una inteligencia que descubre en el trato con las cosas propiedades que están “abiertas” a muchos “usos” posibles, algunos de

los cuales se comprueban en diseños experimentales controlados. Galvani descubrió que los músculos de la pata de una rana quedaban estimulados por el contacto con alambres de diferentes metales en conexión. Otro italiano, Volta, pensó que la energía no era producida por los músculos de la rana, sino por los metales a los que estaba conectada. Construyó entonces un dispositivo en el que superpuso capas de zinc, cobre y papel empapado en agua salada. El dispositivo producía el efecto Galvani muy aumentado. Así se había dado con la primera batería o pila eléctrica. Sus efectos, *a posteriori*, se explicaron a través de un “constructo” teórico que fue denominado... “galvanismo”.

En nuestro caso, el descubrimiento de la acción de los diversos fármacos mencionados fue seguida de incontables estudios controlados de eficacia terapéutica, efectos secundarios, de acción sobre animales, de estructura bioquímica, etc. En gran parte fue a través de estas sustancias que se puso a disposición de los neurobiólogos una manera real de “tratar” con el SNC. De este “trato” han surgido muchas otras constataciones de “hecho” que a su vez han permitido nuevos “tratos” con la realidad de las cosas, proceso que hoy es una verdadera cascada. En todo este proceso el papel de la teoría constructiva, de las “explicaciones científicas”, es más bien limitado, y el de la *praxis* amplísimo. Aún hoy no disponemos de ninguna teoría o constructo teórico que explique medianamente la mejoría de los pacientes deprimidos con el uso del variado espectro de sustancias y

procedimientos psicoterapéuticos que de hecho los mejoran. Este derroche de talento práxico no guarda relación con los endeble y escasos entramados teóricos que tendrían la misión de elevar todo eso al rango de ciencia.

Esto no quiere decir que la ciencia constructiva, que los criterios “de explicaciones científicas” carezcan de importancia, sino solamente que rara vez ha ido a la cabeza del desarrollo, especialmente de la medicina. La racionalidad empírica y matemática utilizada en los diseños experimentales y estadísticos en medicina no guarda ninguna relación necesaria con los “modelos-teóricos”; puesto que dicha racionalidad es sólo una forma mejor controlada de la *praxis*. No se necesita ningún modelo teórico para diseñar un ensayo clínico de la eficacia de la Selegilina en la prevención y retardo de las manifestaciones de la enfermedad de Parkinson, ni es un “constructo” el pensar que la mayor disponibilidad de Dopamina puede alterar el curso de un padecimiento que implica un déficit de dicha sustancia. Una hipótesis no es un “modelo”, sino tan sólo un postulado lógico, equivalente a proponer, por ejemplo, que si lanzo un cenicero éste caerá al suelo, al igual que lo hacen las piedras, puesto que ambos se me dan a la experiencia como “pesados”.

Si llamamos a todo esto ciencia, la medicina es claramente un ejemplo de científicidad. Pero si pretendemos que dicha “*praxis*” se subordine a la “verdadera” ciencia, es decir a la ciencia constructiva, estaremos poniendo las cosas cabeza abajo.

LAS PARADÓJICAS CONSECUENCIAS DEL OBJETIVISMO EN LA PSIQUIATRÍA: SUBJETIVISMO Y FIN DEL MUNDO

(Rev GPU 2014; 10; 1: 47-52)

Hernán Villarino¹

INTRODUCCIÓN

Puede parecer una herejía, incluso puede que merezcamos el fuego eterno, pero nos parece que el objetivismo está sobredimensionado en la psiquiatría. Lo cierto es que si hablamos del hombre, de la vida humana, histórica, incluso clínica, nos parece ocioso, por ejemplo, hacer muchas referencias al cerebro, al hígado o al páncreas. Es más, puede que la alusión a aquel órgano, en los términos que se hace hoy, sea un estorbo que descamine gravemente la comprensión de aquellos otros asuntos. No pensamos por ello que el estudio del cerebro sea inútil o que el hombre pueda vivir sin cerebro, pero debiera ocupar en los asuntos humanos, y en la psiquiatría, el lugar que le corresponde. Puede que la traducción del lenguaje del espíritu en lenguaje cerebral mute y deforme al primero y lo torne incomprendible, lo cual es una lamentable pérdida. Quisiéramos intentar fundamentar esta posición con algunas citas, especulaciones y ejemplos.

BERGSON

A comienzos del siglo XX decía Bergson² que la afirmación de la equivalencia entre el estado psíquico y el cerebral impregnaba buena parte de la filosofía, tanto

si se pensaba que la actividad cerebral produce lo psíquico, como que lo psíquico, aun siendo autónomo, coincide punto por punto con la actividad del cerebro. Estas dos tesis, una realista y la otra idealista, se llaman paralelismo. En un caso, de un estado cerebral se sigue un estado psicológico determinado; en el otro, la conciencia no hace más que informar en un nuevo idioma lo mismo que sucede en el cerebro.

Cuando se habla de la realidad exterior, un realista (en la terminología de Bergson) refiera a cosas y un idealista a representaciones. Para el idealista, en la realidad no hay nada más que lo que ostenta la conciencia en general, no hay nada virtual en las cosas porque están íntegramente contenidas en la representación (no se puede tener noticia de lo que no está representado o no es representable), de modo que las articulaciones de lo real son las mismas que la de nuestras representaciones. El realismo, en cambio, aduce que detrás de nuestras percepciones hay en la realidad cosas autónomas “que poseen potencias y virtualidades ocultas”, de modo que las articulaciones de la representación no son relativas tanto a las cosas como a nuestra manera de percibir, o lo que es lo mismo: hay más en las cosas, aunque no nos lo representemos, que en la percepción de ellas. Una posición, dice Bergson, implica la posibilidad y la otra la imposibilidad de identificar las cosas con

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

² Bergson H. *La energía espiritual*. Espasa-Calpe, Madrid, 1982.

la representación. Veamos entonces qué les ha ocurrido a los investigadores que premunidos de una o de la otra posición acometen el estudio científico del cerebro.

Para los de notación idealista se podrían suprimir todas las cosas, pero si persiste la representación del estado cerebral la conciencia no cambiaría, porque lo que determina la conciencia y el conocimiento de las cosas no son directamente las cosas sino sus representaciones. Ahora bien, si según sus términos las cosas exteriores son representaciones ostentadas en la conciencia, el cerebro es sólo una más de esas imágenes, ni la única, ni la primera ni la que a todo se reduce, y cada representación vale por lo que ostenta, de modo que en las cosas mismas no hay nada más que lo que aparece o puede aparecer en la imagen representada, tras de ellas, como dijimos, no puede haber virtualidades ni potencialidades ocultas. Ahora, en la representación del cerebro sólo aparecen neuronas, neurotransmisores, las reglas de su interacción, etc. Todo lo que se conoce y supone del cerebro está ahí, en su imagen, y si por fuera de la representación no hay virtualidades ocultas, en ella, en la representación, está todo lo que se encuentra y todo lo que de ella se puede sacar. Por eso, decir que la imagen del mundo circundante sale de la imagen del cerebro, o que se expresa mediante ella, hace que una pequeña porción de la representación, a saber, la del cerebro, valga por la representación entera, es decir, por todas las representaciones. Pero en buena lógica el cerebro no puede trazar las representaciones porque el mismo es una representación, de modo que afirmarlo es tomar la parte por el todo.

Se comenzó por hacer del cerebro una representación como todas las otras, intercalada entre las demás representaciones e inseparable de ellas. Los movimientos internos del cerebro, representación entre representaciones, no tienen que suscitar las demás representaciones, pues las demás representaciones están dadas con esos movimientos, alrededor de ellos. Mas insensiblemente se llega a erigir el cerebro y los movimientos intracerebrales en cosas, es decir, en causas ocultas detrás de una determinada representación cuyo poder va mucho más allá de lo que en ella está representado. (Pág. 201)

La notación idealista, entonces, es incoherente y se anula a sí misma, porque para sostenerse necesita pasar insensible e inconscientemente a una notación realista. ¿Pero qué ocurre con el realismo? Para esta doctrina, como dijimos antes aquí, detrás de nuestras representaciones hay una causa, una cosa que difiere

de ellas. Sin embargo, cualquiera sea su variedad, los realistas dicen que a un determinado estado cerebral le corresponde un estado de conciencia determinado, de modo que quien pueda decodificar los movimientos del cerebro sabría lo que sucede a cada momento en la conciencia correspondiente. Entonces, a pesar de que en el realismo, donde el cerebro sufre la modificación de las cosas exteriores que generan un estado cerebral determinado que es el que suscita las representaciones, al eliminar las cosas exteriores el cerebro todavía puede, ahora a solas, trazar por sí mismo la representación de las cosas.

Solo lo conserváis (el estado cerebral) porque pasáis subrepticamente al sistema de notación idealista. Pero al retirar las cosas que lo enmarcan (al cerebro), retiráis también, por grado o por fuerza el estado cerebral, que toma de ellas (de las cosas) sus propiedades y su realidad. Solo lo conserváis (el estado cerebral) porque pasáis subrepticamente al sistema de notación idealista, en el cual se admite que es aislable de derecho lo que en la representación está aislado. Una parte, que debe cuanto es al resto del todo, puede concebirse como subsistente cuando el resto del todo desaparece, por lo tanto una relación entre dos términos equivale a uno de ellos. (Pág. 205)

Si la notación idealista es incoherente porque deslizándose hacia el realismo termina tomando la parte por el todo, lo mismo acontece con la notación realista, que pasando insensible e inconscientemente a una notación idealista (donde lo que determina la conciencia y el conocimiento de las cosas no son directamente las cosas sino sus representaciones), concluye con el absurdo de que la relación cerebro-cosa, establecida según sus propios principios, equivale con uno solo de sus términos.

Es evidente que el cerebro no conoce, y que para hacerlo conocer hay que caer en aporías como las descritas. La ambigüedad filosófica de las neurociencias, que se pasea permanente, insensible e inconscientemente entre una y la otra notación, hace que sus averiguaciones y resultados deban tomarse *cum grano salis*.

UN IMAGINARIO EXPERIMENTO POSIBLE

Supongamos que mañana se logre identificar completamente el mecanismo cerebral por el que vemos el color verde. Se hará entonces un diagrama completo del recorrido del estímulo, que partiendo de la retina sigue un determinado trayecto activando o inhibiendo

aquestas o aquellas neuronas o grupos de neuronas, etc. Se enseña a un niño el diagrama, y en una solemne demostración ante los medios de comunicación se sigue en un probando, por medio del EEG, el TAC, el SPECT, etc., toda la serie, los lugares y encadenamientos del estímulo, de modo que el niño, comparando el diagrama aprendido con lo que ahora está viendo directamente en el cerebro, podrá exclamar en cada momento que ocurra: ¡jeste sujeto ahora está viendo el verde!, lo cual será efectivamente confirmado por el probando.

Supongamos ahora que la investigación continúa y se identifica un nuevo color del mismo modo. En otra solemne sesión el investigador principal, acompañado de todo su equipo, muestra el detalle del nuevo diagrama; sin embargo, para dar un toque de *suspense* se reserva decir de qué color se trata dando pie para que los mismos asistentes lo identifiquen. ¿Podrán hacerlo? Seguramente las respuestas correctas se deberán al azar, porque ni en el caso anterior ni en este, ni el niño ni nadie, excepto el probando, ven un color. Por lo pronto, si pudiéramos ver los colores directamente en el cerebro no necesitaríamos ni del EEG, el TAC ni el SPECT, ya que el noble órgano no se vería con su monótono y estable color gris, sino como un arco iris. La sensación del verde, en definitiva, no es verde, y nadie puede ver el verde ni ningún otro color directamente en el cerebro, aunque por otra parte sea indudable que el verde y los otros colores los vemos

En todo caso, ver un color es muy distinto de inferir que se ve un color, de modo que entre lo que vemos con la sensibilidad y la actividad cerebral hay todavía que salvar un enorme hiato. Lo mismo cabe decir, y con mayor razón aún, en lo tocante a los sentimientos y las emociones. ¿Alguien ha visto la depresión, la tristeza o la alegría en el cerebro? Desde luego que no, lo único que se ha hecho, si es que se ha hecho, es inferir, o quizá solo proponer, que a partir de cierta condición o estado cerebral se verifica una determinada emoción, la que ciertamente no es conocida en el cerebro por medio de ninguna técnica sino a través del lenguaje y la expresión.

La neurociencia, en lo relativo al conocimiento trabaja con correlaciones, donde ya se han de conocer los términos, caso contrario no se podrían correlacionar. Los términos en este caso son lo conocido por un lado y el cerebro por el otro. Pero la correlación no es un conocimiento causal, y de entre las formas de conocimiento, incluso cuando lo correlacionado tiene valor 1, es la más feble e incierta. Si hay una correlación entre el estado psíquico y el cerebral de ahí no se deduce ni que sean lo mismo ni que uno sea la causa del otro, el

método no permite hacer esta inferencia. Con el puro dato de la correlación tanto puede ser que el cerebro sea la causa del estado psíquico como que el estado psíquico sea causa del estado cerebral o, lo más probable, que ambos dependan de una tercera cosa.

La neurociencia, lamentablemente, carece de una verdadera teoría del conocimiento. Conocer no es lo mismo que pasar por un cierto estado cerebral, porque aunque así fuera ese estado cerebral no sólo tiene que estar ahí sino que tienen que ser conocido para poder hablar de conocimiento. El conocimiento como mucho es un estado cerebral conocido, pero en ningún caso es un estado cerebral sin más, sobre todo porque el conocimiento es acto y actividad, nunca pasividad. A falta de teoría del conocimiento, la neurociencia vive de correlaciones, pero este método hizo que Jaspers, en su época, asegurara que lo que con él se construía era una mitología cerebral.

Desde Aristóteles se sabe que la sensibilidad es orgánica. La ceguera, por ejemplo, nos impide ver colores y la sordera oír sonidos, etc. La sensación, admitámoslo, se correlaciona con el órgano y el cerebro, que es otro órgano, pero ninguno de ambos explica la sensación en tanto que conocida, no explican el conocimiento que es lo que hay que explicar. Ahora bien, si es indudable que conocer el verde requiere de cierta indemnidad orgánica, no es menos cierto que la verdad, la veracidad o el concepto de lo verde no es dependiente de ningún órgano. Un ciego, dice Wittgenstein, puede tener el concepto de lo verde, como cualquier otro concepto, aunque no su sensación. Nadie más severamente antipsicólogo, antifisiólogo, etc., que Husserl. Es más, no sólo prescinde del cerebro, la psique, etc., sino de toda la realidad, la cual deja convenientemente fuera del paréntesis, porque para estudiar los fenómenos este saber no agrega nada. Si no supiéramos nada del fenómeno rojo nunca podríamos buscar sus equivalentes, no su identidad sino sus equivalentes, en el cerebro. Y para ver el rojo no sacamos nada mirando en el cerebro, tenemos que haberlo visto primero donde quiera que esté para después ir a buscarlo allí, aunque por lo demás allí nunca lo encontraremos como rojo.

ENTRADA Y SALIDA

La neurociencia parte de un dogma centrípeto injustificable a estas alturas. Se supone que las cosas que vemos vienen de afuera e ingresan al cerebro por medio de los órganos de los sentidos. Sin embargo, es bastante claro que las cosas no las vemos en el cerebro sino afuera, es decir, donde están. Para acomodarse con la experiencia, con lo que vemos realmente y con cómo

lo vemos, la teoría centrípeta debiera incluir un sistema centrífugo, o proyectivo, que reenvíe fuera las imágenes formadas en el cerebro, porque es allí donde realmente las vemos. Esta mesa que estoy viendo no la veo en mi cerebro, la veo en el espacio objetivo que está fuera de mí. Pero si tal supuesto mecanismo proyectivo existiera, seguramente más de alguna vez habría fallado a consecuencia de un accidente vascular o de un traumatismo, y entonces, alterada la proyección, veríamos las cosas antes de salir, es decir, en el cerebro, pero esto nunca ocurre porque tal sistema no existe.

Es lógico pensar que la sensibilidad y el conocimiento refieren de modo inmediato a lo que está afuera, el ser humano es inmediatamente centrífugo, no se mete nunca las cosas en la cabeza, ¿cómo podría hacerlo? (desde luego no le cabrían). Sale a verlas, oír las, tocarlas, etc., y las ve, las oye y las toca donde están, no en su cerebro sino fuera de él. El humano es un ser abierto e iluminador, como diría Heidegger, no trae las cosas a la jaula de su interioridad sino que trasciende hacia ellas, es él quien sale hacia las cosas alumbrándolas. Esto, si es real, supone unos conceptos fisiológicos totalmente distintos a los que están en uso, porque aquello que es real, y que constituye lo más evidente de nuestra experiencia, es inexplicable con las correlaciones neurocientíficas del conocer, las que, como decía Bergson, más que ciencia son una metafísica anticuada.

PRIMERA PARADOJA: EL LENGUAJE METAFÓRICO Y RELIGIOSO DEL DSM-V

La densidad que el lenguaje pretendidamente científico y objetivo de las neurociencias ha alcanzado en la psiquiatría tiene una dimensión abrumadora y abismante que impide ver lo demás. Incluso el objetivismo se ha apoderado de la clasificación de las enfermedades mentales, y pareciera no existir una más científica y objetiva que la de los DSM. No nos interesa reiterar las muchas críticas que ha recibido este manual, como aquella demoledora que demuestra que siguiendo sus parámetros se pueden diagnosticar, al mismo tiempo, dos o tres trastornos partiendo de la misma colección de síntomas. Esto, dicho sea de paso, demuestra que los manuales DSM no tienen una base intuitiva, y la intuición es el fundamento de la descripción; sin intuición no se puede describir, y si desde la descripción no se puede volver a la intuición la descripción no describe nada real sino constructos racionales. En todo caso, algo parecido, por ejemplo, pasa con lo que en otros ámbitos se llama trastorno límite de la personalidad o personalidad limítrofe.

Lo que ahora nos proponemos es más bien descubrir como los DSM siguen haciendo uso de metáforas y del lenguaje religioso, a lo que no tenemos nada que reprochar sino solamente lamentar que se haga de un modo inadvertido e inconsciente, y que no se saquen las consecuencias que cabe extraer.

Al describir la manía, por ejemplo, se habla de ánimo elevado, expansivo y exaltado, ¿pero se puede entender este discurso objetivamente? ¿Qué quiere decir, objetivamente hablando, que el ánimo se eleve, se expanda y se exalte? En rigor, objetivamente no significa nada. ¿O es que el ánimo es una cosa que tiene posición y magnitud? ¿El ánimo, por ejemplo, está a la altura del diafragma y con la manía sube hacia el cuello, con la expansión sale de los límites corporales hacia adelante y hacia atrás, y con la exaltación definitivamente salta por encima de la cabeza? Estos términos son metafóricos, pero se trata de una buena metáfora, muy antigua por lo demás, que sobrevive y se incrusta en la pretensión del lenguaje objetivo porque hablando así se dicen cosas con sentido que todo el mundo entiende perfectamente. Por lo demás, para evitar los equívocos, todo lo que digamos objetivamente de la manía tiene que estar previamente englobado y contenido en los términos mentados.

Seguramente que una descripción estrictamente objetiva de la manía, además de imposible sería ininteligible, o se traslaparía con tantas otras condiciones que a la postre resultaría esencialmente imprecisa y ambigua. Cuánta mayor claridad habría en la descripción de los trastornos mentales si los psiquiatras, en vez de pretendidos científicos y estadísticos, fueran en realidad poetas intuitivos, capaces de dar con las metáforas apropiadas para cada situación³. Desde luego, algunos psiquiatras antiguos parece que obraban así. Por ejemplo, una de las descripciones más convincentes de la esquizofrenia es la realizada por Conrad o Konrad. Recuérdese que al estado de trema le sigue el apofántico, es decir, el de la revelación, que es un término del vocabulario religioso, al que le sucede después el estado apocalíptico, término que tiene el mismo origen. ¿Se puede, describir la situación de la esquizofrenia incipiente en otros términos? Se puede, pero nunca se alcanzará una intuición tan precisa y ajustada de lo que acontece con las extrañas vivencias del esquizofrénico,

³ El escritor, dice el poeta Edmundo Moure, *“Es quien vive desde la palabra, por la palabra y para la palabra. Su variedad o expresión más alta es el poeta, sujeto y objeto de la actitud poética, durante las veinticuatro horas del día. Es el que ve donde la mayoría ni ve, ni intuye ni revela. Por eso le llamaban vate los latinos”*.

vistas desde sí mismas y como realmente son. Por otra parte, esta descripción es inconfundible comparada con ninguna otra, con ella no se plantea el problema de los DSM, donde partiendo de lo mismo se puede arribar a dos o tres diagnósticos distintos. Por último, es estable; después de décadas conserva todo su valor y ni se puede retocar ni nadie la ha retocado, lo que no se puede decir de los DSM que cada cierto número de años lo ponen todo patas arriba, comunicándole a la psiquiatría una vertiginosa e innecesaria inestabilidad. Es el glorioso poder de la intuición poética destronando al racionalismo mórbido y a la estadística.

El déficit atencional, por ejemplo, construcción típicamente moderna pero desmontado y deconstruido en un trabajo inédito por Eduardo Riquelme, psiquiatra infantil, es una característica y ejemplar construcción racional y objetiva carente por completo de intuición. Allí donde la intuición dice: lo que pasa con este niño es que está aburrido, aquel racionalismo construye un ambiguo e impreciso listado de síntomas y signos que carece de centro, y que, en vez de revelar algo, enmaraña y descamina la clara aprehensión de lo que en realidad sucede. Cuánto más útil no sería un texto sobre la fenomenología del tedio en la infancia, pero también, cuánto más difícil. La psiquiatría ha echado a la fenomenología por la puerta pero sólo para que termine entrando por la ventana. Es hora de admitirlo e invitarla a sentarse reconociendo el lugar que le corresponde y al que tiene derecho.

Ahora bien, por qué se dice que el ánimo se eleva se expande y se exalta, y por qué lo entendemos todos. En condiciones normales elevarse es ascender hacia la claridad del sol que ilumina, entibia y fertiliza el panorama de la vida. Hasta aquí no hay nada físico, lo físico se emplea como metáfora de una situación antropológica y existencial de carácter intelectual, anímico o religioso que todos comprendemos sin más por el fondo intuitivo que compartimos. En cambio, sí que hay un juego de oposiciones, porque descender es abismarse en la estrecha, fría y oscura tierra en cuyo fondo intangible señorean los demonios. El ánimo, entonces, se eleva hacia la luz, por ende lleno de alegría, pero también desciende hacia lo ctónico, lleno de tristeza por lo que le aguarda. ¿Pero por qué se exalta? Porque por encima del sol hay aún otra luz, aún más pura y arrebatadora, cuya aprehensión sobrepuja cualquier elevación. Pues bien, esto es más o menos lo que dice el DSM-V diciendo lo que dice, y su evidencia no necesita de argumentos ni estadísticas, es una especie de habitar inmediatamente entre las cosas mismas.

Insistimos: para hablar de lo anímico y de lo psíquico está totalmente justificado el uso de símbolos y metáforas, incluso el lenguaje de uso coloquial, porque allí

está depositada una sabiduría milenaria, no los transitorios, arbitrarios, frágiles e hiperintelectualizados acuerdos de una comisión de expertos. Aquellos son nuestro genuino patrimonio para la comprensión de la vida humana sana o enferma. Además es imposible no hacerlo, incluso recurren a ello los DSM.

SEGUNDA PARADOJA: EL SILENCIO DEL MUNDO

La voluntad de ir a buscar la depresión o lo que quiera que sea en el cerebro, ha trocado al objetivismo en su contrario, el subjetivismo, encerrando al hombre en su cerebro. Pero las cualidades anímicas, por ejemplo, no sólo no están en el cerebro, se hayan ampliamente extendidas a todo lo ancho del mundo. ¿Existen atmósferas vacías, furiosas, crepusculares, decrépitas o pletóricas? ¿Tiene sentido hablar de un ambiente siniestro, lúgubre, desdichado, noble, radiante o beatífico? El otoño, como la primavera, el invierno o el verano, ¿no tienen acaso su propio temple, temperamento y humor? La vida en general, los otros seres vivos, tanto vegetales como animales, ¿no transmiten su cansancio, sufrimiento, decadencia, fuerza y plenitud? Se dirá que se trata de una mala proyección, que el secreto de este lenguaje está, en última instancia, en la composición de los neurotransmisores cerebrales. Sin embargo, es un hecho real que estando yo triste puedo distinguir un ambiente alegre y viceversa; o que estando yo seguro pueda apreciar lo amenazante de una situación en la que no estoy involucrado. Sin ello, por lo pronto no habría literatura ni fisiognómica, pero las hay. El estado de ánimo, como los valores, no es algo puramente subjetivo ni mucho menos un estado cerebral, tiene su propia apertura en el mundo, y contribuye a la conformación del ser humano y por ende a su patología. La estructura anímica del mundo la estudió, apoyado en el método fenomenológico. Max Scheler, y su admirable e irreplicable obra, de una fascinante riqueza y variedad intuitiva, influyó en diversos psiquiatras anteriores aunque de esto no queden sino muy pocas huellas en la psiquiatría actual.

COMENTARIOS FINALES

En definitiva, ¿hemos ganado algo cuando en nombre de la objetividad arrinconamos al hombre en su subjetividad, peor aún, en su cerebro? ¿No lo hemos empequeñecido, aumentando, sin comprenderlo, su miseria?

El amplio círculo de adoradores, el fuerte arraigo que en la actualidad ha logrado el culto al ídolo cerebral, divinidad más bien parca, carente de dramatismo y fantasía, probablemente es lo que induce a creer

que la intuición, junto con las metáforas y los símbolos que la revelan, son un estorbo en la psiquiatría, o un asunto de tiempos pasados felizmente superados. A fin de cuentas, ¿será el verdadero progreso de esta disciplina el retorno a donde dejaron los temas los psiquiatras de antaño, para poder continuar desde allí las

averiguaciones? En la filosofía, toda nueva creación tiene que medir sus armas con los filósofos del siglo V a. C. Quizá ocurra en nuestra especialidad que cualquier novedad debiera medirse con el patrón de lo que con cierta ambigüedad e imprecisión conocemos como psiquiatría clásica.

REVISIÓN

MATERIAL ONÍRICO Y DIAGNÓSTICO. CONSIDERACIONES GENERALES A PROPÓSITO DE UN CASO: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA ANALÍTICA¹

(Rev GPU 2014; 10; 1: 53-63)

Eduardo Tagle ²

En el presente trabajo se revisa el asunto de la consideración del material onírico como información complementaria para la indagación diagnóstica psicodinámica. Para ello se transita por las metodologías generales para la evaluación diagnóstica de la personalidad para eventualmente arribar al modelo psicodinámico y al diagnóstico psicodinámico de la personalidad. A continuación se profundiza en los desarrollos de la psicología analítica en torno a los sueños y su uso diagnóstico, para finalizar con la interpretación de un par de sueños que acontecen en una entrevista de evaluación diagnóstica.

INTRODUCCIÓN

El presente escrito tiene por objetivo revisar el asunto de la consideración del material onírico como información complementaria para la indagación diagnóstica psicodinámica.

En primera instancia se revisará en términos someros dos de las aproximaciones metodológicas principales al diagnóstico en salud mental. Seguidamente se hará alusión de forma general a las nociones fundamentales del modelo psicodinámico, para arribar a las características propias del diagnóstico psicodinámico.

Posteriormente se profundizará en la comprensión de lo onírico desde la perspectiva analítica, para abordar la temática del uso diagnóstico de los sueños desde esta aproximación teórica.

Finalmente, se intentará realizar la interpretación de un par de sueños que surgen en una entrevista clínica, que tuvo como objetivo evaluar el grado de psicopatología de una paciente, quien, habiendo sido derivada con el diagnóstico de episodio depresivo, no refirió mayores síntomas o signos psíquicos que permitieran una apreciación preliminar medianamente acabada de su malestar. En ese contexto, la pregunta general en

¹ Monografía final para optar al grado de magíster clínico en psicología clínica analítica jungiana, Universidad Adolfo Ibáñez.

² eduardotagleaviles@gmail.com

torno a sus sueños otorgó información fundamental para configurar un escenario aunque hipotético, algo más nítido en torno a su patología.

En último lugar cabe hacer una aclaración y una pregunta.

La aclaración: la paciente fue vista solo una vez por mi persona, por el transcurso de 30 minutos, hace ya una cantidad considerable de tiempo. Dadas esas particularidades, aclaro que no pude obtener su consentimiento y que hoy en día sería imposible. Sin embargo, no está demás señalar que la modificación y omisión de información personal me parece ha logrado el objetivo de cautelar su identidad.

La pregunta: ¿dónde quedaron los sueños en tanto vía regia al inconsciente (Freud, 1900), en la evaluación psicodinámica?

EL DIAGNÓSTICO EN SALUD MENTAL, CONSIDERACIONES PRELIMINARES

La salud mental, a diferencia de otros ámbitos de la salud y subdisciplinas de lo médico, revierte una complejidad diferente al involucrar no solo la consideración de la subjetividad del paciente (y del clínico) como dato esencial, sino la interacción de la dimensión biológica, psicológica y social. La convergencia de estas variables conllevaría, según Caponni (1987), a un salto epistemológico respecto de otros ámbitos de la salud dada la multicausalidad de los factores influyentes, condicionadores o determinantes de lo "mental".

Otra complejidad inherente a la salud mental y al diagnóstico en salud mental radica en las diferencias formativas y metodológicas entre psiquiatras y psicólogos(as), la gran variedad de modelos conceptuales (muchas veces divergentes) en psicología, el amplio espectro de las dimensiones evaluables en salud mental y la diversidad de técnicas de exploración diagnóstica. Sin embargo independiente de la formación profesional o la inclinación teórica, quien tiene la tarea de evaluación diagnóstica de la personalidad debe poseer conocimientos en psicología del desarrollo, psicopatología, psiquiatría, teorías de la personalidad y el conocimiento de alguna teoría explicativa del psiquismo que contemple su organización dinámica.

Finalmente cabe recordar que el objetivo último del diagnóstico apunta al ámbito de la praxis (Caponni, 1987), vale decir, al de decidir futuras intervenciones que apunten a aportar soluciones a la queja o malestar particular de quien lo solicita (Veccia, 2005). En este sentido, como señala Caponni (1987) todo acto en salud "es fundamentalmente un acto de ética" (p. 9) y quizás de forma particular en salud mental.

DOS APROXIMACIONES METODOLÓGICAS GENERALES A LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA EN SALUD MENTAL

En términos generales es posible señalar la existencia (dentro de muchas otras) de dos vertientes actuales principales y mutuamente necesarias a la evaluación diagnóstica de la personalidad posibles de realizar en el contexto de una entrevista: la aproximación descriptiva categorial y la aproximación descriptiva dimensional (Caponni, 1987).

El diagnóstico categorial, más propio de la perspectiva médica, tiene por objetivo la evaluación de un fenómeno desde una perspectiva sincrónica (vale decir, en el aquí y el ahora), donde, como señala Caponni (1987) "Luego que el psiquiatra [y el(la) psicólogo(a)] haya obtenido del paciente un conjunto de hechos psicopatológicos a modo de signos y síntomas (...) los agrupará en síndromes, para enseguida ubicarlos en un diagnóstico nosológico más preciso" (p. 14) desde los manuales vigentes (CIE, DSM) de clasificación diagnóstica.

El diagnóstico dimensional, más propio de la psicología, tiene como propósito la cuantificación de atributos, rasgos o dimensiones y el grado de integración (o de escisión) de estos en la personalidad, de modo de ponderar la funcionalidad Yoica. Esta metodología es de mayor utilidad en la descripción de los fenómenos que se distribuyen de manera continua y que no poseen límites definidos, permitiendo apreciar atributos clínicos que pueden pasar desapercibidos en un sistema de categorías y que se ajustan a la idiosincrasia del sujeto. Así mismo, esta evaluación tiene una perspectiva diacrónica (a través del tiempo) de la constante estructuración y organización, a lo largo del desarrollo, de los conflictos relativos a los contenidos y funciones psíquicas que constituyen al sujeto.

Si bien existe un amplio espectro de metodologías (como la aproximación fenomenológica, interpretativa, etc.) y técnicas de indagación diagnóstica (como entrevistas clínicas, neuroimágenes, evaluación neuropsicológica, test proyectivos, etc.), tanto psiquiatras como psicólogos clínicos hacen uso de las valoraciones diagnósticas categoriales y dimensionales en el contexto de la entrevista clínica dependiendo de los requerimientos del caso. No está demás señalar que ambas aproximaciones por sí solas tienen sus limitaciones, razón por la cual es esencial la combinación de los dos tipos de metodologías, una que refiere a la clasificación y la otra a la intensidad (de las dimensiones). Sin embargo, bajo el alero de la perspectiva dimensional se encuentran diversos modelos conceptuales y metodológicos que tienen por objeto un estudio más acucioso de la personalidad.

EL MODELO PSICODINÁMICO

Según Kirchner, Forns y Torres (1998, en Vecchia, 2005) el modelo psicodinámico junto con el modelo de los rasgos y el fenomenológico, serían los enfoques “centrados en la persona” que considerarían las variables individuales (ya sea biológica, emocional, psicoafectiva, etc.) como las determinantes de la conducta manifiesta, llevando el foco de interés a lo que el sujeto es o tiene, en alusión al carácter, temperamento y personalidad.

Dentro de estas coordenadas se encuentra el modelo “psicodinámico”, el cual, siguiendo a Maganto y Ávila Espada (1999), alude a la convergencia de modelos explicativos de base mayoritariamente psicoanalítica, que asumen la expresión de “psicología de orientación psicoanalítica” o de orientación psicodinámica. En esta aproximación el objeto de estudio radicaría principalmente en la personalidad en tanto organización dinámica del psiquismo que subyace y determina la posición subjetiva del sujeto respecto del mundo. El constructo “personalidad”, en este modelo, está conformado por dos conceptos fundamentales, como son el de dinámica y estructura. De esta forma, la personalidad referiría a una configuración estructural, conformada a lo largo del desarrollo, que es expresión de la dinámica de las fuerzas o tendencias en conflicto entre las diferentes instancias o elementos constituyentes de la organización psíquica.

Sin embargo, sumado a los conceptos de dinámica y estructura, este modelo comparte otros presupuestos conceptuales como (1) la articulación entre teoría y práctica, (2) la búsqueda del porqué del síntoma o causa del malestar como expresión de la causalidad de los fenómenos psíquicos, (3) “el concepto de infancia como tiempo de integración de la estructura psíquica del sujeto a través de los vínculos intersubjetivos entre el sujeto y sus cuidadores o primeras figuras de apego” (Maganto y Ávila Espada, 1999, p. 3), (4) la sexualidad infantil como base del desarrollo evolutivo, (5) el concepto de trauma y su relación con la neurosis, (6) el concepto de síntoma y su relación con el funcionamiento de lo inconsciente y, finalmente, (7) la transferencia (Maganto y Ávila Espada, 1999).

EL DIAGNÓSTICO PSICODINÁMICO

En términos operativos, el diagnóstico psicodinámico tiene como objeto de estudio la personalidad del sujeto mediante la descripción, comprensión y explicación de la organización psíquica que se manifiesta en las conductas y expresiones funcionales y disfuncionales (Vecchia, 2005). Sin embargo, como señala Vecchia (2005), “El diagnóstico psicodinámico comienza con una valoración

sintomática [formal, a modo del CIE o DSM] pero no se agota en ella ni tampoco en la mera clasificación de estructuras [clínicas psicodinámicas]” (p. 8), ya que al ocuparse del estudio en profundidad de un sujeto, permite la comprensión de su padecer desde una perspectiva idiográfica, vale decir, desde su particularidad.

De acuerdo con Maganto y Ávila Espada (1999), el psicodiagnóstico psicodinámico se puede entender en tres sentidos; un diagnóstico formal que refiere a las categorías diagnósticas vigentes, un proceso diagnóstico comprendido como los procedimientos para la obtención de datos y finalmente, la formulación o conclusión diagnóstica.

La formulación diagnóstica en tanto finalización del proceso de evaluación, “define qué tipo de estructura subyace a la personalidad del sujeto y la especificidad de los síntomas [en relación] con el diagnóstico psicopatológico idiográfico (Vecchia, 2005, p. 9)”. Sin embargo, un aspecto propio de este tipo de diagnóstico radica en el proceso psicodiagnóstico o de recolección de información. Si bien el modelo psicodinámico permite y acepta métodos e instrumentos de recolección de datos variados y provenientes de diferentes modelos teóricos y disciplinas y los aplica según convenga al objetivo del diagnóstico, a las características del caso o situación planteada (Vecchia, 2005), el método de recolección de información por excelencia, a lo menos en lo que a adultos respecta, es la entrevista diagnóstica. Esta se caracteriza generalmente por ser, a diferencia del interrogatorio psiquiátrico clásico, de modalidad semiestructurada o libre, aun cuando se han desarrollado modelos provenientes de la psicología del Yo o las entrevistas estructurales de Kernberg, entre otras (Velasco, 2008).

Como señala Velasco (2008):

[...] en la entrevista psicodinámica inicial se busca el entendimiento amplio de lo que le pasa al paciente y no solo la recolección de los datos psicopatológicos, de manera especial también se registran los sentimientos y fantasías que nos va despertando su material verbal y conductual, así como el tipo de interacción que se va desarrollando con nosotros (p. 3).

De esta forma en la entrevista psicodinámica hay una puesta en juego de la subjetividad de entrevistador para el registro objetivo de los datos, atendiendo al comportamiento del entrevistado y a la permanente interacción entre el registro de lo manifiesto y lo latente (Vecchia, 2005), así como entre pasado y presente (entre otras dimensiones). Sin embargo lo más complejo, señalaría Velasco (2008):

“[...] es lo que pasa en la mente del psicoanalista durante este proceso, que tiene que ver con aprender a pensar dinámicamente, ordenando los datos que se recogieron y adecuándolos dentro de un modelo de pensamiento que tiene actualmente diferentes sistemas teóricos derivados de uno general” (p. 2).

Dentro de las otras características propias del diagnóstico psicodinámico cabe señalar: (1) El diagnóstico sobre la analizabilidad o “accesibilidad al tratamiento” que tiene por objetivo ponderar hasta qué punto un sujeto se beneficiará de una terapéutica de orientación psicodinámica, (2) la continua interrelación entre diagnóstico e intervención en tanto el diagnóstico orienta y reorienta el trabajo clínico y, finalmente y de importancia capital para la evaluación en este modelo, (3) las características del evaluador y del que haya “construido a través de su formación una sensibilidad especial para detectar los efectos de estructura en el vínculo que ofrece el sujeto con el que interviene” (Maganto y Ávila Espada, 1999, p. Volviendo a Velasco (2008): 9).

En un sentido operativo existen dos tipos de entrevista: una, la que se asienta en un documento escrito en forma de una historia clínica, un reporte para una presentación clínica, o una primera supervisión, y otra, la que permanece sin ser reportada en la mente del entrevistador, y que se mantiene como una *gestalt* que se va modificando a lo largo de todo el tratamiento (p. 5).

De esta forma la evaluación diagnóstica implica una permanente confirmación y reelaboración (Caponi, 1987; Maganto y Ávila Espada, 1999) que sigue las modificaciones de la dinámica psíquica o patoplastia.

Ahora, complementariamente a la entrevistas hay variados métodos y técnicas proyectivas y semiproyectivas, desde los test semiestructurados (como el Rorschach o el test de relaciones objetales) hasta las pruebas gráficas, documentos personales y autobiografías (entre otras) (Maganto y Ávila Espada, 1999) que brindan información de carácter fundamental. Sin embargo hay una pregunta que emerge en este punto; ¿que acontece con el material onírico o los sueños en tanto vía regia al inconsciente (Freud, 1900) en la evaluación psicodinámica?, ¿ha sido su falta de consideración un olvido o un lapsus en los desarrollos de lo psicodinámico?

LOS SUEÑOS, UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICA

Los primeros reportes de sueños, como señala Hall (1984) “se encuentran en textos sumerios que datan de finales del tercer milenio antes de Cristo, seguido por registros neo-Asirios [...] que datan del 700 a. C.” (p.

123), registros de Egipto que se remontan a fines del siglo quince a. C. y referencias bíblicas en el antiguo y nuevo testamento (Hall, 1984b). Sin embargo, no es hasta comienzos del siglo XX con la edición de la *Interpretación de los sueños* (1900) de Freud, cuando los sueños se posicionan como ámbito de interés a propósito del descubrimiento de lo inconsciente. No obstante, en esta ocasión, los sueños, a diferencia de la antigüedad, ya no serían los mensajeros de las revelaciones entre Dios y la humanidad, sino entre el ego y lo inconsciente (Hall, 1984).

Los sueños en tanto vía regia al inconsciente (Freud, 1900) fueron objeto de estudio para la comprensión del inconsciente y el funcionamiento psíquico en el incipiente psicoanálisis. Sin embargo, en la medida que aumentaron los descubrimientos y la comprensión del funcionamiento de la psique, surgieron disidencias a la perspectiva freudiana que derivaron en escuelas con pensamientos propios en torno al inconsciente, el psiquismo y los sueños. Dentro de las primeras disidencias se encuentra la de Carl Jung con la conformación de la psicología analítica, donde es posible encontrar amplios desarrollos en torno al psiquismo, lo onírico y quizás la única alusión explícita, dentro de las teorías psicodinámicas, al uso del material onírico con fines diagnósticos (Jung, 1947, 1948d).

SUEÑOS Y PSICOLOGÍA ANALÍTICA

Para Jung (1948a) los sueños serían una “autorrepresentación espontánea de la situación actual de lo inconsciente expresada simbólicamente” (p. 263) que, si bien implican el inconsciente personal, “tiene[n] sus raíces en el inconsciente colectivo” (Matoon, 1980, p. 54) y “se comportan de manera compensatoria en relación con la respectiva situación consciente [del soñante]” (Jung, 1948a, p. 252).

En la medida en que los sueños acontecen en aislamiento de estímulos y distractores externos, se constituirían como la única vía de expresión pura de lo intrapsíquico (Wilkinson, 1995), representando aspectos inconscientes del soñante como; fantasías inconscientes infantiles, vicisitudes en la configuración de los objetos internos y las relaciones de objeto, el interjuego entre figuras internas totales o parciales así como aspectos relacionados con la transferencia y contratransferencia (Lambert, 1979). En el sueño los contenidos tanto individuales como colectivos (del inconsciente colectivo) serían caracterizados como “personas, objetos y situaciones que reflejan las pautas de la mente” (Hall, 1986, p. 107) en una estructura dramática (Jung, 1948d) representativa tanto de la dinámica intrapsíquica (o

nivel subjetivo de interpretación) como interrelacional (nivel objetivo de interpretación) (Jung, 1948a). De esta forma los elementos del sueño, la atmósfera onírica, la estructura que asume el drama, los personajes, sus relaciones y cualidades que exhiben, referirían a la configuración de los complejos y los patrones de complejos constelados que conforman lo tácito del ego consciente como base de la identidad (Hall, 1982).

El carácter compensatorio del sueño estaría dado para Jung (1948c) por “una confrontación y comparación de diferentes datos y puntos de vista a través de los cuales surge un equilibrio o rectificación” (p. 287) “[de] importancia vital para la orientación consciente” (Jung, 1948a, p. 252). La confrontación y comparación de diferentes datos radicaría, mayoritariamente, en la relación entre las acciones y actitudes del ego onírico y el ego “diurno” en tanto centros subjetivos de sus respectivos mundos (Hall, 1984). Al estar ambos egos vinculados a la misma matriz estructural, se lleva la atención a las diferencias que asumen los complejos y las formas como los respectivos egos se relacionan con éstos. Hall (1984) señalaría que “La aparente independencia y actitud objetiva del ego diurno contempla, a través de la proyección, contaminaciones del mundo interno que son directamente experimentadas por el ego onírico” (p. 130). Los complejos asociados al ego diurno como “estructura tácita” (Hall, 1984, p. 129) o memoria implícita (Wilkinson, 2006), podrían estar asociados a la estructura del ego onírico, donde, así como un complejo que es central a la observación del ego onírico, puede ser tácito en relación a la estructura del ego despierto (Hall, 1982).

Es más, Hall (1984) iría más allá al señalar que:

La actividad del ego onírico tiene un impacto en los complejos de lo inconsciente y puede alterar su disposición estructural. Al estar el ego diurno tácitamente basado en la estructura de los complejos inconscientes, los cambios en la estructura de los complejos en respuesta a la actividad del ego onírico pueden reflejarse en cambios del ego despierto (p. 134).

De esta forma, como señala Wilkinson (2006), “la metáfora del sueño refleja las preocupaciones particulares del soñador que subyacen a los complejos que conducen esas preocupaciones” (p. 53) donde sería posible apreciar no solo la presión relativa que ejerce el *Self* sobre el ego y las otras estructuras de la psique, sino el “diálogo continuo entre el ego despierto y el *Self* mediado parcialmente a través de la experiencia del ego onírico (Hall, 1982, p. 250).

La teoría de la compensación en la psicología analítica daría cuenta de una tendencia orgánica autorreguladora del sistema psíquico, tal como acontece en los sistemas biológicos (Jung, 1947) donde, en la medida en que es comprendido el sentido del sueño, permitiría una relación reguladora con “el objetivo del equilibrio y la integración de las polaridades consciente e inconsciente” (Recuero, 2007, p. 72). Tal integración, en este modelo, permitiría el desarrollo consciente hacia el proceso de individuación, vale decir, al proceso de diferenciación que apunta “al desarrollo del individuo psicológico como ser distinto de lo general, distinto de la psicología colectiva” (Jung, 1921, p. 535).

El carácter simbólico de los contenidos de lo inconsciente tiene un lugar fundamental en la psicología analítica, donde asume una acepción diferente de otras perspectivas psicodinámicas, distinguiéndole tempranamente del psicoanálisis clásico. Para Freud, los sueños presentan un contenido manifiesto que disfraza, por medio de la censura y los mecanismos desfiguradores como el desplazamiento, la condensación, sustitución y simbolización, un contenido latente exclusivamente relacionado con la realización de deseos incestuosos infantiles (Frey-Rohn, 1969). De esta forma, en el psicoanálisis freudiano la simbolización en particular y los contenidos de lo inconsciente en general, tendrían un sentido unívoco que a modo de signo esencial y causalmente representarían otra cosa (Frey-Rohn, 1969), a saber, ciertas partes del cuerpo con su correspondiente significado (Colman, 2010).

Por su parte, Jung concebía a los sueños, más que como un disfraz, como su propia interpretación (Frey-Rohn, 1969, p. 230). La anterior tautología radica en que lo simbólico en Jung (1921), refiere a “la mejor formulación posible y, por tanto, [...] más clara y característica que por el momento pueda hacerse de una cosa relativamente desconocida” (p. 554). De esta manera la comprensión y el abordaje de lo onírico se constituiría como una apertura que brinda múltiples posibilidades de asociación e interpretación, antes que el arribo a una solución interpretativa que reduzca el potencial de sentido del sueño (Colman, 2010). Susanne Langer (1942, citado en Colman, 2010), en sus escritos sobre el simbolismo señalaría que las características del simbolismo no-discursivo, a diferencia del simbolismo discursivo (de carácter reflexivo), radicaría en la falta de precisión y especificidad, la presencia de oposiciones o paradojas y la multiplicidad de “(...) significados indeterminados que ganan su sentido (...) a través de la integración de muchos significados en una presentación simultánea” (p. 104). Así mismo, Jacobi (1959) señalaría que en la aproximación analítica “Los contenidos inconscientes

son siempre multisignificativos, y su sentido depende tanto de la coyuntura en que surgen como de la específica situación vital (...) del sujeto que sueña" (p. 115).

Desde la perspectiva de las neurociencias y en concordancia con la consideración de Jung (1948b) respecto de la equivalencia afectiva de las imagos aglomeradas en torno a los complejos, Reiser (1999, citado en Wilkinson, 2006) señala que:

Cada uno de nosotros lleva dentro del cerebro una red duradera de recuerdos almacenados codificada por imágenes (...) percibida durante experiencias significativas de la vida emocional. Tales imágenes y memorias codificadas son asociadas mediante un potencial compartido para evocar complejos idénticos o muy similares de emoción. Estas redes están organizadas en torno a un núcleo de imágenes preceptuales o fragmentos de imágenes que codifican recuerdos de los eventos tempranos" (p. 48).

Otro descubrimiento en el ámbito de las neurociencias ha dado cuenta de que el soñar tiene un papel fundamental en la organización de la memoria afectiva en la medida en que "(...) configura las memorias ocurridas durante la vigilia, en un proceso cíclico de creación, selección y generalización de conjeturas sobre el mundo (Ribeiro, 2004, citado en Wilkinson, 2006, p. 44). De esta forma las emociones configurarían el argumento o trazado del sueño que, según Wilkinson (2006), confirmaría desde la aproximación neuropsicológica, dentro de otras cosas, el foco puesto en la psicología analítica en la atmósfera y trama emocional de los sueños con relación a la vida diurna.

USO DIAGNÓSTICO DEL MATERIAL ONÍRICO

Para Jung (1947), en la riqueza del material onírico era posible apreciar la etiología, el pronóstico e incluso el inicio y el cómo ha de aplicarse la terapéutica, señalando, inclusive, que "acepto al sueño, como un hecho aplicable para el diagnóstico" (Jung, 1947, p. 68).

No obstante, después de Jung, la alusión explícita al uso diagnóstico del material onírico ha sido brevemente mencionada por algunos autores postjungianos (Hall, 1982, 1984; Wyly, 1995) en relación a los sueños iniciales del proceso de análisis (Hall, 1984). Los escasos desarrollos en torno a este aspecto probablemente se deban al hecho de que el uso diagnóstico ocurriría, inevitable y necesariamente, como un paso o consideración preliminar implícita (e inclusive irreflexiva o intuitiva) para el abordaje práctico de lo onírico.

Sin embargo, para Hall, el mayor exponente de lo onírico en psicología analítica, los sueños permitirían algunas posibilidades como: donde el analista debe dirigir su atención (Hall, 1984), anticipar síntomas (Hall, 1983) y apreciar progresos clínicos (Hall, 1984), hasta la posibilidad de "[realizar] distinciones entre neurosis, psicosis y problemas orgánicos y caracterológicos (...)" (Hall, 1984, p. 44). La apreciación diagnóstica para Hall (1982) se encontraría en la relación *ego-Self*, donde se podrían dar formas de relación a modo de "clusters o complejos o patrones de complejos" (p. 252). Wyly (1995) por su parte, indicaría que la posibilidad de realizar un diagnóstico podría deberse a la existencia de "un patrón general de soñar que es característico de una forma más o menos discreta de psicopatología" (p.124), como es posible apreciar en los desarrollos de otros autores psicoanalíticos (Fonagy, 2000, en Lanza, 2012).

Aunque en la psicología analítica es posible encontrar variadas posturas respecto del lugar de los sueños en el análisis así como de los aspectos a priorizar en el mismo análisis del sueño (Samuels, 1985) una de las convergencias, sin duda, radica en la necesidad de conocer el contexto vital del soñante (Jung, 1944, 1947, 1948a) para la comprensión del contenido onírico.

Otro punto de interés radica en la pregunta explícita por los sueños donde, si bien hay autores postjungianos críticos de esta (Lambert, 1979), Jung (1947) al parecer no tuvo reparos en realizarla frente a cuadros clínicos difusos señalando que "[el material onírico] me ha servido muchas veces de ayuda, sobre todo en casos de diagnósticos diferenciales complicados, con síntomas orgánicos y psicógenos" (Jung, 1948c, p. 282).

Finalmente y siguiendo a Hall (1984), al constituirse el sueño "como el reflejo de la estructura de los complejos psicológicos [del] inconsciente personal" (p. 26), puede brindar información de carácter esencial, para integrar con otras apreciaciones clínicas.

CASO CLÍNICO

Contexto

La entrevista descrita a continuación ocurre en un centro de salud, donde una paciente es remitida a evaluación psicológica para estimar psicopatología. La paciente llega con diagnóstico de "episodio depresivo" y sin información relevante en las fichas clínicas anteriores. La consulta dura 30 minutos.

ENTREVISTA

La paciente, de cerca de 60 años, llegó a consulta. Vestía ropas un tanto holgadas, no lucía sobrepeso y presentaba una evidente disminución psicomotriz (hipocinesia e hipomimia). Al momento de la entrevista tenía una prescripción farmacológica de Escitalopram 10mg 1-0-0 y Amitriptilina 25mg 1-0-0. En términos mórbidos la paciente presentaba astigmatismo, presbicia y dislipidemia diagnosticados hace tres años. Un año antes de la entrevista se le diagnostica hipotiroidismo (compensado al momento de la entrevista), episodio depresivo y fibromialgia.

Al consultársele por el motivo de derivación, la paciente menciona "la doctora me dijo que tenía que tomar decisiones en torno a mi vida...". La paciente se encuentra casada, vive con su marido y es madre de 3 hijos (una niña y dos hombres). La paciente señala que comenzó a sentirse "agotada" (aludiendo a los síntomas depresivos exclusivamente somáticos) cuando su hija fue madre a los 38 años "recordé cuando yo la tuve a ella a los 23 años". El motivo de ese recuerdo radica en que su hija, quien vivía a una distancia considerable de la capital, tuvo riesgo vital y de pérdida en el embarazo, siendo atendida de urgencia en el parto. El bebe nace prematuro cerca de las 28 semanas. Desde ese entonces hasta la fecha de realización de la entrevista (un periodo aproximado de 2 años y medio), la paciente viaja a cuidar a su nieto de forma regular, sin compañía de su cónyuge. La paciente menciona que su estar "agotada" proviene del desgaste de aquellos viajes. Indagando más acuciosamente en los aspectos que pudiesen orbitar ese estar "agotada", la paciente menciona que en principio "comencé a decaer cuando mi hija se casó hace 8 años y se alejó..., tenía que viajar mucho, dejaba mucho tiempo solo a mi marido". Menciona que en junio de 2008 "dejé de ser alegre y me comencé a poner seria...". La paciente fue a cuidar a su nieto por un periodo aproximado de 4 meses ya que estaba enfermo y, según señala, "me encerré con el bebé y solo llovía y llovía (...), llegué con pocas ganas de hacer mis cosas...". La paciente dejó drásticamente de realizar actividades que desde hace tiempo le eran de suma importancia.

En un momento la atención fue inevitablemente demandada a esa estadía con el niño; al respecto, la paciente señala con mayor emotividad "yo le enseñé a caminar..., mi bebé está caminando...". Refiere que para sorpresa de todos, enseña al niño a caminar en tiempo inesperado y fuera de cualquier pronóstico, dado el déficit motriz por su prematuridad. Después de unos meses en aquella estadía, llega a la capital, le enseña una foto

a su marido donde figura con su nieto, este le menciona "tu cara sale cansada...".

Dada la rotunda inexpressividad, lejanía, lentitud, baja producción ideosociativa y la ausencia de cualquier queja y afectividad manifiesta en torno a los supuestos gatillantes de su estado anímico así como respecto del mismo "agotamiento", se moviliza el foco de acceso a posibles contenidos psíquicos encapsulados o latentes que, inevitable e insistentemente, instalan una intuición a nivel contratransferencial. Se le realiza la consulta, más bien general, orientada a la indagación de trastornos del sueño. En respuesta, la paciente señala tener mal dormir y tener muchas pesadillas que aluden a gatos que le caminan de noche, "no me gustan los gatos" señala. Se le pide indique la "pesadilla" que le ha resultado más significativa: "Estoy en mi cama durmiendo y un gato me clava las uñas en mi espalda..., yo sentía como me salía sangre...". También menciona de pesadillas donde "Estoy en mi pieza y arañas empiezan a bajar del techo". La paciente despierta en ambos sueños.

Frente a la petición de que realice asociaciones o describa características sobre los gatos menciona que son "traicioneros"; después de eso señala, con otro nivel de expresividad, que es hija adoptada y que "la hija mayor del matrimonio que me adoptó tenía gatos que caminaban en mi cama". Las relaciones con esa hermana estaban lejos de ser fraternas. Continuando la indagación, menciona que su primer hijo falleció por toxoplasmosis, enfermedad transmitida por los gatos. Posteriormente menciona que su madre adoptiva muere hace un par de años y que ella (la paciente) ya pagó su propia cremación.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

En un sentido sindromático, la paciente presentaba los signos clínicos propios de un cuadro depresivo en términos únicamente somáticos, vale decir, con ausencia de quejas psicológicas, permitiendo la estimación de un cuadro depresivo con una inhibición considerable. A nivel de la psicopatología de la afectividad fue posible apreciar una evidente anhedonia y una escisión ideoaffectiva. En términos psicomotrices la inhibición era manifiesta a través de hipomimia, hipocinesia, abulia y una hipokinesia en grado moderado. La paciente no presentaba desaseo personal y se mostraba orientada a la entrevista. A nivel del pensamiento, solo fue posible valorar un déficit a nivel de la velocidad del pensamiento (bradipsikia) a excepción del lapsus (fundamental) sobre el cual no se indaga. Las diferencias estimables en comparación con otros(as) pacientes

con similar patología radicar en aspectos que no son de fácil descripción ya que responden a una apreciación tanto intuitiva como contratransferencial que re-orienta la indagación clínica y que yacen, fundamentalmente, en la cualidad del contacto que la paciente estableció.

ANÁLISIS DEL SUEÑO

Sueño 1:

“Estoy en mi cama durmiendo y un gato me clava las uñas en mi espalda... , yo sentía cómo me salía sangre...”

Sueño 2:

“Estoy en mi pieza y arañas empiezan a bajar del techo”.

Los elementos posibles de apreciar en el sueño son: la paciente, su cama, su pieza, el asalto del gato y las arañas bajando del techo. Las sensaciones que genera el primer sueño podrían relacionarse con temor asociado al ataque y agresividad inmoderada; en el segundo sueño nuevamente aparecen el temor y la angustia. Tales elementos constituirían la atmósfera emocional del escenario onírico, donde la paciente no alcanza a huir o defenderse, siendo en el primer sueño moderadamente herida. La estructura dramática de ambos sueños no cuenta con una resolución, generando alta carga de angustia y siendo de un carácter fulminante que despierta a la soñante.

El “gato” pareciera constituirse como un símbolo que transita diversos momentos de su vida, respecto del cual la paciente asocia; “no me gustan”, son “traicioneros”; posteriormente señala “la hija mayor del matrimonio que me adoptó (con quien no tenía buenas relaciones) tenía gatos que caminaban en mi cama”. Cerca de sus 20 años su primer hijo muere a los pocos meses por toxoplasmosis, enfermedad transmitida mayoritariamente por los gatos. La paciente sólo convivió con gatos en su infancia. Respecto de las arañas no señala asociaciones.

En un nivel personal de análisis es posible apreciar la emergencia de una trama vital donde el gato, en tanto símbolo, podría relacionarse en primera instancia, en un nivel objetivo de interpretación, con su hermana. Su hermana, posiblemente celosa de su presencia, reivindicaba su lugar en su familia como hija verdadera y mayor “molestando” a la paciente. Al mismo tiempo, desde otra perspectiva, el gato podría asumir la representación de la imagen de la relación con su hermana, vale decir, de una relación hostil que rememora su

carácter de hija adoptiva en una valencia negativa: el recuerdo de su abandono primario. Posteriormente los gatos “traicioneros” enferman y matan, sin su presencia concreta, a su primer hijo. Pero, ¿de dónde proviene la “traición” de los gatos?, ¿hizo o pensó haber hecho alguna vez un compromiso de lealtad con ellos o con el momento y/o experiencias de su vida que podrían representar? La “traición” puede haber sido una nueva evocación, esta vez no de su orfandad o abandono familiar, sino, especulativamente hablando, de la dificultad o imposibilidad de llevar a cabo su proyecto familiar. El gato vuelve sigiloso, desde su infancia, a impedir que lo olvide, mata a su hijo y la paciente, en un sentido, vuelve a quedar sola.

Respecto del “agotamiento” como símbolo y (única) apreciación subjetiva en torno a su malestar, cabe destacar que la paciente menciona tres momentos diferentes de su comienzo. En un principio señala que éste se inicia cuando su hija fue madre, en un parto de alto riesgo (tanto para ella como para su nieto), “recordecué cuando yo la tuve a ella a los 23 años” menciona. La paciente se recuerda a sus 23 años cuando tuvo a su hija, vale decir, 2 a 3 años después del fallecimiento de su primer hijo. Sobre aquella instancia cabe preguntarse sobre la presencia de ansiedades, angustias y/o temores depositados en el expectante nacimiento de su hija (a propósito del fallecimiento de su hijo), que se actualizan en el nacimiento de su nieto. Acá es posible pensar en la presencia de una dimensión afectiva ligada a su propia historia, vinculada con recuerdos de pérdida y/o amenazas de pérdida. En un segundo momento describe: “comencé a decaer cuando mi hija se casó hace 8 años y se alejó... , tenía que viajar mucho, dejaba mucho tiempo solo a mi marido”. Atendiendo este momento es posible considerar no solo el evidente desgaste producto de los viajes, sino también la emergencia de la lejanía con la hija en principio y posteriormente con su marido, como distancias relacionales gatillantes, apuntaladoras o sostenedoras del “decaimiento”.

Sin embargo, la paciente también describe otro momento de interés clínico que pareciera marcar el punto de inflexión; “dejé de ser alegre y me comencé a poner seria...”; indica, refiriéndose a la estadía que tuvo con su nieto prematuro durante esos meses. Respecto de aquel momento la paciente describe; “me encerré con el bebé y sólo llovía y llovía (...), llegué con pocas ganas...”. Como se indica anteriormente, es en esa vuelta a su hogar donde la paciente acusa un mayor resentimiento respecto de ese estar “agotada”; se introvierte (quizás regresivamente) dejando de realizar variadas actividades tanto sociales como expresivas. La

paciente pierde la sociabilidad y la expresión. Pero, ¿qué acontece en esa estadía invernal? Cuando se le consulta a la paciente ella señala: “yo le enseñé a caminar... , mi bebé está caminando...”. El bebé de la paciente falleció hace cerca de 40 años. ¿Hay, acaso, alguna relación entre ese nieto prematuro y vulnerable que estuvo cerca de la muerte, con su hijo fallecido? La temporalidad de aquella declaración inconsciente refiere a un tiempo presente, a una permeabilidad “psicótica” por donde emerge un núcleo afectivo que se actualiza con carácter de realidad. La paciente pierde la distancia con el contenido emergente, para su inconsciente es su bebé. Si bien la profundización sobre aquel material podría haber permitido el acceso a una información valiosa de su problemática interna, sin embargo permite algunas interrogantes; ¿hubo acaso una constelación de alta carga afectiva en esa estadía de meses donde “me encerré con el [mi] bebé y sólo llovía y llovía”, ¿es de aquella posible reedición de lo no vivido con su hijo de donde emerge el lapsus deliroide afectivamente comprensible?, ¿de qué tipo de complejos y de qué grado de constelación afectiva es posible especular; de carácter depresivo, de una disociación maniaca, limítrofe o psicótica? La paciente enseña al niño a caminar en un tiempo fuera de cualquier pronóstico, a un paciente depresivo probablemente le sería muy difícil ejecutar esa tarea, ¿le enseñó a su bebé fallecido a caminar como hace 4 décadas no pudo hacerlo?, ¿fue de ahí de donde extrajo la energía para realizar esa labor? La hija de la paciente trabajaba y llegaba tarde mientras la paciente, encerrada por meses en que “sólo llovía y llovía”, le enseñaba a caminar concienzudamente a su nieto (hijo). Después de aquella estadía la paciente llega a la capital y su marido le menciona respecto de una fotografía, “tu cara sale cansada...”. En la fotografía la paciente figura con su nieto.

Volviendo al símbolo del gato como un sigiloso e ingrato compañero de vida de la paciente, como se ha mencionado anteriormente, en un nivel objetivo de interpretación podría encontrarse asociado a la imagen de la hermana. Sin embargo, a lo largo de la vida de la paciente el “gato” en tanto símbolo no es solo la representación objetiva de la hermana o de su propia infancia, o de la misma muerte, sino, en otro nivel, aun podría ser el contenedor tanto de la relación fraterna hostil rememorante de su falta primaria, así como de la “traición” de los gatos hacia la paciente. No obstante, el costo de esa “traición” dirigida a la paciente es la vida de su hijo. ¿No podría sentirse acaso la paciente culpable de esa muerte? Desde este punto de vista, en un nivel subjetivo de interpretación, el gato adquiriría otra posición y valencia en su psiquismo; el gato que la

ataca podría ser el representante de la culpa dinámicamente dirigida hacia sí misma que la hiere hasta dejarla sangrando. Desde esta línea interpretativa, la paciente podría ser culpable de la muerte de su hijo, ella “mató” a su hijo al permitirle morir por los fantasmas de su propia historia.

A partir del fallecimiento materno pareciera ocurrir una regresión de la libido que permite la emergencia de las arañas en tanto símbolo del arquetípico materno en su valencia negativa. La paciente no refiere asociaciones, lo que puede dar cuenta, mediante aquella imagen de carácter arquetípico, de la profundidad del conflicto con lo materno que impacta al Yo. La especulativa asociación entre las arañas y lo materno permite recordar la experiencia del abandono primario y la muerte de su hijo como vivencias vinculares primordiales de abandono-pérdida. La maternidad se constela en su valencia negativa transgeneracionalmente. Una vez fallecida su madre afectiva, la paciente se encarga de pagar su cremación sin referir, frente a la pregunta, ni deseos, ni ideación, ni planificación suicida, sin embargo ese asunto queda zanjado. Después de ello, la paciente sueña que se encuentra en su pieza “[...] y arañas empiezan a bajar del techo”.

CONSIDERACIONES BREVES EN TORNO AL MATERIAL ONÍRICO REVISADO

A propósito de lo revisado es posible apreciar la emergencia del gato en tanto símbolo sombrío que transita a lo largo de su vida (y que ahora llega a embestirla) interrelacionando diversas experiencias de carácter traumático que permiten una interpretación de carácter reductivo (o histórico). Si bien no es posible brindar una apreciación acabada de la cualidad de las estructuras psíquicas, cabe considerar la constelación del arquetipo de la madre y del complejo materno como uno de los aspectos transversales de contenidos y funciones emergentes de la trama que se configura. Por otra parte, frente a la emergencia agresiva y temible de los gatos y arañas, el ego onírico se ve avasallado y sin posibilidad de defensa alguna, permitiendo pensar, desde una lectura subjetiva, de la presencia de una agresión dinámicamente dirigida hacia sí misma, encarnada en los gatos y arañas en tanto personificaciones intrapsíquicas. Tampoco hay un otro en el escenario onírico, quizás representativo de la experiencia primaria de abandono constelada por las vivencias vinculares, de pérdida y/o amenaza de pérdida, asociada a su nieto (hijo), a su hijo (nieto), a su hija y finalmente al fallecimiento de su madre, momento a partir del cual espera su muerte.

Respecto del que compensa este sueño, siguiendo a Jung (1948a) se trataría de un sueño reductivo dado el carácter “[...] destructivo y aniquilador” (p. 257) que devendría compensatorio de la actitud consciente en caso que pudiese ser gradualmente asimilado. Si bien cabría dilucidar varios aspectos en torno a la vida y actitud consciente de la paciente que podrían permitir otras interpretaciones del material onírico, a partir de este, en el contexto de una entrevista clínica más bien “pobre” en términos de información, fue posible por lo menos vislumbrar algunas temáticas consteladas a elaborar, aun en un futuro mediato. Respecto de la perspectiva prospectiva, cabe señalar que no es fácil vislumbrar elementos para generar alguna hipótesis. Sin embargo, frente a los mismos sueños, sería esperable que la paciente estuviese con un otro y pudiese desplegar sus recursos para defenderse o huir de las amenazas (los gatos y las arañas) que habitan vivamente su inconsciente. Para ello un proceso de psicoterapia, que la paciente tempranamente desestimó, hubiese quizás brindado la posibilidad de elaborar y asimilar ciertos contenidos inconscientes, permitiendo una modificación gradual en la intensidad y cualidad de los complejos inconscientes.

DISCUSIÓN

En la entrevista realizada la paciente fue derivada por su médico tratante con ausencia de queja alguna. Su disociación ideoafectiva, la inhibición ideosociativa, su falta de motivación y el tiempo de la entrevista podrían haber sido conducentes para terminar una entrevista más bien pobre en términos de información. En este sentido, la pregunta en torno a los sueños abrió una vía de acceso al escenario intrapsíquico.

Frente a la pregunta por los sueños emerge un nivel de activación no demostrado previamente, donde por lo demás surge la queja en torno a las “pesadillas” que podría haber permitido la “construcción” de un motivo de consulta. La relevancia de la información brindada por el material onírico radica, en términos prácticos, en la posibilidad de realizar una aproximación diagnóstica, aunque especulativa, de los complejos constelados.

A partir de lo revisado, parece indiscutible la consideración del material onírico como información complementaria para el diagnóstico psicodinámico. Desde esta perspectiva, la consideración de los sueños como fuente de información para la evaluación diagnóstica se constituye solo como un rescate, de quien suscribe, respecto de los desarrollos revisados en torno a las diversas fuentes de información para el estudio de la personalidad en el modelo y diagnóstico psicodinámico.

Sin embargo, no hay que olvidar, como Jung (1947) señaló, que “Toda interpretación es una hipótesis, una simple tentativa de leer un texto desconocido” (p. 77). Desde esta perspectiva, todo el material previamente esbozado e inconcluso en su elaboración podría perfectamente ser una ficción proyectiva del psiquismo de quien suscribe. De la paciente, por lo demás, jamás se supo.

REFERENCIAS

1. Caponni R. (1987). Psicopatología y semiología psiquiátrica. Santiago de Chile: Editorial Universitaria
2. Colman W. (2010). Dream interpretation and the creation of symbolic meaning. En M. Stein (Ed.), *Jungian psychoanalysis: Working in the spirit of C.G. Jung* (pp. 94-108). Illinois: Open Court
3. Freud S. (1900). La interpretación de los sueños. Barcelona: Planeta-De Agostini
4. Frey-Rohn L. (1969). De Freud a Jung. México: Fondo de cultura económica
5. Hall JA. (1982). Polanyi and jungian psychology: Dream-ego and waking-ego. *Journal of Analytical Psychology*, 27, 239-254
6. Hall JA. (1983). *Jungian dreams Interpretation: A Handbook of Theory and Practice*. Toronto: Inner City
7. Hall A, James (1984). The use of dreams and dream interpretation in analysis, en Stein, *Jungian Analysis* (pp. 123-156). London: Shambala
8. Hall J. (1986). La experiencia jungiana; análisis e individuación. Santiago de Chile: Cuatro Vientos
9. Jacobi J. (1959). La psicología de C. G. Jung. Madrid: Espasa Calpe
10. Jung CG. (1921). Tipos psicológicos. Buenos Aires: Sudamericana
11. Jung CG. (1944 [1935]). Símbolos oníricos del proceso de individuación. En C. G. Jung, *Psicología y Alquimia* (OC) (pp. 41-154). Madrid: Trotta
12. Jung CG. (1947 [1931]). La aplicabilidad práctica del análisis de los sueños. En C. G. Jung, *La práctica de la psicoterapia* (OC 16) (pp. 139-158). Madrid: Trotta
13. Jung CG. (1948a [1916]). Puntos de vista generales acerca de la psicología de los sueños. En C. G. Jung, *La dinámica de lo Inconsciente* (OC 8) (pp. 237-280). Madrid: Trotta
14. Jung CG. (1948b [1934]). Consideraciones Generales sobre la teoría de los complejos. En C. G. Jung, *La dinámica de lo Inconsciente* (OC 8) (pp. 97-109). Madrid: Trotta
15. Jung CG. (1948c [1945]). De la esencia de los sueños. En C. G. Jung, *La dinámica de lo Inconsciente* (OC 8) (pp. 281-297). Madrid: Trotta
16. Lambert K. (1979). The use of dream in contemporary analysis. *Journal of Analytical Psychology*, 24, 127-144
17. Lanza G. (2012). Los sueños y la teoría de la mentalización: Algunas reflexiones acerca de la obra de Peter Fonagy. *Aperturas psicoanalíticas, Revista Internacional de Psicoanálisis*, 42
18. Maganto M, Ávila Espada A. (1999). El diagnóstico psicodinámico: Aspectos conceptuales. *Clínica y Salud*, 10, 287-330
19. Mattoon MA. (1980). El análisis jungiano de los sueños. Buenos Aires: Paidós
20. Recuero MA. (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
21. Samuels A. (1985). Dreams. En Samuels A. *Jung and the Post Jungians* (pp. 230-240). London: Routledge Kegan Paul

22. The archive for research in archetypal symbolism (ARAS). (2010). *El libro de los símbolos; reflexiones sobre las imágenes arquetípicas*. Madrid: TASCHEM
23. Veccia T. (2005). Enfoque conceptual psicodinámico del Diagnóstico Psicológico: la necesidad de un marco integrador. Obtenido el 4 de diciembre de 2012 desde http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/042_ttedm2c2/material/fichas/necesidad_de_un_marco_conceptual.pdf
24. Velasco F. (2008). Importancia del diagnóstico psicodinámico en las enfermedades mentales. Trabajo presentado en el Congreso SOPPAC, Mayo, México
25. Wilkinson M. (2006). The dreaming mind-brain: A Jungian perspective. *Journal of Analytical Psychology*, 51, 43-59
26. Wyly J. (1995). Dreams and Jungian Analysis. En Stein, M. *Jungian Analysis* (pp. 105-136). Illinois: Open Court.

REVISIÓN

TERAPIA FAMILIAR BREVE ESTRATÉGICA EN EL TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES CON CONSUMO PERJUDICIAL DE DROGAS

(Rev GPU 2014; 10; 1: 64-70)

Víctor Andrés Droguett

La siguiente investigación surge al observar los graves problemas derivados del consumo de drogas, tanto para el adolescente, como para su familia y la sociedad. El sentido de centrar el estudio en los adolescentes y sus familias responde a la necesidad de intervenir en forma temprana a un grupo de la población que aún no ha terminado su desarrollo y donde la curva de la tolerancia a las drogas está recién incrementándose. Además, existen menos daños biológicos, psicológicos, familiares y sociales; por lo tanto, una intervención en este grupo disminuiría muchos de los daños asociados a esta situación en el futuro. Es por ello relevante buscar un modelo de tratamiento que sea eficaz, eficiente, e idealmente breve de llevar a cabo en adolescentes y familias con estas características. En este sentido, el modelo de terapia familiar breve y estratégica surge como una alternativa de intervención de corta duración y alta efectividad. Este modelo ha sido evaluado por más de 25 años y ha demostrado ser útil en el tratamiento de adolescentes que presentan un consumo perjudicial de drogas, favoreciendo el compromiso de los miembros de la familia en el tratamiento. Además, es un enfoque flexible que puede adaptarse a una amplia gama de situaciones familiares y una variedad de modalidades de tratamiento. Es entonces que el objetivo de este trabajo es describir los orígenes, bases teóricas y empíricas de este modelo terapéutico.

INTRODUCCIÓN

Las drogas han estado presentes a lo largo de toda la historia de la humanidad, pero ha sido en los últimos años cuando sus efectos en quienes las consumen han provocado una mayor atención por parte de la población. El centrar la atención en el grupo de los adolescentes responde a la necesidad de intervenir en forma

temprana a un grupo de la población que aún no ha terminado con sus tareas evolutivas. Por lo tanto, una intervención a este grupo disminuiría muchos de los daños asociados a esta situación; daños que implican sufrimientos para las personas y elevados costos para la sociedad.

Lo complicado de trabajar con adolescentes es que éstos, generalmente no son el consultante, y al no

considerarse parte del problema, se resisten a iniciar un tratamiento. A esto se suma que las familias con adolescentes con problemas derivados del consumo de drogas usualmente tienden a ser desorganizadas y presentan más de un problema intrafamiliar. Es por ello relevante buscar un modelo de tratamiento que sea breve y eficaz de llevar a cabo en adolescentes y familias con estas características.

EL TRÁNSITO DE LAS TERAPIAS INDIVIDUALES A LOS FAMILIARES EN EL TRATAMIENTO DEL CONSUMO PERJUDICIAL DE DROGAS

En la década de los años 1950 los profesionales de la salud mental ponían el énfasis en que “todos los problemas de comportamiento eran manifestaciones de trastornos individuales y que requerían por tanto una terapia centrada en el individuo” (Marcos, J., y Garrido, F., 2009). “Los aportes más importantes en el ámbito terapéutico de las adicciones provenían del psicoanálisis, en donde las adicciones eran abordadas como un aspecto intrínseco al sujeto y por tanto requerían una terapia centrada en el individuo” (Pascual, F., 2009). Es en este contexto donde comienza a desarrollarse el movimiento de la terapia familiar.

La terapia familiar surge como una respuesta a las propias limitaciones del tratamiento individual: “el fracaso para proporcionar una solución a los problemas de pareja y a los problemas de padres e hijos; la observación de recaídas que a veces ocurrían cuando pacientes que habían sido tratados regresaban a sus familias; el entorno inestable y problemático que se observaba en una gran mayoría de pacientes, y la observación de que este entorno se relacionaba estrechamente con la evolución del paciente” (Marcos, J., y Garrido, F., 2009). Es así como “se otorgó una gran importancia al contexto familiar de los problemas humanos y a una intervención terapéutica destinada a cambiar los patrones de interacción disfuncionales” (Rolland, J.S. y Walsh, F., 1996).

En la década de los años 1960 los programas de tratamiento del abuso de sustancias introducían un componente familiar. A pesar de ello, muchos trataban a la familia por separado del miembro adicto. Posteriormente, en la década de los 1970 y 1980, comienzan a aparecer los primeros trabajos de investigación (Cancrini, L., 1982; Stanton, M.D., y Tood, T., 1982) que consiguen avivar el interés psicoterapéutico en el campo de las adicciones, en el que durante años habían prevalecido las prácticas biomédicas o farmacológicas; o en la vertiente opuesta: las teorías sociológicas con un desdén manifiesto de los aspectos psicológicos. “El prin-

cipio básico de estos modelos consiste en asumir que el abuso de drogas acaba siendo un eje central alrededor del cual se organiza la vida de las familias, y que por lo tanto cualquier solución a largo plazo requiere que la familia colabore y se implique en el tratamiento” (Marcos, J., y Garrido, F., 2009).

“En las fases iniciales del desarrollo de la terapia familiar, las aproximaciones más innovadoras e influyentes fueron el modelo estratégico y sistémico del Mental Research Institute, Grupo de Palo Alto (M.R.I.), California; el modelo de resolución de problemas de Haley y Madanés, y las aportaciones del grupo de Milán. Más recientemente se han presentado otros enfoques orientados a la solución de problemas y construccionistas/narrativos” (Marcos, J., y Garrido, F., 2009).

Los modelos estratégicos tienen en común su foco en la situación social inmediata del paciente. Tiene especial interés conocer y comprender cómo una familia intenta resolver sus problemas, puesto que consideran que las soluciones intentadas ineficaces pueden incrementar el problema o convertirse en sí mismo en un problema más grave. El modelo estratégico plantea que las familias actúan de la forma en que lo hacen, porque consideran que es la más adecuada o porque desconocen otras actuaciones. En estos casos la intervención del terapeuta tiene que ir dirigida a interrumpir las soluciones ineficaces intentadas y proponer un giro de 180°. Para ello necesita conocer las creencias de cada familia, su lenguaje, sus ideas, de manera que permita ver el problema a través de la visión de sus miembros, y tomar en consideración sus valores y esperanzas, pues son los que determinan la forma en que manejan el problema y sus dificultades para cambiar (Marcos, J., y Garrido, F., 2009).

En los modelos estratégicos la familia define lo que es “normal” o “saludable” para ellos. “Esto implica que es la propia familia, junto con el terapeuta, la que señala el objetivo de la terapia, que en todo caso es resolver el problema que le llevó a consultar. El papel del terapeuta estratégico es definir en términos comportamentales el problema e iniciar el plan de intervenciones para cambiar los patrones familiares disfuncionales” (Marcos, J., y Garrido, F., 2009).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA BREVE EN EL CONSUMO PERJUDICIAL DE DROGAS

La terapia breve se define como una “estructura terapéutica, orientada a incrementar la conciencia de los consultantes acerca de sus comportamientos-problema, así como de su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto” (Hewitt, N., y Gantiva, C., 2009).

Según Kristen B. (1999) “la terapia breve se centra exclusivamente en el presente, usa herramientas terapéuticas en un tiempo más corto y su fin es el cambio de un comportamiento específico en lugar de uno a gran escala o más profundo”. Su énfasis está en incrementar “la autoeficacia y la motivación para el cambio”, así como “la empatía y la alianza terapéutica desarrollada con el consultante”.

Para poder realizar una terapia breve es necesario establecer una “meta mínima con el consultante”. De esta forma, “centrarse en metas mínimas permite más éxito en el proceso de tratamiento, lo que es importante para mantener la motivación de éste” (Kristen, B., 1999).

Hay que entender que la terapia breve elimina el concepto de patología por completo; en su lugar, “explica el sufrimiento como una consecuencia de la persistencia de un modo particular de manejar dicho sufrimiento; la solución intentada”. Se centra en lo que está haciendo la persona, no intencionalmente, y que está manteniendo su sufrimiento. “Ya que no adjudica patología, no considera conceptos como normalidad/anormalidad, sino que piensa en términos de queja” (Fisch, R., 2002).

Uno de los conceptos que permite que la terapia sea breve, es “pensar en términos de queja”, ya que “la meta de la terapia requiere solamente que la queja se resuelva”. Si ocurre algún otro beneficio en la terapia, se explica porque la resolución de la queja lo ha permitido. De este modo, “pensar en términos diferentes de categorizar o patologizar, hace que la terapia sea más individualizada, hecha a la medida, para cada paciente” (Fisch, R., 2002).

Fisch, Weakland y Segal, en su libro *La táctica del cambio* refieren a que en terapia breve “si no hay un problema, no hay queja”. De este modo, “para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse sólo dos condiciones: a) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad, y b) que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma solución” (Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L., 1988). Por su parte, Casabianca y Hirsch (2009) señalan que las diversas situaciones a las que se refiere el objetivo de la psicoterapia pueden ser consideradas “problemas” en tanto tengan posibilidad de un cambio favorable. En otras palabras, “si no hay solución posible, tampoco tenemos un problema”.

Si bien existe una variedad de diferentes escuelas de terapia breve, todas ellas comparten una serie de características comunes (Kristen, B., 1999):

- Pueden ser centradas en el problema o la solución.
- Se orientan al síntoma, no a sus causas.

- Definen claramente los objetivos relacionados con un cambio de comportamiento específico.
- Deben ser comprensibles tanto para el consultante como para el terapeuta.
- Se deben producir resultados inmediatos.
- Puede ser fácilmente influenciado por la personalidad y el estilo de asesoramiento del terapeuta.
- Se basan en una sólida alianza de trabajo entre consultante y terapeuta.
- El estilo terapéutico es activo, empático y algunas veces directivo.
- La responsabilidad para el cambio se coloca claramente en el consultante.
- Al principio del proceso, el enfoque es ayudar al consultante a mejorar su autoeficacia y entender que el cambio es posible.
- El término del proceso se discute desde el principio.
- Los resultados son medibles.
- La duración de la terapia va desde 1 a 40 sesiones, siendo un promedio de 6 a 20 sesiones.

La brevedad y menor costo de la terapia breve ha hecho que ésta sea una “intervención ideal para el tratamiento de personas que no han experimentado; o apenas están empezando a experimentar problemas relacionados con el consumo de drogas”. “El objetivo básico de cualquier terapia breve es reducir el riesgo de daño que pudiera resultar del uso continuo de sustancias; esto incluye el daño al individuo, a su familia y a la comunidad” (Earhart, M., 2009).

Según lo expuesto anteriormente, el grupo ideal a intervenir serían los adolescentes, ya que es en la adolescencia donde más frecuentemente se produce el inicio del consumo perjudicial de drogas. Se entiende como consumo perjudicial a “una forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud”. El daño puede ser físico (ej. hepatitis) o mental (ej. trastornos depresivos), incluido el deterioro del juicio o alteraciones del comportamiento. “Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado o ha contribuido al daño y que el consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado en reiteradas veces en un periodo de un año” (CIE-10,1992). Este consumo podría afectar el logro de una serie de tareas propias de esta edad del desarrollo, las que “de no cumplirse pueden significar una merma en el desempeño psicosocial posterior de la persona” (MINSAL, 2007). Los adolescentes que presentan un consumo perjudicial de drogas, por lo general, presentan una variedad de problemas asociados:

- Fracaso escolar.
- Delincuencia
- Asociación con compañeros antisociales.
- Comportamiento violento o agresivo.
- Comportamiento sexual de riesgo.

Las investigaciones demuestran que “muchos de los problemas de comportamiento de los adolescentes tienen causas comunes y que las familias, en particular, juegan en muchos casos un papel importante en estos problemas” (Szapocznik, J., y Coatsworth, J.D., 1999). Según Robbins (1998) “las familias de los adolescentes que consumen drogas presentan un alto grado de negatividad”. Muy a menudo esta negatividad toma la forma de culpar a miembros de la familia entre sí.

Algunos de los problemas familiares que se han relacionado con problemas del comportamiento en adolescente son:

- Consumo de drogas de padres u otro comportamiento antisocial.
- Padres desapegados o sobre-involucrados con el adolescente.
- Falta, inconsistencia o exceso de límites parentales.
- Mala calidad de la comunicación entre padres y adolescentes.
- Inadecuada o falta de supervisión adulta de las actividades del adolescente con sus amigos.
- Pobre vinculación del adolescente a la familia.
- Pobre cohesión familiar.

El contenido de las intervenciones varía “dependiendo del tipo de sustancia, la severidad del problema y el resultado deseado”. “Puesto que las terapias breves son menos costosas, pueden estar disponibles para un mayor número de personas y pueden adaptarse a las necesidades de los clientes” (Sánchez-Hervás, E., y Tomás Gradoli, V., 2002).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR BREVE ESTRATÉGICA (BSFT)

Uno de los modelos más utilizados en los últimos 25 años y que ha demostrado una cierta evidencia sobre su eficacia en el tratamiento de adolescentes que presentan un consumo perjudicial de drogas es la Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT, Brief Strategic Family Therapy).

El enfoque de la terapia BSFT se basa en una combinación de los aportes de Minuchin (1974), Haley (1976) y Madanes (1981). Consiste en una terapia sistémica

breve (el tratamiento dura entre 8-24 sesiones, dependiendo de la severidad del problema) y estratégica, porque es planificada, focalizada en el problema y pragmática (Marcos, J., y Garrido, F., 2009).

Este modelo de terapia está protocolizado y es un enfoque flexible que puede adaptarse a una amplia gama de situaciones, diferentes servicios de atención familiar y a distintas modalidades de tratamiento (ambulancia, unidad de día, comunidades terapéuticas, modalidades mixtas). Además de incidir sobre el consumo y las conductas problemáticas en casa y en la escuela, la BSFT aborda la conducta agresiva, las conductas de riesgo asociadas con la sexualidad, el acercamiento a pares antisociales y la delincuencia (Szapocznik, J., Hervis, O.E., y Schwartz, S., 2003).

Desde este modelo, el uso de drogas es concebido como una señal de malestar del funcionamiento familiar y la terapia se va a centrar en la función que ocupa este síntoma en el sistema familiar (Becoña, E., Cortés, M., 2010).

Los principios generales que desarrolla este enfoque terapéutico son (Szapocznik, J., Hervis, O.E., y Schwartz, S., 2003; Szapocznik, J., y Williams, R.A., 2000):

1. La familia es un sistema, lo que significa que los miembros de la familia son interdependientes: lo que afecta a un miembro de la familia afecta a todos los miembros del sistema familiar. De este modo es inevitable que las personas que están en contacto continuo se influyan las unas a las otras (Fisch, R., y Schlanger, K., 2002). Según el enfoque sistémico, el consumo de drogas y otras conductas problemáticas que realiza el adolescente son síntomas que nos señalan que el sistema familiar funciona inadecuadamente (Szapocznik, J., *et al.*, 1989).
2. Los patrones de interacción familiar influyen en el comportamiento de cada miembro de la familia. Los patrones de interacción se definen como la secuencia de comportamientos de los miembros de la familia que se convierten en habituales y se repiten en el tiempo (Minuchin, S., 1967).
3. La intervención se centra en la planificación de los objetivos que proporcionen los medios prácticos para eliminar dichos patrones interactivos que están directamente vinculados a las conductas que muestra el adolescente (Becoña, E., Cortés, M., 2010).

Los objetivos que persigue la BSFT son dos, principalmente: (a) Que el adolescente deje de consumir drogas y cesen las conductas problemáticas, y (b) modificar los patrones de interacción familiar que mantienen el síntoma (Marcos, J., y Garrido, F., 2009).

El enfoque de la BSFT, para evaluar y diagnosticar los problemas del sistema familiar difiere drásticamente de la utilizada por otros tipos de psicoterapia. A diferencia de las otras psicoterapias que se centran en el contenido (tales como hablar acerca de la historia de una familia), la BSFT evalúa y diagnostica mediante la identificación del proceso de la familia actual. La BSFT se centra en la naturaleza y características de las interacciones que se producen en la familia, y ayudan u obstaculizan los intentos de la familia para librarse de los problemas del adolescente (Szapocznik, J., Hervis, O.E., y Schwartz, S., 2003). Este enfoque establece que los cambios en las familias con adolescentes consumidores de drogas están directamente relacionados con (Becoña, E., Cortés, M., 2010):

1. La calidad de la relación terapéutica entre el terapeuta y la familia, siendo ésta un fuerte predictor de la efectividad de la terapia. El terapeuta de BSFT tiene necesidad de formar un nuevo sistema que incluya al propio terapeuta y la familia, lo que se denomina “el sistema terapéutico” en el que el terapeuta es a la vez un miembro del sistema y ejerce de líder.
2. La producción del cambio a través de la reestructuración. Las técnicas que se utilizan en este enfoque para cambiar los patrones de interacción disfuncionales forman parte de lo que se denomina reestructuración. El terapeuta trabaja con los miembros de la familia para que dominen nuevas habilidades de interacción más funcionales. Dominar estas nuevas habilidades más adaptativas proporciona a las familias las herramientas que precisan para gestionar la conducta del consumo perjudicial de drogas del adolescente y todos aquellos comportamientos relacionados. El terapeuta refuerza comportamientos funcionales para garantizar que sigan utilizándose y, a la vez, deben reforzarse entre sí, los miembros de la familia que pongan en marcha habilidades más adaptativas.

Al tratar de involucrar a la familia en el tratamiento de adolescentes que presentan consumo perjudicial de drogas, puede ocurrir que más de algún miembro no desee participar y sea “resistente” a colaborar con el tratamiento. El término “resistencia” se utiliza para referirse a los patrones de interacción desadaptativa que evita que las familias ingresen a un tratamiento. Desde una perspectiva sistémica, la “resistencia” de la familia se considera como la incapacidad de adaptarse eficazmente a la situación actual y de colaborar entre sí, para buscar ayuda. Por lo tanto, la clave para eliminar

la resistencia al tratamiento, se encuentra dentro de los patrones de interacción de la familia, y al superar los patrones de interacción desadaptativos, la familia asistirá a tratamiento (Szapocznik, J., Hervis, O.E., y Schwartz, S., 2003).

EVIDENCIA EMPÍRICA DE LA TERAPIA FAMILIAR BREVE ESTRATÉGICA

La BSFT se ha mostrado útil para favorecer el compromiso de los miembros de la familia con el programa de tratamiento dirigido al miembro adolescente con problemas de conducta (entre los cuales se contaba el abuso de drogas). En un estudio con 108 familias hispanicas se asignó aleatoriamente a los participantes a dos condiciones: una con BSFT y otra con el tratamiento habitual. Las que asistieron a la BSFT se comprometieron con el tratamiento en el 93% de los casos, mientras que sólo el 42% lo hizo en la condición de tratamiento habitual (Szapocznik, J., *et al.*, 1988). Una réplica de este estudio obtuvo cifras del 81% y el 60% respectivamente (Santisteban, D.A., *et al.*, 1996).

Otro estudio asignó aleatoriamente a 104 familias a BSFT o control comunitario. Los resultados mostraron un mayor compromiso de las familias que participaron en la BSFT (81% v/s 61%) así como mayor retención en programa (71% v/s 42%). Además, la BSFT fue más efectiva en la retención de los casos más severos (Coatsworth, J.D., Santisteban, D.A., McBride, C.K. y Szapocznik, J., 2001).

Un estudio distribuyó aleatoriamente a 102 jóvenes de origen hispano con problemas de conducta (entre ellos, el abuso de sustancias) en tres condiciones: BSFT, terapia psicodinámica individual y control recreacional. Las dos primeras se mostraron superiores a la tercera en la reducción de problemas emocionales y conductuales de los adolescentes, pero mostraron un impacto diferente en la dinámica familiar en el seguimiento a un año: quienes habían asistido a la condición de BSFT mostraron una mejoría significativa en el funcionamiento familiar (estructura, comunicación, resolución de conflictos), en tanto que quienes asistieron a la psicoterapia psicodinámica individual mostraron indicadores de empeoramiento en estas mismas variables, lo que era interpretado desde la teoría sistémica como un empeoramiento del sistema familiar debido a la mejoría del miembro problema (Szapocznik, J., *et al.*, 1989).

En otro estudio, 126 adolescentes de origen hispano, con problemas de conducta, fueron aleatoriamente asignados a dos condiciones de tratamiento: BSFT y *counseling*. La BSFT se mostró significativamente más

eficaz en la reducción de problemas de conducta, asociación con pares con conducta antisocial, y consumo de marihuana. También mostró superioridad en la mejoría en el funcionamiento familiar, pero este efecto resultó proporcional al grado de desestructuración familiar mostrado al inicio, de modo que no aparecieron beneficios asociados a la reducción de los problemas de conducta en familias que presentaban un adecuado funcionamiento en el inicio del tratamiento. La BSFT sería aconsejable sólo en el caso de la disfunción familiar asociada al consumo de sustancias y otros problemas de conducta (Santisteban, D. A., *et al.*, 2003).

CONCLUSIONES

Se ha demostrado que la intervención familiar es eficaz en el tratamiento de adolescentes que presentan un consumo perjudicial de drogas. Al incluir a las familias a este sistema terapéutico se favorece el compromiso de los pacientes y sus familias, lo que facilita la adherencia al tratamiento. Además mejora el funcionamiento familiar y la reincorporación social del adolescente; por consiguiente, es efectiva en reducir el consumo de drogas después del tratamiento, lo que se asocia a un mejor pronóstico a mediano y largo plazo.

La BSFT ha sido evaluada por más de 25 años y cuenta con evidencia empírica sobre su eficacia en el tratamiento de los adolescentes que usan drogas y de las conductas problemáticas asociadas: trastornos de conducta, relación con pares consumidores, y alteración en el funcionamiento familiar. Es un enfoque que se acomoda y adapta a un amplio espectro de dificultades familiares, y a una variedad de modalidades de tratamiento. Según la evidencia empírica de la BSFT se puede concluir que:

- Favorece el compromiso de las familias para participar activamente en el proceso de tratamiento de las conductas adictivas en adolescentes.
- Mejora la dinámica de funcionamiento familiar.
- Es una intervención que apunta a cambios auto-sostenibles en el entorno familiar del adolescente, permitiendo que los efectos persistan en el tiempo, lo que es posible al incluir al entorno del adolescente en el tratamiento.
- Al ser breve surge como una alternativa de costos reducidos y de resultados favorables en la práctica clínica.

En conclusión, la BSFT es un modelo de tratamiento eficaz y eficiente que se puede utilizar con adolescentes que presentan un consumo perjudicial de drogas. Por lo tanto, es importante considerar este tipo

de tratamiento en los programas terapéuticos que se diseñen a futuro en Chile.

REFERENCIAS

1. Becoña E, Cortés M. (2010). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones: Terapias Centradas en la familia. Documentación nº 9. Instituto Internacional de estudios sobre la familia. España
2. Cancrini L. (1982). Los temerarios en las máquinas voladoras. Estudio sobre las terapias de los toxicómanos. Buenos Aires: Nueva Visión, 1991
3. Casabianca R, Hirsch H. (2009). Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo M.R.I. Tomo I. Universidad Católica de Santa Fe. República Argentina
4. CIE-10. (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Ginebra
5. Coatsworth JD, Santisteban DA, McBride CK, Szapocznik J. (2001). Brief strategic family therapy versus community control: Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process* 40: 313-332. US
6. Earhart M. (2009). Brief Therapy for Drug and Alcohol Abuse. Minimal Interventions can work for moderate substance users. http://substanceabuse.suite101.com/article.cfm/brief_therapy_for_drug_and_alcohol_abuse
7. Fisch R, Schlanger, K. (2002). Cambiando lo incambiable. La terapia breve en casos intimidantes. Ed. Herder. Primera edición. Barcelona
8. Fisch R, Weakland JH, Segal L. (1988). La Táctica del Cambio. Cómo abreviar la terapia. Biblioteca de Psicología. Herder. Barcelona
9. Hewitt N, Gantiva C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Revista SCIELO. Avances en Psicología Latinoamericana* Vol. 27 N° 1, Bogotá
10. Kristen B. (1999). Brief interventions and brief therapy for substance abuse. Centre for Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34. Rockville: US Department of Health and Human Services
11. Marcos J, Garrido FM. (2009). La terapia Familiar en el Tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*. Vol. 27, nº 2-3, págs. 339-362. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental. Universidad de Cádiz, Universidad de Huelva y Universidad de Sevilla. España
12. MINSAL. (2007). Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años. Serie guías clínicas MINSAL N° 53. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud
13. Minuchin S, Montalvo B, Guerney B, Rosman F, Schumer H. (1967). *Families of the Slums: an exploration of their Structure and Treatment*. Nueva York: Basic Books
14. Pascual F. (2009). Antecedentes históricos de las adicciones. Del Siglo XIX hasta 1940. En M.A. (Coord.), *Historias de las adicciones en la España contemporánea*, págs. 37-82. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo
15. Robbins MS et al. (1998). Family systems therapy with children and adolescents. In M. Hersen, and A.S. Bellack (series eds.), and T.H. Ollendick, vol. ed. *Comprehensive Clinical Psychology: Vol. 5, Children and Adolescents: Clinical Formulation and Treatment*. Oxford, United Kingdom: Elsevier Science Limited, Inc., pp. 149-180
16. Rolland JS, Walsh F. (1996). Terapia Familiar: Evaluación y tratamiento desde una óptica sistémica. En R.E. Hales, T.C. Yudofsky y J.A. Talbot (Comps.), *Tratado de psiquiatría*, págs.1233-1265. Áncora: Barcelona

17. Sánchez-Hervás E, Tomás Gradoli V. (2002). Terapia Breve en la adicción a drogas. Papeles del Psicólogo, n° 83. Pags. 49-54. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España
18. Santisteban DA, Szapocznik J, Pérez-Vidal A, Kurtines W, Murray E, Laperriere A. (1996). Efficacy of intervention for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology* 10: 35-44. US
19. Santisteban DA, Szapocznik J, Perez-Vidal A, Kurtines W, Schwartz SJ, Laperriere A et al. (2003). Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology*, 17, 121-133. US
20. Stanton MD, Tood T. (1982). *Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa, 1989
21. Szapocznik J, Coatsworth JD. (1999). An ecodevelopmental framework for organizing the influences on drug abuse: A developmental model of risk and protection. In M. Glantz, and C.R. Hartel (eds.), *Drug abuse: Origins and Interventions*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 331- 366
22. Szapocznik J, Hervis OE, Schwartz S. (2003). Brief Strategic family therapy for adolescent drug abuse (NIH Publications No. 03-4751). NIDA Therapy Manuals for drug addiction. Rockville MD. National Institute on drug abuse. US
23. Szapocznik J, Kurtines WM, Perez-Vidal A, Hervis OE, Foote F. (1989). One person family therapy. En R.A. Wells, y V.J. Giannetti (eds.). *Handbook of the Brief Psychotherapies*. New York: Plenum, pp. 493-510
24. Szapocznik J, Pérez-Vidal A, Brickman A, Foote FH, Santisteban D, Hervis OE, Kurtines W.M. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families into treatment: A Strategic Structural Systems approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 552-557. US
25. Szapocznik J, Williams RA. (2000). Brief Strategic Family Therapy: twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3: 117-134. US

PSIQUIATRÍA EVOLUCIONISTA

LA MENTE: DIGRESIONES DESDE LA PERSPECTIVA EVOLUTIVA. PARTE 2

(Rev GPU 2014; 10; 1: 71-86)

Jaime Santander¹

Presentamos la segunda parte de este ensayo. Se explican las dimensiones fundamentales para entender el funcionamiento mental (emoción/cognición, conciencia/inconsciencia, aprendizaje, personalidad, temporalidad y funcionamiento “por defecto”). Se discute el concepto de homeostasis mental, así como su importancia e implicancia en la comprensión del funcionamiento mental. Tras eso se propone desde la perspectiva evolucionaria una definición de mente que permite a su vez presentar una visión relativa a los conceptos de cultura y trastorno mental. Como corolario de la visión de la mente desde la perspectiva evolucionaria, se define trastorno mental como cualquier estado de funcionamiento de la mente que no permite satisfacer el conjunto de necesidades del individuo de manera completa y eficiente. A raíz de esta manera de mirar el funcionamiento de la mente y sus potenciales trastornos se realiza un esbozo para una taxonomía comprensiva de los trastornos mentales.

DIMENSIONES BÁSICAS PARA ENTENDER EL FUNCIONAMIENTO MENTAL

“Sin embargo, toda la terminología acerca de lo mental y de lo físico fue diseñada para tratar de hacer una completa oposición entre lo mental y lo físico, de manera que es mejor no utilizar esa terminología y sólo decir que la conciencia es una característica biológica del cerebro de la misma manera en que la digestión es una característica del tracto digestivo. En ambos casos estamos hablando de procesos naturales.”

John Searle, 2004

Clásicamente, con pequeñas variaciones, se considera que las funciones de la mente son atención, percepción, memoria, lenguaje, aprendizaje, pensamiento, inteligencia, emoción, sentimiento y motivación. Me parece que la evolución de las funciones mentales fluye en la medida que se reconstruye la filogenia desde los primeros animales hasta nosotros, sólo surge el desconcierto cuando enfrentamos algunas características de la mente que al menos nos parecen más propiamente humanas como son la conciencia y la intencionalidad. A continuación revisaremos algunas dimensiones del funcionamiento mental que son cruciales para la comprensión de la mente y sus trastornos. Los tópicos

¹ Profesor Asociado, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

expuestos con frecuencia han sido motivo de controversia filosófica pero mantendré mi foco en el aporte que permite la perspectiva evolucionaria.

Dimensión emoción / cognición

Evidentemente la separación entre procesos emocionales y cognitivos es artificial, necesaria para fines didácticos pero irreal en el funcionamiento mental. Ye expliqué con anterioridad cómo estos procesos, junto con los procesos de percepción, coevolucionan a lo largo de la historia filogenética de la especie y que unos no se entienden sin los otros; desde el comienzo de la vida animal multicelular vienen complejizándose de manera interdependiente y unitaria:

1. Lo emocional: Para nuestros efectos agrupa emoción, sentimiento y motivación. Siguiendo la definición ya señalada de McGuire que nos dice “la emoción es el cambio interno de un animal que le predispone a una determinada conducta”, decimos que los procesos emocionales son el clima interno que predispone al animal a determinados estilos cognitivos y conductas. Por clima me refiero al estado neurovegetativo del SNC, a la “atmósfera” en la cual se reciben las nuevas percepciones y se desenvuelven los procesos cognitivos. La emoción alude al cambio agudo e intenso que indica la necesidad de una respuesta conductual rápida y atingente, habitualmente en el espectro de aproximación-evitación, y requiere tener algún sistema de memoria emocional que le indique qué tipo de

estímulo es el que se enfrenta. La motivación, por otra parte, al menos en sus aspectos más básicos, nos contacta con nuestras necesidades biológicas, aquellas que no sólo nos sostienen vivos, sino también sostienen la viabilidad de la especie y por lo tanto no sólo claman por alimentación y conductas reproductivas, también lo hacen, desde la perspectiva evolucionaria, por la integración social y por un rol dentro de la comunidad. El sentimiento, resultante de la interacción de mediano y largo plazo del SNC con el ambiente externo, provee un telón de fondo, un color, sobre el que se desarrollan los procesos psíquicos contingentes. Dependiendo del tipo de sentimiento los procesos cognitivos estarán facilitados o no, o incluso se facilitará el acceso a cierto tipo de recuerdos y otros no; por otra parte el sentimiento integra elementos propios del procesamiento cognitivo. Profundizaremos respecto de la motivación y el sentimiento más adelante.

2. Lo cognitivo: Los procesos cognitivos en cambio se refieren a aquellos procesos conscientes o inconscientes que permiten el almacenamiento y procesamiento de la información. Aunque la memorización ocurre masivamente en estructuras cerebrales filogenéticamente primitivas como los ganglios de la base (procedural), amígdala (emocional) o hipocampo (episódica), dando cuenta de su temprana aparición en la historia evolutiva, también involucra áreas corticales. Otros procesos cognitivos tienen un predominio más bien cortical, como el lenguaje y pensamiento, evidenciando su arribo más reciente en la historia no sólo del

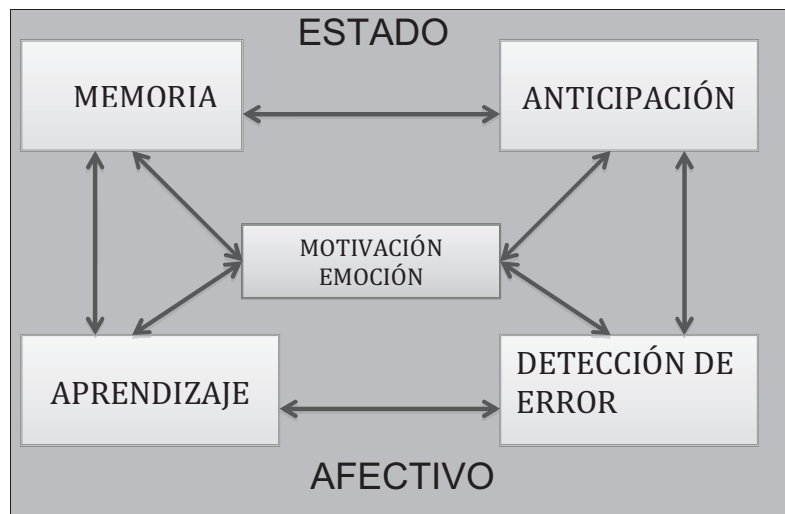


Figura 1. Elementos que participan en el proceso de aprendizaje

cerebro sino de la mente. Estos procesos permiten ir afinando la comprensión del ambiente así como el tipo de respuesta ante los estímulos externos de manera de lograr una respuesta adaptativa y con la máxima eficiencia posible, dado el contexto de escasez y competencia por los recursos. Esta progresiva “sintonía” con el ambiente implica el desarrollo de una adaptación notable, el aprendizaje.

Aprendizaje

Entiendo por aprendizaje un cambio relativamente estable en el patrón conductual debido a la experiencia y al refuerzo. En la Figura 1 resumimos la manera en que distintas funciones mentales interactúan en el aprendizaje y mi objetivo será, a continuación, explicar el modo cómo en que esta interacción ocurre:

1. Memoria: Cualquiera sea la situación que el individuo desarrolle, consciente o inconsciente, de expresión conductual o psicológica, ésta debe tener una especie de patrón innato o aprendido previamente y debe estar “grabada” sea en la memoria de la especie (sus genes) o en las áreas cerebrales que permiten la adquisición de nuevas memorias. El cerebro graba nuevos “patrones” de actividad neuronal y estos “patrones” se relacionan con las más diversas funciones de la mente. Así pues, la memoria, en su expresión más amplia, nos permite enfrentar cada día con un registro previo que sirve de templado contra el que se compara el presente que estoy enfrentando en cada momento.
2. Anticipación / Predicción: La memoria nos permite enfrentar los estímulos anticipando lo que vendrá. Cuando manejamos por un camino conocido ya sabemos *a priori* qué esperar, dónde doblar y dónde tener precaución; de hecho manejamos de manera casi automática ya que nuestro cerebro, debido a su experiencia previa, es capaz de anticipar o predecir lo que se avecina. Es igual cuando caminamos o incluso a veces cuando escuchamos lo que alguien está diciendo, tendemos a adivinar lo que viene. Los psicólogos de la Gestalt, a comienzos del siglo XX, lo describieron con precisión al referirse a características de la percepción que justamente dan cuenta de la tendencia de la mente a buscar la mejor organización posible de los elementos percibidos (reconocimiento de figura y fondo, principio de la experiencia, principio del cerramiento de lo percibido inconcluso, semejanza, proximidad, agrupamiento, etcétera). Lo importante es que lo percibido va siendo contrastado con el templado
3. Detección de error o incongruencia: Si nuestra mente sólo percibiera y no tuviera la posibilidad de detectar lo incongruente, el error, lo diferente a aquello que hemos anticipado, la novedad, sin duda ocurriría un desastre tras otro. Así al caminar anticipamos los pasos que siguen, pero si no hemos reparado en la irregularidad del camino sin duda tropezaremos, y entonces pondremos toda nuestra atención en el terreno. Dado el peligro de daño es posible que no volvamos a olvidar que en ese lugar hay una imperfección en el terreno, habremos “aprendido” una conducta sutilmente diferente a la previa, y si lo hicimos bien, no volveremos a tropezar. La neurobiología nos ha mostrado recientemente el rol activo de la corteza cingulada anterior en la detección del error y la incongruencia, cambiando abruptamente su actividad eléctrica cada vez que dicha detección ocurre, con una gran deflexión negativa en los potenciales de acción de las neuronas de esa área. Esta corteza, ampliamente conectada con áreas claves en la elaboración de la conducta, como son la corteza prefrontal y el sistema límbico, pareciera tener un rol clave en predisponernos para aprender.
4. Aprendizaje: No hay aprendizaje sin detección previa de lo diferente, de lo incongruente, del error. Aprender implica focalizar atención en el evento en estudio, implica invertir recursos, como tiempo y energía, y sobre todo asumir un costo de oportunidad, esto es, que esos mismos recursos pudieran ser asignados a otra actividad biológicamente relevante. No aprendemos porque sí, lo hacemos porque lo necesitamos. Al aprender creamos nuevos “patrones” que generarán nuevas “memorias”, y enfrentaremos el mundo mejor preparados, en un continuo que se inicia posiblemente en nuestra vida intrauterina y se mantiene mientras nuestros sistemas biológicos (cerebro, sistemas perceptivos y cuerpo) lo permitan. Evolutivamente la capacidad de crear nuevos patrones de comprensión y relación con el mundo externo es un inmenso avance ya que permite la adaptación a medios cambiantes y desafiantes.

5. Rol modulador de las emociones y motivaciones: Está demostrado que emociones intensas como el temor modulan los procesos cognitivos y las conductas en general, enfocándolos en el ámbito de interés. Lo mismo ocurre con las motivaciones, y de manera diáfana cuando éstas responden a necesidades biológicas; por ejemplo los individuos privados de alimentación una vez que vuelven a tener acceso a ésta tienden percibir un sabor más agradable e irresistible y por ende a comer más. El aprendizaje de conductas asociadas a cumplir con necesidades primarias o a evitar cambios emocionales abruptos suele ser más expedito y duradero que aquel realizado bajo condiciones menos apremiantes.
6. Rol modulador del estado afectivo o sentimiento: El estado afectivo o sentimiento corresponde, desde esta mirada, a la vivencia relativamente estable resultante del equilibrio fisiológico cerebral y de la sumatoria de elementos emocionales y cognitivos. Implica un "clima" que modula el funcionamiento mental; así por ejemplo, quienes cursan un estado afectivo más bajo están emocionalmente más reactivos ante riesgos o situaciones negativas, y al mismo tiempo los procesos cognitivos como la memoria, o incluso el procesamiento de la información, tienen el mismo sesgo. En el caso de los estados afectivos más altos se observa exactamente lo contrario. Este clima emocional tiene su fundamento evolutivo en la posibilidad de alinear los distintos aspectos del funcionamiento mental en razón de una necesidad adaptativa que compromete al individuo de manera completa y coherente en el mediano plazo.

Dimensión inconsciencia / conciencia

Consideraremos conciencia al estado mental emocional y cognitivo que permite la interacción con el ambiente externo de manera no automática, facilitando el aprendizaje. Esta definición requiere la participación de los sistemas perceptivos y del cerebro, e implica, tácitamente, la actividad de la corteza cingulada anterior que no sólo detectaría las incongruencias o errores sino que activaría los sistemas de aprendizaje, obligando a la mente a funcionar de manera no automática, a un costo energético mayor. El funcionamiento inconsciente es justamente aquel que en la interacción con el ambiente externo utiliza los patrones previamente aprendidos de manera automática, a un costo menor. Dado que nuestro cuerpo ha sido construido optimizando el uso de los recursos, es claro que el modo preferente de operación

de la mente es el modo inconsciente, dejando la conciencia como un modo extraordinario que permite la mejor adaptación ante circunstancias ambientales cambiantes. En la Tabla 6 se resumen las principales diferencias en los modos de funcionamiento mental consciente e inconsciente.

Al mirar con atención la Tabla 6 podemos entender por qué los procesos inconscientes evolucionaron con antelación a los conscientes, estos son menos complejos, más expeditos y consumen menos recursos. La conciencia debe aportar ventajas adaptativas, de lo contrario no se sostendría en el tiempo. De hecho, aporta la flexibilidad conductual que permite una mucho mejor posibilidad de adaptación a entornos cambiantes que la sola presencia de fenómenos inconscientes. Observamos en muchos animales evidencia de conducta consciente cuando se enfrentan a situaciones novedosas y desafiantes. Esta opinión, aunque controvertida, es compartida por la mayor parte de los neurocientíficos del mundo, como consta en la siguiente declaración de una cita cumbre acerca del tema:

"Es obvio para todos en este salón que los animales tienen conciencia, pero no es obvio para el resto del mundo. No es obvio para el resto del mundo occidental ni el lejano Oriente. No es algo obvio para la sociedad" (de la Declaración de Cambridge sobre la Conciencia, 2012).

Tabla 6
CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE PROCESOS
CONSCIENTES E INCONSCIENTES

| Procesos inconscientes | Procesos conscientes |
|--|--|
| Asociados a memoria procedural | Asociados a memoria declarativa |
| Relacionados con conductas automáticas, estereotipadas | Relacionados con conductas novedosas |
| Rigidez en procesamiento de información | Flexibilidad en procesamiento de información |
| Energéticamente económicos | Energéticamente costosos |
| Puede funcionar con menores niveles de alerta o activación | Se requiere mayor nivel de alerta o activación |

Otra cosa es la discusión acerca de la conciencia de sí mismo, esto es, del propio ser y sus procesos mentales. Para plantear mi postura al respecto me referiré a dos situaciones, una clínica y otra evolutiva:

1. En las salas de los servicios de medicina es cosa corriente que haya personas cursando síndromes confusionales (también llamados *delirium* o estados deliriosos). La mayoría de las veces el enfermo

no es capaz de darse cuenta de que sus funciones mentales están perturbadas. Suelen pensar que no están en un hospital sino que en una cárcel y en el intento de evadirse ponen en riesgo su propia existencia. La causa de esta alteración suelen ser alteraciones en la homeostasis del cuerpo que modifican el funcionamiento neuronal y generan una alteración en el nivel de conciencia. Las conductas del individuo tienden a hacerse automáticas y estereotipadas y no permiten una correcta adaptación al medio. Interesantemente no sólo se altera la adaptación al medio externo sino también la conciencia de sí mismo; el enfermo no da cuenta de los cambios en su funcionamiento mental y con dificultad puede informarnos incluso de su propia biografía. Este hallazgo tan frecuente en los hospitales, que en algunos servicios se encuentra en un 30%-70% de los pacientes (dependiendo de la complejidad del servicio), nos orienta a pensar que la conciencia de sí mismo no es tan diferente de la conciencia genérica con que se enfrenta el mundo y que ésta se afecta en forma gradual dependiendo la magnitud de las alteraciones fisiológicas subyacentes.

2. El otro punto atingente es que en general los mamíferos tienen un mayor coeficiente de encefalización (relación entre masa cerebral y masa corporal) que otros grupos de vertebrados, y entre los mamíferos este coeficiente es especialmente alto en primates y cetáceos como los delfines. Pero, ¿a costa de qué es este aumento de tamaño cerebral?, ¿qué es lo que aumenta más proporcionalmente? La neocorteza, propia de los mamíferos, es especialmente prominente en primates y algunos cetáceos, y es justamente en aquellos con mayores habilidades cognitivas en los que encontramos aun mayor coeficiente de encefalización. Delfines y chimpancés son capaces incluso de resolver problemas matemáticos simples pero tienen un SNC mayor a lo esperado para su masa corporal. Esta neocorteza repite la misma estructura en toda la corteza cerebral. La mayor diferencia entre nuestro cerebro y el de los chimpancés es que tenemos mucho más de lo mismo, mucho más neocorteza y por ende mucho mayor capacidad de manejo de la información. Para nuestra masa corporal bastaría con un cerebro de unos 350 grs para cumplir con todas las necesidades biológicas e incluso algunas proezas como el uso de herramientas como lo hace un chimpancé. Pero tenemos un cerebro mucho mayor, con mucho más neocorteza, lo cual se asocia a la duplicación de genes, una de las vías más

comunes de selección acumulativa. Creo que esta capacidad instalada permite la posibilidad de fijar la conciencia no sólo sobre los objetos externos sino también sobre los internos.

En síntesis, la conciencia de sí mismo es el fruto del mismo proceso evolutivo que nos ha llevado a ser lo que somos y cómo somos, y en ese sentido no es en esencia diferente de otros procesos mentales, lo que abre la posibilidad a que otros animales sean capaces del mismo logro evolutivo.

Personalidad

Por personalidad se entiende el estilo consistente en el tiempo de interacción con el ambiente y consigo mismo. Equivale al templado general a través del cual ocurren los procesos emocionales y cognitivos, templado que forma parte de la individualidad de cada sujeto ya que obedece principalmente a la sumatoria de aspectos heredados y adquiridos tempranamente en etapas precoces del desarrollo.

A modo de ejemplos aclaratorios podemos mencionar que los aspectos heredados se refieren a ciertas preferencias conductuales, como ocurre con la dimensión de aproximación-evitación, encontrándose que la tendencia evitativa constituye un rasgo de personalidad altamente heredable. Los aspectos adquiridos guardan relación con el aprendizaje inicial de la regulación emocional, como queda de manifiesto en la infinidad de estudios que relacionan la calidad del apego ocurrido en las primeras etapas de la vida con la respuesta a estrés o el nivel de reactividad ante estímulos durante el resto de la vida.

Siguiendo con las alegorías, la personalidad es el conjunto de caminos preferentes por donde transitan con mayor probabilidad todos los procesos emocionales y cognitivos de cada individuo.

Temporalidad

La mente funciona siempre en tiempo presente. Es en el presente en donde se encuentran todos los elementos del funcionamiento mental con la experiencia. Siempre se está siendo en tiempo presente.

Incluso los recuerdos al ser recordados deben hacerse presentes y por ende actualizados, a riesgo de que ese recuerdo pueda ser alterado en ese intento, lo cual de hecho ocurre y es un elemento importante en procesos terapéuticos en que se intenta desacoplar el recuerdo de un episodio traumático del correlato emocional que lo acompaña (Ej. hipnosis, EMDR, terapia cognitivo

conductual). El recuerdo, lo memorizado, tiene muchos referentes asociados que permiten situarlo en la historia biográfica, pero son estas relaciones las que en su conjunto permiten de alguna manera “fechar” un recuerdo que de otra manera carecería del contexto necesario para ubicarla en el espacio y el tiempo.

El futuro es una anticipación construida con los elementos dados por la experiencia y el análisis e interpretación de ésta, esto es, de la información recogida previamente, pero siempre es una proyección desde la mente en tiempo presente.

El funcionamiento mental siempre está siendo, el pasado y futuro lo son en referencia al funcionamiento contemporáneo, y cuando ese tren se descarrila por cierto estamos ante la evidencia de una alteración. Cuando lo anticipado se confunde con lo ya ocurrido, o cuando los recuerdos del pasado se entremezclan en un caldo de diferentes momentos y periodos de la vida, estamos ante una perturbación del funcionamiento mental normal.

Funcionamiento “por defecto”

Desde el nacimiento nuestro cerebro va aprendiendo a adaptarse a diversas situaciones, aprende a comunicarse con otros y a participar de un contexto cultural. En la medida que el individuo es expuesto a diferentes desafíos adaptativos y se le entregan las herramientas necesarias para enfrentarlos y responder va “aprendiendo” más y más patrones de respuesta ante estímulos diversos. El individuo “educado” tiene un abanico de opciones conductuales para un grupo de estímulos y desafíos definidos en el periodo de estudio. La capacidad de nuestra mente de “aprender” nos provee un repertorio conductual mucho más amplio que aquel que tendríamos sin haber tenido esa posibilidad. Surge entonces la pregunta: ¿cuál sería nuestra conducta cuando no hemos aprendido patrones de respuesta alternativos a nuestra respuesta biológica de base o “por defecto”? ¿o cuándo nuestra capacidad de funcionamiento mental está alterada? Pensamos que los seres humanos al enfrentar desafíos conductuales para los cuales no tiene una mejor respuesta elaborada presentarán una respuesta innata, básica, automática, probablemente heredada a través de la historia filogenética, del tipo de aproximación o evitación, huida o pelea, o con desborde emocional, o sea una respuesta biológicamente válida y comprensible, pero inadecuada en el contexto cultural. A veces puede que exista un repertorio aprendido muy pobre, por contexto cultural o por déficit en su capacidad de procesamiento, como podría ocurrir en un retardo mental o en un paciente

cursando un síndrome confusional. Esta idea, aunque referida a la neurología, está planteada en los trabajos del neurólogo inglés John Hughlings Jackson, quien en la segunda mitad del siglo XIX planteó que el SNC se encontraba organizado en tres niveles: inferior, medio y superior (que según él correspondían anatómicamente a la médula espinal, área motora de la corteza y área prefrontal respectivamente). Los centros superiores inhibirían los inferiores y al dañarse los primeros se generarían síntomas negativos (ausencia de función) y síntomas positivos (por desinhibición funcional de los centros inferiores). Incluso en las décadas de 1970 y 1980 se aplicaron estos conceptos en la comprensión de los síntomas de la esquizofrenia: los síntomas positivos se asociaron a delirio y alucinaciones y los síntomas negativos a las alteraciones cognitivas y afectivas propias de la enfermedad.

El desafío terapéutico en los casos de personas cuyos patrones de respuesta son primitivos e inadecuados para la cultura será entregar mejores herramientas psicológicas, esto es, nuevos patrones conductuales de respuesta ante las situaciones que de otro modo el individuo no puede enfrentar adecuadamente.

HOMEOSTASIS Y MENTE

“Suponer que el ojo, con todas sus inimitables invenciones para ajustar el foco a distancias diferentes, para admitir diferentes cantidades de luz, y para corregir las aberraciones cromáticas y esféricas, pudiere haberse formado por selección natural, me parece, debo confesarlo, un absurdo en su grado más alto. Pero la razón me dice que, si se puede mostrar que existe una numerosa graduación desde un ojo complejo y perfecto hasta uno muy imperfecto y simple, y cada grado ha sido útil a su poseedor; y si más aún, cada vez varía muy levemente; y si cada variación es heredada; y si cada una de las variaciones ha sido útil a un animal bajo cambiantes condiciones de vida; entonces la dificultad de creer que un ojo complejo y perfecto pudiera haberse formado por selección natural, aunque insuperable para nuestra imaginación, puede difícilmente ser considerada real”.

Charles Darwin, 1859

Hemos planteado a lo largo de estas páginas que la mente aparece en la historia de la vida como producto de un largo proceso evolutivo, sujeta a las presiones adaptativas impuestas por la competencia por recursos escasos y de distribución variable. Esta evolución ha ido a la par con la de otros sistemas biológicos de nuestro organismo, se trata entonces de sistemas que han coevolucionado. En consecuencia el sistema nervioso

no evolucionó para dirigir al resto del cuerpo, está al servicio de éste y viceversa. Del mismo modo los fenómenos mentales no están para satisfacerse a sí mismos sino para satisfacer las necesidades del organismo como un todo, necesidades que ya hemos revisado previamente.

Enfrentamos ahora el desafío de explicar la finalidad del funcionamiento mental de manera de poder definirla de un modo que nos permita acercarnos a comprender su relación con el mundo social y la posible naturaleza de sus trastornos.

Homeostasis emocional

Entendemos ahora que el sistema nervioso en su conjunto forma parte integral en la mantención del equilibrio metabólico y fisiológico del cuerpo. El sistema nervioso autónomo participa directamente de la regulación de variables tan importantes como la respiración, la temperatura corporal o la presión arterial. El hipotálamo e hipófisis forman parte de complejos sistemas de regulación neuroendocrina que apenas comenzamos a entender pero que comprometen la respuesta al estrés, la maduración y el funcionamiento de las funciones reproductivas, el crecimiento, la lactancia, el control del peso, etcétera; y muchas de las conductas asociadas a estas actividades probablemente se manifestarán como necesidades básicas, como intensos deseos “inconscientes”.

El sistema nervioso evidentemente participa integralmente en una serie de procesos biológicos vitales para la sobrevivencia y el éxito biológico. Para asegurar la sobrevivencia es necesario mantener la homeostasis del medio interno, es decir, los equilibrios necesarios para nuestra vida; para tener éxito biológico debemos mantener nuestro suministro energético (nutrientes) y de agua, así como procurar cumplir con la función reproductiva y evitar el peligro. Pero ¿cuál es el rol de la mente? La mente es la encargada justamente de coordinar las acciones tendientes a asegurar la sobrevivencia y el éxito biológico y es, para aquello, la última frontera del cuerpo en la relación con el entorno, permitiéndole proyectarse más allá de los límites corporales y temporales.

Es en este punto en que se hace didáctico separar procesos emocionales y procesos cognitivos. En general los procesos emocionales (emoción, motivación, sentimiento) guardan relación con el logro en la satisfacción de las necesidades básicas del sujeto o al menos con estar en vías de resolverlas. La incapacidad de satisfacer dichas necesidades o la frustración de las motivaciones generará sentimientos o emociones molestos. Los estados depresivos, así como la ira, la angustia o el temor, nos indican que no estamos consiguiendo lo que

requerimos, que estamos en peligro, que debemos modificar la estrategia, o simplemente asumir un fracaso. La aparición de estos procesos emocionales molestos predispone a un cambio de conducta, ¿para qué?, para que estos marcadores de insatisfacción o de peligro cesen y se restablezca el equilibrio. Es este equilibrio buscado al que denominé “homeostasis emocional”, cuando éste se alcanza, con gran probabilidad la homeostasis del medio interno de los fisiólogos del siglo pasado está lograda.

¿Y los procesos cognitivos? Estos son los que proveen patrones de referencia (memoria) así como asociación e interpretación de la información con los patrones de comprensión del mundo previamente aprendidos por experiencia. Contribuyen así a modular las respuestas emocionales y a utilizar soluciones conductuales destinadas a satisfacer necesidades evitando al mismo tiempo los peligros inherentes. Bajo ciertas circunstancias permiten incluso encontrar soluciones nuevas a los desafíos y crear patrones conductuales originales. Es en el desafío de mantener la homeostasis emocional que los procesos cognitivos aportan elementos que permiten modular dichas respuestas incómodas y molestas, al mismo tiempo de refinar las estrategias de solución. Sin los procesos emocionales los procesos cognitivos no tienen sentido y su evolución no hubiera sido posible.

Mantener esta homeostasis emocional constituye la principal función de los procesos mentales y para eso han evolucionado a través de nuestra filogenia. Estamos ahora en condiciones de proponer una definición de mente.

Definiendo mente

“Mente es el conjunto de procesos emocionales y cognitivos, conscientes o inconscientes, que permiten que un determinado individuo pueda construir en su sistema nervioso representaciones de la realidad, y a la vez interactuar con éstas, para así satisfacer el conjunto de sus necesidades de la manera más eficiente posible”.

El alcance de lo que es la realidad dependerá de la capacidad de procesamiento de información que tiene un sistema nervioso: en vertebrados inferiores se referirá a los objetos concretos que pueden percibirse en el ambiente externo; en humanos la realidad incluirá tanto a los descriptores concretos del ambiente externo como a objetos del mundo interno, productos del propio trabajo mental que permite acceder a una realidad abstracta de ideas, categorías, relaciones, símbolos y signos. Es decir, la mente humana, es capaz de trabajar con objetos “internos”; lo que significa que para la mente es posible crear “realidades”.

A lo largo de las páginas previas hemos señalado cómo la mente “interactúa” con el ambiente externo y con el medio interno de múltiples maneras. Se trata pues de un sistema con entradas multimodales y salidas también multimodales, lo cual significa que tal como la mente expresa sus productos de distintas maneras es posible abordarla de distintos modos, lo que explicaría que abordajes en apariencia muy dispares puedan ser efectivos.

Se considera que los procesos mentales son fenómenos emergentes de la actividad cerebral y han evolucionado a lo largo de la historia evolutiva de los animales en un contexto de competencia por recursos relativamente escasos y de distribución y disponibilidad variables. El correcto funcionamiento mental requiere la integridad de todos sus componentes y una interacción sistemática con el ambiente.

SOCIEDAD, MENTE Y CULTURA

“La índole social del hombre demuestra que el desarrollo de la persona humana y el crecimiento de la propia sociedad están mutuamente condicionados porque el principio, el sujeto y el fin de todas las instituciones sociales es y debe ser la persona humana, la cual, por su misma naturaleza, tiene absoluta necesidad de la vida social”.

Paulo VI, *Gaudium et Spes*, 1965

Hemos llegado finalmente a una comprensión de la mente que nos permite aventurarnos a reflexionar sobre sus trastornos; sin embargo, antes de eso es necesario detenerse para analizar uno de los desafíos más importantes de la mente, la interacción social, ya que es en este terreno en donde se manifiesta de mejor manera el poder creativo de nuestras mentes, plasmado en la cultura, y al mismo tiempo es el ámbito en que suelen hacerse evidentes sus alteraciones.

Animales sociales

Todos los animales sexuales están imperiosamente obligados a interactuar al menos excepcionalmente con sus congéneres para asegurar su reproducción. Los humanos estamos obligados a sostener interacciones frecuentes y consistentes en el tiempo, esto no es una opción: la falta de estímulos ambientales y sociales en la primera infancia produce los desastrosos resultados que ya comentamos, son los niños ferales o niños “de cajón” que no tuvieron la posibilidad de “crear” mentalmente en un periodo crítico del desarrollo; en el caso del aislamiento en etapas posteriores del desarrollo

o incluso en la adultez éste se convierte en un riesgo eventual para la subsistencia, durante largos períodos de la historia de la humanidad fue casi un equivalente de la pena de muerte. En muchos casos la tendencia al aislamiento es una potente señal de un trastorno en el funcionamiento mental.

Se puede objetar que hay mamíferos como nosotros que pasan gran parte de su vida solos, con encuentros esporádicos, como ocurre con rinocerontes, osos polares o incluso primates como el orangután. La diferencia tiene que ver, una vez más, con nuestra historia evolutiva. Aunque estamos relacionados con el orangután nuestros linajes divergen hace más de 14 millones de años, mientras que del gorila o del chimpancé “sólo” nos separan unos 9 y 6 millones de años de evolución respectivamente, y estos últimos son claramente primates sociales, aunque obviamente éste no es un argumento a favor de que nosotros también debamos serlo. De todos modos la historia tendría que ver con que somos primates y una característica fundamental de este grupo es la visión binocular alineada al frente, lo que permite visión en profundidad y una excelente coordinación mano-ojo, adaptaciones notables para la vida en ambientes arbóreos. Esta adaptación tuvo el costo de disminuir el campo visual significativamente, exponiendo el dorso a eventuales predadores, situación que se resuelve, a mi entender, de tres maneras posibles:

1. La nueva alineación ocular es tan desventajosa, en términos de causar muerte prematura debido a depredación, que este linaje tenderá a la extinción, y su nicho ecológico será ocupado por especies menos vulnerables y con mayor capacidad de reproducción y crianza exitosa.
2. La nueva alineación ocular genera ventajas adaptativas pero se disminuye el riesgo de depredación ocupando nichos ecológicos de bajo riesgo de depredación, la estrategia del orangután.
3. La nueva alineación ocular genera ventajas y el riesgo de depredación es disminuido por la vida en grupos aún manteniéndose en un ambiente con predadores abundantes, la estrategia de los primates africanos, nuestros “parientes” vivos más cercanos.

La evidencia paleontológica muestra que efectivamente nuestros antepasados (o parientes relativamente cercanos) Australopithecus fueron parte de la dieta de grandes felinos capaces de trepar como los guepardos. Ellos, al igual que el Homo Erectus y Homo Neanderthalensis vivían en grupos, lo que se supone habría sido una ventaja para enfrentar este tipo de peligros.

Aunque esta línea de pensamiento es interesante se debe llamar la atención acerca de otras ventajas de la vida en agrupaciones, ya que además de protección facilita la crianza, permite elaborar estrategias comunes para conseguir alimentos y compartirlos, e importante, facilita la transmisión de información, lo que se ve potenciado y amplificado por la adquisición del lenguaje oral, fruto de la coevolución de ciertas características de la laringe, del funcionamiento mental y de la vida en común.

Los estudios de psicología evolucionaria muestran que aún hoy las habilidades sociales son “premiadas” por las personas, los sujetos que las poseen tienden a tener más redes de apoyo, a conseguir empleo con mayor facilidad y a obtener mejores remuneraciones por su trabajo. Quien, en el extremo opuesto, es torpe socialmente, tendrá una serie de dificultades que van mucho más allá que tener pocas amistades, existe una tácita sanción a quien no se desenvuelve bien en este ámbito.

Más que eso, hoy disponemos de sólida evidencia en el sentido de que tener redes sociales de calidad tiene un impacto positivo a nivel físico y psicológico, con mejores índices de calidad de vida y mayor longevidad.

En síntesis, para los seres humanos la vida social no es una opción, aunque sí pueda serlo su extensión, variedad o profundidad.

Teoría de la mente

Las relaciones humanas con frecuencia son intensas y extensas, y en éstas se pone en juego una serie de necesidades recíprocas mediadas por funciones cognitivas y emocionales, es decir, por la mente de quienes participan de la interacción. En esta relación se despliega un componente mental que no hemos descrito previamente y que ha recibido intensa atención desde que en 1978 fuera definido por Premack y Woodruff, me refiero a la “teoría de la mente” (ToM).

Aunque desde la definición inicial en 1978 diversos autores han planteado nuevas definiciones con matices particulares podemos decir que la característica principal de la ToM es la habilidad de un individuo de colocarse en el lugar de la mente del otro y así ver y sentir el mundo desde la perspectiva del otro, lo que permitiría predecir los pensamientos, emociones y conductas del otro. Esta habilidad sería la base de una serie de conductas humanas, algunas de gran valor social como la empatía, la caridad, el consuelo; y otras que develan aspectos más individualistas como el engaño; o incluso tortuosos, como la crueldad. Esta habilidad se ha relacionado con lo mejor y lo peor de la especie, pero más

allá de eso la ToM constituye una enorme herramienta que potencia la posibilidad de transferir información y profundizar las relaciones.

Aquellos individuos con dificultades en construir una buena ToM, como lo observamos en niños con trastornos globales del desarrollo, o en jóvenes y adultos con esquizofrenia, tendrán un funcionamiento peculiar y su integración social se verá seriamente perturbada.

Muchos autores han pretendido mostrar que la ToM también se vería en otros animales, en particular en chimpancés, y para eso se han diferenciado distintos aspectos de la ToM, pero los modelos de investigación son discutibles y parecieran demostrar que al menos algunos mamíferos tienen una notable capacidad de interpretar la conducta del otro, pero no es claro que exista en ellos la posibilidad de conocer las emociones y cogniciones del otro. A la fecha, y parafraseando a los psicólogos Emery y Clayton en su extensa revisión de 2009, estaría claro que *“los animales son excelentes etólogos, pero en globo, son malos psicólogos”*.

Mente y cultura

La vivencia de la propia mente es finalmente personal e intransferible. El modo con que cada uno de nosotros se enfrenta al ambiente y genera patrones conductuales que nos permiten resolver nuestras necesidades es principalmente un asunto individual. Esta afirmación inicial, si bien correcta, hasta cierto punto, es por otra parte errada.

Desde nuestro nacimiento aprendemos el mundo de la mano de otras personas que nos muestran caminos u opciones para resolver los desafíos que el ambiente nos impone, y que en parte, al menos, determinarán nuestro estilo de expresión emocional o los patrones cognitivos y conductuales con que me enfrentaré al medio. Como somos animales sociales capaces de predecir las emociones y cogniciones de un tercero, aprendemos mutuamente de la mente del otro, y ese es el germen de lo que entendemos por cultura.

Cultura, desde esta perspectiva, “es el patrón de interacción con el ambiente que establecen en forma común y estable en el tiempo las mentes de dos o más individuos interactuando con éste y entre sí”. Así la unidad cultural básica es la interacción estable entre las mentes de dos individuos. Cada grupo humano por lo tanto puede desarrollar modos propios de interacción o culturas locales. No sólo eso, los chimpancés y otros mamíferos presentan culturas propias de distintos grupos. Así tenemos grupos de chimpancés que obtienen alimento ocupando ciertas herramientas desconocidas para otros grupos, o familias de ballenas que entonan

canciones propias, totalmente diferentes de las de otras familias.

En el caso humano la cultura define conductas de relación que permiten la satisfacción de las diversas necesidades del hombre, e incluso, una vez cubiertas las necesidades básicas permite espacio para el surgimiento de otros elementos culturales como el ocio, el arte, la filosofía, las ciencias, la religión, etcétera. Estos elementos sin duda son relevantes en el funcionamiento mental dado que se les asigna tiempo e inversión de recursos, lo que es extraordinario desde el punto de vista biológico. Nuestro cuerpo es un eficiente administrador de recursos dado que ha evolucionado en condiciones de escasez. Cuando una persona debe guardar reposo en cama por algunas semanas rápidamente las extremidades comienzan a atrofiarse y una vez recuperada la causa del reposo será necesario hacer una rehabilitación para fortalecer los grupos musculares venidos en menos. La lección no merece discusión, el cuerpo no invierte recursos en aquello que no se utiliza o no es relevante, es un lujo que no puede permitirse. Visto así, nuestras creaciones culturales tienen una gran importancia biológica, posiblemente porque dan sustento a la vida en sociedad, que nos ha permitido sobrevivir exitosamente y “humanizarnos”.

TRASTORNOS MENTALES

“La locura ha dejado de ser en los confines del mundo del hombre y la muerte, una figura escatológica; se ha disipado la noche sobre la cual ella tenía los ojos fijos, la noche en la cual nacían las formas de lo imposible. El olvido cae sobre ese mundo que surcaba la libre esclavitud de su nave; ya no irá de un más acá del mundo a un más allá en su tránsito extraño, no será ya nunca ese límite absoluto y fugitivo. Ahora ha atracado en las cosas y la gente. Retenida y mantenida, ya no es barca sino hospital”.

Michael Foucault, 1967

Emil Kraepelin (1856-1926) en su *Lehrbuch* sostiene que las enfermedades mentales son enfermedades naturales, queriendo decir con esto que se trata de desórdenes de causa principalmente biológica y genética. Su comprensión de la evolución seguía las ideas de Lamarck acerca de la herencia de características adquiridas (que en realidad es una simplificación de reales aportes de Lamarck) y por esa vía entendía la degeneración de la raza y que una vez que un individuo caía en el alcoholismo, delincuencia u otros problemas, su

descendencia “heredaba” esas características. Contemporáneo de Kraepelin fue Sigmund Freud (1856-1939) que tenía una visión completamente diferente de las enfermedades mentales: para él las causas de estas eran predominantemente psicológicas y las terapias por lo tanto debían ser afines a esa concepción.

Me detengo un momento en estos aspectos, en apariencia anecdóticos, porque demuestran cómo la comprensión que se tenga de la mente y sus trastornos tiene implicancias sociales y por cierto terapéuticas. Durante gran parte del siglo XX las nosología reflejaron las tensiones entre las visiones de Freud y Kraepelin, así por ejemplo los manuales de clasificaciones de enfermedades mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana conocidos como DSM, por sus iniciales en inglés, en sus versiones I y II, de los años 1952 y 1968 respectivamente, reflejaron las perspectivas psicoanalíticas derivadas de los trabajos de Freud. El DSM-III y el DSM-IV, de los años 1980 y 1994 reflejan en su clasificación, y lo declaran explícitamente sus creadores, las nociones de Kraepelin. En el mismo periodo las clasificaciones de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, en sus capítulos de psiquiatría, han sido un espejo de lo ocurrido con los DSM de Estados Unidos.

En las clasificaciones de enfermedades mentales de mayor difusión hoy en el mundo subyacen dos ideas sobre las que quiero llamar la atención: la noción de que este tipo de trastornos es de causa natural, es decir, se podría identificar una causa biológica o genética; y además intentan, paradójicamente, a mi parecer, no estar comprometidas con ninguna escuela de pensamiento en el ámbito psicológico de manera de constituirse en un manual de clasificación de uso universal. En mi opinión, es claro que si bien todo proceso, cambio o trastorno mental debe tener necesariamente un correlato biológico, eso no implica que las causas de dichos cambios o trastornos sea primariamente un cambio genético o biológico. Pensar de ese modo sería como sostener que el temor que una persona experimenta al enfrentar una situación de riesgo inminente se debe al cambio en la actividad de la amígdala y no al evento amenazante.

Parte del problema de la comprensión de los trastornos mentales no se debe tanto a las clasificaciones en sí, sino a la manera en que éstas son utilizadas. Los mismos creadores del DSM-V y el CIE-10 han enfatizado que se trata de formas de clasificación con utilidad estadística y por cierto en investigación, y que no corresponde su utilización ni para entender a la persona ni para entender los trastornos mentales. ¿Qué ha ocurrido entonces? Nassir Gaemi y otros autores se han referido a la “cosificación” de las categorías diagnósticas,

Tabla 7

ESBOZO DE UNA TAXONOMÍA DE LOS TRASTORNOS MENTALES DE ACUERDO A FUNCIÓN MENTAL ALTERADA PREDOMINANTEMENTE

| Función mental predominantemente alterada | Presentaciones clínicas relacionadas (ejemplos) | |
|---|---|---|
| Procesos cognitivos | Percepción | “Miembro fantasma” |
| | Atención | Déficit atencional |
| | Memoria | Demencia |
| | Pensamiento | Esquizofrenia |
| | Lenguaje | Afasia |
| | Teoría de la mente | Autismo |
| Procesos emocionales | Emoción | Fobias Trastorno de estrés postraumático |
| | Motivación | Dependencias Trastornos de alimentación |
| | Afecto | Depresión Manía |
| Personalidad | Personalidad | Trastorno de Personalidad |
| Estado de conciencia | Estado de conciencia | Estado confusional |

a manejarlas como “objetos” concretos y no como las hipótesis nosológicas que son. El problema en realidad no son las clasificaciones, que por lo demás han demostrado su utilidad en muchos ámbitos, sino la aproximación de los clínicos a la epistemología de nuestra especialidad.

Trastorno mental

La definición de lo que son los trastornos mentales ha sido objeto de intensos debates y abarca conceptos como la salud, la enfermedad, el continuo entre ambos estados, adaptación, discapacidad, etcétera. El mismo DSM-IV al referirse a lo que es un trastorno mental nos da cuenta de esta dificultad, como se lee a continuación:

“Es un patrón o síndrome conductual o psicológico, clínicamente significativo, que ocurre en un individuo y que está asociado con malestar o discapacidad o con un riesgo incrementado de enfrentar dolor, discapacidad, una importante pérdida de libertad o la muerte. Este síndrome o patrón no debe ser meramente una conducta en respuesta a un evento particular, esperable y sancionada culturalmente. Esta debe ser considerada una manifestación de una disfunción conductual, psicológica, o biológica del individuo. Ninguna definición específica adecuadamente los límites precisos del concepto de trastorno mental” (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994).

La propia definición aclara lo imprecisa que ésta es, al igual que la generalidad de los intentos por

alcanzar tal definición. Al leerla se abre una serie de preguntas que requerirían un glosario especial para responder en detalle, sólo para quedar finalmente con la misma sensación de imprecisión de la que se disculpa por anticipado. La dificultad radica justamente en la complejidad de aquello que nos convoca: la mente y sus trastornos. Se debe agregar que clínicos, filósofos o neurocientíficos enfrentan otro obstáculo mayor: las limitaciones para acceder a evaluar y/o medir los diferentes procesos de la mente, obligándonos a aproximarnos indirectamente a través de la observación de la conducta, de la forma y contenido del lenguaje, de la interacción social, de la respuesta frente a estímulos externos como test cognitivos o de respuesta emocional, o de neuroimágenes funcionales. Lo que no debemos olvidar es que siempre se trata de una aproximación indirecta.

La propuesta de mente y sus trastornos que hacemos no resolverá la complejidad de la tarea, pero está alineada con el desarrollo conceptual de este ensayo y nos permitirá entregar una propuesta unitaria.

Hemos dicho que “mente es el conjunto de procesos emocionales y cognitivos, conscientes o inconscientes, que permiten que el individuo pueda construir en su sistema nervioso representaciones de la realidad, y a la vez interactuar con éstas, para así satisfacer el conjunto de sus necesidades de la manera más eficiente posible”. Entenderemos entonces por trastornos mentales aquellas circunstancias en que dicha función no es posible, o sólo se realiza parcialmente, o se realiza de manera ineficiente, o se realiza de manera parcial e ineficiente. En síntesis:

“Trastorno mental es cualquier estado de funcionamiento de la mente que no permite satisfacer el conjunto de necesidades del individuo de manera completa y eficiente”.

Es evidente que un trastorno mental tendrá diferentes manifestaciones clínicas así como gravedades distintas dependiendo del tipo de alteración producida, las funciones comprometidas y/o el tipo y magnitud de necesidades que dejan de ser adecuadamente satisfechas. Intentaremos proponer algunas ideas para ordenar y clasificar este tipo de trastornos.

Apuntes para una taxonomía de los trastornos mentales desde las dimensiones del funcionamiento mental

Una vía de aproximarnos a los trastornos mentales es considerando el tipo de función mental que está predominantemente alterada. Nos referimos a las dimensiones del funcionamiento mental que abordamos en el capítulo IV.

En la Tabla 7 nos aproximamos a los trastornos mentales desde la consideración del tipo de característica del funcionamiento mental que subyace a la manifestación psicopatológica. Es una aproximación simple y didáctica, y de hecho es similar a la organización que entregan algunos textos docentes en que se aborda la “psicología anormal”.

Aunque se trata de una aproximación pragmática su utilidad desde el punto de vista de la comprensión de los trastornos es muy limitada. Además se hace difícil la clasificación de alteraciones en las que no es tan clara la disfunción “predominante”. Por otra parte, al no aportarnos mayor información acerca de las causas del problema no nos provee de luces respecto de las posibles vías de abordaje para resolverlo.

Pensamos que puede ser de mayor utilidad intentar revisar los trastornos mentales desde una perspectiva evolucionaria ya que podría entregar información para la comprensión de los trastornos y eventualmente para proponer un enfoque terapéutico.

Apuntes para una taxonomía de los trastornos mentales desde una perspectiva evolucionaria

La medicina evolucionaria se ha desarrollado desde los trabajos de George Williams y Randolph Nesse a comienzos de la década de 1990. Desde entonces los investigadores evolucionistas han intentado separar las causas de las enfermedades en próximas y últimas. Las causas próximas serían las causas inmediatas que

dan origen a una disfunción o enfermedad, lo que está fallando en el sujeto que nos consulta; nos referimos a:

- Procesos fisiológicos alterados
- Interferencia en el desarrollo embrionario
- Relaciones anatómicas
- Cambios funcionales agudos
- Eventos vitales inesperados

Las causas últimas en cambio se refieren a las causas “evolutivas”; es decir, implica la pregunta acerca de la relación entre la historia de la especie y las disfunciones o enfermedades de la misma. Por ejemplo, si consideramos la diabetes entendemos que sus causas próximas son la disminución de la producción de insulina y/o la resistencia periférica a su acción; las causas últimas en cambio se relacionan con por qué los humanos somos tan vulnerables a alteraciones en el metabolismo de los azúcares. Al preguntarnos por las causas últimas nos hacemos preguntas del tipo de:

- ¿Por qué la evolución no ha eliminado una determinada enfermedad si es que dificulta la adaptación?, como es el caso de la anemia de células falciformes, que protege de la malaria en zonas endémicas de esa enfermedad, siendo por lo tanto una adaptación en ese entorno específico.
- ¿Por qué nuestros cuerpos tienen ciertas “limitaciones de diseño” que nos hacen susceptibles a ciertas complicaciones médicas?, como ocurre con las frecuentes distosias de parto debidas a la relativa estrechez del canal de parto, reflejo de la tensión entre dos adaptaciones de nuestra especie: la bipedestación y el aumento del tamaño de la cabeza del feto en el desarrollo intrauterino.
- ¿Pueden ciertos trastornos modernos ser el resultado de un “desacople” entre nuestra herencia biológica y la vida moderna?, como podría ser la exposición a cantidades de alimento impensables hace tan solo unos siglos, desbalanceando nuestra ingesta a “ahorrar” recursos con la dificultad para controlar el consumo excesivo, predisponiendo a la actual epidemia mundial de obesidad y trastornos de alimentación.
- ¿Son ciertas respuestas fisiológicas características defensas adaptativas que se han desarrollado a lo largo de la evolución?, como ocurre en la disregulación de algunos trastornos emocionales como las fobias, en que existe una hipersensibilidad a un determinado estímulo, en todo asimilable a una reacción alérgica aguda.

Tabla 8
ESBOZO DE UNA TAXONOMÍA DE LOS TRASTORNOS MENTALES DESDE UNA PERSPECTIVA EVOLUCIONARIA

| Condición predisponente | Causa inmediata de trastorno mental | Ejemplo de manifestación clínica |
|---|--|---|
| I. CONDICIONES EN QUE HAY UN PREDOMINIO DE CAUSAS PRÓXIMAS | | |
| Alteraciones de la fisiología corporal y/o cerebral | Ruptura de la homeostasis del medio interno | Estados confusionales |
| Alteraciones endocrinas | Tiroides: alteración metabolismo cerebral | Depresión Estados angustiosos |
| | Corticoides: aumento actividad, apoptosis neuronas hipocampales | Depresión |
| Déficits nutricionales | Alteración actividad enzimática en fisiología neuronal | Síndromes demenciales Depresión |
| Daño funcional o anatómico congénito | Menor desarrollo focal o generalizado de SNC, o alteraciones en la fisiología cerebral | Retardo mental Trastornos del desarrollo |
| II. CONDICIONES RELACIONADAS CON CAUSAS ÚLTIMAS: DIFICULTAD EN SATISFACCIÓN DE NECESIDADES | | |
| Estrés ambiental agudo | Las demandas superan los patrones de respuesta previamente aprendidos generando agotamiento y/o reacciones "por defecto" | Crisis de angustia Conversión Síntomas depresivos |
| Estrés ambiental crónico | Apoptosis hipocampal por niveles elevados de cortisol | Depresión |
| III. CONDICIONES RELACIONADAS CON CAUSAS ÚLTIMAS: DISREGULACIÓN DE HOMEOSTASIS EMOCIONAL | | |
| Sustancias o conductas potencialmente adictivas | Sensibilización del circuito de la recompensa | Dependencias |
| Situaciones o estímulos que amenacen la integridad | Sensibilización del sistema límbico ante la exposición a estímulos que pudieran entrañar riesgo | Fobias Disociación Conversión Trastorno por estrés postraumático |
| IV. CONDICIONES CON CAUSAS PRÓXIMAS Y ÚLTIMAS RELEVANTES | | |
| Eventos ambientales adversos | Impacto sobre sistemas vulnerables y a la vez relevantes en la historia evolutiva de la especie: ej. lenguaje, evitación de riesgo | Esquizofrenia Espectro obsesivo compulsivo |

Teniendo estos conceptos en mente pensamos que podemos aproximarnos a los trastornos mentales para ordenarlos desde esta perspectiva, que nos permite, a nuestro entender, una comprensión complementaria de estos cuadros objeto de nuestro trabajo. En la Tabla 8 presentamos un esbozo de cómo podríamos realizar este ordenamiento.

Todos los trastornos mentales tienen causas próximas, tanto un estado confusional debido a una infección del SNC por un virus herpes como un cuadro depresivo posterior a un quiebre conyugal; sin embargo en este último caso la razón por la que el quiebre conyugal es mentalmente relevante se entrelaza con causas últimas, en este caso la necesidad de establecer relaciones de pareja que aseguren la continuidad de la especie. En el primer caso diremos que predominan

causas próximas, y en el segundo plantearemos que existen causas últimas generando esta vulnerabilidad a determinados eventos.

La Tabla 8 no es más que un esbozo que permite mostrar una manera de organizar los trastornos mentales considerando los resultados de la investigación en la esfera evolutiva. De todos modos se puede notar que aquellas condiciones en que la consideración de causas últimas resultan relevantes son justamente aquella de mayor prevalencia a nivel mundial, posiblemente porque desnudan las dificultades de las personas en general ante los desafíos de la vida.

A la fecha está pendiente la comprensión cabal de la conducta desde la perspectiva evolucionaria y se debe ser cuidadosos con los resultados que pudieran ser especulativos. No existiendo "fósiles conductuales"

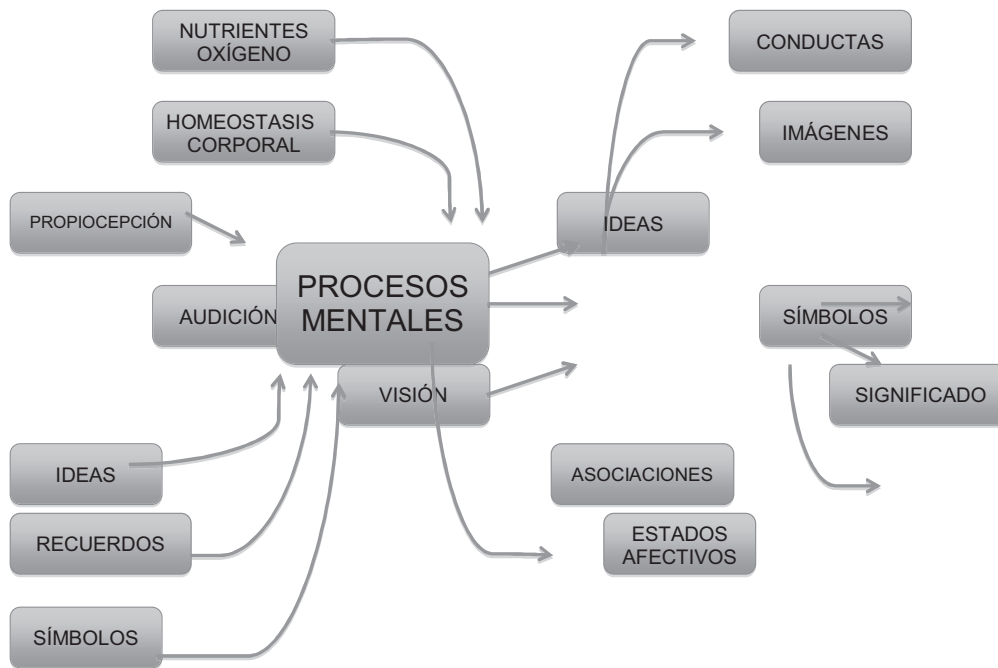


Figura 2. La mente, un sistema multimodal

no queda más que testear las hipótesis en estudios poblacionales transculturales, como ya hacen muchos psicólogos evolucionistas, o diseñar estudios experimentales en otros primates, que por extensión puedan dar luces sobre nuestra propia conducta, área en la que también existen interesantes desarrollos.

Sobre algunos aspectos terapéuticos

En las páginas precedentes presentamos antecedentes respecto de la deriva evolutiva del ser humano, de su cuerpo y de su sistema nervioso. Se revisaron aspectos relacionados con la evolución de los procesos mentales y algunas características relevantes de éstos, así como sobre su funcionamiento.

Por ser la mente un sistema al que se accede de manera multimodal y cuyos productos también se expresan multimodalmente es posible suponer que distintas causas pueden generar respuestas similares, o que un tipo de causa pueda producir distintos tipos de respuestas, como se puede deducir de la representación de esta situación en la Figura 2.

Podemos ver la multitud de factores que están impactando sobre los procesos mentales, sea la integridad metabólica y anatómica del cuerpo y el cerebro, sea la información del entorno que entra por múltiples vías, o sea desde los mismos productos de procesos mentales

previos; y que por otra parte los productos de dichos procesos son múltiples y a la vez insumos para posibles elaboraciones futuras. Todas estas vías potencialmente podrán producir trastornos mentales, y a su vez los procesos mentales pueden estar generando productos disfuncionales o menos funcionales por fallas en la capacidad de procesamiento de la información.

Lo que resulta de particular interés para nosotros es que esta comprensión de la mente nos permite entender que múltiples vías de abordaje sean eventualmente útiles aunque parezcan completamente disímiles entre sí: podemos encontrar desde intervenciones en aspectos dietarios, como se propugna en el manejo de algunos casos de déficit atencional; a tratamientos absolutamente farmacológicos; a intervenciones psicoterapéuticas altamente efectivas; a terapias basadas en expresión corporal o musical, etcétera. Es más, en algunos casos terapias tan disímiles como las señaladas han mostrado igual efectividad sobre algunos trastornos, como ocurre con algunos casos de trastorno obsesivo compulsivo que responden de manera importante y positiva tanto a estrategias farmacológicas como a terapia psicológica de tipo cognitivoconductual, y nada de eso sería posible si nuestros procesos mentales, y la mente como un todo, no fueran sistemas multimodales, herencia de su larga historia evolutiva.

IDEAS FINALES

He procurado en estas páginas abordar el tema de la mente desde una perspectiva evolucionaria. Por cierto, necesariamente he debido dar por entendida una serie de conceptos que pudieran parecer en algunos momentos como aparecidos de la nada. A esta limitación deben agregarse las propias limitaciones de la temática abordada, tanto por la naturaleza de ésta como porque la investigación en algunos aspectos aún es preliminar o incompleta.

Aun así, hemos ofrecido una visión panorámica acerca de cómo comprender la mente y sus trastornos desde esta perspectiva, y hemos esbozado el modo en que esta comprensión pudiera complementar la taxonomía de estos trastornos. Además hemos planteado que es necesario tener una visión amplia de las posibilidades terapéuticas que implican que la mente opere multimodalmente, lo que plantea la obligación ética de conocer las diferentes posibilidades terapéuticas que pudieran ser más o menos adecuadas para ayudar a nuestros pacientes con su padecimiento.

Finalmente, me parece necesario recapitular sobre las ideas medulares de este ensayo:

- a. Los seres humanos somos el resultado de una deriva filogenética que nos ha llevado sucesivamente de ser organismos multicelulares que se nutren predominantemente de compuestos orgánicos, a animales vertebrados con extremidades, a vertebrados de sangre caliente, a mamíferos, a primates y a seres humanos, aumentando en cada escalón la necesidad de energía requerida para tener éxito biológico. La consecución de ese éxito ha sido aparejada de la progresiva sofisticación y desarrollo del sistema nervioso y en particular del cerebro.
- b. Dada nuestra historia evolutiva, hemos lidiado a lo largo de la historia filogenética con la escasez relativa de recursos. Nuestro cuerpo está preparado para lograr sobrevivir y reproducirse en un contexto de escasez predominante, y de competencia por los recursos disponibles. Nuestro SNC ha coevolucionado a lo largo de la misma larga historia evolutiva del resto de nuestro organismo y, por ende, primariamente ha permitido la integración de la información proveniente de un ambiente en el que el cumplimiento de las necesidades biológicas requerirá las mejores respuestas conductuales. En ese sentido el SNC no sólo dirige, sino que trabaja al servicio del organismo completo y se abocará a la satisfacción de estas necesidades.
- c. Los procesos mentales, y, en su conjunto, la mente, están primariamente al servicio de satisfacer todas aquellas demandas que nuestra biología requiere: sobrevivir el tiempo necesario (nutrirse, guarecerse, evitar ser asesinado por otro humano o por otro tipo de animal) y reproducirse (búsqueda de pareja, crianza). Sólo cuando estas necesidades son satisfechas hay espacio para otras ocupaciones que son también biológicamente importantes: como el ocio, el arte, la ciencia, etcétera.
- d. "Mente es el conjunto de procesos emocionales y cognitivos, conscientes o inconscientes, que permiten que el individuo pueda construir en su sistema nervioso representaciones de la realidad, y a la vez interactuar con éstas, para así satisfacer el conjunto de sus necesidades de la manera más eficiente posible".
- e. Dado que la mente humana es el resultado de una larga deriva evolutiva de los procesos mentales a lo largo de nuestra historia evolutiva, la cual compartimos por tramos muy largos con otras especies que con su conducta nos demuestran la existencia de procesos emocionales y cognitivos, afirmamos que la mente no es privativa de nuestra especie. Algunos procesos mentales son especialmente característicos de nuestra especie, como lo son la conciencia de sí mismo y la teoría de la mente, y son también fruto de los mismos mecanismos evolutivos.
- f. No es posible a la fecha conocer directamente la mente de otro. Todo lo que podemos decir de la mente de otro es lo que conocemos a través de sus productos: lenguaje, conductas, obras, cultura.
- g. La vida en sociedad es una necesidad biológica, y a través de ésta creamos cultura. Para nosotros "cultura es el patrón de interacción con el ambiente que establecen en forma común y estable en el tiempo las mentes de dos o más individuos interactuando con éste y entre sí". O dicho de otra manera, cultura es el conjunto de procesos mentales comunes de un grupo determinado.
- h. Las dificultades en la interacción social frecuentemente son evidencia de desviaciones en el funcionamiento mental esperado o normal.
- i. "Trastorno mental es cualquier estado de funcionamiento de la mente que no permite satisfacer el conjunto de necesidades del individuo de manera completa y eficiente".
- j. Es posible entender los trastornos mentales tomando en consideración las causas próximas y las causas últimas (evolucionarias) de éstos. Esta comprensión, sumado al funcionamiento multimodal

de la mente permite entender que intervenciones disímiles sean eficientes sobre trastornos similares.

- k. La perspectiva evolucionaria permite ampliar nuestra visión y comprensión acerca de la mente y sus trastornos.

REFERENCIAS RELEVANTES, PARTES 1 Y 2

1. Allman J (1999). *Evolving Brains*. New York: Scientific American Library
2. Allman J, Hakeem A, Erwin JM, Nimchinsky E, Hof P (2001). The Anterior Cingulate Cortex: The Evolution of an Interface between Emotion and Cognition. *Annals of the New York Academy of Sciences* 935; 107-117
3. Brüne M (2008). *Textbook of Evolutionary Psychiatry: the Origins of Psychopathology*. New York: Oxford University Press
4. Gaemi N (2008). *Psiquiatría: Conceptos*. Santiago: Editorial Mediterráneo. Título original: *The Concepts of Psychiatry. A Pluralistic Approach to the Mind and Mental Illness*
5. Álvarez JM, Colina F, Esteban R (2010). Presentación. En: Kraepelin E. *Memorias*. Madrid: Edición de Alienistas del Pisuerga. Título original: *Lebenserinnerungen* (1919)
6. Leonard W, Snodgrass JJ, Robertson M (2007). *Annual Review of Nutrition* 27: 311-327
7. MacGuire M, Troisi A (1998). *Darwinian Psychiatry*. New York: Oxford University Press
8. Premack D, Woodruff G (1978). Does the Chimpanzee Have a Theory of Mind? *Behavioral and Brain Sciences* 1(4): 515-526
9. Williams G, Nesse R (1991). *The Dawn of Darwinian Medicine*. *The Quarterly Review of Biology* 66 (1): 1-22
10. Searle J (2004). *Mind: A Brief Introduction*. New York: Oxford University Press

ESTUDIO BIOGRÁFICO

MENDOZA: UN VIAJE DE 20 AÑOS (1992-2012). PRIMERA PARTE

(Rev GPU 2014; 10; 1: 87-96)

Claudio Martínez¹, Alemka Tomicic²

En 1992, en Chacras de Coria, Mendoza, se realizó un encuentro al que asistieron investigadores y terapeutas de Argentina, Uruguay, Brasil y Chile (Jiménez, 2006). En este encuentro se sentaron las bases para la formación del Capítulo Latinoamericano de la Society for Psychotherapy Research (SPR-LatAm). Veinte años más tarde este capítulo cuenta con más de un centenar de miembros activos y uno de ellos es el past-president de la SPR-internacional. El propósito de este capítulo es el de reconstruir la historia de ese encuentro y de la fundación de la SPR-LatAm. Lo que motiva este esfuerzo es la convicción de que la revisión de la historia del nacimiento y devenir de una institución nos permite comprender lo que ésta es en la actualidad, tal como lo hacemos cuando nos preguntamos por el significado original de las palabras para comprender el sentido de sus variaciones, alcances y posibilidades. Por otra parte, la práctica de relatar y reconstruir la historia nos permite tomar posición y agencia de nuestro presente. De esta manera, la historización del capítulo LatAm de la SPR hace posible desnaturalizar su existencia al reconocer su origen, su particularidad y la participación de sus miembros en la construcción cotidiana del mismo.

¿Qué huellas dejó Mendoza en aquellos que asistieron? ¿Fue relevante para el desarrollo de la investigación latinoamericana en psicoterapia? ¿En qué condiciones sociohistóricas y culturales se desarrolla y cómo es que éstas impregnan la formación del capítulo SPR-LatAm? ¿Cuál es la vigencia de estas condiciones en la actualidad y cuáles sus posibilidades para el desarrollo de la investigación latinoamericana en psicoterapia? Para abordar estas preguntas realizamos un estudio biográfico en el que entrevistamos al grupo de chilenos que viajó al encuentro de Mendoza en 1992. Analizamos estas entrevistas utilizando el modelo de análisis "De Construcción del Sí Mismo en el Relato Autobiográfico" (Piña, 1988) para reconstruir aquel viaje en términos de quiénes eran y quiénes son hoy esos viajeros, las etapas y procesos que circundaron aquella travesía, y los mapas individuales y colectivos que guiaron su ida a ese encuentro y han guiado su regreso en estos últimos veinte años.

¹ Psicólogo, Ph.D Universidad Diego Portales, Santiago de Chile. claudio.martinez@mail.udp.cl

² Psicóloga, Ph.D Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.

MÉTODO: PREPARANDO UN NUEVO VIAJE A MENDOZA

Utilizando un enfoque de indagación cualitativo, reconstruimos aquel viaje desde los relatos del grupo de chilenos que asistió al encuentro. Para esto desarrollamos un guion semi-estructurado de entrevista con el que orientamos las conversaciones e invitamos a recordar a cada uno de los participantes. Entre los principales tópicos de este guion estaban: ¿Cómo se enteraron del encuentro? ¿Qué expectativas tenían en ese entonces sobre el encuentro? ¿Qué recuerdos guardan del evento mismo? ¿Qué conocimiento tenían de la SPR y qué conciencia de lo que en ese encuentro se gestaba? ¿Qué ocurrió con ellos después del encuentro? ¿Cómo derivó su relación con la investigación y con la SPR desde entonces y hasta hoy?

PARTICIPANTES DEL ESTUDIO: LOS VIAJEROS

Los participantes fueron 12 de los 14 chilenos que asistieron al encuentro. En la Tabla 1 se detallan las profesiones, edades, años de experiencia profesional y participación actual en la SPR.

Tabla 1
CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

| ID | Profesión | Edad | Años de experiencia profesional | Miembro Actual de SPR |
|----|------------|------|---------------------------------|-----------------------|
| 1A | Psicólogo | 49 | 22 | SÍ |
| 2A | Psiquiatra | 60 | 30 | SÍ |
| 4A | Psicólogo | 50 | 22 | NO |
| 1C | Psiquiatra | 60 | 35 | SÍ |
| 3C | Psicóloga | 48 | 22 | NO |
| 4C | Psiquiatra | 57 | 30 | NO |
| 6C | Psiquiatra | 58 | 30 | SÍ |
| 3A | Psicóloga | 48 | 20 | NO |
| 6A | Psicóloga | 48 | 20 | NO |
| 7C | Psiquiatra | 52 | 25 | NO |
| 5A | Psiquiatra | 54 | 25 | SÍ |
| 7A | Psicólogo | 52 | 25 | NO |

Para la selección de los participantes se recurrió a un criterio de colección completa. Sin embargo, dos de los chilenos que asistieron a Mendoza no pudieron ser contactados. Cada uno de los participantes fue convocado inicialmente vía email por los investigadores y a los que respondieron este llamado se les informó sobre los propósitos del estudio, sobre el uso

confidencial y exclusivo de las grabaciones para los fines de la investigación, y se les solicitó de manera escrita su consentimiento.

Procedimientos: De Mapas y Brújulas. Para la recolección de datos se realizó una entrevista en profundidad a cada uno de los participantes. En su versión semiestructurada, la entrevista es una técnica de indagación que permite abordar desde la perspectiva y experiencia de los entrevistados diferentes aspectos del objeto de estudio (Flick, 2004; Ruiz, 1999). Para la aplicación de esta técnica construimos un guion temático que buscaba recoger la experiencia de aquellos chilenos que participaron en la conformación del capítulo latinoamericano de la SPR en aquel encuentro de Mendoza en 1992. Este guion fue estructurado en dos partes principales: La primera buscaba que los participantes narraran la manera cómo habían sido convocados al encuentro y su experiencia durante el encuentro mismo. La segunda parte indagaba sobre la relación que los entrevistados podían hacer entre su participación en el encuentro y sus efectos en el desarrollo profesional posterior. Con particular énfasis se les preguntó sobre su relación con la investigación y con la SPR. Estas conversaciones fueron grabadas en audio y luego transcritas para su posterior análisis.

Se empleó el modelo de análisis del relato autobiográfico desarrollado por Carlos Piña (1988). Este modelo se basa en la idea de que la elaboración de relatos sobre acontecimientos de la propia vida es la manera como los organizamos interpretamos y les asignamos sentido (Piña, 1999). Específicamente, la naturaleza del relato autobiográfico es la de un discurso de carácter interpretativo, que se define por construir y sostener una posición particular del *self*, realizada en términos de un personaje (Piña, 1988, 1999). En el presente estudio, el análisis del relato autobiográfico permitió describir la manera como los participantes interpretan su propio vivenciar identitario en el momento en que fueron invitados a participar en el encuentro, las vivencias que este evento marcó en ellos y qué lugar ocupa esa experiencia en la construcción de su identidad personal y profesional actual.

En este modelo de análisis del relato autobiográfico son centrales las preguntas por cómo es que el sujeto se representa ante sí y ante otros, cómo organiza y relaciona los hechos de su vida, cuáles son los argumentos que explican la ocurrencia de los acontecimientos y, cómo participan ciertos órdenes morales en la interpretación y evaluación de las acciones propias y la de los otros. Para responder a cada una de ellas el modelo propone seis categorías de análisis:

Contexto, Etapas, Hitos, Motivaciones, Causalidades y Referencia a Órdenes Morales (Piña, 1998, 1999). La categoría contexto hace referencia a la situación biográfica presente de la persona que relata su vida o parte de ella. Permite describir la posición que adopta el narrador y que determina la selección e interpretación de los acontecimientos de modo de afirmar y justificar su presente (Piña, 1998, 1999). Las restantes cinco categorías permiten reconstruir la estructura de la narración. Las etapas del relato son los fragmentos temporales por medio de los cuales es presentada la vida o parte de ella. A través de la identificación de las etapas del relato se busca describir las maneras cómo el narrador demarca sus límites y las organiza en una sucesión temporal coherente. Por su parte, los hitos corresponden a sucesos, internos o externos, propios del ciclo vital o que se salen de las demarcaciones de la rutina social, que constituyen momentos claves en el relato ya sea porque producen una inflexión en el curso de los hechos, ya sea porque son investidos con una capacidad explicativa referencial. Las categorías de motivación y causalidad corresponden a afirmaciones, directas o indirectas, explícitas o implícitas, que explican las conductas del personaje narrador o de otros actores presentes en el relato y que argumentan las causas de los eventos o acciones que afectan al sujeto. Finalmente, las referencias a órdenes morales corresponden a declaraciones que revelan convenciones sociales que rigen o debieran regir las acciones de los personajes del relato (Piña, 1998, 1999).

Cada una de las entrevistas fue analizada aplicando las seis categorías antes descritas. Posteriormente, se realizó un análisis del conjunto de los casos buscando similitudes y diferencias en virtud de las cuales fuese posible reconstruir la historia de ese encuentro. Para asegurar la calidad de los resultados empleamos la estrategia de triangulación de interpretantes (Patton, 1990), participando ambos investigadores en el proceso de recolección y análisis cualitativo de los datos, de manera que la identificación e interpretación de las categorías generadas fueron validadas a través de un acuerdo intersubjetivo. Asimismo, aplicamos el criterio de descripción densa (Ponterotto, 2006), es decir, procuramos comprender e interpretar contextualizadamente cada una de las entrevistas de manera de describir de modo plausible los elementos que configuraron los relatos. En este mismo sentido, no buscamos obtener resultados generalizables, sino más bien generativos, en el sentido de describir las diversas manifestaciones del fenómeno estudiado posibilitando comprensiones alternativas y novedosas del mismo.

RESULTADOS: UN VIAJE DE 20 AÑOS. LOS VIAJEROS DE ENTONCES... 20 AÑOS DESPUÉS

En este apartado damos cuenta del contexto actual desde el cual los participantes construyen su relato. Este nos permite describir la posición que adopta cada uno de los viajeros en este recorrido 20 años después: La manera de presentarse en la actualidad determinará la selección e interpretación de los acontecimientos por parte de los entrevistados, en el entendido que éstos siempre tendrán la función de afirmar y justificar su presente (Piña, 1998, 1999). Por lo tanto, en este punto, nos preguntamos desde dónde relatan o desde dónde recuerdan aquel viaje. Más específicamente identificamos en sus narraciones aquellos enunciados que hacen referencia a quiénes son y qué hacen hoy en términos profesionales, cuál es su relación actual con la investigación y con la SPR, y de qué dan testimonio en este recorrido. ¿Quiénes son y qué hacen hoy los viajeros? El posicionamiento del narrador no siempre es una solicitud explícita, y en las entrevistas realizadas éste fue el caso. Sin embargo, y muy tempranamente en la conversación, los entrevistados ubicaron su quehacer actual dibujando una suerte de tensión entre la investigación y la clínica o psicoterapia. Así, algunos de los entrevistados se autodenominaron clínico-investigadores (1A, 6C), subrayando con este nombre compuesto como dividen su tiempo profesional entre la labor como psicoterapeutas y como investigadores. Otros declaran que realizan investigación cuando se les presenta la oportunidad, pero no sistemáticamente, siendo su principal quehacer la psicoterapia (4C, 7A, 7C). Para otros, su posicionamiento actual los ubica en un ámbito de decisión académica que les permite mirar con distancia la labor investigativa y participando en ella desde un lugar de liderazgo, promoción y formación (1C, 2A, 5A). Finalmente, un grupo de entrevistados se declara básicamente como puramente clínicos, pero simpatizantes de la investigación en psicoterapia (3A, 3C, 4A, 6A).

¿Cuál es la relación de los viajeros con la investigación y con la SPR hoy? De los entrevistados, solo cinco son miembros activos de la SPR (1A, 1C, 2A, 5A y 6C), otros dos declaran una vinculación indirecta, puesto que participan en un grupo en que existen miembros activos de esta sociedad de investigación (3A, 6A), y uno de los entrevistados da cuenta de una vinculación intermitente con esta sociedad (7A). Adicionalmente, dos de los entrevistados hacen referencia al valor de la SPR para ellos hoy en día. Uno de ellos la menciona como un grupo de referencia que operaría como un foro para compartir hallazgos de investigación y estar al día con lo que puede ser investigado (2A). El otro la

destaca como una sociedad científica abierta al cambio en oposición al psicoanálisis como institución:

R: Veo que sigue sigue esas instituciones eee tal vez que; y no solamente la la la las instituciones psicoanalíticas sino que es como observar lo que nos pasa a todos al ver los partidos políticos, a las iglesias ah? eee que si bien hay cosas que han cambiado en en el país eee pero me parece que a esas instituciones antiguas les ha costado mucho E: transformarse R: transformarse o evolucionar o / mmm E: y cuál es tu visión hoy pese a que no estás directamente relacionado eee eee en relación a la investigación en psicoterapia a propósito de este análisis de instituciones que o cosas que cambian pero hay cosas que permanecen R: eee yo encuentro que la investiga- la: la SPR por ejemplo ya? ha tenido ha sido una una sociedad mucho más abierta al cambio ah? E: m-m R: y y de hecho eee sus métodos de investigación muestran que es cómo han evolucionado también mmm (4A).

Con respecto a la relación con la investigación misma, independiente si el entrevistado se declara o no como investigador en psicoterapia, todos ellos concuerdan en valorar esta actividad como importante en sus vidas profesionales. Esta valoración se mueve en un continuo desde concebirla como una “pasión” (1A) hasta considerarla como parte de las “reglas del buen pensar” (1C). Entre ambos polos algunos entrevistados mencionan su respeto por la investigación como medio de validación empírica de la psicoterapia (2A, 3A, 5A, 6A), de la investigación como posibilidad de mirar críticamente la práctica clínica (3C), y del valor de la integración entre las observaciones de la práctica psicoterapéutica y los hallazgos de la investigación en psicoterapia (6C, 7C). Destaca un grupo de entrevistados, entre aquellos que no declaran hacer investigación en la actualidad, que mencionan que el haber investigado o participado en investigación en el pasado dejó una impronta o una huella en ellos (3C, 3A, 6A, 7A). En los siguientes extractos es posible apreciar implícita y explícitamente estas huellas:

R: o sea ponte tú a mí hubo cosas que nunca se me olvidaron como el tema del costo beneficio te acuerdas? un artículo que leímos del costo beneficio E: sí R: de: eee otro artículo que leímos como de la curva de de ganancia terapéutica de beneficio terapéutico que era una curva E: la de causa y efecto R: claro esa. que era una curva que iba en ascenso ascenso y llegaba a una asíntota E: claro

R: y entonces ahí en la asíntota uno dice ya y ahí cuánto vale la pena cachai [sic]? E: me acuerdo que tú llevabas años de psicoanálisis R: muchos E: y y conversamos me acuerdo (já) de esa cuestión así a ver cómo R: y ese psicoanálisis yo lo interrumpí y lo interrumpí con ella diciéndome ‘hay que continuar’ y yo diciéndole ‘deme un buen motivo para continuar’ y los motivos ninguno me convenció. ‘es porque todavía puede entender más’, ‘ya’ le decía yo, ‘pero resulta que me tengo que hacer un análisis didáctico porque estoy entrando al Instituto o sea no es que yo vaya a dejar de entender o de cerrarme a entender’. En fin, bueno esa era una etapa en que yo y eso me ha quedado para siempre yo con cada paciente me pregunto en qué punto estamos, cuánto vale la pena. O sea yo he suspendido terapias o yo le he sugerido a pacientes quedemos hasta acá (3C).

En este fragmento llama la atención cómo la entrevistada hasta el día de hoy utiliza en su práctica clínica un conocimiento adquirido de la lectura de algunos artículos de investigación en psicoterapia (“...la curva de ganancia terapéutica...”). Además, no sólo da cuenta con este ejemplo de la aplicación práctica de este conocimiento, sino de la incorporación de una forma de pensar. Esto se hace evidente en su relato cuando le pide a su psicoanalista que le dé “un buen motivo para continuar”, que pudiéramos interpretar como que la psicoanalista debía seguir de alguna manera la lógica científica. De manera similar, en la siguiente cita podemos apreciar la huella que dejó en otra de las entrevistadas el haber participado en el pasado en una investigación pero, esta vez, la impronta se aprecia de manera implícita:

R2: (...) o que se estaba: investigando. Como que esa parte de discusión me parecía interesante. Pero pero después con el tiempo nunca nunca tuve un in- un interés de investigar E: m-m R2: ¿ah? como forma de conocimiento no me: no me parecía a mí como desafiante o estimulante ah? E: m-m R2: eee pero en un inicio sí, yo sentía que “bah que no me había dado cuenta” y eso me parecía súper entretenido como o ayudador hasta el día de hoy como los intentos en esa época E: m-hm R2: de operacionalizar ciertos conceptos que que eran como un misterio E: (já) R2: ¿me entiendes? más cuando uno estaba saliendo de la escuela entonces decir la transferencia entonces el patrón repetitivo de; ¿cachai? [sic] E: (já) R1: un Strupp y R2: Strupp y / ¿me entiendes? entonces era como: súper ayudador. Era como que me ayudaba a mí a ponerle nombre

y pau- y la observación me ayudaba a reconocer los fenómenos también E: m-m R2: ¿ah? entonces más en esa época que que que tenía menos conocimiento entonces eee lo encontraba un aporte así más así como para observar E: m-m R2: como un es como si uno además tuviera un lenguaje como que aprendes otro lenguaje entonces observas estas cosas también (3A).

Si bien la entrevistada es clara en señalar que nunca tuvo interés en realizar investigación en psicoterapia, no lo es menos en manifestar el impacto que en ella tuvo el participar en un estudio: “yo sentía ‘bah que no me había dado cuenta’; “me parecía súper...ayudador”. Sin embargo, lo que más llama la atención en este fragmento no es esta posición ambivalente explícitamente declarada con respecto a la investigación en psicoterapia, sino más bien la manera como en su discurso se revelan las huellas que ésta dejó en ella: “operacionalizar”, “observación”, “reconocer fenómenos”; y que finalmente sintetiza de la siguiente manera: “aprendes otro lenguaje, entonces observas estas cosas también”.

Etapas, Hitos, Intencionalidades y Órdenes Morales: El viaje

A continuación organizaremos la presentación de los relatos de los entrevistados en cuatro etapas: Santiago en Democracia, Santiago-Mendoza, Chacras de Coria 1992, Los Caminos se Bifurcan. Estas etapas corresponden a los fragmentos temporales que se fueron repitiendo en las entrevistas y asignaron una estructura a la conversación. En parte, esta estructura responde a la manera como fue desarrollado el guion de entrevista y, en parte, a la manera como los entrevistados afrontaron el desafío de recordar el encuentro de Mendoza. Por medio de la identificación y nominación de las etapas de los relatos de este viaje, buscamos dar cuenta de los límites y la organización de los eventos en una sucesión temporal coherente. Por su parte, al interior de cada etapa, identificamos hitos –correspondientes a sucesos que fueron mencionados como momentos claves en los relatos–, intencionalidades –por ejemplo, ¿por qué el encuentro se realizó en Mendoza?, ¿por qué estaban allí los que estaban?– y referencias a órdenes morales –correspondientes a declaraciones que revelaron convenciones sociales que rigen o debieran regir las acciones, por ejemplo en este caso, la investigación en psicoterapia (Piña, 1998, 1999).

Etapa Previa al Encuentro: Santiago en Democracia Esta etapa es ubicada espontáneamente por los entrevistados durante la década de los 80’, principalmente a

finales de ésta. En términos geográficos la instalan en Santiago de Chile, y sociohistóricamente, algunos de ellos, subrayan el retorno de la democracia, luego de los 17 años de la dictadura de Pinochet. Este escenario es particularmente relevante pues es presentado como con un isomorfismo con la incipiente investigación en psicoterapia en Chile: Se habla de salir de la dictadura de la institución del psicoanálisis tal como lo fue salir de la dictadura política y militar, siendo la investigación lo que en su momento fue la utopía de la participación social:

E: y ¿qué es lo que te abrumaba ahí? la la responsabilidad la: esta misión

R: bueno lo que me abrumaba era era era un asunto que yo sabía era era contra la corriente pues - contra la corriente psicoanalítica. Tú tienes que pensar que los psicoanalistas efectivamente efectivamente o sea esto yo lo viví, nos metemos en parte como en una iglesia, en una cofradía en las cuales hay reglas implícitas de que hay cosas que no se hacen y qué sé yo. Entonces bueno a mí o sea ya me habían acusado de de ser un positivista trasnochado no sé qué. - Ahora yo no estaba dispuesto a renunciar a eso tampoco. Pero por un sentí-; además acuérdate veníamos veníamos saliendo de una dictadura en la cual incluso yo había estado preso, porque yo en la e- en la Unidad Popular yo había estado muy comprometido con la izquierda y había sido dirigente estudiantil y terminé preso por esa cuestión pues. Entonces yo estaba un poco curado de espanto o sea esa / nuestra quedó traumatizada

E: sí

R: entonces meterse en otra empresa ¿te fijas? como en contra de la corriente eee +y yo decía por qué+ (1C).

R: sí sí, y este esta ilusión de salir de la dictadura, que por primera vez vemos que es posible. Hay hay un entusiasmo salvaje de participación ¿ah? eee todos soñábamos con tener dinero para investigar, vivíamos como en una utopía, o sea como que lo máximo que nos podía pasar es que nos dieran dinero para investigar ¿ah? No, no para comprarnos un auto. Eso eso cambió también ¿ah?

E: m-m

R: y jugábamos no sé si tú supiste que jugábamos todos los viernes la Polla Gol ¿supiste eso no?

E: (já)

R: Que: entonces como como se postulaba a los proyectos Fondecyt y no nos lo ganábamos nunca y y es todo un cuento por qué no lo ganábamos también, porque las personas que que evaluaban los proyectos tenía que ver con grupos rivales de investigación que estaban ¿ah? a mi gusto un poquito como siempre un poco corrupto

E: m-m

R: eee y eee entonces como no teníamos dinero ¿ya? eee para para poder pagar metodólogos ¿ah? y gastos básicos ¿ah? eee micrófonos, cámaras y todas esas cosas eee. Jugábamos todos los viernes a la Polla Gol y teníamos un trato que: que que si la ganábamos, porque pagábamos el boleto entre todos ¿ya?, era plata para para

E: para investigación

R: para investigación

E: no era el sueño “voy a ganar la Polla Gol y me voy a comprar un auto”

R: no claro y eso era un rito ¿ah? era un rito que hacíamos antes de empezar a trabajar (4A).

En el contexto profesional, dos unidades clínicas aparecen repetidamente en los relatos de los entrevistados como centros de desarrollo de esta incipiente investigación: La Unidad de Psicoterapia Breve en el Hospital Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”, y la Unidad de Psicoterapia Focal del Hospital del Salvador. Ambas unidades, presentadas por momentos como rivales, compartían una orientación psicodinámica en el que-hacer psicoterapéutico y el estar anidadas en servicios públicos de atención de salud. Asimismo, sus respectivos líderes (Guillermo de la Parra y Juan Pablo Jiménez) tenían un pasado común que, en los relatos de los entrevistados, aparece como clave para la emergencia de la investigación en psicoterapia en Chile y para el surgimiento desde Chile de la organización del encuentro en Mendoza: el haber realizado estudios de doctorado en Alemania y, el haber tenido a Hörst Kachele –psicoanalista e investigador miembro de la SPR–, como un mentor académico que sostenía firmemente que era “posible hacer investigación en psicoanálisis”:

R: entonces Thome que era muy crítico con la cosa del psicoanálisis eee y sigue hasta la fecha digamos. Siempre ha sido tremendamente crítico y y era muy crítico en el sentido que él decía que cada uno tenía, inventaba su propia teoría. Entonces él decía “lo único en lo que podemos estar de acuerdo es en acercarnos a la observación a lo observable” ¿no? y esa era su base digamos para decir que había que investigar en psicoanálisis /// en

psicoterapia. eee y de abajito de él, el segundo a bordo era Kächele digamos que era como el que: porque Thome era más bien teórico. Él mismo no investigaba eee sí pasaba todo el material permitía todas las visiones o sea estamos hablando del año ochenta y dos, ochenta y tres, y que allá se se filmaban y se grababan los los psicoanálisis

E: ¿ya?

R: cosa que en el mundo y en Chile pero ¡olvídate! En Chile había una postura en contra

E: claro sí

R: y eee bueno y Kächele investigaba investigaba en psicoanálisis. Partió de unos diseños, me acuerdo bien eee astutos, como era astuto y divertido ¿no? de cosas bueno; bueno y de ahí conocí la investigación en psicoterapia eee hice mi tesis en eso la tra- y ahí digamos llegué a Chile con ese con ese background eee (6C).

Como es posible apreciar en la cita anterior, hasta ese entonces la fuerte presencia de un psicoanálisis ortodoxo en Chile y Latinoamérica es mencionada como un obstaculizador para el desarrollo de la investigación en psicoterapia. Por momentos la resistencia del ambiente psicoanalítico en Chile se hacía explícita y se personalizaba en miembros egregios del círculo psicoanalítico. La institución psicoanalítica y su orden moral de no entrar en contacto con otras ciencias, bajo la metáfora de la contaminación, sostenía que la única investigación posible dentro del psicoanálisis era la del inconsciente:

R: (...) que era el proceso psicoanalítico o sea una cuestión de investigación propiamente tal pero yo nunca leí esa tesis en la Asociación Psicoanalítica nunca la expuse porque yo sentía que era, no iban a entender absolutamente nada. De hecho a mi me: me habían acusado en un congreso; eso fue muy fuerte para mí porque el año yo llegué en Julio del año noventa y eee en Agosto del año noventa había un congreso en la Asociación Latinoamericana de Psicoanálisis en Río de Janeiro (...) en la cual yo expuse digamos lo básico de: del modelo de del modelo el modelo básico digamos que hay detrás de un eee de un intento de investigar. Entonces yo dije en forma de tesis que era una forma virtual de los alemanes de decir eee cuatro o cinco argumentos nada más entonces dije yo “si queremos investigar un proceso psicoanalítico tenemos que hacer algunas definiciones eee que bueno a qué vamos a llamar proceso psicoanalítico después cuáles son los datos después cómo vamos a recolectar los

datos". Entonces yo decía "los datos pueden ser lo que el paciente dice lo que el terapeuta piensa el el el diálogo que se dio en sí". Bueno una serie de posibilidades después "qué vamos a hacer con los datos porque resulta que si tenemos quinientas sesiones cómo vamos a reducir los datos imposible de analizarlos vamos a tener que tener métodos cuantitativos cualitativos". O sea una cuestión así puramente metodológica - decisiones

E: claro

R: y terminé. Se produjo una suerte de silencio sepulcral y después empezó un verdadero griterío. La gente se indignó se indignó se indignó de verdad

E: ¿ya?

R: empezaron a gritar en una reunión donde habían quinientas personas era un auditorio lleno. Dijeron que eso era el positivismo más craso que habían escuchado en la vida eee que yo en realidad parecía más discípulo de Wundt que de Freud, que me había tragado a Pinochet entero porque eso era fascismo (1C).

Sin embargo, tanto Jiménez como De la Parra, en el marco de la institución psicoanalítica el primero y en el quehacer investigativo y más alineado con la SPR el segundo, habían importado otro orden moral –influenciados por Kachele– que instaló una tensión entre el psicoanálisis y la investigación en psicoterapia en nuestro país. Este nuevo orden moral planteaba una asociación obvia entre las preguntas sobre qué sucede en la psicoterapia y su efectividad, abordadas desde una reflexión rigurosa y desde el paradigma científico. No obstante, simultáneamente, advertía sobre el riesgo de reduccionismo que este paradigma conllevaba. Esta advertencia parecía estar dada principalmente por una situación cultural e histórica en Latinoamérica, donde la reflexión clínica era mayoritaria; en cambio la investigación empírica era vista como algo ajeno y de menor importancia. No obstante lo anterior, en algunos se instaló muy prontamente la idea que la práctica de investigar podía ser una manera de enriquecer la clínica y el quehacer psicoterapéutico. Quizá la investigación que mejor representó esta mirada fue la desarrollada por Andrés Muñoz, Claudio Martínez y Susana Alevy (1991) como tesis para obtener la licenciatura como psicólogos y que, posteriormente, obtuvo un fondo gubernamental (FONDECYT) con Guillermo de la Parra como investigador responsable: "El Manual de Psicoterapia Dinámica de Strupp y Binder: Evaluación de su Impacto en Atención Secundaria" (Proyecto Fondecyt N° 1930155, 1993). La investigación antes citada fue realizada en la Unidad de Psicoterapia del Instituto

Psiquiátrico, y tal como lo relatan los entrevistados, ésta les permitió adoptar más fácilmente el orden moral de la posibilidad de investigar en psicoterapia. En cambio la unidad del Hospital del Salvador durante años se mantuvo pasivamente en la tensión entre ambos órdenes morales. En ese escenario, Juan Pablo Jiménez, líder de la unidad del Salvador, en su relato se describe a sí mismo en un esfuerzo de promoción de la incipiente investigación en psicoterapia en psicoanálisis en Chile. Sin embargo, su esfuerzo fue percibido por sí mismo con desazón, sintiéndose solo dentro de la institución psicoanalítica:

R: claro además en una época imagínate pues la dictadura

E: sí pues

R: bueno (carraspea) entonces volví a Chile y recuerdo que eee rápidamente la hija de Kächele vino para acá estuvo un año con nosotros vivía en una casita chiquitita ahí

E: m-m

R: cerca de en Providencia Carlos / con Pedro de Valdivia por ahí eee y Kächele vino para acá y hubo unos comentario que dijo "oye estás súper solo tú. No tienes con quién hablar"

E: m-m

R: lo cual aumentó mi depresión. Bueno pero resulta que al poco tiempo al año más o menos empecé a recibir cartas, sería en esa época, de Hörst (Kächele) y de de Ken Howard

E: ya

R: eee que tenía que tenía que fundar, que yo tenía que encabezar la fundación de del capítulo Latinoamericano Suramericano qué sé yo de la SPR. Y: y yo no quería porque la verdad es que con quién iba a hablar, entonces nadie sabía nada. O sea era labor para mí muy fuerte, pero ellos me presionaban, presionaron y dijeron que ellos me iban a apoyar y me iban a apoyar y qué sé yo

E: tú ya te habías formado como psicoanalista o:

R: claro

E: ya

R: yo ya era psicoanalista formado

E: ya. Y aquí los psicoanalistas no te pescaban

R: no no había ninguna ninguna (1C).

Tanto Guillermo de la Parra como la unidad de psicoterapia que lideraba en ese momento, no se encontraban tan influidos por la institución psicoanalítica, de tal modo que resultó un terreno más fértil para la realización de investigación en psicoterapia. La incipiente investigación realizada en la etapa previa al encuentro

de Mendoza, básicamente anidada en esta unidad del Hospital Psiquiátrico, es caracterizada por los entrevistados como “amateur”, “artesanal”, “autogestionada”, “autodidacta”, con pocos recursos y motivada por la pasión. Todos los entrevistados que en esta etapa eran miembros de esta unidad mencionan en sus relatos la pasión y la motivación con que realizaban las tareas de investigación en ese entonces, relevando la calidad de las relaciones entre los miembros del equipo que, de alguna manera, permitía sortear los obstáculos de falta de recursos e infraestructura. Quizás, en esta primera experiencia es posible encontrar una característica de la idiosincrasia latina que le da un matiz particular al ambiente de investigación, donde se releva la importancia de los vínculos, la participación e identificación con el grupo de trabajo y con actividades sociales paralelas que colorean la labor investigativa. Algunos de los entrevistados mencionan que similares desarrollos con respecto a la investigación en psicoterapia ocurrían en Montevideo, Uruguay. Es mencionado en esta etapa, por ejemplo, al psicoanalista Ricardo Bernardi que, a la postre, asistiría también al encuentro de Mendoza, y quien dirigía una Unidad de Psicoterapia en el Hospital de Clínicas de Montevideo en el que se realizaba investigación. Con los años, de allí surgiría una prolífica relación entre investigadores uruguayos y la SPR, lo que más tarde daría lugar a investigaciones premiadas por la SPR (Grill y Altman, 2000) y el primer congreso mundial de la SPR en Latinoamérica en 2001. Etapa de Organización: Santiago-Mendoza.

Quizá lo más llamativo en esta etapa es la falta de conciencia por parte de la mayoría de los viajeros de aquel entonces de lo que estaba en ciernes, lo que convocaba al encuentro de Mendoza. Tal como lo plantea una de las entrevistadas que recién hoy se enteran del objetivo del encuentro:

E: Ustedes ahí no tenían mucha conciencia de que de que el evento le le, llevaba a producir alguna vez a la formación de un capítulo latinoamericano de:

R1: ¡cero!

R2: ¡cero!

R1: o sea yo casi que ahora me acabo de enterar por ti (refiriéndose a la entrevistadora) de que

E: ¡ah ya!

R1: ese fue un evento

E: nunca habían sabido

R2: ah no no yo sí sabía

R1: ¿sí?

R2: sí claro

R1: pero de que era así como +el primer evento+

R2: +!sí sí pero+

R1: latinoamericano

R2: primero pero estaba en en; para nosotros para mí estaba muy ligado a la figura de Guillermo (De la Parra) ¿no?

E: m-hm

R2: como algo que que a él a través de él adquiría mucha importancia y muy significativo, pero sí fue un gran acontecimiento como

R1: yo no tuve, para mí era era: era: una cosa que le interesaba a Guillermo (De la Parra) que era importante como tú dices para Guillermo (De la Parra) pero no no tuve ninguna +conciencia+ (3A & 6A).

De acuerdo con el propio relato de Jiménez, Kächele y Howard lo habrían estimulado a fundar un capítulo “Suramericano” de la SPR. Hörst Kächele, en ese entonces presidente en ejercicio de la SPR internacional, es presentado por algunos de los entrevistados como el principal motor y una especie de “padre” fundador que habría buscado visionariamente salvaguardar la identidad de la investigación latinoamericana dentro de la SPR –dominada en esos momentos por el capítulo norteamericano.

E. no ocurrió así la formación de otro

R: de otros capítulos ¿no? porque yo no he querido echarle pelo a la sopa [sic] en sentido de que lo que pasa hoy en día que los nuevos grupos se van con lo norteamericano

E: m-m

R: ¿ya? y no hay ningún no hay, o sea los nuevos grupos llaman a /// y // la conferencia los acoge los invita a formar la SPR internacional

E: claro

R: pero ¿dónde se inscriben? ¿Quién inscribe? esos capítulos se inscriben en lo norteamericano o sea no hay no hay un / contrario no hay una no hay un estímulo desde la SPR internacional a formar capítulos

E: claro, en ese sentido tal vez lo que dices tú, Kächele es un un individuo así como

R: +es rupturista digamos+

E: +(incomprensible) hasta que+

R: claro, porque ahí nos pudieron invitar a la SPR internacional y ser una sociedad Norteamericana weón [sic] están al lado digamos

E: claro

R: y no pues, él nos estimuló entonces somos avis raris digamos, porque el otro avis raris es el inglés (Capítulo de la SPR)

E: claro

R: que son cien y nosotros que somos cien
 E: claro
 R: ¿te fijas? como; y todo lo demás en el Europeo o en el norteamericano
 E: el norteamericano claro claro
 R: entonces eso es bien es bien eee esa esa esa proyección, pero también la la idea de Kächele de respetar nuestra identidad ¿no? esta cosa de de protegernos de respetar nuestra identidad yo creo que es único mmm (6C).

Además, Kächele, psicoanalista clínico e investigador, también rompía con un orden moral tradicional acerca de la posibilidad de investigar en psicoanálisis. Por tanto, Jiménez relata que por una parte se sentía estimulado y entusiasmado por el lenguaje de la investigación, pero al mismo tiempo complicado de traer esta “buena nueva” a un continente en que primaba un psicoanálisis ortodoxo que ejercía una dictadura sobre sus miembros y, por tanto, sobre la posibilidad de investigar en psicoterapia.

Las razones por las que un encuentro de investigación en psicoterapia organizado por un chileno terminó siendo realizado en Argentina y en co-organización con un psicoanalista mendocino, transitan desde las motivaciones prácticas hasta aquellas vinculadas a la situación social y económica de aquel entonces. En términos prácticos, es el mismo Juan Pablo Jiménez quien toma la decisión de que el encuentro se realice en Mendoza arguyendo que:

R: decidí que que no lo íbamos a fundar en Santiago porque si lo fundábamos en Santiago la cosa, nos íbamos a quedar aislado en Chile. Chile tiene, un país tiene un problema que es la; efectivamente somos una isla
 E: m-m
 R: y las cosas que pasan aquí cuesta mucho que trasciendan. Entonces, yo dije tiene que ser en Argentina porque yo pensé Argentina, Uruguay y Chile tiene que ser por ahí ahí tiene que partir la cosa
 E: o sea fue tu idea hacerlo en Mendoza (1C).

Respecto a la situación social y económica de los noventa, particularmente la de Argentina, algunos de los entrevistados reflexionan que la asistencia de tantos psicoanalistas argentinos al encuentro se explicaba por el interés de promover sus grupos en un periodo difícil económicamente, y no necesariamente por el interés en la investigación en psicoterapia. Con los años esto se vería reflejado en la escasa participación que

han tenido en la SPR la mayoría de los psicoanalistas argentinos que asistieron a este primer encuentro. Por su parte, y en relación a su propia asistencia, los entrevistados pueden ser divididos en dos grupos. Uno, conformado por aquellos que pertenecían en aquel entonces a la Unidad de Terapia Breve del Hospital Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”; y el otro por aquellos que pertenecían o estaban vinculados de alguna manera con la Unidad de Terapia Focal del Hospital del Salvador. Los primeros concuerdan en señalar que las noticias de un encuentro en Mendoza las recibieron de parte de Guillermo de la Parra, y que proyectaron el viaje como una especie de recompensa –a modo de “paseo de curso”– por el trabajo en investigación que hasta entonces habían estado realizando:

R: era un fin de semana
 E: ya era así como un paseo de amigos (ver Figura 4)
 R: claro - claro sí y era como lo entretenido de ir todos juntos nada más
 E: ah
 R: una cosa así. Pudo haber sido al revés porque estoy pensando que +pudo haber sido después del invierno+
 E: +y qué era to- +
 R: o antes de invierno
 E: ¿quiénes eran todos para ti?
 R: todos los de la unidad (1A)

Los entrevistados del segundo grupo recuerdan haber recibido noticias del encuentro de forma directa o indirecta de parte de Juan Pablo Jiménez y señalan motivaciones académicas para asistir. Esta motivación cobra sentido si consideramos que, si bien en este equipo no se había desarrollado investigación en psicoterapia, de los cuatro que asistieron, dos de ellos ya tenían experiencia en investigación en salud pública:

E: oye y pero: ir a ese encuentro fue porque supiste por Juan Pablo (Jiménez) entonces de
 R: no porque ese encuentro noso-; claro obviamente y en ese encuentro fue cuando eee empezó él a trabajar acá en justamente el Salvador. Yo empecé a ir al Salvador los viernes
 E: ya
 R: y hacía la supervi- a a la formación de de terapia breve
 E: focal sí
 R: focal y; y ahí yo hacía supervisión en un principio a todo el mundo y después por razones varias solamente a los becados de psiquiatría

E: ya. En ese contexto entonces fue que salió esto:
: fue una invitación, tú quisiste ¿cómo cómo fue?

R: sí sí sí invitación. Además como yo trabajaba en salud pública era salubrista y yo en ese momento trabajaba aparte de la jornada haciendo investigación en salud pública y a mí; además en salud mental ocupacional eee mira trabajé eee para Codelco para Pepsicola eee para el Metro y en el Ministerio pues. Yo yo ya estaba después trabajando (4C)

En síntesis, al momento de asistir al encuentro estos equipos o bien se encontraban iniciándose en la investigación en psicoterapia, o con una experiencia acumulada en investigación en otras disciplinas. De esta manera, al parecer el conjunto de chilenos que asistió a Mendoza, independiente de su motivación y el grado de conciencia de lo que allí se gestaría, compartían “el hablar el idioma de la investigación” y una valoración por esta forma de mirar y analizar la psicoterapia.

ESTUDIO BIOGRÁFICO

MENDOZA: UN VIAJE DE 20 AÑOS (1992-2012). SEGUNDA PARTE

(Rev GPU 2014; 10; 1: 97-107)

Claudio Martínez¹, Alemka Tomicic²

En 1992, en Chacras de Coria, Mendoza, se realizó un encuentro al que asistieron investigadores y terapeutas de varios países de Latinoamérica. En éste se sentaron las bases para la formación del capítulo latinoamericano de la SPR. 20 años más tarde, este capítulo cuenta con más de 100 miembros activos y uno de ellos es el actual presidente de la SPR-internacional.

¿Qué huellas dejó Mendoza en aquellos que asistieron? ¿Fue relevante para el desarrollo de la investigación latinoamericana en psicoterapia? ¿En qué condiciones sociohistóricas y culturales se desarrolla y cómo es que éstas impregnan la formación del capítulo LatAm? ¿Cuál es la vigencia de estas condiciones en la actualidad y cuáles sus posibilidades para el desarrollo de la investigación latinoamericana en psicoterapia?

Para abordar estas preguntas realizamos un estudio biográfico en el que entrevistamos al grupo de 12 chilenos que viajó a Mendoza en 1992. Analizamos estas entrevistas utilizando el modelo de construcción del sí mismo en el relato autobiográfico (Piña, 1988) para reconstruir aquel viaje en términos de quiénes eran y quiénes son hoy esos viajeros, las etapas y procesos que circundaron aquel viaje, y los mapas individuales y colectivos que guiaron su ida a ese encuentro y han guiado su regreso en estos últimos 20 años.

EL ENCUENTRO: CHACRAS DE CORIA 1992

Mendoza está a unas seis horas por tierra desde Santiago. El cruce de la cordillera al empezar la primavera es muy frío, pero particularmente hermoso. El reflejo del sol en los restos de nieve brinda una especial luminosidad a un paisaje rocoso y yermo. Todos los

viajeros de entonces recuerdan aquella travesía en un día soleado y realizada en pequeños grupos, en autos propios o colectivos rentados (ver Figura 1). Una anécdota particularmente interesante la recuerda un par de entrevistados y fue que un día antes del viaje Juan Pablo Jiménez chocó su auto y tuvo que cambiar sus planes de transporte a última hora. Quizás esto refleja

¹ Psicólogo, Ph.D Universidad Diego Portales, Santiago de Chile. claudio.martinez@mail.udp.cl

² Psicóloga, Ph.D Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.



Figura 1. Cruzando la cordillera

De izq. a der.: Constanza Buguñá, Andrés Muñoz, María Eugenia Boetsch, Claudia Valdés, Andrés Belmar, Susana Cubillos y Paula Riumalló



Figura 2. Chacras de Coria

De izq. a der.: Fernando Araos, Claudio Martínez, Claudia Valdés, María Eugenia Boetsch, Andrés Muñoz, Hörst Kächele, Ken Howard, Guillermo De la Parra, Paula Riumalló y Rogelio Isla

su estado de ánimo y “nervios” por la organización de aquel encuentro clandestino y lo que allí se jugaba:

R: entonces yo ya tenía contratado mi taxi para salir ponte tú a las dos de la tarde, uno llega a las seis etcétera etcétera. Bueno, ningún problema y si se quería meter alguien había cupo y toda la cuestión, porque éramos dos pero cabían cinco, cuatro en realidad y resulta que no me preguntes por qué razón (já) Juan Pablo (Jiménez) tuvo un problema con el auto

E: ¿ya? (já)

R: y no pudo salir entonces Susana (Cubillos) tuvo que estaba // el dato de aviso por favor ¿qué hago? Por supuesto que no había taxi disponible, nada no había; entonces digo “vámonos arriba del carro” (risa) y partimos con la: con Howard, la señora (Sra. de Howard), Juan Pablo (Jiménez), Guillermo (De la Parra) y yo y la persona que que iba conmigo en ese momento se subió arriba de un auto apretadita de otras personas que iban (4C).

Chacras de Coria se encuentra a cierta distancia de la ciudad de Mendoza, lo que pudo haber determinado un cierto contexto de aislamiento al desarrollo del evento. Al respecto, uno de los entrevistados (2A) reflexiona sobre lo oportuno de la elección del lugar, vinculándolo con el estilo de la SPR. Menciona como una característica de los encuentros de la SPR el escoger locaciones que propicien relaciones más “coloquiales”. En este contexto cobra sentido para él que el encuentro fundacional del capítulo LA de la SPR se haya realizado en Mendoza y no, por ejemplo, en una urbe como

Buenos Aires. Con respecto al encuentro mismo, en el conjunto de los entrevistados parecen primar recuerdos no vinculados al programa científico o a las actividades de esa índole, sino a imágenes y anécdotas extraprogramáticas que revelan aspectos de los participantes que trascendían su rol en el encuentro. Especialmente esto está contenido en los recuerdos de los más noveles con respecto a los invitados internacionales (Kächele y Howard; ver Figura 2).

R: ni me acuerdo con qué expectativa fui. Yo creo que no estaba muy puesta como en la importancia que podía tener la la formación del Capítulo eee Latinoamericano sino que fui como en la onda como uno va a un congreso así a escuchar la cosa en la onda de presentar nuestros trabajos eee muy como; todo mi recuerdo es muy como grupal, muy como de parte del grupo eee que íbamos a presentar nuestros trabajos de que íbamos a escuchar en qué estaba la demás gente no tanto la la cosa del; o sea me acuerdo que se estaba formando el Capítulo Latinoamericano pero ponte tú no me acordaba de que Juan Pablo (Jiménez) había sido el primer presidente, no para nada. Entonces más en eso de presentar nuestros trabajos y ver en qué estaban los otros +yo creo que eso+ (3C).

R: Claro. Ahora había gente que estaba haciendo algo que a mí me llamó me llamaron la atención, los uruguayos me acuerdo el contenido de la presentación eee y no me acuerdo, me acuerdo la la cara y todo el digamos me acuerdo de la persona ¿no? de la imagen, pero no sé el nombre digamos.



Figura 3. Mendoza

De izq. a der.: María Eugenia Boetsch, Guillermo De la Parra, Andrés Muñoz, Rogelio Isla y Fernando Araos

Era un flaco moreno eee de bigotes y que me acuerdo que él estaba como muy intimidado digamos porque: porque parece que él era; siempre hablaba “y mi equipo y mi equipo” ¿no? como que él sentía así como que estaba ahí de prestado digamos. Pero él yo me acuerdo que habían esfuerzos como re serios digamos ¿no? como con mucho trabajo como son los del Atlántico los del Atlántico trabajan harto con poca plata ¿ah? (6C)

R1: sí igual habían instancias me acuerdo que hubo como un almuerzo ahí como con más gente. O sea me acuerdo que hasta se transformó en un; que comimos ahí alguna vez todos juntos (ver figura 3)
R2: sí (3A & 6A).

Como es posible apreciar en los fragmentos anteriores, destacan en los recuerdos los aspectos más humanos, sociales y de vínculos entre personas que hasta esos momentos no se conocían o se conocían en un ámbito más formal. Algunos participantes recuerdan ciertas ponencias del programa científico y las destacan por la impresión que causaron en ellos. Por ejemplo, la presentación de Fernando Araos de la bitácora del grupo de investigación de la Unidad de Psicoterapia Breve del Instituto Psiquiátrico, o la presentación por parte de un psicoanalista argentino de las 150 formas del concepto de angustia en Freud:

R: y: donde eee como una especie de programa se iban presentado las las investigaciones. Un mostrario digamos
E: ya



Figura 4. Chacras de Coria

Claudia Valdés y María Eugenia Boetsch

R: nosotros debemos haber mostrado dos o tres cosas. Debe haber presentado Guillermo (De la Parra)

E: ¿ya?

R: no recuerdo. Presenté yo creo que Andrés (Muñoz) también presentó. Como haber presentado como dos o tres cosas

E: ya

R: eee

E: y todos a todo

R: todos íbamos; sí era como plenario como una wea [sic] llena así mucho

E: ya

R: y recuerdo: ; claro tengo como ciertos recuerdos por ejemplo que los argentinos eee eso mismo me llamó la atención porque los argentinos presentaban cosas de psicoanálisis que no estaba en mi cabeza como como que fueran investigación

E: ya

R: eee bueno estaba esa famosa anécdota de del que presentaba la ciento veinte eee eee o las mil y tanto que ya no me acuerdo en este minuto eee formas de la angustia en Freud (1A).

E: la gente se supone que iba a presentar trabajos ¿qué sé yo?

R: sí. O sea por una parte me acuerdo yo que el formato lo encontré interesante como lo hicimos. ¿te acuerdas que nos pusimos como en redondo?

E: sí

R: que fue una cosa como bien simétrica entonces lo encontré súper choro [sic]

E: lo presentábamos en el medio, así medio rara

R: claro y estaban todos todos alrededor digamos y yo ese formato lo encontré choro [sic] porque cada uno presentaba digamos de una manera como bien simétrica y: ahora yo me acuerdo que escuchar a a Howard, escuchar a Kächele digamos, estaba como esponjita así escuchando a estos gallos [sic] y yo hallaba que los intentos argentinos eran tremendos

E: sí (já)

R: era una blablá weón [sic] era cuántas veces se decía Freud; ¿cómo era eso?

E: era no todas las veces que Freud, las maneras que Freud ocupó la palabra angustia (6C).

R: o sea si estamos una vez con Guillermo (De la Parra) conversando con eee ¿cómo se llamaba este? eee eee A. Hagelen Hagelen un psicoanalista argentino muy especial el weón [sic] porque estaba en todos los congresos pero estaba haciendo un trabajo por ejemplo e- mira los trabajos había un trabajo en que estaba revisando todas las veces que Freud +había usado+

E: +ah!+

R: la palabra angustia (5A).

E: hay un trabajo que ha aparecido que recuerdan todos, que es el de la de las maneras de o distintas maneras distintas veces

R: mmm

E: que que aparece la angustia en la obra de Freud
R: ¡ah! Perfecto, sí de eso me acuerdo perfectamente

E: sí ese +lo han recordado+

R: +impresionante+ ese trabajo porque porque tenía algún sistema computacional para analizar la obra de Freud, entonces ponían la palabra angustia y te tiraba el programa todas las veces que eso aparecía y había todo un registro bien bien detallado. Yo creo que pensándolo ahora un trabajo así como lingüístico el tratar de precisar significados a través de de ver dónde encontraban la palabra en la obra y cómo definían cada vez en fin una cosa bien sistemática mmm sí (7A).

R: y y: y sí me acuerdo por ejemplo de estar presentando una bitácora que presentó Fernando (Araos)

E: sí sí me

R: claro Fernando (Araos) presentó una bitácora y me acuerdo que fue entretenida esa bitácora porque en el fondo la bitácora fue dando cuenta de lo que nos iba ocurriendo a nosotros como grupo de trabajo (5A).

R: claro eee entonces Fernando (Araos) fue encargado durante todo el proceso de investigación, desde que partimos, de llevar una bitácora, eee entonces era como una bitácora de viaje con la guía como de las bitácoras de viaje ¿ah?

E: sí

R: entonces él eee en la intimidad del del grupo iba escribiendo sus percepciones y eran muy muy cercano a a lo que a nosotros nos interesaba con Claudio Martínez que eran los métodos cualitativos

E: m-hm

R: tener registros de ese tipo

E: m-hm

R: ¿ah? más de lo que el registro de un cuestionario cuantitativo ¿ah? nos interesaba ese tipo de registro y y hizo un trabajo muy bonito ¿ah? eee probablemente lo hizo con Patricio Lobos que era un psicólogo que también estaba en la unidad y y entonces daba cuenta de todas estas dinámicas que estaban ocurriendo y estaba lo de la Polla Gol y estaba lo de ganarse el el Fondecyt y las dificultades y las rivalidades con otros grupos ¿ah? eee las esperanzas que teníamos eee los conflictos que teníamos mmm eee la formas de pensar de cada uno de los miembros del grupo que que era muy divertido porque cuando leyó su trabajo eee él tratando de mantener cierta neutralidad no daba no decía quién dijo qué cosa pero cuando él iba leyendo eee todo el mundo sabía quién había dicho qué cosa (4A).

Quizás el recuerdo tan marcado de estas dos presentaciones, dentro del total que conformaron el programa científico de ese encuentro, expresa una tensión paradigmática y metodológica en relación a la investigación en psicoterapia en ese momento: Entre aproximaciones más interpretativas versus otras más positivistas, o bien entre métodos cualitativos y cuantitativos. No deja de ser paradójico que el estudio más computarizado y "objetivo" haya sido presentado por un psicoanalista en relación a la obra de Freud, y el otro, orientado al registro de la subjetividad, haya sido presentado por un joven terapeuta que se reconocía a sí mismo como investigador empírico de la psicoterapia.

Probablemente esto respondía a diferentes concepciones de investigación, donde la valoración del método podía primar por sobre la relevancia del objeto de estudio.

También con respecto al programa científico, una de las entrevistadas destaca la importancia que para ella tuvo encontrarse allí a Kenneth Howard, uno de los autores del Modelo Genérico en Psicoterapia que ella ya conocía y le gustaba mucho. Esto fue un hito del encuentro para ella, porque la marcó para siempre el haber tenido la oportunidad de entender el modelo desde la primera fuente:

R: también sí. Bueno y; pero; bueno aparte de la gente argentina y la uruguaya que eran todos encantadores el que estuvo ahí fue eee el; lo que más me impactó a mí fue la el Modelo Genérico de Psicoterapia. Escuchar de la fuente

E: m-m

R: la explicación del proceso que habían llevado a cabo y cómo habían construido el modelo psicog- el Modelo Genérico de Psicoterapia y en qué consistía

E: m-m

R: a mí me pareció genial también. Me encantó y de ahí en adelante es mi modelo de trabajo modelo de enfocar eee y de acercarme a la: al fenómeno clínico en psicoterapia es con el Modelo Genérico (7C).

Durante el encuentro pareciera que la relación entre la valoración del psicoanálisis teórico y de la investigación empírica en psicoterapia se invierte. Si afuera de ese contexto prevalecía un orden moral en que lo psicoanalítico teórico miraba en menos la investigación, en el encuentro mismo aparecen posiciones más críticas a la “cháchara psicoanalítica”:

R: Oye ¿cachaste? [sic] cómo presentan estas cuestiones. además el el el el el que Kächele lo notábamos un poquitito así como choreado [sic] (já) también con con todo esta cháchara [sic] y /// digamos (risa) eee con esta cháchara [sic] teórica psicoanalítica y la cuestión tan alejada de la investigación empírica

E: m-m

R: ¿ah? en cambio nosotros estábamos mucho más puestos en la investigación empírica propiamente tal o al menos en la tradición de la investigación empírica (1A).

R: me me acuerdo que también recuerdo que; no me acuerdo si habré conocido a Kächele antes en Chile o fue primera vez que lo vi allá ¿ah? tal vez es primera vez que lo veo allá y me acuerdo cómo él andaba vestido ¿ah? eee la idea era que era un psicoanalista importante, había escrito un libro que que había sido acá como importante, dos tomos Thome & Kächele, y Jiménez había llevado a traducirlo y eran como era como especie del Nuevo Testamento del psicoanálisis

E: (risa)

R: del estatus del psicoanálisis en el mundo

E: la buena nueva

R: la nueva nueva ¿te fijas? eee donde entraba el peso de la investigación y el cuestionamiento a la epistemología psicoanalítica, a la técnica y entonces eee era alguien importante pues ¿ah? eee pero pero llega este hombre que que además eee parece más un artista ¿ah? eee eee andaba con sandalias andaba con la túnica ¿ah? eee de de ninguna manera se parecía a los psicoanalistas que más formales que habíamos conocido acá en; no me acuerdo de haberlo visto con una corbata nunca ¿ah? eee y y y aparte de de su pasión así por la investigación ¿ah? eee muy interesado por la realidad latinoamericana por la política eee muy interesado por las mujeres también de ¿ah? (4A).

E: y ahí ahí cuando tú dices que el psicoanálisis rondaba como cómo rondaba porque igual en algunas entrevistas ha aparecido que que rondaba para bien y para mal digamos ¿no? eee como que se generaba una tensión con el tema de investigar

R: naturalmente claro. Mira yo recuerdo y justamente pensando en en esta entrevista contigo en un momento recordaba algunas situaciones de ese de ese encuentro en Mendoza y me recuerdo alguna vez en eee en un desayuno ahí eee que estaba con el Guillermo (De la Parra) y algunos y estábamos conversando con algunos argentinos no me acuerdo respecto de investigación y qué sé yo y después en un momento nos quedamos solo con el Guillermo y seguimos hablando y yo le digo algo así como “estoy convencido de que la metapsicología no sirve para nada” +(risa)+

E: +(risa)+

R: no sirve para nada en realidad. El psicoanálisis creo no, pura especulación esta cuestión. Es esto otro digamos además empírico y yo me dije muy convencido en ese momento (já) ¿ah? eee y fue

una frase que me acordé (já) me acordé y y pero sabes la respuesta que Guillermo me dijo siendo él el más empírico +de todos diría yo+

E: +de todos+

R: igual dijo algo así como “no sí sirve” me dijo “sí sirve” algo así +(risa)+

E: +(risa)+ estaría respondiéndotelo a ti o a él también

R: claro +yo creo que él mismo estaba como ¿ah? (já)+

E: +así como convenciéndose (já)+

R: creo que todos estábamos en esa tensión ¿ah? eee qué qué es esto del psicoanálisis y la especulación las conjeturas imaginativas y que son los hechos la la la cosa como más concreta más evaluable ¿no? (7A).

Respecto a la fundación del capítulo latinoamericano, Juan Pablo Jiménez aparece como el principal gestor, junto a la presencia internacional de Kächele y Howard. Sin embargo, la mayoría de los entrevistados no le da relevancia a este hito oficial que motivó el encuentro, sino a la legitimación de la actividad de la investigación por parte de estos “padres fundadores”. Esto es particularmente destacado con la presencia de la figura de Kächele, quien en varios sentidos contrasta con el imaginario colectivo del psicoanalista tradicional, ofreciendo nuevas posibilidades de identificación que no implican renunciar a la mirada psicoanalítica.

Etapa Post-Mendoza: Los Caminos se Bifurcan Al regresar a Santiago los viajeros retoman sus actividades profesionales tanto individuales como las asociadas a los diferentes grupos de trabajo. Los acuerdos alcanzados en Mendoza sobre la fundación del capítulo indicaban la organización de un primer encuentro oficial del capítulo en Santiago con el fin de presentar trabajos de investigación locales y, además, realizar la primera elección del presidente del capítulo. En las siguientes citas podemos apreciar el grado de informalidad y de progresiva socialización de la estructura de la SPR.

R: yo me acuerdo que cuando fue la siguiente reunión acá eee tú me propusiste por qué no era yo presidente del capítulo. Tú te debes acordar

E: no me acuerdo (já) ¿sí?

R: eee claro. Tú te; estábamos sentados en el auditorio acá en ese auditorio entonces Kächele me imagino dijo “bueno y ahora hay que elegir un presidente del Capítulo Latinoamericano” y tú te paraste así oye por qué no eres tú weón [sic]

E: (risa) yo no me acuerdo nada

R: (risa) claro y yo dije “no todavía no” (6C).

E: en qué minuto desde desde tu experiencia digamos así eee en el encuentro eee se empieza a gestar esto - y cómo es que se gesta es una reunión o es un: al final del encuentro y haces un amigo

R: no tengo nada nada en la cabeza que diga ah aquí fue cuando; lo único que recuerdo cuando en algún minuto mencionan a a Juan Pablo (Jiménez) como el primer presidente o en esa época era vicepresidente esa era la figura digamos

E: m-hm

R: primer vicepresidente Latinoamericano de la SPR

E: m-hm

R: ah? y al primera wea [sic] que; porque me costó entenderla que es ese minuto Guillermo (De la Parra) nos explicó que era vicepresidente porque la SPR tenía un presidente un vicepresidente general no sé qué y habían y todos los presidentes de capítulos se llamaban vicepresidentes en esa época

E: (risa)

R: ¿cachai? [sic] porque me costaba entender que eran varios vicepresidentes y que era como rarísimo ¿ah? pero que que formábamos íbamos a formar parte digamos; es la única noción que tengo y que fue como el acto (1A).

Resulta curioso y casi profético de que en el primer fragmento citado, frente al coloquial ofrecimiento de que sea Guillermo de la Parra el presidente electo del capítulo, la respuesta de este haya sido un “no, todavía no”, cuando años después llegaría a ser el primer presidente latinoamericano de la SPR internacional. En el segundo fragmento se nos informa que finalmente fue Juan Pablo Jiménez electo presidente del capítulo, y también aspectos de la estructura de la SPR internacional que ofrecía en ese momento una institucionalidad y formalidad a la naciente actividad de investigación en psicoterapia en Chile. En este primer encuentro en Santiago y en los que les siguieron en Buenos Aires y Montevideo, algunos de los participantes del encuentro en Mendoza fueron adhiriendo progresivamente al capítulo y a la SPR internacional. Sin embargo, no será hasta una década después que esta adherencia más bien individual se materialice en un grupo local chileno, con motivo de la realización del Primer Congreso Chileno de Psicoterapia en la ciudad de Reñaca. Con respecto a las trayectorias individuales de los asistentes a Mendoza, que los acercaron o alejaron de la investigación en psicoterapia, resultan relevantes dos órdenes morales. Uno de ellos, que ya estaba presente en el contexto chileno previo a

Mendoza, dice relación con la tensión entre la práctica y formación dentro del psicoanálisis y la investigación científica. Al respecto, algunos de los entrevistados relatan que al volver a su formación como clínicos, psicoterapeutas o psicoanalistas, progresivamente abandonan la práctica de la investigación. Sin embargo, a pesar que la tensión descrita continuaba estando presente en sus contextos de formación, ellos logran resolverla a partir de las huellas que había dejado su experiencia de hacer investigación y asistir al encuentro:

E: ¿nunca más pescaste [sic] la investigación?

R: nunca más la pesqué [sic] nunca para ser sincera digamos. Y en el Instituto tuvimos un curso con Juan Pablo (Jiménez) eee que incluía como investigación, las nuevas tendencias en psicoanálisis y sí me acuerdo que a mí me encantó digamos ese curso porque contenidos nuevos pues ¿cachai? [sic] como una puesta al día y:

E: fue algo que ya conocías

R: no no porque habían cosas nuevas

E: ya

R: eee nos hizo leer a / ponte tú no sé. Muy entretenido y a mis compañeros les cargó y querían que no nos hicieran más ese curso

E: pero por ejemplo ahí hay algo interesante porque ahí tu apertura por ejemplo en ese curso eee tú crees que era por tu experiencia previa o porque tú siempre has tenido una:

R: no yo creo que me influyó mucho esa etapa esa etapa de abrirme a la investigación o sea; bueno esto es más personal pero ponte tú una de las cosas que a mí me hizo; yo estaba en dudas si yo quería seguir en la Asociación Psicoanalítica participaba poco y; y me acuerdo que estuvo la celebración del centenario del nacimiento de Freud creo ¿ah? y fue una una reunión donde el que era el presidente de la asociación en ese momento hablaba así como: en el discurso hablaba como de prescindir de las otras ciencias. Ese tal vez es un sello queda. Como de haberse metido en la investigación y decía “¿estamos en un juego? ¿qué pretendemos o sea crecer como ciencia aislada? demás de eee el mundo va para otro lado” decía yo (risa) qué nos creemos o sea ¿cachai? [sic] no necesitamos la neurociencia, no necesitamos lo empírico no necesitamos nada. Bueno y me acuerdo que en esa reunión fue como: o sea junto a miles de otras cosas como, pero dije “yo no soy de acá a esto yo no pertenezco no no” y yo creo que en eso me influyó obviamente el haberme metido en la investigación y también que siempre en el Instituto como supervisor al Mario

Gomberoff que era como el también de pensar cosas alternativas y no no irse por el / por un estatus quo entonces - - sí pero para mí; pero esto lo lo voy pensando ahora que tú me guías porque eee yo creo que ahí van quedando sellos o sea para mí es impensable pertenecer a un psicoanálisis, sobre todo a una institución psicoanalítica que prescindiera de las otras ciencias. No no me cabe (3C).

Un segundo orden moral, vinculado con las trayectorias individuales, se refiere a la progresiva profesionalización de la investigación en psicoterapia. Este orden distingue entre una dedicación parcial y amateur a la investigación, y una mayor dedicación de carácter profesional a esta actividad. Este orden es sostenido fundamentalmente por aquellos asistentes a Mendoza que continuaron realizando investigación. En sus relatos subrayan que la progresiva experiencia en actividades de la SPR los enfrenta a la lógica más profesional del investigador. Por ejemplo, financiamiento, publicaciones, tolerancia a la crítica de pares, etc. Un hito que algunos de ellos destacan en este sentido es una visita que realizara Horst Kächele a Santiago el año 1993:

R: que en el Hospital Salvador nosotros fuimos a presentar datos de nuestro: ; y estaba Kächele y Kächele hacía una especie como de advisor en en estas presentaciones ¿ya? yo lo que recuerdo es que Kächele nos hizo mierda [sic] nos hizo pebre [sic] eee - - y lo cual fue bastante; entonces yo no me acuerdo si fue antes o después ¿ah? - pero fue impactante. Eso sí lo recuerdo ¿ah? pero al mismo tiempo fue bueno (1A).

Además de estas trayectorias individuales que caracterizan a la mayoría de los entrevistados, podemos reconocer otras dos más particulares. Una de ellas, que representa a un entrevistado, muestra una suerte de combinación de las anteriores, es decir, alguien que se aleja de la investigación por privilegiar la formación psicoanalítica, luego se dedica completamente a la práctica clínica y sólo recientemente vuelve a practicar la investigación, pero destacando un retorno que incluye una nueva mirada:

E: o sea saliendo de la de la unidad

R: se abren otros mundos y otros pensamientos ¿ah?

E: más como la investigación filosófica

R: mucho la la filosofía que siempre me interesó porque yo estudié filosofía junto con psicología un tiempo

E: ya
 R: entonces siempre eso y bueno ya el psicoanálisis más más clásico quizás
 E: m-m
 R: lecturas de Freud más profundas en fin y: y quizás un cuestionamiento a la investigación empírica también
 E: m-m
 R: en un periodo ¿ah? de eee en el sentido de de eee de que podía ser muy simple
 E: m-hm
 R: o de que pudiera eee de que no había que que no había que creérsela tanto que no se podía ser ingenuo ¿no? y: y quizás claro mi preocupación mi cabeza puede estar en otras cosas otras lecturas etcétera etcétera ¿no?
 E: m-m
 R: pero como en todas las cosas hay vueltas ¿no? y vueltas en otros niveles pero lo mismo
 E: m-m
 R: entonces en la actualidad yo yo por ejemplo estoy desarrollando investigación más empírica en un centro de sexualidad que empezó el director junto con otro psicoanalista y que estamos aplicando algunos instrumentos para evaluar la sexualidad de los pacientes hombres y mujeres que llegan a consultarnos y:
 E: ¿instrumentos cuestionarios?
 R: cuestionarios
 E: ya
 R: sí cuestionarios y bueno vamos a tener datos ahí cuantitativos pues
 E: m-m
 R: eee pero pensando en la investigación eee y dar vueltas qué sé yo y yo creo que eso es insuficiente
 E: m-m
 R: y que lo cualitativo
 E: m-m
 R: tal como ocurrió con la cosa de de Strupp en el manual que nosotros tanto estudiamos por un montón de años lo cualitativo lo lo lleva en esa en esa cuestión
 E: m-m
 R: y lo y lo y los datos ayudan pero es como un inicio digamos (7A).

La otra trayectoria individual la representa otra de las entrevistadas, quien destaca que el encuentro de Mendoza le dejó una impronta e inquietud personal por investigar en su práctica profesional, sea esta investigación en psicoterapia o en otros ámbitos de la salud mental:

R: ha sido en realidad mi inquietud personal y de trabajar con otros colegas y de pensar juntas y
 E: bueno y aquí tienes un espacio me imagino
 R: sí pero aquí todavía no he podido hacer nada
 E: ya
 R: porque la verdad es que cuando llegué ya estaba hecho lo más importante aquí que era este este: este instrumento este instrumento
 E: quizás te ha faltado vinculación con el +área académica+
 R: +de riesgo+ sí porque claro
 E: que es donde más se hace: ; no sé me imagino pero
 R: sí
 E: ha faltado quizás una vinculación ahí
 R: sí sí porque reuniones tantas reuniones es complicado además que la la investigación requiere tanta rigurosidad también
 E: sí pero pero alguien que ya conoce el el modus operandis de la investigación y la lógica de la investigación
 R: m-m
 E: el resto digamos en realidad es más fácil aprenderlo
 R: sí
 E: ¿ah? no es tan tan complicado. Entonces de alguna manera después de este encuentro qué sé yo en el fondo eee seguiste interesada en algo que ya estabas interesada desde antes que era el el tema de la investigación +sólo que quizás+
 R: +la investigación+ y al final llegué a la salud pública que era mi: mi objetivo. Era llegar a través de la psiquiatría a la salud mental y sin darme cuenta llegué a la neo y eso es salud pública. Salud mental eee -- y ahí hay cualquier cantidad de información que también lo divulgo cada vez que puedo para el que quiera hacer investigación pueda ir allá a sacar los datos. Tenemos pero ene cantidad de fichas ene con cualquier cantidad de información. Si si la diseñamos un instrumento de evaluación de factores de riesgo y de riesgo y for- (carraspea) y: y fortalezas, las dos cosas y hacemos diagnóstico y diagnóstico precoz pero ahí quedamos porque na- la intervención más adelante; y además todo ocurre rápido (7C).

CONCLUSIÓN: CONTEXTO ACTUAL, SANTIAGO 2012

Para concluir este estudio biográfico, dejaremos que sean los propios protagonistas del viaje quienes cierren con su visión del futuro la investigación en psicoterapia en Latinoamérica.

A lo largo de sus relatos sobre el encuentro de Mendoza, los viajeros de entonces reflexionaron acerca de su relación actual con la SPR, sobre el valor que la investigación en psicoterapia tiene hoy para ellos, y la relación que han podido establecer entre la práctica clínica y la investigación. En este sentido, se posicionan como testigos de una historia y desde este lugar nos presentan algunas imágenes y deseos de futuro.

Algunos entrevistados dan testimonio de un paso del tiempo que los asombra, ya sea por el constatar desde el presente la juventud que ostentaban en ese entonces y lo poco conscientes que eran de esto, o bien el asombro ante lo rápido que han pasado estos 20 años:

R: ee yo lo recuerdo como - - como algo divertido ¿ah? eee algo divertido en el sentido que me doy cuenta de lo jóvenes que éramos. Pero no solamente yo sé que éramos jóvenes pero Guillermo (De la Parra) e- e- era m- ma- mayor en ese momento Rogelio (Isla) y Guillermo (De la Parra) eran mayores los veía como más mayores pero ahora me doy cuenta que que todos éramos jóvenes ¿ah? (4A).

R: la SPR fue un como un refugio para mí - eee pero un refugio muy amable muy: muy cariñoso - - quizás lo agradecido que estoy de Guillermo (De la Parra)

E: m-m

R: ¿ah? que creo que fue mi: mi uno de mi primer mentor digamos en esto el Guillermo (De la Parra) y la Mariane (Krause) han sido mis dos grandes mentores digamos en este camino pero Guillermo en este en esta doble: al ser psicoanalista al ser como: como de este otro ámbito ¿no? como de la clínica y: ha sido un ejemplo también

E: m-m

R: para mí. Entonces como un padre absolutamente. y nada pues eso - es increíble que han pasado veinte años - - increíble (1A)

En el segundo fragmento el entrevistado no sólo mira con sorpresa ese pasar del tiempo, sino que marca esta temporalidad aludiendo a su proceso de convertirse en investigador y el papel jugado por la SPR en ello.

Otros entrevistados testimonian sobre los cambios que en estos años ha tenido el discurso psicoanalítico en relación al orden moral que imperaba en los años en que se realizó el encuentro de Mendoza, acerca del lugar que podía ocupar la investigación empírica

dentro de la clínica y la psicoterapia. Por ejemplo, en el siguiente fragmento, el entrevistado subraya el cambio hacia un discurso menos dogmático y más abierto al diálogo entre la práctica y la investigación:

E: y y el hecho de: de investigar en psicoterapia ¿tiene un efecto en su práctica: ?

R: sí

E: ¿sí?

R: soy bastante menos dogmático que lo que fui y en términos de que realmente yo creo que las cosas hay que validarlas empíricamente y efectivamente mucho de lo que se ha investigado y ahí sí que los relacionales han hecho cosas eee interesantes o sea han mostrado aspectos no es ¿cierto? que eee o sea yo creo que efectivamente la la traducción desde eee los resultados de los estudios empíricos a la práctica es una cosa que hay que estar haciendo y hay que estar pendiente que se puede hacer. Todo lo que tiene que ver con alianza y cómo cuidar la alianza otra línea que yo tomé en paralelo pero y tuve uno o dos proyectos Fondecyt tiene que ver con eee primera entrevista como la entrevista médica la entrevista psiquiátrica. Kernberg ha trabajado mucho con la entrevista estructural y ahí también uno ve lo mismo (2A).

No obstante la apertura que se declara, el siguiente entrevistado señala que aún existen posiciones que siguen sosteniendo la imposibilidad de hacer investigación empírica en psicoanálisis, pero esta posición hoy en día ha sido permeada al interior de la institución por renombrados psicoanalistas que hacen investigación en este ámbito, por ejemplo Peter Fonagy:

R: esa discusión eee la verdad es que eee sigue siendo agotadora en el ambiente psicoanalítico. +porque siguen en las mismas+

E: +tú crees que sigue esa+ ¿sigue esa discusión?

R: en en gran medida sigue en lo mismo ¿ah? obviamente hay un grupo de psicoanalistas cada vez más importante como Peter Fonagy que lo dice son una minoría significativa

E: m-m

R: ¿ah? que antes era una minoría nada más pero ahora era una minoría significativa tiene voz y qué sé yo y que

E: m-m

R: y que es escuchada por lo menos no no por lo menos nos respetan en el sentido que nos de- o sea no no nos aplastan te fijás?

E: la / ha creado también el // (1C).

Finalmente, con respecto a la mirada actual sobre la investigación en psicoterapia, emergen testimonios que dan cuenta de cambios en el contexto de la investigación y de quienes investigan hoy. Algunos subrayan el surgimiento de investigadores denominados “puros”, que se suman al escaso contingente de los llamados investigadores “híbridos”, y reflexionan sobre cómo estos cambios han fortalecido al capítulo LatAm SPR:

R: yo creo que ahí se sentaron las bases. Ahora eee yo creo que a la larga digamos de de de ese grupo original haya eee hay gente digamos que echó raíces así digamos como cuando se siembra hay raíces que se pierden y hay raíces; y hay gente que claramente eee echó raíces como la Adela Duarte digamos no? que ha sido un gran centro no?

E: sí

R: para la investigación y; y eso es otra cosa que te quería contar bueno que ha sido un gran centro para; y que y que hace un gran centro porque ella se convirtió en investigadora y yo creo que todos los que estuvieron ahí de la generación más vieja yo creo que nadie se convirtió en investigador puro excepto la Adela (Duarte) (6C).

En este fragmento el entrevistado marca el hecho de que solo una persona de los asistentes al encuentro echó raíces suficientemente fuertes como para convertirse en una investigadora profesional. Del resto, aunque algunos continúan hasta hoy como miembros del capítulo, todos pueden considerarse como investigadores “híbridos”, que comparten este quehacer con el ejercicio de la clínica.

A diferencia de la perspectiva anterior, los siguientes extractos, correspondientes a dos entrevistas, presentan una mirada más optimista del desarrollo de la investigación en Latinoamérica. Reconocen el peso o marca que dejó Mendoza sobre las generaciones siguientes, pero agregan a su análisis la importancia de la aparición en estas nuevas generaciones del llamado investigador “puro” o “profesional” y, estrechamente ligado con esto, la relevancia del hecho de que esta actividad esté anidada en un contexto académico.

R: sí. yo creo que la Mariane (Krause) debe ser una punta de lanza eee por lo menos en Chile de todas maneras digamos de: una investigadora en psicoterapia pura ¿no?

E: sí

R: como un científico que se dedica exclusivamente a eso sí eee y después viene la generación tuya

E: sí

R: y ya viene la Alemka (Tomicic) y qué sé yo

E: claro pero yo so- yo sigo siendo híbrido digamos

R: claro

E: pero por ejemplo la Alemka (Tomicic) no

R: claro

E: absolutamente investigadora

R: sí. Claro yo creo que eso es muy latinoamericano

mmm pero ya están lo están lo: los Andrés Roussos

E: claro

R: que es exclusivamente investigador mmm

E: claro

R: o sea esa; ahora esa semilla es SPR absolutamente o sea ahí la semilla se plantó en Mendoza

E: claro

R: o sea el espermio digamos que que hizo nacer a Andrés Roussos digamos ¿no? (6C).

R: y ahora ya vemos ¿te fijas? que estás tú ya eres un adulto pues weón [sic] ya eres un profesor y tú eras un principiante +al principio de los noventa+ E: +en los noventa claro+

R: y hay hay un montón de gente pues weón [sic] mmm mucho más pues ¿te fijas?

E: +y y y y tú+

R: +entonces yo he participado he participado+

E: +no sé si te has dado cuenta+

R: en todo el trayecto

E: la otra vez conversábamos con Guillermo (De la Parra) eee y a lo mejor esto que estás diciendo ahora tiene sentido ese sentido ¿no? que por primera vez están saliendo investigadores que no son necesariamente clínicos

R: además

E: y que investigan psicoterapia ¿ah?

R: por supuesto. Claro como la Alemka (Tomicic) qué sé yo

E: por ejemplo

R: que dice yo no quiero ser clínico o como la misma Carola Altimir que es muy poco clínica también en el sentido de que hace muy poco consulta

E: claro entonces yo todavía eee igual que Guillermo (De la Parra) eee

R: claro

E: hacemos investigación pero tenemos la clínica media jornada entonces como como como investigadores de media jornada eee eee en cambio ya están apareciendo y yo creo que el doctorado ha hecho esa

R: claro

E: ese aporte ¿no?

R: no y la misma: la misma Mariane (Krause) pues. Mariane no hace clínica

E: m-hm claro

R: yo me he ido he ido he ido reduciendo mi mi consulta bueno porque he estado participando en proyectos y y y la universidad entonces además tengo mis hijos grandes entonces no necesito tanta plata pues porque ese es otro problema pues weón [sic]

E: sí pues (já) (1C).

Cerrando este viaje, el siguiente fragmento condensa –a juicio de los autores– una mirada que hace puente entre el pasado de aquel encuentro inaugural del capítulo Latinoamericano de la SPR, del esfuerzo invertido en asegurar su continuidad hasta hoy, y una mirada optimista hacia el porvenir de la investigación en psicoterapia en Chile y Latinoamérica:

R: ahora, es un orgullo como retrospectivo de: de lo que se formó ahí

E: m-m

R: ¿ah? y que no ha sido fácil mantenerlo mantener un capítulo así eee y seguir un poco dando la lucha y ahora ver digamos que efectivamente digamos por lo menos en Chile hay; estaba viendo una masa crítica de investigadores y que hace veinte años estuvimos alguna vez en en; éramos tres pelagatos [sic]. Igual me siento orgullo orgullosos de ser parte de la historia y me siento absolutamente parte de la historia mmm de de la Investigación

en Psicoterapia en Chile –o sea absolutamente me conozco toda la historia ¿ah? y la escribí digamos

E: m-m

R: ¿cachai? [sic] he escri- he escrito capítulos de esa historia ¿ah? Eso (1A).

REFERENCIAS

- De la Parra G, Belmar A, Isla R, Riumallo P. (1993) El Manual de Psicoterapia Dinámica de Strupp y Binder: Evaluación de su Impacto en Atención Secundaria. Proyecto Fondecyt N° 1930155. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Ministerio de Educación, Gobierno de Chile
- Flick U. (2004). Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Morata
- Grill S, Altman M. (2000). Investigación del proceso terapéutico en interacción temprana. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 91, 184-219. Disponible en <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720009111.pdf>
- Jiménez JP. (2006, octubre). 15 años de investigación en psicoterapia en el cono sur latinoamericano. Congreso Sudamericano de la SPR. Montevideo, Uruguay
- Muñoz A, Martínez C, Alevy S. (1991). Evaluación Cualitativa de una Experiencia de Entrenamiento en Psicoterapia Dinámica Breve con el Manual de H. Strupp y J. Binder. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad Gabriela Mistral
- Patton MQ. (1990). Qualitative evaluation and research methods (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage
- Piña C. (1999). Tiempo y memoria. Sobre los artificios del relato autobiográfico. Propositiones 29, 1-5
- Piña C. (1998). La construcción del “sí mismo” en el relato autobiográfico. Documento de Trabajo 383. Santiago: Programa FLACSO-Chile
- Ponterotto JG. (2006). Brief note on the origins, evolution, and meaning of the qualitative research concept “thick description”. The Qualitative Report, 11, 538-349. Extraído de <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR11-3/ponterotto.pdf>
- Ruiz JI. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Deusto

BIOÉTICA

AUTONOMÍA EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

(Rev GPU 2014; 10; 1: 108-115)

Juan Ignacio Reculé¹

El hombre tiende al bien y a realizarse. Todo acto orientado a este propósito es un acto ético; una característica de estos actos es su condición autónoma. La autonomía opera a modo de contrato entre seres éticos. Si se pierde la capacidad de actuar en persecución del propio bien y realización, aun conservando la voluntad aparente, se pierde la condición de autonomía. Es rol del médico velar por devolver a este paciente su condición autónoma. Se detallan los elementos que a nuestro parecer evidencian la pérdida de búsqueda del propio bien y serían indicadores de una autonomía anulada.

INTRODUCCIÓN

“Yo no quiero que me traten. Antes no me sentía así de contento”. Probablemente no con estas palabras exactas, pero sí con esta intención, fue dicha la frase que dio el puntapié inicial para este estudio. Es de un paciente, un paciente involuntario, al momento de iniciar su tratamiento tras un episodio maniaco. Es interesante la declinación del verbo tratar, en la medida que es un acto de otros; es notable en mayor medida, que el tratamiento parece ser visto como un mal, como un detrimento en la búsqueda de la felicidad.

¿Es lícito tratar a alguien así? Como médicos, llega un punto en que debemos cuestionarnos si nuestros actos responden realmente al hombre, o se convierten lisa y llanamente en un responder a nuestra idea de hombre. No parece bueno imponer nuestro ideal de realización a los demás: Todos seríamos médicos, y es claro que esto no es la felicidad para todos (algunos médicos incluidos).

El problema de la autonomía y del tratamiento involuntario adquieren un aspecto especial en psiquiatría, y la tendencia “autonomista” que ha tomado impulso desde la literatura anglosajona, especialmente americana, no resulta satisfactoria cuando la situación clínica implica justamente un enfermar del aparato mismo de la voluntad.

La primera pregunta podría ser entonces ¿qué es la autonomía? Sendas indagaciones de sus características ya se han hecho y buenos resúmenes de ello están disponibles en otro lugar (Beauchamp y Childress, 2001, cap III), (Santander, 2000, pp. 59-75). En términos generales, estos acercamientos a la autonomía hacen hincapié –adecuadamente– con su relación al concepto de competencia (Beauchamp y Childress, 2001, p. 70 y sucesivas), (Santander, 2000, p. 59). Así, la autonomía se pone en duda en general cuando aparece la interrogante de si un paciente tiene la habilidad de realizar una tarea, en específico, ser agente de una decisión sanitaria.

¹ Médico-Cirujano. Residente de Psiquiatría del Adulto, Pontificia Universidad Católica de Chile. Correspondencia a jirecule@uc.cl

En nuestra opinión, previo a caracterizar la autonomía, se nos hace necesario localizarla en el cuadro general del ser humano –es decir, primero nos debemos preguntar ¿qué es el hombre, y qué le compete realizar? Abordaremos esta cuestión para dar paso a un concepto de autonomía enraizado en la ética de los bienes humanos y, con ello, echar luces sobre sus consecuencias clínicas.

EL HOMBRE TIENDE AL BIEN

El hombre es fin en sí mismo (Kant, 1785); tiende al bien, la felicidad y a la autorrealización, y estos fenómenos son por tanto el fin del hombre. En la búsqueda de estas cosas (que tienen identidad entre ellas) el ser humano mejora el universo, pues lo enriquece con su presencia realizada, lo que es útil para otros hombres, en cuanto les provee la posibilidad aumentada de lograr ellos su propia autorrealización, y perpetuar el ciclo dinámico en que el ser humano se logra a sí mismo (Roa 1998) (Gómez-Lobo, 2006).

Está así implícito en el hombre el bien del resto de los hombres, pues esto se logra alcanzando el máximo bien propio, que es la autorrealización. Es deber del hombre autorrealizarse entonces, por sí, y en forma secundaria, emergente, valiosa pero no primaria, por el bien del otro hombre. Dicho en un ejemplo simple, si abro un huevo para preparar una deliciosa mayonesa con sus yemas, obtengo paralelamente las claras para que otros hagan un merengue. El enriquecimiento de nosotros mismos y del universo mediante la realización personal es al mismo tiempo un acto que se consideraría altruista; pero a este nivel, el altruismo propiamente tal carece de explicación, puesto que al hacer el bien al otro nos mejoramos, y al hacer bien en nosotros, mejoramos la opción del otro en acceder al bien; el bien se engendra a sí mismo, y hacer el bien no tiene nada de supererogatorio, pues siempre deviene en nuestro propio bien.

La visión del bien desde la comunidad es imostergable, por varios motivos. Primeramente, la ética no funciona en un paradigma meramente científico, en el que podríamos aislar su sujeto de estudio, el hombre, y artificioosamente abordarlo “en condiciones de laboratorio”. El sitio de desempeño del ser humano, y el laboratorio natural de la ética, es relacional. Segundo, por la simple razón que el hombre viene “así dado”. Requiere de la comunidad para sus elementos básicos vegetativos, sin los cuales la ética no tiene razón de preguntarse nada. No hay que caer, por cierto, en la falacia naturalista y pensar que sólo porque el hombre viene en comunidad, es la única forma “correcta” del hombre; por

el contrario, pensamos que la comunidad es el medio natural porque vemos en ella hombres que tienden a la realización y proyectan su felicidad.

Desviarse de esto es lo que hemos llamado “mal” (Roa, 1998, pp. 59-60) (1). Pero ¿se puede no elegir el bien?, ¿es el bien una opción? No lo parece (Gómez-Lobo, 2006, cap. I). Juzgar si algo es bueno o malo sí, y tienen cabida el error y el autoengaño (“*sé que me hace mal pero lo prefiero*”, que en el fondo es convencerse de que de todas maneras se opta por un bien, porque a largo plazo “*derivará en un bien*” –un consecuencialismo errado en forma y fondo–), y es ello lo que permite la existencia del mal en el actuar del hombre (Roa, 1998, 22-23); sin embargo, es condición irrenunciable del ser humano, arraigado en su condición biológica tanto como ontológica, la búsqueda del bien (Aristóteles, siglo IV a.C., libro primero, cap. I).

Esta manera de abordar la naturaleza del hombre genera controversia, sobre todo por la aparente “falta de libertad” que tiene el hombre. Si no se puede elegir sino el bien ¿qué valor tendría el bien? ¿existen realmente las elecciones? ¿cómo puede ser catalogado algo como “bueno” si el mal no es una opción? Pero esto es como decir que los peces no son libres porque no pueden volar o las aves porque no pueden sumergirse a gran profundidad. Gómez-Lobo (2006, cap I) trata el problema con una clara sencillez que no intentaremos reproducir; básteme decir que la libertad del hombre radica en elegir qué-bien, cómo-bien, y cuándo-bien, lo cual ya es suficiente desafío. Es precisamente el proceso de elección de bienes lo que interesa a la ética: ¿cómo el humano elige realizarse?

Sabemos que “El bien proporciona felicidad” (Roa, 1998, p.25). Este es el parámetro fijo de todo bien. El objeto – bien varía, según varía la concepción de la realidad (“*cómo me gustaría que fuesen las cosas*”). La tradición de la Ley Natural propone algunos bienes fundamentales que corresponden al núcleo de realización del hombre (Gómez-Lobo, 2006), proponiendo una solución a la difícil tarea de establecer qué es un bien (Roa, 1998, 89-90). Aquí es donde nuevamente la comunidad viene a validar el juicio que hemos hecho. No sería nada de implausible considerar dos actos como buenos, aun siendo opuestos, o al mismo acto como bueno y malo, si estamos ocupando dos escalas de valores y bienes distintas.

Sin embargo, la aplicación de estas escalas de bienes está sometida al juicio histórico y de selección por la comunidad. Las escalas de bienes que atentan contra ella tienden a no sobrevivir. Este es uno de los roles autopoieticos de la comunidad; así como la selección natural elimina de la especie los individuos que le son

detrimentales, la comunidad, asistida por una constante discusión ética, va limando y puliendo su escala de bienes. En definitiva, por mucho que en su autogobierno el hombre pueda plantear escalas de bien, es la comunidad y su sanidad, su bienestar, la que a la larga los valida, en la medida que promueven un universo enriquecido, disfrutable por todos.

Por supuesto, para que la obtención de los bienes humanos sea identitaria con la realización del hombre, se requiere que sea un acto voluntario, una tendencia emanada desde aquel que realiza el acto. Para poder desear, el hombre debe estar inmerso en una realidad y debe poder quererla distinta, proyectando un estado de las cosas que se ajuste a lo que él, en libertad ética, ha decidido es la corporización o especificación de su bien. Se verá la relevancia de este concepto más adelante, cuando evaluemos el rol de la autonomía en la obtención de los bienes humanos.

Cabe recalcar que la realización del hombre no estriba en la consecución, sino en el acto de búsqueda de esos estados posibles (es decir, en el desarrollo de sus potencias) y las acciones para llevarlos a ser. Este es un proceso constante, que se renueva en la medida que se consiguen los objetivos planteados (Maslow, 1943). La consecución anula el logro; la felicidad es por aproximación; cada logro alcanzado permite una satisfacción momentánea que da paso a más deseo, y con ello a un nuevo proceso "felicitarlo".

Por otro lado, está claro en nuestra realidad que el hombre no siempre parece buscar lo que le hace bien. La capacidad de proyectar un deseo sobre el medio, y actuar en concordancia, puede estar deformada por diversos componentes. En común tienen la identificación errónea de los bienes. Esto puede suceder por ignorancia –es decir, no comprender a cabalidad las consecuencias de un acto–, presión social –que genera bienes falsos y los posiciona elevadamente en la escala del hombre, empañando el proceso de decisión y elección–, inmadurez –un ser humano que aún no ha alcanzado la etapa de buscar la autorrealización, y no tiende a la trascendencia.

Tienen en común estos sucesos que, en general, la felicidad o no sucede o es extremadamente breve, dando cuenta así de la ausencia del bien originalmente buscado. Tienen también en común que el mecanismo de fondo –es decir, la búsqueda de lo bueno– no está dañada en sí, sino desorientada, sea porque le faltan elementos de juicio, o no se ha educado por completo; esto contrasta con lo que se observa cuando el proceso mismo está alterado, donde no hay desorientación, sino deshumanización, en la medida que la búsqueda del bien es una característica natural de lo humano. De

ello se desprende que la ética es educable (Aristóteles, -IV a.C, libro primero cap. VII).

LA AUTONOMÍA EN EL HOMBRE QUE TIENDE AL BIEN

Dicho esto, ¿qué lugar ocupa la autonomía en esta carrera del hombre hacia su autorrealización? Gómez-Lobo (2006) hace una advertencia que recogemos: a la hora de juzgar los bienes humanos se debe evitar mezclar aquellas cosas que son necesarias, de aquellas que son constituyentes de un bien.

Para ejemplificar, imaginemos que queremos cocinar una olla de arroz. El producto que esperamos es, precisamente, arroz cocido; dentro de lo posible, granado, apetitoso. Para cocinarlo necesitaremos agua, una fuente de calor y, por supuesto, una olla; los más avezados pedirán especias y verduras para condimentarlo. Nadie pensaría que la olla, es decir, el trozo de metal cóncavo que ponemos sobre el fuego, es parte del producto que anhelamos (un platito de arroz); nadie tampoco discutiría lo necesaria que es la olla para conseguir el producto.

Algo similar sucede con la autonomía; es necesaria para poder realizar al ser humano (porque la realización es propia, libre, automotivada y proyectada por el yo), pero *no es parte del objetivo buscado*. El estado de autorrealización no precisa de libertad; la autonomía es una herramienta para su consecución. La autonomía no es un bien, sino una *característica del proceso* de búsqueda de los bienes.

La autonomía, en consecuencia, es nunca un final, sino un medio. Nos manifestamos, por ello, contrarios al rumbo actual que aparenta tomar la discusión bioética, que tiende a entronizar la autonomía en un sitio que no le corresponde. Proponemos, como elemento fundamental de nuestra propuesta, que siempre que se deba analizar sobre la autonomía y el respeto a ella, se deba primeramente considerar si esta autonomía es una autonomía "verdadera", o sólo aparente, es decir, si es una autonomía orientada a la consecución de un bien.

Esta diferencia entre "bienes" y "características de los bienes" no es una arbitrariedad o un capricho. Los preceptos fundamentales a la hora de tomar acciones que involucran a nuestros semejantes, el cuidado y el respeto, dan una calidad muy distinta a la obligatoriedad o prohibición del actuar (Gómez-Lobo, 2006). Actuar en contra de un bien del otro es prohibido; actuar en contra de una característica de los bienes, sobre todo cuando son los mismos bienes los que están en peligro, puede ser no sólo permitido, sino incluso mandatorio.

Así, al momento de preguntarnos sobre la autonomía de un paciente, la pregunta no estriba en dilucidar si hay elementos del cuadro que hagan que la autonomía sea “sobrepasable”; más bien, debemos hacernos la pregunta previa de *si la autonomía está realmente allí*.

AUTONOMÍA VERDADERA O APARENTE

“El poder y querer hacer están siempre y en abundancia a la mano” (Roa, 1998, p.19) ¿Puede el enfermo psiquiátrico “poder y querer hacer”? De ese poder y querer emana la ética misma: escoger. ¿Se puede escoger si dentro del menú hay opciones irreales? ¿Si dentro de los inputs o los procesos hay elementos espúreos? ¿Qué es elegir? ¿Qué es impedir una decisión? Si convenimos en que no hay verdadera decisión en un enfermo privado de escoger, ¿qué es eso, disfrazado de decisión, que efectivamente estoy impidiendo?

Hemos localizado la autonomía como una característica del proceso del agente humano al momento de llevar a cabo sus actos. Sin embargo, nos referimos a ella dentro del *acto humano*, no el *acto del hombre*. Así como hacemos diferencia entre el acto médico y el acto de un médico, en el caso del acto humano está orientado a su realización, y por lo tanto, investido de carácter ético. Todos los actos de un ser humano pueden en potencia ser actos humanos: comer, asearse, elegir un empleo, contraer matrimonio, son actos que, engarzados en el plan central de realización que regenta una vida, revisten carácter ético y merecen el respeto de su realización autónoma.

Un acto así planteado posee verdadera autonomía. La autonomía aparente es aquella que se asigna como característica a un acto que verdaderamente no está orientado a la realización del hombre; las maneras en que esto puede suceder se detallarán próximamente. Lo importante es reconocer que un acto así planteado se des-eticiza; y con ello, la autonomía deja de serle una característica inherente y de respeto, en la medida que la autonomía, el autogobierno, es una propiedad emergente de un ser con un rol ético. Su equivalente natural vendría a ser la independencia, manifiesta en cualquier mamífero, y en general, cualquier animal, que toma opciones dados los escenarios.

Sin embargo, reconocemos en la autonomía una invocación de *respeto*. Ese respeto emana de que el autogobierno es propositivo de un plan de realización personal. No estando el acto en relación a este proyecto, es un acto deseticizado, y como tal, *no merece respeto de su autonomía*.

Es necesario plantear que, no importando que el ser humano sea deseticizado, permanente o temporalmente, *nunca*, en ninguna circunstancia, renuncia a

su categoría de dignidad ontológica. Allí precisamente estriba el desafío, al tratar a este humano momentáneamente “natural”, en cuanto es parte del medio no-ético, por ello disautónomo, que debe ser devuelto a su estatus de dueño de su destino, aún pasando por sobre ese “destino aparente” que unas decisiones voluntarias a primera vista le arrojarían.

AUTONOMÍA COMO CONTRATO

La interacción ética nace de la intención del bien en el hombre (visible a través de algunos núcleos duros de la ética (Roa 1998, p.28), que se han interpretado por otros como una *moral común* (Beauchamp y Childress, 2000, cap. I)) y su intuición de que su prójimo desea algo similar, lo que le permite construir en comunidad.

La ética occidental está marcada además por los conceptos religiosos de las comunidades que han desarrollado su corpus; así, nunca se ha considerado a la naturaleza física (referida como el medio ecológico, el paisaje, el clima, etc.) como un ser dotado de intención ética. Así, nadie esperaría de un río que le permita cruzar para conseguir alimento, o de una inundación, que le facilite la tarea de salvar a un niño que se ahoga; estos elementos forman parte del medio sobre el cual el ser humano proyecta su actuar ético.

Así como no se le exige al medio el facilitar un acto ético, es decir, no se tiene intuición de reciprocidad de búsqueda del bien, tampoco se le pide que respete mi autonomía, es decir, la libertad con la que desarrollo y elijo los actos que conducen a mi bien. Más propiamente, el medio me plantea limitaciones *a priori*, un marco de referencia que determina qué es *lo elegible*. Si me propongo algo que el medio me impide, no es que el medio no respete mi acto autónomo, sino que yo estaría proponiendo imposibles.

Así como no se lo pediría a un río, tampoco le pediría a un animal feral, hambriento, que renuncie a cazarme por el solo hecho de que yo tengo un proyecto vital el cual perseguir. Intuitivamente notamos que sólo se exigirá respeto por mi autonomía a quienes también gozan de la suya, es decir otros seres éticos. La autonomía así vista adquiere el carácter de un contrato: dada la noción de que todos perseguimos el bien, respetaremos mutuamente la libertad de elegirlo y agenciarlo, mientras no sea atentatorio contra los bienes del resto.

NIVELES DE ACTO Y LUGAR DEL QUE EMANA LA AUTONOMÍA

En otras palabras: el respeto de la autonomía es una atribución que se entrega entre seres éticos, a actos

que son en naturaleza éticos. Se reviste el acto voluntario de un nuevo nivel: el acto ético, es decir, aquel que está orientado a la consecución de bienes humanos en el contexto de un desarrollo de realización personal (Reculé y Prato, 2013).

Se constituyen así tres distinciones o niveles de acto: El acto, como evento que sucede, obra de un agente; el Acto Voluntario, una obra del agente emanada desde su propia motivación, sin coerción; y proponemos ahora un Acto Ético, que además es un acto voluntario, y que conduce a la consecución voluntaria de un bien. *Sólo los actos del nivel ético gozan de la garantía de la autonomía.*

Esta garantía emana de la decisión de la comunidad, como *modus operandi*, de permitir y respetar todo acto que conduzca a la consecución de bienes humanos, y por consiguiente de realización de la persona, mediante el otorgamiento de la categoría de “autónomos” (2).

Lo que ha llevado a –en nuestra postura, erróneamente– proponer a la Autonomía como un bien o principio en sí mismo (Beauchamp y Childress, 2000) es la postura tácita de suponerle a cualquier acto observado de un alguien, la cualidad de ser ético. Esta suposición, práctica desde el punto de vista del quehacer ha llevado a pensar que todos los actos voluntarios son éticos, y por consiguiente, que todos los actos voluntarios merecen el respeto de la autonomía.

Esto no es así. Primeramente, porque como ya hemos señalado, la autonomía es una garantía otorgada a un tipo especial de actos, que son los actos conducentes a la realización de un ser humano; segundo, no todos los actos voluntarios tienen esta cualidad. Si bien sigue resultando cómodo suponer que la voluntariedad es indicador suficiente de eticidad, en el ámbito clínico de lo psiquiátrico esta suposición es inadecuada.

Por lo anterior, cuando se plantean problemáticas del tipo “¿es ético sobrepasar la autonomía de este paciente, que está poniendo en peligro su existencia?” es nuestra postura que tal dilema no existe, por la simple razón que tal tipo de actos probablemente no revistan de una autonomía por respetar: simplemente, hay actos voluntarios que no gozan de la garantía de autonomía. La pregunta correcta sería “¿es este acto ético, y por tanto, reviste una autonomía que debe ser respetada?”

NECESIDAD DE RESPETO DE LA AUTONOMÍA

La autonomía, así puesta como algo que puede “anularse” en la medida que ya no responde a su finalidad natural (el proyecto voluntario de autorealización), se vuelve frágil. No podemos dejar de enfatizar lo tras-

cedental que es la autonomía para la felicidad. *El proyecto vital debe ser autónomo*, y la búsqueda del bien del hombre debe encontrar para cada miembro de la comunidad humana una vía amplia, incluyendo la posibilidad, ciertamente muy educativa y significadora, de errar.

Por ello, el acto de considerar una autonomía “anulada” es tremendamente delicado, y debe ser hecho con una buena capacidad de certeza; en el momento que hablamos de una persona necesitada de que pasemos “por sobre” su autonomía aparente para tomar por él las riendas, todo acto médico se convierte en un camino conducente a devolverlas al paciente, es decir, a reestablecerlo en el sitio ético de dueño de su destino, rector de su autorrealización. Este es uno de los actos más humanos que se pueden realizar por un prójimo, y significa y dignifica el quehacer psiquiátrico.

En atención a ello, creemos menester elaborar los elementos que permitan identificar la autonomía aparente en un paciente psiquiátrico. Esta búsqueda es un poco más compleja que la de *competencia* (Santander, 2000, p. 59 y sucesivas); no nos estamos enfrentando a la pérdida de la habilidad de realizar una tarea en específico, sino más bien a la pérdida de la capacidad de organizar esas habilidades en torno al objetivo general de la autorrealización.

LA AUTONOMÍA APARENTE EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Nadie discute mucho la necesidad de tratamiento de un paciente padeciendo un brote psicótico florido, con desorganización del pensamiento, conductas bizarras, u otros elementos que lisa y llanamente lo imposibilitan de manifestar su voluntad, del mismo modo que nadie dudaría en tratar quirúrgicamente un paciente politraumatizado que está inconsciente y sin nadie que pueda subrogar la decisión.

El problema de autonomía aparece justamente en aquellos pacientes que están lúcidos, y que manifiestan –en ocasiones, de forma bastante enérgica– su voluntad. ¿Qué hacer con un paciente hipomaniaco, que *funciona* en su medio, negándose al tratamiento? ¿Qué hacer con un paciente depresivo que refiere que *no se quiere* tratar, porque “no vale la pena para él”? ¿o un adolescente impulsivo que se niega a acudir a terapia, pues “*elige*” la destrucción?

Creemos que a la luz del marco teórico que hemos propuesto –es decir, de un hombre que tiende al bien, y de una autonomía que es herramienta de esta tendencia, y que opera como contrato entre individuos éticos– podemos delinear “ejes” que caracterizan la autonomía

que está éticamente protegida, de aquella que es sólo aparente, y por lo tanto, no goza de esa garantía.

EJES DE LA AUTONOMÍA RELACIÓN CON LA REALIDAD

Al comienzo dijimos que el hombre busca el bien (y lo busca autónomamente) inmerso en la realidad. Los bienes no se buscan en forma abstracta; no puedo pretender “la amistad”, sino un “amigo”. Por otro lado, la activa búsqueda de los bienes conlleva la felicidad (Reclé y Prato, 2013) (Roa, 1998). Esta unidad fenomenológica entre el suceder del bien con la ocurrencia de la felicidad acaece cuando el deseo de realidad y el estado de la realidad son concordantes, o tienden a aproximarse. Cuando el bien no es deseado, aunque suceda en la realidad, no aparece la felicidad; es decir, además de esta concordancia, se requiere que la concordancia sea esperada, o buscada activamente.

Sin embargo, el estado absoluto de la realidad no es evaluable; la concordancia sucede verdaderamente entre un deseo y un juicio del estado de la realidad. Por convenio, solemos evaluar algunos juicios del estado de realidad como “sanos” (generalmente, basados en la similitud interindividual, y posibilidad que nos dan de predecir fenómenos dentro de esa realidad enjuiciada) y otros como “enfermos” (cuando son severamente alejados del juicio de la comunidad, y no permiten predecir futuros estados de la realidad).

Entonces, un acto humano ético autónomo debe tener tres componentes, ineludiblemente: un juicio del estado de la realidad; un deseo del estado de la realidad (proponer modificaciones a la realidad); y el acto mismo voluntario que predeciblemente nos acercará al estado de la realidad deseado (elegir “la mejor” modificación de la realidad posible), produciendo felicidad. Estos tres elementos pueden ser asiento de patología.

Si el juicio del estado de realidad está enfermo, la capacidad de proyectar sobre él un deseo de cambio que conduzca a la concreción de la autorrealización se verá severamente dificultada, pues todos los actos propuestos conducirán a resultados anómalos, dañando el proyecto vital. Este, siendo el más fácil de diagnosticar, es también el menos “deshumanizador” de las alteraciones del proceso de búsqueda del bien, puesto que el daño está puesto en los insumos del proceso, más que en el proceso mismo.

Cercano a este juicio alterado de la realidad, la incapacidad de dar cuenta de cómo los actos voluntarios engarzan en el proyecto vital da cuenta de una autonomía anulada, pues no hay una concordancia buscada de

causalidad; no es un acto que se proponga alcanzar un objetivo para el proyecto vital.

Por otro lado, cuando la capacidad de proyectar deseo está disfuncionando (sea por negativo, como sucede en la apatía, o por positivo, como en las grandiosidades), el impedimento al acto de búsqueda del bien está aún más comprometido; si el acto es incapaz de armónicamente conducirse en el hilo unificador del proyecto vital, no hay autonomía que discutir, pues el proyecto mismo está en suspenso. Si no hay propositividad, si no se proyectan modificaciones posibles y agradables del universo –agradables en el sentido de proyectar cercanía con los bienes– no hay autonomía.

Así, cualquiera de estos elementos faltantes, el proceso de decisión se ve imposibilitado de ser un proceso tendiente al bien; si no es tendiente al bien, no puede formar parte del proyecto vital, y si no forma parte del proyecto vital, no corresponde el respeto consagrado por la autonomía. Los actos así realizados son actos del hombre, no actos humanos, entendidos estos como los actos del humano en su proceso de realización.

ELECCIÓN DEL BIEN

La forma más burda de la autonomía aparente es la elección deliberada del mal; es decir, un deseo del estado de realidad que se aleje del bien en forma voluntaria. Esto está en el límite de las patologías manifiestas que nadie dudaría tratar; su ejemplo extremo es el actuar suicida. Sin embargo, hay formas de autodaño más sutiles que deben ser identificadas, pues también son indicadores de una renuncia al proyecto vital *basada en la patología*, pues, como vimos, se puede “querer un mal” (valga la contradicción semántica (Gómez-Lobo, 2006, cap.I)), pero sólo cuando la disfrazamos de bien; cuando se quiere el mal directamente, la humanidad del agente es la que está anulada.

DISCERNIR EL BIEN

Una forma un poco más sutil de autonomía aparente cae en el concepto de discernir el bien. Generalmente las descripciones ya citadas de autonomía se basan en este elemento (Santander, 2001), es decir, de poseer las herramientas para dar cuenta de la capacidad de generar un proyecto vital.

MENTALIZACIÓN

Algunos autores (Gómez-Lobo, 2006, p. 14) (Roa, 1998, p. 27) muestran que los principios básicos de la ética se manejan en forma intuitiva sin requerir mayores

explicaciones. Esto parece concordar con nuestra visión del hombre tendiente al bien. Tal ética se fundamentaría en el implícito de obtener el mismo tratamiento que lo otorgado. Un afán así de reciprocidad, la intuición de que el *standard* de la realidad es la simetría, emana de una generalizada teoría de mentalización.

Para ello se requiere noción del yo, noción del otro, y noción de consistencia en las respuestas posibles (es decir, una unidad fenomenológica compartida con el otro: una realidad). Cualquiera de estas nociones alteradas impide un actuar ético. Un paciente incapaz de dar cuenta de estos elementos no podría formular decisiones en el plano fenomenológico que estén revestidas de verdadera autonomía.

ALTERNATIVAS

Todo paciente debe ser capaz de formular alternativas de bienes. Los individuos dotados de capacidad ética se rigen por una escala de bienes los cuales persiguen. Aun pudiendo estar en desacuerdo pleno en el *orden* de esta escala o variante respecto de la forma específica, la Ética de Ley Natural observa que los bienes en sí mismos suelen ser transculturales, y los mismos. A la ética le incumbe la decisión como aspecto de estudio; no hay decisión sin alternativas.

Es característico de una mente obnubilada el enjuiciar la realidad monopolarmente, sin alternativas, sin decursos en la acción. Con sólo *un* deseo proyectado no hay acto ético, no hay deliberación ni opción, es un acto automático: si sólo hubiese una alternativa de bien no habría voluntariedad, sino obligatoriedad de acto. La realidad siempre presenta alternativas. Es así como incluso para un hombre solo la decisión ética se puede simular como la discusión racional entre dos actores, dentro de él, que proponen bienes para ser perseguidos.

IMPERATIVOS Y CONCLUSIÓN

Generalmente discernimos entre actos obligatorios, prohibidos y permitidos según estos estén regidos por preceptos de cuidado o respeto (Gómez-Lobo, 2006, p. 85). Hemos visto más arriba condiciones que desproveen al agente de lo mínimo necesario para un actuar ético; con ello, de la protección inherente que todo acto ético merece, la de su autonomía.

En virtud de la realización del hombre en comunidad, es claro que devolver a un agente así disminuido su posibilidad de actuar ético es bueno. Pero ¿es permitido, o es obligatorio? Para enjuiciar esto debemos recurrir al precepto del cuidado.

Cuando nos realizamos, enriquecemos el universo, que se vuelve así más activo en ser escenario de la realización de los otros. Sobre este Universo actúa el hombre; recordemos que el humano, fin en sí mismo, nunca puede ser visto como fuente de beneficios; sin embargo, en nuestro propio proceso de realización, actuamos sobre el universo en miras de obtener réditos. Así, es del mayor interés propio que el prójimo se realice, no como algo supererogatorio o altruista, sino simplemente porque es beneficioso en mi propia realización.

No se debe entender esto como que la realización de los otros es instrumental en la propia, sino que un subproducto deseable de ello lo es (Gómez-Lobo, 2006, p. 98).

Sabemos que el hombre ético puede actuar sobre el hombre deseticizado; esto porque cuando pierde la capacidad de proponerse al mundo a través de su proyecto de realización, el humano se vuelve “parte del paisaje”, es decir, parte del fenómeno natural, apropositivo. Sin embargo conserva su dignidad ontológica; no se vuelve parte de lo “usable” por el hombre. La acción propia en estas circunstancias es devolver al prójimo a su condición humanizada, es decir, libre de elegir un proyecto vital, protegido por la autonomía, para que pueda mantenerse el beneficio comunitario.

Así, el acto de contravenir lo voluntario –y aparentemente autónomo– de un otro afectado de la incapacidad de proponer su propio proyecto vital en libertad –esto es, un *enfermo psiquiátrico*, si parafraseamos a Henri Ey– resulta no sólo permitido, sino casi exigible; es parte de nuestra búsqueda del bien el favorecer que otros puedan también buscarlo. El límite que pone ello entre lo “altamente recomendable”, pero aún voluntario, respecto de lo derechamente “exigible” es tenue, y no es nuestra intención discernirlo aquí. Por suerte, justamente la profesión psiquiátrica consiste en escoger ese participar de la recuperación del pleno aparato de la voluntad en otro que necesita ayuda como el modo de trascender a la comunidad, de entregar en un acto signifiante el esfuerzo por ganarse la vida.

Sin embargo, debe considerarse al momento de enjuiciar la autonomía el plantear el conflicto ético-clínico desde la perspectiva adecuada. La propuesta aquí presentada es una insistencia a considerar antes la duda de la *presencia o no* de autonomía en un acto, antes de considerar si dicha autonomía se puede o no vulnerar. En este aspecto, el modelo ético de Ley Natural se presenta adecuado al contexto del quehacer psiquiátrico.

COMENTARIOS

1. Roa propone una lúcida reflexión sobre el origen del mal. Escapa al propósito de este ensayo indagarlo (generalmente el paciente psiquiátrico daña y se autodaña en forma muy burda o muy sutil, no dejando términos medios para preguntarse el “por qué” del mal), pero nos parece que el mal así planteado –como una defensa de la autoimagen, una respuesta a la sensación de vacío, la incomunicación o una salida “fácil” de la inercia, apremiada por la angustia de la temporalidad y la inmediatez de los placeres viciosos– se condicen con nuestra visión del mal como un “bien malamente elegido”; un conflicto nacido de la desorientación o deseducación.
2. Puede surgir la pregunta: ¿Es acaso que un hombre solo no es autónomo? ¿Róbinson en su isla, no es sujeto de autonomía? Por supuesto que lo es, en la medida que su proyecto vital siga activo: él como agente es el mismo que “respetar” la autonomía de sus decisiones, y él mismo es la comunidad ética que otorga la garantía al acto. Simplemente, es el hombre solo contra el medio; lo que no habrá es discusión sobre su autonomía, pues nadie sino él mismo podría discutirla.

REFERENCIAS

1. Aristóteles. (s. –IV a.C.) de Azcárate, Patricio, traductor (1873). *Moral a Nicómaco*. Madrid: Medina y Navarro
2. Beauchamp T, Childress J (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Fifth Edition New York: Oxford University Press
3. Gómez-Lobo A (2006). *Los Bienes Humanos: Ética de la Ley Natural*. Santiago: Mediterráneo
4. Kant I (1785) Manuel García Morente, traductor (1921). (ed. 2001). *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Barcelona: Mare Nostrum
5. Maslow A (1942). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-96
6. Reclé JI, Prato JA (2013). Autonomía y Ética de Ley Natural. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2013, 51 (SUPL 1): 88
7. Roa A (1998). *Ética y Bioética*. Santiago: Andrés Bello
8. Santander F (Coordinador) (2000). *Ética y Praxis Psiquiátrica*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría

AGRADECIMIENTO

El desarrollo de este ensayo no hubiese sido posible sin el generoso apoyo bibliográfico y mentoría del Psiquiatra, Magíster en Bioética y excelente Profesor, Juan Andrés Prato.

INVESTIGACIÓN

ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA Y SALUD MENTAL EN HIJOS ADULTOS

(Rev GPU 2014; 10; 1: 116-120)

Ramón Florenzano¹, Claudia Hernández², Luis Venegas³, Cristóbal Larraín⁴,
José Pablo Godoy⁵, Catalina Sieverson⁶

Estudios internacionales y chilenos previos documentan la relación entre consumo de alcohol por familiares (especialmente el padre), disfunción familiar, y el riesgo de psicopatología adulta, entre ellos consumo de alcohol y otras drogas, trastornos depresivos y de personalidad. Asimismo hay una fuerte correlación entre las experiencias adversas en la infancia y el riesgo de intento de suicidio durante la vida. Este trabajo analizó en forma retrospectiva los antecedentes de consumo de alcohol entre los familiares de pacientes adultos consultantes en un Servicio de Psiquiatría en un hospital general en Santiago de Chile. En una base de datos con 7.476 pacientes el 11,8% de los pacientes manifestó que un familiar bebía mucho o era alcohólico. Este porcentaje aumentó al 42,9% de los pacientes en la Unidad de Farmacodependencias, al 21% de los casos en la Unidad de Trastornos de Personalidad, y al 20,3% en la Unidad de Trastornos Afectivos. En una muestra aleatoria de 883 casos los antecedentes de consumo de alcohol eran mas frecuentes entre los padres, seguidos por las madres, abuelos y hermanos. La mayoría de los diagnósticos de los pacientes mismos eran consumo de alcohol y policonsumo de sustancias químicas. Estos datos confirman que los problemas asociados al consumo abusivo de alcohol son a la vez individuales y grupales, realzando la necesidad de contar con servicios de salud que atiendan desde un enfoque sistémico e integral.

¹ Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador. Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo. rflorenzano@gmail.com

² Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador. Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

³ Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador. Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

⁴ Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador. Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

⁵ Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador. Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

⁶ Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador.

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios han documentado la relación entre consumo de alcohol por familiares (especialmente el padre), disfunción familiar, y el riesgo de psicopatología adulta, entre ellos consumo de alcohol y otras sustancias, trastornos depresivos y de personalidad. Dube *et al.* (1) han encontrado una fuerte correlación entre las experiencias adversas en la infancia y el riesgo de intento de suicidio durante toda la vida. El alcoholismo parental, el afecto depresivo, y el uso de drogas ilícitas, están fuertemente asociados con estas experiencias, parecen mediar en parte esta relación.

Asimismo, se ha demostrado que los hijos de mujeres alcohólicas no sólo pueden heredar variantes genéticas de riesgo sino que también pueden estar expuestos tempranamente a los efectos del alcohol consumido por sus madres. El consumo excesivo en el embarazo se ha asociado con retraso mental, epilepsia, déficit de atención/hiperactividad, problemas de aprendizaje, y más adelante con abuso de sustancias, ansiedad y trastornos afectivos, de personalidad y psicóticos, así como con conductas antisociales y problemas en la escuela o el trabajo (2). Otros estudios han demostrado que el alcoholismo parental eleva el riesgo en los descendientes para el uso de sustancias y psicopatología en la infancia y la adultez. El hecho de tener padres alcohólicos biológicos se relaciona más fuertemente con el de tener padres adoptivos alcohólicos con psicopatología adulta, lo que apoya la existencia de influencias genéticas (3).

Existen estudios chilenos que han establecido una relación significativa entre alcoholismo en padres biológicos y trastornos psíquicos en niños varones, no apreciándose diferencias en las niñas. Por el contrario, en el caso de padres adoptivos con alcoholismo, se asocia con la presencia de trastornos psíquicos infantiles en el sexo femenino. Fuentealba *et al.* encontraron además una correlación inversa entre el número de integrantes del grupo familiar y la asociación de alcoholismo del jefe de hogar y proporción de trastornos psíquicos en la infancia (4).

La evidencia acerca de la implicancia del género (padre o madre alcohólica), y psicopatología en sus descendientes relaciona directamente el consumo de alcohol del padre y/o madre y la gravedad de consumo de sustancias y depresión en los hijos. Las descendientes de madres alcohólicas tendrían cuatro veces más riesgo de consumo de sustancias ilícitas que las mujeres sin antecedentes de consumo parental de alcohol (5).

El consumo de alcohol en Chile es mayor en los grupos jóvenes: en el 9º Estudio de Población General

en Chile, de 2011, utilizando el cuestionario AUDIT de la OMS, se encontró que el porcentaje de consumo de riesgo para la población chilena es de 6,96%, el cual sube a 10,9% en el grupo de 10 a 19 años (6). La edad de inicio de consumo para mujeres ha disminuido en forma notable en Chile entre 1936 y 2011, llegando a igualarse entre los jóvenes de ambos sexos (7) ese último año.

Este trabajo tuvo como objetivo analizar en forma retrospectiva los antecedentes de consumo de alcohol en los familiares (padre, madre, abuelos, etc.) de pacientes adultos consultantes en un servicio de psiquiatría de un hospital general en Santiago de Chile.

METODOLOGIA

Instrumentos: En el SPHDS (Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador) se aplica de rutina un instrumento de recolección de información sociodemográfica y clínica, el BDPS 2.0 a todos los pacientes que consultan sea ambulatoriamente o que son hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría o en las unidades médico-quirúrgicas del Hospital. Sus características han sido descritas en otra publicación (8).

Población estudiada: En la base de datos antedicha existía el registro de los antecedentes familiares de consumo por parte de padres, abuelos o hermanos en 3.823 pacientes consultantes en la Unidad de Triage, en 818 pacientes hospitalizados, en 1.057 pacientes tratados en la Unidad de Farmacodependencias, en 505 pacientes tratados en la de Intervención en Crisis, en 605 de la Unidad de Trastornos de Personalidad, y en 570 de la Unidad de Trastornos Afectivos. Se revisaron las respectivas bases de datos, tabulando en cuántos casos estos antecedentes eran positivos para consumo de alcohol. Luego, del total de 7.476 registros, tomó una muestra aleatorizada de 883 registros, que fueron explorados en mayor profundidad. En esta muestra se analizó el tipo de parentesco (padre, madre, abuelo/a, hermano/a). Se tabularon además los diagnósticos formulados en cada unidad, registrándolos de acuerdo al Manual de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV-TR) (9), en aquellos casos con antecedentes familiares positivos de consumo de alcohol. Asimismo se compararon los diagnósticos formulados en los pacientes, según la presencia o ausencia de consumo por parientes.

RESULTADOS

En un análisis de las características de los pacientes atendidos en una unidad psiquiátrica de un Hospital General de Santiago de Chile, el Servicio de Psiquiatría

Tabla 1

PORCENTAJE DE ANTECEDENTE DEL CONSUMO RELATIVO DE LOS PACIENTES TRATADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR (N = 7476), SANTIAGO DE CHILE 2004-2013

| Unidad | Consumo positivo | Consumo negativo | Total | Porcentaje |
|---------------------------|------------------|------------------|-------|------------|
| Paciente externo | 98 | 3.823 | 3.921 | 2,50 |
| Paciente interno | 49 | 769 | 818 | 5,99 |
| Abuso de sustancia | 453 | 604 | 1.057 | 42,86 |
| Unidad de crisis | 38 | 467 | 505 | 752 |
| Trastorno de personalidad | 129 | 476 | 605 | 21,32 |
| Trastorno afectivo | 116 | 454 | 570 | 20,35 |
| TOTAL | 883 | 6.593 | 7.476 | 11,81 |

Tabla 2

TIPO DE RELACIÓN EN UNA MUESTRA ALEATORIA DE PACIENTES IDENTIFICADOS (N = 146), SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR, SANTIAGO DE CHILE, 2004-2013

| Relación de parentesco | Porcentaje |
|------------------------|------------|
| Padre | 65,8 |
| Madre | 11,6 |
| Abuelos | 10,3 |
| Hermanos | 12,3 |
| Total | 100 |

Tabla 3

EJE I DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO EN UNA MUESTRA ALEATORIA DE CASOS CON ANTECEDENTE POSITIVO DE CONSUMO, SPHDS, SANTIAGO DE CHILE (N = 146)

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|------------|------------|
| Psico-orgánico | 1 | 0,7 |
| Alcohol | 44 | 30,1 |
| Otras drogas | 4 | 2,7 |
| Poli-consumo | 55 | 37,7 |
| Psicosis | 2 | 1,4 |
| Afectivo | 24 | 16,4 |
| Ansiedad | 8 | 5,5 |
| Trastorno alimentario | 1 | 0,7 |
| Impulsividad | 4 | 2,7 |
| Trastornos adaptativos | 3 | 2,1 |
| Total | 146 | 100 |

del Hospital del Salvador (SPHDS), hemos analizado el antecedente de consumo de alcohol entre los familiares cercanos de los pacientes adultos. En la base de datos del total de los pacientes atendidos (n= 7.476), 11,8% de ellos manifestó que un familiar bebía mucho o era un alcohólico. Este porcentaje aumentó a 42,9% en los casos atendidos en la Unidad de Abuso de Sustancias, al 21% en la Unidad de Trastornos de la Personalidad, y al 20,3% en la Unidad de Trastornos afectivos. (Tabla 1).

Se tomó una muestra aleatoria de los 883 casos con antecedentes de familiares con consumo de alcohol.

La Tabla 2 muestra cómo la mayoría de los familiares eran los padres, con porcentajes iguales de madres, abuelos o hermanos.

La Tabla 3 muestra el diagnóstico psiquiátrico en el Eje I del DSM IV-TR de esos pacientes. La mayoría de los diagnósticos fueron poli-consumo, consumo de alcohol (30,1%), seguido por consumo de otras drogas (37,7%) y consumo de otras drogas (2,7%). El diagnóstico

Tabla 4
COMPARACIÓN DE DIAGNÓSTICO DEL EJE I EN PACIENTES TRATADOS EN SPHDS, CON Y SIN CONSUMO RELATIVO

| Eje I | Alcohol (+) | Alcohol(-) |
|-------------------------|-------------|------------|
| Psicorgánico | 0,7 | 2,8 |
| Alcohol/otras drogas | 70,5 | 5,6 |
| Psicosis | 1,4 | 14 |
| Afectivo | 16,4 | 49,8 |
| Ansiedad | 5,5 | 13,5 |
| Trastornos alimentarios | 0,7 | 2,2 |
| Impulsividad | 2,7 | 1,9 |
| Trastorno adaptativos | 3 | 2,1 |
| Total | 146 | 100 |

psiquiátrico más frecuentemente formulado fue el de trastorno afectivo (16,4%), seguido por los cuadros ansiosos (5,5%).

Al comparar el diagnóstico de los pacientes con o sin antecedentes familiares, la frecuencia de consumo de alcohol y abuso de sustancias fue mucho mayor entre el primer grupo, como puede verse en la Tabla 4. Los pacientes sin antecedentes familiares de consumo presentaron mucho más diagnósticos psiquiátricos tales como trastorno afectivo (49,8%), psicosis (14%), trastorno ansioso (13,5%) o trastorno adaptativo (9,4%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Entre los problemas metodológicos a tomar en cuenta en este trabajo están el tratarse de un estudio con datos retrospectivos: en muchos casos no se registra la existencia de consumo de los padres: posibilidad de sub registro.

La base total de datos de triage, por ejemplo, tiene más de 12.000 registros, y el antecedente está consignado sólo en 3.921. Un diseño retrospectivo como el utilizado no permite afirmar que el consumo de alcohol parental esté causalmente relacionado con los problemas de salud mental que presentan luego los pacientes adultos. Una revisión de las fichas clínicas pudiera haber iluminado esta relación con datos cualitativos. En dichas fichas muchas veces tampoco se registra el antecedente de consumo por familiares.

Este trabajo confirma la literatura que señala que el alcoholismo en las generaciones anteriores (padres, abuelos, hermanos mayores) afectan al sujeto, a su familia, al ambiente laboral y a la sociedad en su conjunto. Cuando hay antecedente de consumo entre familiares hay más psicopatología adulta que cuando este antecedente es negativo.

Existe una correlación estadística entre consumo parental y psicopatología adulta. Esta asociación se

puede explicar por mecanismos genéticos (transmisión hereditaria), o bien por crianza entre padres consumidores. La literatura señala que ambos mecanismos existen, pero este trabajo no permite aclarar el rol relativo de cada uno.

Este trabajo señala la importancia que para todo profesional de la salud es tener presente la alta frecuencia de consumo de alcohol en la población general, su abuso y dependencia: el consumo de los familiares debería ser siempre investigado.

De acuerdo con los resultados entregados en este trabajo, el antecedente familiar de consumo debe ser considerado como indicador de riesgo de psicopatología, por lo cual es de vital importancia indagarlo como un dato anamnésico relevante.

El antecedente de consumo familiar de alcohol puede relacionarse al trauma psíquico infante-juvenil, y es uno de los ítems explorados en la Escala de Marshall (9). En este caso ese dato estaba registrado en la base utilizada solo en los enfermos hospitalizados. Es importante en trabajos futuros su exploración sistemática.

Estos resultados pueden ser utilizados en actividades preventivas y en educación: los padres no están lo suficientemente conscientes de cómo su ingesta de alcohol puede influir en su progenie. Es importante tomar esto en cuenta en el diseño de políticas públicas.

REFERENCIAS

1. Dube SH, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DP, Giles WH, Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span. Findings From the Adverse Childhood Experiences Study JAMA, December 26, 2001, Vol. 286, No. 24
2. Díaz-Anzaldúa A, Díaz-Martínez A, Díaz LR. The complex interplay of genetics, epigenetics, and environment in the predisposition to alcohol dependence. Salud Mental. Vol. 34, No. 2, marzo-abril 2011

3. King S, McGue M, Iacono W. Diferencias de género entre el ajuste psicológico en descendientes de padres alcohólicos: Un estudio de Adopción. Simposio presentado en la Sociedad de Investigación sobre alcoholismo, 2004, Vancouver
4. Fuentealba R, Flores M, Fernández A. Prevalencia de Trastornos Psíquicos infantiles y Hábitos de Ingestión de alcohol del Jefe de Hogar CEAP: Comisión de estudios en aspectos psicosociales de la atención primaria. Unidad de Salud Mental, Facultad de Medicina, Campus Oriente. Mayo-1994
5. Gogineni A, Stout R, Longabauch R, Woolard R, Strong D. Diferencias de género en el alcoholismo parental y abuso de OH y depresión en hijas adultas. Simposio presentado en la Sociedad de Investigación sobre alcoholismo, 2004, Vancouver
6. SENDA. Observatorio Chileno de Drogas, Boletín Nº 3. Análisis de resultados: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Senda, Santiago de Chile, noviembre 2011
7. SENDA. Observatorio Chileno de Drogas, Boletín Nº 7. Edad de Inicio de consumo de Alcohol y Tabaco en Chile: estudio de Cohortes 1934. Senda, Santiago de Chile, febrero 2012
8. Florenzano R, *et al.* "Desarrollo de un sistema de registro y almacenamiento de información de los pacientes atendidos en un hospital general (BDPS 1.1)". Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria 4.2 (2008): 226-29
9. Florenzano R, Weil K, Cruz C, Acuña J, Fullerton C, Muñoz C, Leighton C, Marambio M. (2002). Personalidad Límitrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría 40; 335-340

INVESTIGACIÓN

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS¹

(Rev GPU 2014; 10; 1: 121-126)

Juan Pérez-Franco², Carmen Gloria Fresno J.³

Pocos estudios en Chile han explorado las diferencias de género en el abuso de sustancias. Con ese objeto se realizó un estudio transversal de 124 hombres y 124 mujeres, emparejados aleatoriamente, de 16 a 65 años, que se presentaron voluntariamente a tratamiento ambulatorio en un periodo de tres años, utilizando una entrevista estructurada y una escala de evaluación de tipo Likert para diferentes áreas de problemas, incluyendo consumos, escala de autoestima de Rosenberg, con análisis estadístico posterior. Hubo similitudes de género en la edad, cantidad y tipo de sustancias, y número de tratamientos realizados anteriormente, y diferencias en la correlación de consumo de sustancias con la edad (negativo en las mujeres) y el nivel de educación (negativo en los hombres). Las mujeres parecen tener peor salud mental, con más intentos de suicidio, sin relación con psicotrópicos. El número de tratamientos realizados con anterioridad no se correlaciona en mujeres con ninguna de las variables evaluadas, pero se correlaciona con la edad y el consumo de sustancias en los hombres. En los hombres, pero no en las mujeres, el uso de sustancias está correlacionado con problemas variados, incluidos los intentos de suicidio, con problemas legales y condena penal. A pesar de las similitudes en el consumo mismo, los hombres parecen tener más problemas con el consumo de sustancias, y las mujeres, en cambio, con salud mental en general. Por tanto, sería prudente tener en cuenta las diferencias de género en el diseño de programas de rehabilitación.

¹ Trabajo financiado por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Universidad de Chile, que no tuvo influencia en el diseño del estudio, en la recolección, análisis o interpretación de los datos, ni en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito

² Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Universidad de Chile. Av. JM Carrera 3100, San Miguel. jperez@med.uchile.cl

³ Asistente Social. Policlínico de Drogadicción y Alcoholismo "Enrique Alvear".

INTRODUCCIÓN

Las diferencias de género en el uso de sustancias psicoactivas se encuentran a lo ancho del planeta (1). La Organización Mundial de la Salud (2) ha propuesto que, al menos en torno al consumo de alcohol, sería una de las pocas diferencias de género universales en la conducta social humana (2, 3). Las mujeres consumen menos sustancias que los hombres y presentan menos problemas asociados, pero cuando se involucran en un abuso, llegan con mayor rapidez a consumos problemáticos y tienen mayores tasas de recaída (4), lo que ha sido considerado como producto de la influencia hormonal (5). Los estudios en el mundo han demostrado que, en el caso del alcohol, los hombres son menos abstinentes, consumen más alcohol y presentan mayores problemas asociados (6), entre ellos la violencia contra las mujeres, aunque la magnitud de estas diferencias de género varía mucho de sociedad en sociedad.

En Chile hay pocos estudios que hayan explorado estas diferencias. De estos estudios se desprende que son los hombres los que consumen sustancias en mayor cantidad, frecuencia y con conductas de riesgo (7). La Encuesta Nacional de Salud de Chile (ENS) 2009-2010 (8) arrojó que entre los hombres se encontraba un 19,7% de sujetos con un puntaje AUDIT mayor a 8 puntos, y 29,3% con más de 2 puntos de la EBBA. En tanto, solo un 2,5% de las mujeres puntuaron más de 8 puntos en AUDIT y 6,7% más de 2 puntos de EBBA. De un modo parecido, la prevalencia de consumo de cocaína en el último año fue sensiblemente mayor entre los hombres (1,2%) que entre las mujeres (0,1%) (9). En cuanto al cigarrillo, la ENS demostró que los hombres tenían una prevalencia de vida de 60,1% y las mujeres de 46,9%, con un 33,7% de hombres y 26,0% de mujeres fumadores diarios. La cantidad diaria de cigarrillos fue menor en mujeres hasta los 45 años, pero alcanzaban a los hombres (11,6/10,0 %) sobre los 45 años y los superaban sobre los 65 años (7,7/10,2 %), con una mayor prevalencia de dependencia en mujeres a esta edad (27,8/47,1 %). Por otra parte, en un estudio realizado por CONACE en pacientes consultantes en servicios de urgencia que habían sufrido algún evento traumático, no se observaron diferencias en el consumo de sustancias entre hombres y mujeres (10). De la misma manera, las brechas en la edad de inicio del consumo han disminuido notablemente en las últimas décadas (11).

El propósito del presente trabajo fue explorar estas diferencias en pacientes que se encontraban en un programa de rehabilitación por trastornos por uso

de sustancias psicoactivas. El conocimiento específico de esas diferencias permitiría diseñar programas con perspectiva de género (12), lo que podría incidir en sus resultados terapéuticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un muestreo consecutivo no probabilístico considerando a la totalidad de las mujeres (N=124) que ingresaron entre los años 2008 y 2011 al Policlínico de Alcoholismo y Drogadicción Enrique Alvear, institución ligada a la Iglesia Católica y dedicada a la rehabilitación ambulatoria de estos pacientes. Los pacientes pertenecían principalmente a las comunas de Pedro Aguirre Cerda y Lo Espejo. Para comparar, se incluyó igual cantidad de hombres, eligiendo de manera consecutiva no probabilística a los primeros ingresos masculinos de cada mes hasta parear cada ingreso femenino del mismo mes, obteniendo así 124 pacientes. Los pacientes contestaron un cuestionario de ingreso al programa que contenía 9 áreas de evaluación: a) uso de sustancias [que incluyó cantidad (alcohol: trago normalizado de 15 ml de alcohol puro; pasta base de cocaína (PBC): en “papelinas”, envoltorio que contiene aproximadamente 1 g de sustancia; cocaína: gramos; cigarrillos: unidades; marihuana: “pitos”), frecuencia (días al mes), tiempo de uso total; todos los consumos se llevaron a una razón ‘cantidad/frecuencia’ (13) y a eso le llamamos “media de consumo diario”]; b) valoración de la capacidad de control del uso; c) valoración de la salud física; d) valoración de las relaciones familiares; e) valoración de las finanzas y el trabajo; f) valoración de conductas disruptivas; g) valoración de problemas judiciales; h) valoración de la autoestima (aplicando la Escala de Autoestima de Rosenberg) (14); i) valoración de la salud mental. La valoración se realizó a través de una escala de tipo Likert solicitando al paciente que se “ponga nota” de 1 a 7 en cada una de las áreas, siendo en todos los casos los puntajes 1 “peor” y 7 “mejor”, imitando la forma de evaluación escolar en Chile, puntaje que se promedia con el aplicado simultáneamente por el entrevistador en las mismas áreas, siguiendo una metodología sugerida por el MINSAL en 1993 (15). Por ejemplo, la presencia de mayor cantidad de conductas disruptivas se valoró como 1 o cercano a 1, y una peor salud mental también se consideró en puntajes bajos, lo mismo que un peor control de consumo o una mayor cantidad de problemas judiciales. En suma, un puntaje bajo en todos los dominios indica gravedad. Al contrario, un puntaje alto indica levedad. Los puntajes finalmente

se promediaron aritméticamente. De modo que un paciente que ingresa al programa con un puntaje promedio de 4,3 puntos está mejor (tiene un compromiso bio-psico-social más leve) que uno que ingresa con un 2,2. Estos mismos dominios además fueron registrados con ítems (preguntas) estandarizados, con los que se pudo analizar en detalle cada área y se permitió valorar mejor el nivel de compromiso psicosocial (datos no mostrados). A estas áreas se agregó un registro de intentos de suicidio y su relación con el consumo de sustancias. A los sujetos se les preguntó si en su vida habían realizado un intento suicida, y en caso afirmativo, se les consultó si los intentos guardaban alguna relación con el consumo de sustancias, esto es, si el intento lo habían realizado en un periodo de intoxicación aguda o durante la abstinencia inmediata o no tenía relación alguna con dicho consumo.

Para los cálculos se utilizó la plataforma R (versión 2.15.3) (16). Se calcularon las diferencias entre hombres y mujeres de todas las variables en estudio, utilizando chi-cuadrado para las variables categóricas y el t-test de muestras independientes para las variables continuas. Finalmente, se calcularon correlaciones (Pearson) entre la mayoría de los parámetros continuos en forma separada para hombres y mujeres.

RESULTADOS

La media de edad fue de 33,7 años (amplitud 16-65 años). Las mujeres vivían mayoritariamente con sus hijos y dependían financieramente en forma prioritaria de sus parejas. Los hombres en una proporción importante vivían sin pareja ni hijos y con sus padres. Los hombres concentraban la actividad delictual (20,2% tenían antecedentes penales), pero casi un 9% de las mujeres también había sido condenado por algún delito. La diferencia de escolaridad de un año, que favoreció a los hombres, resultó significativa (Tabla 1).

Hombres y mujeres mostraron un patrón similar en el orden de importancia de la sustancia problema (comenzando por alcohol, luego PBC, cocaína y finalmente marihuana), pero los hombres tenían con mayor frecuencia más de una sustancia problema que las mujeres (Tabla 2). Los hombres consumían mayor cantidad de alcohol por ocasión (p.o.), pero las mujeres consumían con mayor frecuencia mensual, de manera que la cantidad de alcohol media diaria resultó ser similar en ambos grupos. El consumo de las otras sustancias, incluyendo el cigarrillo, resultó ser muy similar en ambos grupos. Hombres y mujeres han tenido tratamientos anteriores con la misma frecuencia y en similar número.

PUNTAJES DE VALORACIÓN DE ÁREAS PROBLEMÁTICAS

En la mayoría de las áreas de evaluación hombres y mujeres tuvieron puntajes similares, sin diferencias significativas, salvo en problemas judiciales (peor los hombres), salud mental (peor las mujeres) y autoestima (peor las mujeres) (Tabla 3). Los hombres tenían con mayor frecuencia antecedentes penales (20,2%) que las mujeres (8,9%) (d.s.).

INTENTOS SUICIDAS

Hubo más mujeres que hombres que realizaron un intento suicida ($p = 0,003$). Se encontró un OR de 2,19 (mujer/hombre) para intento suicida (Tabla 4). De los intentadores, en los hombres existió relación con el consumo de alcohol o drogas (31 de 43). En las mujeres, en cambio, no existió esa asociación (33 de 65) ($p < 0,0001$).

CORRELACIONES

Realizamos un cálculo de correlaciones (Pearson) entre la mayoría de las variables medidas, incluyendo edad, número de tratamientos anteriores, años de escolaridad, uso de sustancias (media diaria y tiempo total de uso), y los puntajes en las 8 áreas evaluadas. Las correlaciones pueden observarse con detalle en la Tabla 5.

TRATAMIENTOS ANTERIORES

En hombres, el número de tratamientos anteriores se correlaciona positivamente con la edad, con la cantidad media diaria de uso de alcohol, y con el tiempo total de uso de alcohol, PBC y cigarrillos. En cambio en las mujeres sólo se observó una correlación significativa con el tiempo de uso de marihuana.

EDAD

En hombres y mujeres la edad mostró correlaciones altas y significativas con el tiempo total de uso de alcohol (mayor en hombres), marihuana y cigarrillos (mayor en mujeres), y una correlación negativa con el tiempo de uso de PBC en mujeres y también negativa con la media diaria de uso de marihuana en hombres. En general, las mujeres presentaron mayor cantidad de correlaciones positivas entre la edad y los puntajes de evaluación que los hombres, aunque en estos también existió una correlación positiva de la edad con el puntaje de problemas judiciales y conducta (recuérdese que un mayor

puntaje significa mayor bienestar psicosocial o menores problemas asociados al consumo).

AÑOS DE ESCOLARIDAD

En mujeres los años de escolaridad mostraron escasas correlaciones con las variables estudiadas, fueran éstas el uso de sustancias o la valoración de las áreas problema. En hombres, en cambio, se correlacionó negativamente con el tiempo de uso total de alcohol y marihuana, y con la media diaria de uso de alcohol. También se observó en hombres una correlación positiva con puntajes en trabajo, problemas judiciales y puntaje promedio de ingreso.

USO DE SUSTANCIAS

Los hombres presentaron más correlaciones que las mujeres entre el uso de sustancias y diversas variables. Por ejemplo, en forma positiva entre el uso de alcohol y el número de tratamientos anteriores, y de manera negativa con los años de escolaridad, puntaje de trabajo, de problemas judiciales y con el puntaje promedio al ingreso. En hombres, la media de uso de PBC se correlacionó negativamente con el puntaje de control del consumo, de trabajo, de problemas judiciales, de salud mental, y con el puntaje promedio de ingreso. En cambio, ninguna de esas correlaciones estuvo presente en las mujeres.

Las mujeres presentaron correlaciones negativas entre el uso de marihuana con los puntajes de evaluación de diversas áreas: control, salud física, conducta, autoestima, salud mental, y es el consumo que mostró una correlación negativa más alta con el puntaje promedio de ingreso al programa ($r = 0,60$; $p < 0,001$). En los hombres el uso de marihuana se correlacionó negativamente con el puntaje de control, de salud mental y con el puntaje de ingreso al programa.

El uso de PBC no se correlacionó con el uso de cocaína ni en hombres ni en mujeres.

DISCUSIÓN

Los datos analizados revelan que, efectivamente, hombres y mujeres en rehabilitación son diferentes en el consumo de sustancias, pero también muestran muchas similitudes. Las similitudes son, en primer lugar, la edad, número de tratamientos anteriores, frecuencia y tipo del problema principal (alcohol y PBC), y media diaria de consumo de todas las sustancias. También tienen áreas problemáticas similares, muestran grandes similitudes en las correlaciones positivas entre la

edad y el tiempo de uso de las sustancias, y una alta correlación entre la edad y el aumento (mejoría) en los puntajes de conducta y de problemas judiciales. El puntaje promedio de evaluación por áreas al ingreso al programa es similar.

Las mayores diferencias se encuentran, en primer lugar, en los datos sociodemográficos. Las mujeres tienen también en forma significativa un año menos de escolaridad.

Pero las diferencias que parecen más llamativas son la correlación positiva que existe en los hombres entre edad y tratamientos efectuados. Esto es, los hombres comienzan a tratarse antes, y a medida que envejecen van acumulando tratamientos. Así mismo, para los hombres, un mayor consumo de la mayoría de las sustancias (incluyendo cigarrillos) se correlaciona con un mayor número de tratamientos efectuados. En las mujeres, en cambio, no se observó correlación entre el número de tratamientos y algún factor, salvo con la media diaria de marihuana. Hay que considerar que hombres y mujeres tienen el mismo número de tratamientos anteriores, no muestran diferencias en las medias diarias de consumo de ninguna sustancia, y muestran similares niveles de problemas en la mayoría de las áreas evaluadas (exceptuando problemas judiciales, salud mental y autoestima). De manera que las diferencias en correlaciones podrían explicarse por el modo en que hombres y mujeres entienden o experimentan su problemática asociada al consumo. Para los hombres pudiera ser éste un problema mayor. La asociación clara del uso de sustancias con los intentos suicidas apunta en esta dirección. Así también los hombres tienen peor puntaje en problemas judiciales, y este puntaje se correlaciona de manera negativa con el consumo de alcohol y PBC (es decir, a mayor consumo, menor –peor– puntaje). Es probable que haya también una progresiva presión social sobre los hombres que los obliga a consultar, o bien que, a la inversa, la problemática se mantenga oculta en las mujeres. En pocas palabras, parece ser el consumo mismo y sus consecuencias personales y sociales lo que obligaría a consultar a los hombres.

La consulta en las mujeres, en cambio, parece vincularse a otros factores que no tienen relación con la edad ni con el consumo o sus consecuencias inmediatas. Pensamos que probablemente este factor sea el nivel de salud mental, pese a que en ellas no existió correlación entre tratamientos anteriores y autoestima o puntaje de salud mental, aun cuando los menores puntajes de salud mental y autoestima en mujeres fueron de las pocas áreas en que hubo diferencias significativas con los hombres. A esto hay que agregar la

ausencia de correlación en mujeres entre intentos suicidas y consumo de sustancias, siendo que el riesgo de intento suicida es en las mujeres más del doble que en los hombres, lo que sugiere que en ellas el intento suicida no está facilitado por el uso de sustancias, y pudiera asociarse a elementos generales de malestar psíquico. Esto coincide ampliamente con metaanálisis que han demostrado que entre los suicidas varones existe una mayor probabilidad de tener trastornos por uso de sustancias (alcohol y otras), en cambio en las mujeres existe una mayor probabilidad de tener trastornos afectivos (18). Las mujeres en consecuencia parecen tener peor salud mental y éste podría ser el principal factor que las lleva a consultar. Esta es un área que merece explorarse con mayor detalle.

Por otra parte, la edad en las mujeres es un factor que se correlaciona en forma positiva con los puntajes de valoración (familia, conducta, problemas judiciales, puntaje promedio y número de intervenciones), lo que indicaría la presencia de un posible factor “de maduración” protector que parece menor o ausente en los hombres.

Llama la atención la ausencia de correlación en las mujeres entre años de escolaridad y alguno de los factores estudiados, cuando en cambio en los hombres existe una correlación negativa entre años de escolaridad y el tiempo y la media diaria de uso de alcohol, y el tiempo de uso de marihuana, y una correlación positiva con el aumento (mejoría) en los puntajes de trabajo, de problemas judiciales y el promedio al ingreso. Esta diferencia es notable, dado que mostraría que solo en los hombres la escolaridad parece tener alguna influencia sobre el consumo. Hay que recordar que las mujeres en este estudio tuvieron un año menos de escolaridad, una diferencia que fue significativa.

De las sustancias estudiadas, en las mujeres es la marihuana la que muestra mayor cantidad de correlaciones con diversa problemática, aunque no con el consumo de otras sustancias. Este es un hecho sorprendente, porque el consumo de PBC en mujeres, sustancia con una conocida capacidad de provocar abuso (17) (a la inversa que el cannabis), no presenta ninguna correlación con otros consumos (salvo con la media diaria de cigarrillos) ni con áreas problemáticas. Solo el alcohol en mujeres muestra correlaciones con algunas áreas problema. Estos datos son llamativos, porque la marihuana figura de una manera muy secundaria en la problemática de consulta: las mujeres la mencionan solo en 6 casos como problema principal (4,8% de las mujeres), siempre asociada a otros consumos, 8 veces (6,5%) como problema secundario, y 2 veces (1,6%) como problema terciario. En tanto, los hombres la mencionan en

4 ocasiones (3,2%) como problema principal, siempre asociada a otros consumos secundarios, 31 veces (25%) como problema secundario y 5 veces (4%) como problema terciario (datos no mostrados). Podría especularse si acaso la presencia de consumo de marihuana en las mujeres tenga la condición de marcador de problemas, aun cuando no sea en sí mismo un problema. Por otra parte, es la PBC la que mostró más correlaciones con diversa problemática en los hombres, siendo que no hay diferencias en la media diaria entre los géneros. Esto también sugiere que hombres y mujeres experimentan de manera diferente el consumo de sustancias, incluso considerando que no tienen diferencias en el grado de control del consumo.

Debe destacarse, por último, que el uso de PBC no aparece correlacionado con el uso de cocaína, ni en hombres ni en mujeres, lo que sugiere un régimen de uso diferenciado entre estas sustancias.

CONCLUSIONES

De estas diferencias se desprende que los programas debieran adaptarse a las necesidades específicas de rehabilitación para hombres y mujeres. En los hombres, dirigidos directamente a mejorar el control, sobre todo en relación al intento suicida y los problemas judiciales y en particular el uso de alcohol y PBC. En las mujeres, en cambio, dirigidos a la mejoría del trastorno afectivo que parece existir y que pudiera en ellas ser más relevante que el consumo mismo.

El análisis de los resultados sugiere fuertemente que la diferencia principal en el consumo de sustancias entre hombres y mujeres se da a nivel de las experiencias íntimas personales, con las que se evalúa el consumo en cada género. Para los hombres parece existir una mayor problemática, pero en las mujeres parece existir un mayor malestar anímico.

Dado que no se encontraba entre los objetivos, una carencia de este estudio es que no logramos precisar la naturaleza del motivo inicial de consulta en estos pacientes. Sería muy interesante saber esta motivación, porque permitiría aclarar varias de las diferencias observadas. Esto abre interesantes perspectivas de estudio.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal del PADEA que colaboró con el éxito de esta investigación, en especial a su responsable, el sacerdote Sergio Naser. Agradecemos al Dr. Alejandro Gómez por las valiosas sugerencias a una versión preliminar del trabajo.

REFERENCIAS

1. Hensing G, Spak F. Gendering Socio Cultural Alcohol and Drug Research. *Alcohol Alcohol*. 2009; 44(6): 602-606
2. Obot IS, Room R. Alcohol, Gender and Drinking Problems. Geneva. WHO; 2005: 227
3. Holmila M, Raitasalo K. Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction*. 2005; 100: 1763-1769
4. Becker JB, Hu M. Sex differences in drug abuse. *Frontiers Neuroendocrin*. 2008; 29: 36-47
5. Hudson A, Stamp JA. Ovarian hormones and propensity to drug relapse: A review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2011; 35(3): 427-436
6. OPS. Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas. Washington D.C. OPS. 2007: 69
7. Hernández G, Montino O, Kimelman M, Orellana G, Núñez C, Ibáñez C. Prevalencia de trastornos psiquiátricos por uso de alcohol y otras sustancias en hombres y mujeres hospitalizados en medicina interna de un hospital de Santiago de Chile. *Rev Med Chile* 2002; 130: 651-660
8. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. En: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf> (consultado el 16/11/2012)
9. SENDA. Noveno estudio nacional de drogas en población general. Disponible en: http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/02/2010_noveno_estudio_nacional.pdf (consultado el 16/11/2012)
10. SENDA. Estudio sobre drogas en consultantes de salas de urgencia. 2010. http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/04/2010_Consultantes_Salas_Urgencia.pdf (consultado el 26/06/2013)
11. SENDA. Boletín Observatorio Chileno de Drogas. Nº 7, febrero 2012. http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/02/20120210_boletin07.pdf (consultado el 26/06/2013)
12. Osorio R, Salazar C, McCusker M. Evaluación de un servicio para mujeres que abusan de sustancias psicotrópicas. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2001; 39(3): 203-210
13. Rojas JI, Hallford G, Brand MW, Tivis LJ. Latino/as in Substance Abuse Treatment: Substance Use Patterns, Family History of Addiction and Depression. *J Ethn Subst Abuse*. 2012; 11(1): 75-85
14. Rojas-Barahona CA, Zegers B, Förster M, CE. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Med Chile* 2009; 137: 791-800
15. MINSAL. Normas técnicas y programáticas en beber problema. Consumo perjudicial y dependencia alcohólica. Santiago. 1993
16. R Core Team (2012). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <http://www.r-project.org/>
17. Ridenour TA, Maldonado-Molina M, Compton WM, Spitznagel EL, Cottler LB. (2005). Factors associated with the transition from abuse to dependence among substance abusers: Implications for a measure of addictive liability. *Drug Alcohol Depend* 2005; 80: 1-14
18. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004; 11: 1-11