

SODEPSI

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE  
PSIQUIATRÍA  
UNIVERSITARIA

PSIQUIATRÍA · PSICOLOGÍA · CIENCIA · CULTURA | TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 10, VOLUMEN 10, Nº 3 SEPTIEMBRE DE 2014

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

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

## IMPORTANTE

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

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

### SUSCRIPCIONES DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

(incluye envío por correo certificado)

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

Fono: (56-2) 2269 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](mailto:contacto@cyccsalud.cl)

Revisión - Investigación - Teoría

GACETA DE

# PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

PSIQUIATRÍA · PSICOLOGÍA · CIENCIA · CULTURA | TEMAS Y CONTROVERSIAS

## DIRECTOR ACADÉMICO

César Ojeda

## EDITOR GENERAL

Alberto Botto

## SUBEDITORES GENERALES

Patricia Cordella, Hernán Villarino

## SUBEDITORES DE ÁREA

**Psicoanálisis:** Juan Carlos Almonte

**Filosofía:** Jorge Acevedo

**Antropología:** Felipe Martínez

**Investigación:** Jaime Silva

**Literatura:** Eduardo Llanos

## CUERPO EDITORIAL

Jorge Acevedo

Julia Acuña

Claudia Almonte

Juan Carlos Almonte

M. Luz Bascuñán

Sergio Bernales

Alberto Botto

Francisco Bustamante

Patricia Cordella

Susana Cubillos

Guillermo de la Parra

Michele Dufey

Ramón Florenzano

Juan Pablo Jiménez

Juan Francisco Jordán

Eduardo Llanos

Felipe Martínez

Juan Carlos Martínez

César Ojeda

Gricel Orellana

Sandra Saldivia

Jaime Santander

André Sassenfeld

Catalina Scott

Hernán Silva

Jaime Silva

Benjamín Vicente

Hernán Villarino

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

Gaceta de Psiquiatría Universitaria

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría

Av. Providencia 1939, 52-B

Santiago de Chile

Fono: (56-2) 2269 7517

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](mailto:revistagpu@gmail.com)

ISSN: 0718-4476 (Versión impresa)

ISSN: 0718-9346 (Versión en línea)

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

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

### *Artículo:*

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

### *Libro:*

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

# ÍNDICE

---

## 266 EDITORIAL

- 266 EL PANORAMA ACTUAL DE LA CIENCIA  
*Hernán Villarino*

## 270 ACADÉMICAS

- 270 IV JORNADA DE PSIQUIATRÍA DEL LIMARÍ:  
EL LUGAR DEL *OTRO* EN LA CLÍNICA ACTUAL

## 271 COMENTARIO DE LIBROS

- 271 CEROCEROCERO  
Autor: Roberto Saviano  
Editorial: Anagrama, Barcelona, 2014  
*Comentarista: Juan Pablo Vildoso*
- 273 MELANCOLÍA  
Autor: László F. Földényi  
Barcelona, Círculo de Lectores, Galaxia Gutenberg, 2008 (Orig. 1984)  
Traducción de Adan Kovacsics  
*Comentarista: Carlos Rodríguez*

## 277 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS

## 279 COMENTARIO

- 279 SOBRE PSICOTERAPIA  
*Hernán Villarino*
- 285 SENSACIÓN DE PROPIEDAD DE LA EXPERIENCIA CONSCIENTE  
Y TRASTORNOS MENTALES: CLARIFICACIONES EN TORNO AL  
EXAMEN DE ANOMALÍAS SUBJETIVAS DE LA EXPERIENCIA  
(EASE)  
*Pablo López-Silva*

## 287 ENTREVISTA DE GPU

- 287 ENTREVISTA A JEREMY SAFRAN  
*Por Edgardo Thumala*

## 295 REFLEXIÓN

- 295 PSICOTERAPIA, MEDICINA Y PSIQUIATRÍA  
*César Ojeda*

## 300 RETROSPECTIVA

- 300 LOS COMPLEJOS SINTOMÁTICOS EN LA PSICOPATOLOGÍA  
GENERAL DE JASPERS  
*GPU*

## 306 PSICOANÁLISIS

- 306 LO DISOCIADO: UNA LEVE VIBRACIÓN EN EL BORDE DE LA  
EXPERIENCIA  
*Andrés Correa, Andrés Muñoz, Claudia Balbontín*
- 318 SEXUALIDAD, CREATIVIDAD Y CONFLICTO ESTÉTICO: ANÁLISIS  
DE DOS CASOS  
*Carmen Gloria Fenieux*

- 322 EL LUGAR DEL RECONOCIMIENTO EN PSICOTERAPIA  
*Liliana Messina Schwartz*

## 326 CULTURA

- 326 PROLOGANDO UN DICCIONARIO DE CREATIVIDAD  
*Eduardo Llanos Melussa*

- 330 CINE: GRAN ESPEJO DE LA VIDA PSÍQUICA  
*Maritza Bocic, Camilo Urzúa, Daniel Moreno*

## 333 INVESTIGACIÓN

- 333 CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PSICOTERAPIA. PERSPECTIVA  
DE TERAPEUTAS Y CONSULTANTES  
*M. Luz Bascuñán*
- 344 PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y DATOS NORMATIVOS DEL TEST  
DE STROOP Y DEL TEST TORRE DE HANOI EN ESTUDIANTES DE  
EDUCACIÓN FÍSICA DE CHILE  
*Fernando Maureira, Cristián Aravena, Claudia Gálvez, Elizabeth Flores*
- 350 EL DISCURSO SUICIDA: UNA APROXIMACIÓN AL SENTIDO Y  
SIGNIFICADO DEL SUICIDIO BASADO EN EL ANÁLISIS DE NOTAS  
SUICIDAS  
*Francisco Ceballos Espinoza*
- 358 CUESTIONARIO DE EXPLORACIÓN DE LA IDENTIDAD SEXUAL  
(CEIS): ANÁLISIS FACTORIAL Y ESTUDIO INICIAL DE VALIDEZ EN  
UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES CHILENAS  
*María José León, Sergio E. Chaigneau, Juliana Rodríguez, Felipe Peña*

## EL PANORAMA ACTUAL DE LA CIENCIA

Hernán Villarino

Son muchas las voces independientes que llenas de inquietud se preguntan hoy por el estado actual y el futuro de la ciencia. No es un asunto que se produzca en ésta o en esta otra ciencia, al parecer ocurre en todas sus ramas. Las formas que adopta, el origen y las causas de la situación son muy variadas, pero en aras de la brevedad aquí sólo recogeremos una serie de anécdotas que muestran una y sólo una de las facetas del problema, no sus causas sino sus manifestaciones.

En la ciencia pura el astrofísico López Corredoira<sup>1</sup>, a partir de las variables sociológicas por las que discurre la investigación en nuestra época, asegura que la sociedad está ahogada entre inmensas cantidades de conocimientos, la mayoría de ellos sobre cosas de poca importancia para nuestra visión del cosmos, o sin producir avances en los fundamentos básicos, sólo aplicaciones técnicas o detalles secundarios. En los pocos campos donde surgen algunos aspectos importantes de cuestiones sin resolver, dice, grupos poderosos controlan los flujos de información y empujan hacia verdades consensuadas en vez de haber discusiones objetivas dentro de una metodología científica, lo que da pocas garantías de que estemos obteniendo nuevas verdades sólidas sobre la naturaleza. Por último, la creatividad individual está condenada a desaparecer en favor de las grandes corporaciones de administradores y políticos de la ciencia especializados en buscar formas de obtener fondos del Estado en megaproyectos con costes crecientes y retornos decrecientes.

<sup>1</sup> López Corredoira M. *El ocaso de la era científica*. Revista Eikasia, N° 54, 2014. <http://revistadefilosofia.com/54-09.pdf>.

¿En que se basan estas ominosas descripciones? En primer lugar, en los costos superfluos que supone el gasto en investigación. El número de científicos dedicados al I+D es actualmente de 5,8 millones (sin contar la India), lo que da un promedio de uno por cada mil habitantes del planeta (con las diferencias de concentración que hay de un país a otro dependiendo de su grado de desarrollo). En el s. XIX la proporción era infinitamente inferior, y aún menor el s. XVIII. Los instrumentos utilizados eran entonces mucho más baratos, y la mayoría de los científicos en el pasado no recibieron ningún salario por sus investigaciones, pagaban ellos mismos sus gastos y *no tenían tantas vacaciones pagadas con la excusa de ir a "conferencias" como hoy en día*.

Los investigadores principales de un proyecto científico, continúa López Corredoira, en el presente son los líderes de un grupo que comprende varios estudiantes de doctorado, investigadores posdoctorales y, quizá, algunos científicos *senior* de menor estatus, frecuentemente con una dimensión transnacional. Pero el investigador principal es usualmente una especie de manager comercial, un político de la ciencia, donde la administración y la gestión constituyen su genuina escalera de ascensos. El éxito de una línea de investigación significa más dinero y que más científicos se ocupan en ella. Pero en el éxito no decide sólo el conocimiento sino las habilidades políticas, administrativas y de marketing del investigador principal y de su red clientelar. Por ejemplo, dentro de la física teórica la teoría de cuerdas ha absorbido gran cantidad de individuos y fondos postergando otros enfoques del mismo problema, aunque se trate de una teoría que *no sólo es especulativa, sino que sus conclusiones son circulares, los conceptos son arbitrarios y la estructura jerárquica de*

esta comunidad científica es bastante extravagante. El premio Nobel de física Sheldon Glashow se pregunta si la teoría de cuerdas no sería más apropiada para un Instituto de Matemáticas o incluso una Facultad de Teología que para un Instituto de Física". Unzicker, citado por el autor, considera que los físicos trabajando en esa teoría son como una secta o mafia. Un caso similar se verifica en la búsqueda de partículas supersimétricas en la materia oscura, que ocupa a más de un millar de investigadores en el CERN, quienes después de gastar muchísimo tiempo en la investigación, con inversiones siderales de dinero, la única conclusión a la que han arribado es que se deben explorar más altas energías, para lo que lógicamente solicitan aún más dinero.

El control de las comunicaciones y la práctica del poder están estrechamente relacionados, dice López Corredoira, de modo que el sistema, lejos de permitir la libre publicación de resultados entre profesionales está unido a la censura, aunque el filtro se presente como control de calidad. Los investigadores que quieren publicar en revistas científicas están sujetos a los dictados tanto de un árbitro escogido como de los editores de la revista, que dirán si se acepta el artículo o no (éste es el sistema de revisión por los pares que rige en todas las revistas indexadas). Pero aquí, agrega, hay muchas evidencias de sesgo en favor de ciertos artículos confirmando los puntos de vista usualmente aceptados de investigadores establecidos; secundariamente, en este terreno prosperan el nepotismo y las redes de favoritismo entre amigos y clientes.

Otro autor<sup>2</sup>, nacional en este caso, se pregunta extrañado el por qué en la ciencia compleja se aprecia que lo mismo es llamado de distinto modo por diferentes investigadores, dejando la impresión que hablan de otras cuestiones o que alcanzan conclusiones originales respecto de todos los demás. Por ejemplo, Wolfram, un importante teórico de la ciencia compleja, escribió un libro de 1.197 págs. sobre autómatas celulares, donde curiosamente no aparece citado ningún otro autor. En el ámbito anglosajón jamás se menciona a Morin, el mayor de los autores franceses en este terreno, y cada miembro parte desde cero aun en dominios colindantes. La presencia de orden y desorden en los sistemas es tematizada por Prigogine como estructuras disipativas; por Von Foerster como orden a partir del ruido; por Kaufman como el orden es gratis; por Morrow como entropía; por More como orden sin ordenadores, y por Atlan como el azar organizador sin que exista ningun-

<sup>2</sup> Vivanco M. *Sociedad y complejidad. Del discurso al modelo*. Lom / Fac. de Ciencias Sociales de la U. de Chile, Santiago, 2010.

na referencia mutua y aunque desde Aristóteles cualquier exposición científica que se pretenda original supone dar cuenta de todo lo que se ha dicho y escrito previamente sobre el tema. Sólo el comprender la ciencia como empresa comercial, con su consecuencia inmediata: la erección de redes clientelares que se retroalimentan entre ellos imponiendo no un saber sino los términos con los que referirse a las cosas para que redunde como argumento a favor de la propia "escuela", que así alcanza prevalencia y acceso a fondos en desmedro de todos los otros.

Uno de los ejemplos más notables de lo anterior es el caso Dreyfuss<sup>3</sup>, no el que se verificó en Francia a principios del siglo XX, sino en USA. En la década de los 60 del siglo pasado, en el apogeo de la inteligencia artificial y la robótica, Minsk, el Jefe de dicho programa en el MIT (Massachusetts Institute for Technology), pronosticaba que a partir de la psicología cognitiva en el lapso de 30 años se podría construir un ordenador que replicara de modo idéntico las características de la mente humana, es decir, se podría fabricar una máquina pensante. No obstante, uno de los investigadores de dicho centro, Dreyfuss, consideró que esto no era una cuestión de tiempo, era imposible en cualquier época partiendo de la psicología cognitiva. La fuente de la crítica de este investigador era la filosofía de Heidegger y su idea del hombre como ser-en-el-mundo. Por cierto, esto le valió las más duras, soeces y despiadadas réplicas y censuras. Fue acusado de oscurantista, de no entender la ciencia, de ser medieval, etc., y condenado al ostracismo. 30 años después, y visto el completo fracaso de las expectativas de Minsk y del programa cognitivista que lideraba, a partir de las ideas de Dreyfuss el MIT adoptó un giro heideggeriano, lo cual constituye uno de los sucesos más increíbles en la historia de esa institución. ¡Crear nada menos que en el MIT "laboratorios" fenomenológico-heideggerianos! ¿Quién lo habría pensado?

Más próximo a nosotros es lo que aconteció recientemente con la aparición del DSM-V<sup>4</sup>. Como se recordará, Thomas Insel, Presidente del National Institute of Mental Health (NIMH), en su blog del 29 de abril de 2013 escribió que los pacientes merecen algo mejor

<sup>3</sup> Masis J. *El mito de lo mental: el proyecto de investigación de la inteligencia artificial y la transformación hermenéutica de la fenomenología*. Eikasía. Revista de Filosofía (España). Vol. VI, No. 41, 2011.

<sup>4</sup> Debo el conocimiento de esta anécdota junto con las citas y referencias al Dr. Jaime Santander, Profesor de Psiquiatría en la Universidad Católica. Le estoy muy agradecido por su generosa información.

que ese texto<sup>5</sup>. El día 13 de mayo, sin embargo, hizo una declaración junto a Jeffrey Lieberman, presidente de la American Psychiatric Association, en donde ambos establecían que pese a las limitaciones el DSM-V era el resultado de la mejor evidencia disponible, y por ende el mejor manual diagnóstico construido a la fecha<sup>6</sup>. Pero entonces, ¿cómo Insel pudo decir que los pacientes merecen algo mejor que la mejor evidencia disponible? ¿Qué es mejor que eso? Las cambiantes convicciones de Insel no interesan a nadie, ¿pero cómo explicar científicamente que diga una cosa y su contraria con sólo 15 días de diferencia?<sup>7</sup>

En una reciente columna, el Dr. César Ojeda<sup>8</sup> ha puesto a la luz otro asunto que nos afecta de un modo muy íntimo y que generalmente es mantenido en la penumbra, pero que apunta en la misma dirección. Cuando se habla de los conflictos de interés habitualmente se hace referencia a los médicos singulares, y nunca, o casi nunca, a las sociedades o asociaciones de profesionales. Es justamente este asunto el que se pone en el tapete en el citado texto, porque si un médico recibe regalos de la industria farmacéutica, se lo invita a almuerzos<sup>9</sup> y comidas, se le paga viajes y estadías a congresos, tanto nacionales como extranjeros, etc., por los compromisos adquiridos merma su independencia, abriéndose la posibilidad de que en la relación clínica su actuar se oriente primariamente por el interés propio y el de terceros, entonces, ¿cuánto mayor cuidado no debiera ponerse en relación con aquellas sociedades? A ellas, además de lo anterior, se les financian revistas y congresos, se les trae invitados extranjeros, generalmente sesgados, para que den conferencias, etc., todo lo cual es muchísimo más dinero que el invertido en un médico en particular. Como bien observa el autor, los ingresos propios de esas sociedades no permiten estos fastos.

Respecto de lo que ocurre en las ciencias sociales existen textos clásicos, aunque plenamente actuales, como por ejemplo el de Sorokin<sup>10</sup>. Pero hace unos años, un par de físicos, Sokal y Bricmont<sup>11</sup>, han realizado una descarnada denuncia de las arbitrariedades en la terminología y conceptos científicos no comprendidos, sacados de contexto y completamente deformados que se usan en el curso de la investigación científica, filosófica, sociológica y psicológica así llamada posmoderna. El asunto comenzó con un artículo escrito por Sokal y enviado para su publicación en una prestigiosa revista americana, la *Social Tex*, artículo en cuya redacción el autor había incurrido de propósito en los más groseros errores conceptuales, aunque bien adobados con terminología científica, que llevaban agua al molino de las tendencias ideológicas sustentadas por la publicación, a saber, lo que se conoce como relativismo cultural. La polémica, y quizá el escándalo, se desencadenó cuando esta broma fue denunciada por el mismo autor al preguntarse públicamente cómo era posible que el comité editorial no hubiera detectado las barbaridades contenidas en su escrito, donde por cierto citaba con elogiosa profusión a los autores de aquella corriente, algunos de ellos miembros del Comité Editorial de la revista.

Los ejemplos que aquí invocamos, y la situación de fondo que delatan, ¿son acaso un misterio, una verdad oculta de la que nadie tiene idea y que recién se está develando? Creemos, más bien, que en lo esencial esto ya estaba dicho por Kant en su escrito sobre *El Conflicto de las Facultades*, donde analiza las relaciones del saber con el Estado, y con el poder en general. Es conocido cómo los gobiernos financian, fomentan y utilizan la investigación en tanto ésta favorezca sus propios proyectos e ideología. Por lo mismo, los Estados mejor que nadie conocen que en ella se producen todas las deformaciones que llevamos apuntadas, las que la esterilizan, la hacen dispendiosa y tremendamente confusa. Conscientes, por otro lado, que es imposible cambiar el estado de cosas imperante, que está armado como una impenetrable red de intereses económicos y de poder que, por lo demás, a veces puede serles de utilidad, cuando realmente se ocupan del conocimiento, como apunta Pérez Herranz<sup>12</sup>, crean una universidad como la de Princeton con el exclusivo objeto de albergar a Einstein, modelo seguido en Francia por el IHES

<sup>5</sup> Para más información, ver: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>.

<sup>6</sup> Para más información, ver: <http://alert.psychiatricnews.org/2013/05/lieberman-insel-issue-joint-statement.html>.

<sup>7</sup> El carácter de las autoridades públicas en la psiquiatría es parecido en todos lados. Por ejemplo, a conclusiones similarmente incoherentes e inconsistentes se arriba leyendo los escritos, informes y conferencias de los dos últimos presidentes de la sección Salud Mental de la OPS. Allí con el DSM-V se mueven unos intereses, acá otros, pero el producto final es básicamente el mismo.

<sup>8</sup> Ojeda C. *Industria farmacéutica y sociedades de especialistas*. Rev. GPU 2014; 10; 2: 150-151.

<sup>9</sup> <http://www.medicossinmarca.cl/medicos-sin-marca/no-mas-almuerzos>.

<sup>10</sup> Sorokin P. *Achaques y manías de la sociología moderna y ciencias afines*. Aguilar, Madrid, 1957.

<sup>11</sup> Sokal A, Bricmont J. *Imposturas intelectuales*. Paidós, Barcelona, 1999.

<sup>12</sup> Pérez Herranz F. *Matemáticas y ciencias morfológicas. Homenaje a René Thom*. El Catoblepas, N° 10, Diciembre 2002.



(Institut des Hautes Études Scientifiques), con la meta de evitar la fuga de cerebros galos. En ambas instituciones los científicos no tenían otra cosa que hacer más que investigar, es decir, ni tenían alumnos ni tampoco que ocuparse en actividades burocráticas, anulando y orillando de ese modo la generación de redes clientelares asociadas con el amiguismo y el nepotismo que frecuentemente animan y sostienen la pseudo investigación en las universidades corrientes y en otros centros u organizaciones por el estilo (como la APA o la OPS). A juicio de este autor, sólo en el IHES pudo prosperar un matemático como René Thom, cuya investigación no puede conjugarse ni con los intereses industriales ni con los endogámicos de las redes clientelares. No obstante, sus investigaciones sobre Topología Diferencial, conocidas popularmente como la teoría de las catástrofes, pueden aplicarse a la Biología, a la Física e incluso a las Ciencias Humanas. Thom, dice Pérez Herranz, como en su día Einstein, representó, en el confuso panorama de la ciencia actual la posibilidad de una tercera vía: la vía del saber.

Para López Corredoira el problema principal en la ciencia actual no es la censura directa que practican las revistas indexadas, sino la acción de apantallamiento

de la superproducción masiva de artículos, con millones de científicos produciendo millones de *papers* cada año, que ni los más fanáticos lectores podrían leer. Esto significa que una vez se pasa el obstáculo de la censura el investigador que intenta abordar nuevas ideas tendrá que luchar con la censura indirecta: la superproducción de artículos que oculta lo que no es de interés para el sistema. En estas condiciones, dice el autor, la propaganda es el elemento clave para que un artículo se haga conocido. Para esto los especialistas líderes tienen de nuevo la ventaja, porque controlan la mayoría de los hilos que mueven la maquinaria publicitaria; tienen los contactos apropiados, escriben artículos de revisión, organizan congresos y dan charlas como conferenciantes invitados. Además, la reproducción de ideas estándar tiene mayor aceptación porque hay más individuos interesados en ellas mientras que la difusión de nuevas ideas es de interés sólo para sus creadores. Y aunque nada de esto es nuevo, concluye López Corredoira, lo nuevo es la institucionalización y burocratización de este proceso.

¿Es verdad, como dice este autor, que asistimos al ocaso de la ciencia? ¿O aún estamos a tiempo de adoptar de nuevo la tercera vía, es decir, la vía del saber?

## IV JORNADA DE PSIQUIATRÍA DEL LIMARÍ

### EL LUGAR DEL OTRO EN LA CLÍNICA ACTUAL

23 . 24  
de OCTUBRE  
2014

SALÓN AUDITORIO  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE OVALLE

ORGANIZA:  
UNIDAD DE PSIQUIATRÍA  
HOSPITAL  
DE OVALLE

adhesión:  
**\$10.000**

inscripciones y consultas:  
rode.lopez@redsalud.gov.cl

teléfono:

053-2663339

533339

Red Minsal

Apertura: *La pregunta por el otro*

Mesa 1: *¿Dónde está el otro? Psicoanálisis, Filosofía y Estudios de género, alcances para la clínica en instituciones públicas*

Mesa 2: *Práctica psiquiátrica y bioética, un encuentro con el otro*

Mesa 3: *La grupalidad como soporte, experiencias colectivas*

Mesa 4: *A propósito de la constitución psíquica infantil, encuentros y desencuentros*

Conferencia: *El otro y el Otro en psicoanálisis  
(El Estadio del Espejo de J. Lacan y la Transferencia)*

#### EXPOSITORES

**Dr. Bruno Barahona:** Jefe Unidad de Psiquiatría Hospital de Ovalle.  
Médico Psiquiatra Instituto de psiquiatría Universidad Austral de Chile, Valdivia.  
Magister © Filosofía Universidad Alberto Hurtado, Santiago

**Ps. Maya Schlenker:** Psicóloga Universidad de PARIS VII, Francia.  
Psicoanalista, miembro de la Fundación Grupo Psicoanalítico Plus, Directora  
Consultorio Plus, Santiago de Chile

**Ps. Manuel Álvarez:** Psicólogo, Doctor © en Psicoanálisis  
U. Complutense de Madrid, España. Coordinador del Programa de Trastornos de  
Personalidad Unidad de Psiquiatría Hospital de Ovalle

**Ps. Fernanda Glaser:** Psicóloga, Doctora © en Estudios de Género  
Universidad Estatal de Nueva York, Estados Unidos

**Dra. Claudia Fernández:** Médico-psiquiatra Instituto de Psiquiatría Universidad Austral  
de Chile, Valdivia. Estudios en psicoterapia humanista transpersonal, Universidad de La Serena

**Dr. José González:** Médico-psiquiatra Instituto de Psiquiatría Universidad Austral de Chile, Valdivia.  
Magister © Bioética Universidad de Chile

**Dr. Alberto Salas:** Médico-psiquiatra Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barack. Magister Terapia  
Sistémica Universidad Autónoma de Barcelona

**As. Johanna Pincheira:** Trabajadora Social, Magister en Trabajo Social en Intervención Familiar  
Universidad Católica de Valparaíso, Hospital de Día Unidad de Psiquiatría Ovalle

**Ps. Mauricio Álvarez:** Psicólogo Universidad Diego Portales, Director de la Fundación de  
la Familia sede Coquimbo

**Ps. María Gloria Cayulef:** Psicóloga, Magister © en Psicología Comunitaria Universidad de Valparaíso,  
Cesam Unidad de Psiquiatría Ovalle

**To. Gladys Norambuena:** Terapeuta Ocupacional Universidad de Playa Ancha, Cesam Unidad  
de Psiquiatría Ovalle

**Dr. Gonzalo Lizana:** Médico Psiquiatra Universidad de Chile, Docente de la Universidad Pedro de Valdivia,  
Unidad de Psiquiatría Hospital de Ovalle

**Ps. Marcela Figueroa:** Psicóloga Clínica Infantil, Universidad de La Serena

**Ps. Felipe Granifo:** Psicólogo Clínico, Magister © en Psicología Clínica Universidad de Chile, Psicólogo en  
Cosam Quilicura de Santiago



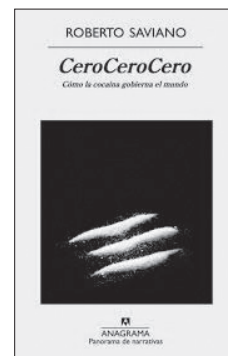
... permiso Magritte [http://es.wikipedia.org/wiki/René\\_Magritte](http://es.wikipedia.org/wiki/René_Magritte) . diseño TAMPU [www.tampu.cl](http://www.tampu.cl)

# CEROCEROCERO

**Autor:** Roberto Saviano

**Editorial:** Anagrama, Barcelona, 2014

(Rev GPU 2014; 10; 3: 271-272)



Juan Pablo Vildoso<sup>1</sup>

Roberto Saviano (Nápoles 1979), publicó *Gomorra* en el año 2006. *Gomorra* es una novela periodística que gira en torno a las actividades de la mafia Napolitana. Desde entonces vive con escolta policial permanente, y precisamente a esa escolta dedica su segunda novela, *CeroCeroCero*, continuando en el género del periodismo novelado. El libro comienza con una afirmación radical, todos consumen cocaína; el conductor del autobús, el dependiente del negocio de la esquina en donde compras el pan, si no es ese dependiente, será quién escanea con el lector de código de barras la compra mensual o semanal que realizas en el supermercado, o el administrador del local, o el gerente comercial de Líder, o su amante, o la prostituta a la que frecuenta, el médico que te atiende por algo tan común como un simple resfriado o algo menos simple como una cirugía, el anestesista, el camillero... todos consumen; abogados, comerciantes, obreros y ejecutivos. Es el petróleo blanco, el combustible que permite el funcionamiento vertiginoso acorde con los tiempos contemporáneos, pero también es el combustible de los mercados que giran en torno a un recurso inagotable, los adictos. Si no somos capaces de ver esta realidad, dice Saviano, entonces estamos ciegos, o bien somos uno más de los millones de consumidores, usuarios frecuentes o esporádicos del polvo de estrellas.

Desde esta provocadora introducción, titulada Coca Nº 1, Saviano se lanza a narrar historias entretejidas

alrededor de una bolita de polvo blanco. Los habitantes del altiplano lo denominan embolar, tomar una pequeña porción de hojas de Coca, mezclarla con un poco de ceniza alcalina y ubicarla en la parte posterior de la cavidad bucal, entre la última muela y la mucosa, así la coca va desprendiendo lentamente el elixir que permite vivir y trabajar en condiciones climáticas en las que el estado natural es la letargia y la parsimonia. ¿Cuántos kilómetros, rutas, trayectos e historias hay desde el cultivo de las dos variedades de cocaína, la colombiana y la peruana, hasta la rápida penetración nasal en una gran nariz italiana?, ¿cuántos muertos?, ¿cuántas especulaciones, transacciones, cuánto? Eso es lo que Saviano se empeña hasta el agotamiento en mostrarnos desde la singularidad de cada personaje.

Comienza por lo que denomina el Big Bang, el nacimiento de los carteles mexicanos una vez iniciada la decadencia de los grandes carteles de Cali y Medellín en Colombia a principios de los noventa. Describe la fragmentación del mercado y el inicio de la escalada de violencia que hoy alcanza proporciones difíciles de comprender en toda la frontera México-estadounidense. Los crímenes narrados por Roberto Bolaño en *2666*, encuentran aquí su explicación, su espejo en la realidad. Palabras como narcomantas, secuestro, carteles, fuerzas especiales, corrupción, lavado de dinero, terror, tortura, comienzan a circular por nuestras mentes adquiriendo paulatinamente una sensación de

<sup>1</sup> Unidad de Atención Cerrada, Instituto Psiquiátrico José Horwitz B., Máster en Psicofarmacología y Drogas de Abuso Universidad Complutense de Madrid, Magíster© en Psicología Clínica Universidad de Chile, Profesor colaborador Universidad Alberto Hurtado.

familiaridad. Así cuando un amigo me comentó en el transcurso de la lectura de la novela sobre un campeonato de fútbol juvenil organizado por una institución financiera, un automatismo emergió en mi conciencia, “lavado de dinero”.

La primera parte del libro es una narración detallada de las historias de los narcos y sus víctimas, pero también un intento de comprensión basado en la investigación biográfica de estos nuevos *amos del mundo*, una aproximación frustra a lo más incomprensible de la psicopatía, el predominio absoluto de la pulsión de muerte freudiana, la instrumentalización total de las relaciones humanas, el poder de goce ilimitado proporcionado *por-el-poder-ilimitado*, no importa entonces morir atravesado por una bala disparada a quemarropa como resultado final de una operación de moto-homicidio, mucho menos acabar en una cárcel mexicana o norteamericana, todo tiene un precio y el precio siempre es blanco.

Luego continúa con las conexiones y rutas, las mafias italianas y la rusa. La primera tradicional, la segunda emergente. Los italianos fueron pioneros en establecer negocios con los colombianos, utilizaron su experiencia como intermediarios del tráfico de heroína para adquirir una posición relevante en el naciente mercado del tráfico de cocaína. La mafia rusa creció bajo el alero de la liberalización del bloque soviético, el negocio de las armas y la introducción de tan ansiada sustancia en un mercado ávido de nuevas posibilidades de consumo. Todo se ha realizado bajo la des-regulación de la mano invisible, los principales centros financieros son aulas en donde se estudian las diferentes vías para lavar dinero, y los principales bancos son los alumnos aventajados. La importancia de la cocaína en la economía

mundial es impresionante, salvó de la quiebra a muchos bancos tras el estallido de la crisis de 2008, sólo los narcos son capaces de aportar liquidez a un sistema en el que el resto de las posibilidades de negocios está ahogado por la especulación financiera.

Así, la legalización del comercio de cocaína se vislumbra como la única solución posible, un narco-estado oficial, en oposición al perverso narco-estado ilegal. Pero más allá de la problemática concreta del narcocapitalismo, Saviano muestra el lado más monstruoso de la sociedad contemporánea, la frialdad y dominación extremas que toman la forma de trayectos blancos, ríos subterráneos que recorren el mundo y que nos recorren desprendiéndonos de todo vestigio de humanidad. Las historias son excesivas; mexicanos, centro y sudamericanos, africanos, italianos, rusos, la DEA, la policía antimafia, la policía judicial, las maras, los niños soldados de los carteles, periodistas que han muerto investigando, múltiples estrategias de transporte: mulas, barcos, autobuses y ¡hasta submarinos!, en los que se ve el potencial ingente de la creatividad humana.

Hacia el final del libro ya estamos intoxicados con cocaína, cerca de la paranoia, pequeños gusanos blancos recorren nuestra piel, pero queremos más, una más, la última antes de dejarlo, la intoxicación final que nos lleva a desear no haber leído, no haber probado nunca la sustancia. Al final sólo hay vacío, una gran falta, más de cuatrocientas páginas que son como cuatrocientas líneas de cocaína. No hay humor que matice el relato, sólo palabras, el desierto de lo real frente a nuestros ojos. Sólo las palabras importan, las palabras permiten entrar y salir de la adicción, introducimos en el abismo y levantar la cabeza luego para mirar el abismo aún mayor en el que navegamos, palabras que deben ser leídas.

## COMENTARIO DE LIBROS

# MELANCOLÍA<sup>1</sup>

**Autor:** László F. Földényi  
Barcelona, Círculo de Lectores, Galaxia Gutenberg, 2008 (Orig. 1984)  
Traducción de Adan Kovacsics

(Rev GPU 2014; 10; 3: 273-276)



Carlos Rodríguez<sup>2</sup>

### SOBRE EL AUTOR

László Foldenyi nace en 1952, es en la actualidad considerado uno de los intelectuales relevantes de Hungría. Especialista en Estética y Teoría del Arte, en su ya extensa trayectoria profesional como docente, destaca como dramaturgo, teórico del arte, ensayista y filólogo. En 1980 se dio a conocer con la publicación de *El joven Lukács*, un ensayo crítico sobre la obra del influyente filósofo húngaro. En 1984 publicó *Melancolía* (Galaxia Gutenberg, 1996 y 2008, esta última con un texto inédito), brillante y documentada genealogía de la condición melancólica del espíritu a partir de grandes hitos de la creación artística, literaria, musical y filosófica de la humanidad. A este canon originalísimo galardonado con el premio Mikes de Literatura le siguió un estudio sobre la obra del pintor romántico Caspar David Friedrich; *El sudario de la Verónica* (Galaxia Gutenberg, 2004), un sugerente ensayo en el que Földényi invita al lector a un itinerario por algunos de los museos de Europa en busca del sentido oculto de la obra artística y pictórica; la pequeña joya literaria que es Dostoiévski lee a Hegel en Siberia y rompe a llorar (Galaxia Gutenberg, 2006), lúcido y apasionante ensayo sobre el oscuro destierro del gran narrador ruso; y *Goya y el abismo del alma*, publicado por este mismo sello en 2008.

<sup>1</sup> Publicado originalmente en: Rodríguez Sutil, C (2012). Reseña de la obra de László F. Földényi "Melancolía". *Clinica e Investigación Relacional*, 6 (1): 129-132. Reproducción autorizada

<sup>2</sup> IARPP ESPAÑA

Es de alabar la labor editorial que viene realizando Galaxia Gutenberg con una serie de ensayos de gran nivel intelectual, como este que ahora nos ocupa o, por recordar sólo alguno, la obra del mismo autor, titulada *Goya o el abismo del alma*, que no he leído, o el muy agradable y documentado *Elogio del Individuo* de Tzvetan Todorov, aparecido hace pocos años. El lector en castellano puede disfrutar de la lectura de este gran libro –en su estupenda traducción– de una riqueza y minuciosidad tal que difícilmente se deja resumir, por lo que se refuerza mi tendencia a no ofrecer propiamente un resumen o reseña, sino una serie de comentarios mejor o peor hilvanados sobre las ideas que me han parecido más importantes y aquello que las mismas me han sugerido.

La melancolía posee una dilatada tradición en la teología cristiana, cuya distancia con la política siempre ha sido escasa. Según la concepción médica de la Edad Media, el enfermo mental –es decir, también el melancólico– se curaba mirando largo rato una imagen de Jesucristo o de María. El melancólico es considerado un hereje, un compañero del diablo, aunque también puede ser melancólico quien piensa demasiado en Dios. El melancólico caviloso, buscando sus causas llega a poner en duda el mismo universo. Se le acusa de un doble pecado: además del pecado original y colectivo, lo oprime un pecado individual, pues rechaza el Bien en un acto de libre albedrío. Es un pecado mortal. El monje melancólico se queda solo no únicamente en lo físico, sino también en su alma, se aparta de la casa de Dios y se convierte en presa del Diablo.

En la Antigüedad griega y romana la melancolía no era considerada propiamente una enfermedad sino un modo de funcionamiento, con grandes dotes y algún que otro inconveniente. Sin embargo, el melancólico prototípico medieval, contrariamente al griego, no emprende nada, sino que se queda inmóvil. El frío seco es una de las características de Saturno, es decir, del planeta de la melancolía. San Pablo distinguía dos tipos de tristeza: la tristeza según Dios, que lleva a la bienaventuranza, y la tristeza según el mundo, que lleva a la muerte (Corintios). La tristeza según el mundo hace que el ser humano se congele en su naturaleza de criatura. El hastío y el aburrimiento, la acedia, son consecuencia de una curiosidad imposible de satisfacer. Según san Buenaventura (siglo XIII), la acedia tiene dos raíces: la curiosidad (*curiositas*) y el hastío (*fastidium*), el hastío sigue a la curiosidad imposible de satisfacer, y la pregunta inicial “¿Vale la pena vivir para Dios?” se convierte sin solución de continuidad en “¿Vale la pena vivir?”. El concepto de aburrimiento pertenece, como demuestra Földényi, a la Edad

Moderna y en mi experiencia no lo veo lejano de la “futilidad” característica del esquizoide, según Fairbairn. No habría aburrimiento, dice, si el ser humano fuera inmortal; pero en el aburrimiento, precisamente, se demuestra que el ser humano está condenado a morir. Quien se aburre siente que desaprovecha innumerables posibilidades, y al mismo tiempo ve al mundo de un modo negativo, que desaprovecha sus posibilidades ante el deterioro causado por el paso del tiempo. En el aburrimiento, precisamente, se demuestra que el ser humano está condenado a morir y que acabará como cualquier objeto inanimado, es decir, pierde la fe en la vida eterna.

Si el melancólico es culpable, por tanto, no es por accidente sino por propia decisión. El ser humano eligió el pecado por propia voluntad, dice santa Hildegarda en el siglo XII, anticipándose a Kierkegaard. Ambos relacionan los conceptos de temor y temblor con el pecado: Adán arranca el fruto del árbol para asegurarse la libertad, pero con la libertad elige también el pecado. Esto se acompaña de una nueva teoría, la teoría dual del “trastorno exclusivamente psíquico” o del “simple cambio físico”, que rompe con la unidad originaria e indiferenciable de cuerpo y alma que caracterizaba la concepción griega clásica de la melancolía. Así, según Santo Tomás (siglo XIII): “El cuerpo no forma parte de la esencia del alma, pero el alma se relaciona, según su esencia más profunda, con el cuerpo”. La garantía de la existencia de las cosas individuales es la existencia de Dios, pero Dios no es sólo la garantía, sino también el fundamento. En la separación entre alma y cuerpo, desconocida por la Antigüedad, el cuerpo lleva la peor parte. San Buenaventura avisa de los peligros del cuerpo:

Así como los jugos corrompidos y melancólicos producen, al desbordarse, sarna, erupciones y lepra, los cuales perjudican la pureza del cuerpo, los pensamientos impuros, los impulsos desordenados y las fantasías vergonzosas de mujeres, al desbordarse en el corazón, provocan jugos corrompidos y el deseo desordenado de la carne (p. 256).

La Edad Media no conoce la neurosis: las ataduras culturales son tan fuertes que sólo se puede “elegir” entre unas facultades mentales intactas o la locura. El neurótico, en cambio, no está loco, pero tampoco está sano. Va y viene entre imperativos contrapuestos; de ahí que ni la desesperación ni la perspectiva irónica sean ajenas a su estado. El melancólico medieval podía “decidir” entre el mundo cerrado y la nada, lo cual explica su locura; el melancólico renacentista, por su parte, no puede “elegir”: el mundo es, de entrada, abierto y abismal.

El hombre es de entrada melancólico, dirá Robert Burton, a comienzos del siglo XVII. Las causas de la melancolía son innumerables y de ahí que la enfermedad resulte incurable. Ahora bien, si todo el mundo está enfermo, la salud es un concepto desconocido; la salud es un parámetro utópico que, como toda utopía, sólo conduce a más melancolía. La melancolía es interpretada como una enfermedad, cuando se la considera peligrosa desde el punto de vista del poder. Se la reviste de un matiz político, de lo cual existen numerosos ejemplos en la historia moderna. Földényi apunta a ello pero tal vez no ve necesario entrar en esa cantera. De ella podemos extraer el optimismo revolucionario como continuación del “soldado de Cristo” que nunca desfallecía en su santa labor, actitudes que vienen en cada momento histórico impuestas por el poder. La Edad Media redujo todas las almas a una sola sustancia y había que diferenciar, “diagnosticar”, al melancólico, porque confiaba única y exclusivamente en sí mismo, se coloca conscientemente fuera de la comunión y de la comunidad.

En la Edad Moderna, aunque se demostró que el yo no puede atribuirse a una sola sustancia, se descubrió que a pesar de su independencia, no es omnipotente. Kant sugirió que la impotencia acompaña a la soledad y al aislamiento como la condición normal del ser humano. El melancólico, según Kant: tiene, sobre todo, un sentido de lo sublime. Las exigencias de lo general ofenden al ser humano en su individualidad pero, por otra parte, el ser sensible y concreto no es capaz de alcanzar por sí solo un significado generalizado, lo cual, según Kant, sería el requisito indispensable para cualquier autonomía. El ser humano es humano precisamente por pertenecer a dos mundos sin ser ciudadano de pleno derecho de ninguno de ellos. No obstante, el precio de la libertad es la “inexpresabilidad”, porque así como la infinitud no puede ser expresada ni imaginada sin volverse finita (quien habla con Dios, o bien acaba siendo Dios o muere), la libertad individual crece en proporción directa con el crecimiento invisible de las barreras externas (p. 211).

Como continuación del problema medieval de los universales, la cuestión se planteó de la siguiente manera: hasta qué punto es el hombre un ser independiente, singular y transitorio y hasta qué punto una parte, un “caso”, del infinito universo divino. Según san Agustín, definidor de la sustancialidad del alma individual, el “yo” no es la suma de nuestras acciones (es decir, no es un elemento que se pueda ensamblar en un momento dado a partir de los componentes eternos –y externos– del universo), sino una realidad finita e independiente; también interna, me permito añadir. Con esta idea, sentó las bases del concepto europeo de libertad y

de individualidad y planteó de una manera que sigue vigente el conflicto del alma entre su singularidad e independencia, por un lado, y su repetibilidad y dependencia, por otro. Con Kant se inicia la distinción entre el mundo percibido, el fenómeno, y el mundo tal como es en sí. El mundo es como yo lo veo, pero ¿cómo será el mundo de verdad? Con el desarrollo de la perspectiva en la pintura desaparecen los parámetros de la experiencia común, que era la verdad única y superior. Todo se torna dudoso, incluso la exclusividad del punto de vista perspectivo. El melancólico de la época topa con este hecho. Los cuadros de la época que más reflejan la melancolía son también los que tematizan las contradicciones inherentes al punto de vista perspectivo.

El melancólico de la era moderna ya no es culpable sino que se alza a la categoría de “enfermo”, y no hay otra enfermedad que la física. Con la psiquiatría se intenta recoger la realidad de la melancolía desde la perspectiva de la medicina positiva, por lo que el concepto de melancolía desborda los esquemas clasificatorios, es un estado existencial que no permite ser fijado en categorías, por lo que es sustituida por la depresión con sus síntomas. La ciencia desconoce al alma como objeto de estudio y se centra en el cuerpo. Kraepelin consideraba que el examen patológico-anatómico de los cadáveres como un camino legítimo en la delimitación de las enfermedades mentales porque el ser humano, la persona viviente, queda excluida de esta investigación: El médico trata la enfermedad tácitamente como un objeto que aguarda una explicación y cuya “objetividad” es independiente tanto del médico como de la situación existencial del enfermo. No obstante, la relación entre la comprensión y su objeto no es en absoluto externa; el simple hecho de su interdependencia demuestra que existe la relación interna. De todos es sabido que el conocimiento requiere una profunda identificación entre quien conoce y lo que se conoce (p. 309).

Földényi afirma en el último capítulo de esta bella obra, que, para recuperar el concepto de melancolía, es necesario una revalorización radical de la relación entre cuerpo y alma, entre salud y enfermedad. Esta relación-delimitación es algo que supera con creces los límites del conocimiento médico, implica a la sociedad. El internamiento en un pabellón psiquiátrico depende más de la tolerancia de la sociedad a determinados comportamientos que no al diagnóstico médico, a donde se trace la frontera entre la cordura y la locura según el medio cultural y político. La explicación freudiana fue un intento serio por superar esas dicotomías, como muestra sin duda la adherencia pertinaz del creador del psicoanálisis a hablar del alma (*die Seele*) y de los múltiples y diversos fenómenos anímicos. Pero todo proceso

anímico está motivado por las pulsiones que enfrentan al yo contra el mundo, la interioridad frente a la exterioridad. Según la brillante expresión de Erwin Straus, que recoge Földényi, el psicoanálisis es un “solipsismo antropológico”. Como he dicho recientemente en otro lugar, esa interioridad se apoya en la promesa de la inmortalidad y, al mismo tiempo, se siente amenazada por la realidad innegable de la muerte, o se ha creado como refugio endeble ante ella. Pienso, desde luego, que la angustia ante la muerte es la fuente principal de toda angustia aunque en el pánico psicótico adopte la forma del horror ante la fragmentación y el desmoronamiento. Si descubrimos que nuestra interioridad no es una sustancia sino que se trata de un reflejo engañoso de la exterioridad, una exterioridad en continuo

cambio, podremos superar en parte el temor a la muerte. Digo en parte por la misma razón que la angustia es inherente a nuestra existencia. Pero, fuera del dolor y del sufrimiento, el temor a la muerte no es en el fondo más que la pena ante la soledad absoluta e irreversible. Acaso esa angustia ante la soledad es el descubrimiento de lo desconocido, del saber absoluto. Una de las historias que se recogen en este último capítulo procede de un poema de Schiller, “La Imagen Velada” de Sais. Un joven deseoso de llegar al saber absoluto levanta el velo de la imagen de Isis y un ojo terrible captó su mirada aterrorizada: el caos, el abismo insondable, la anarquía de la existencia. Pienso que también, y quizá Földényi estaría de acuerdo, experimentó el estado de soledad absoluta.



## CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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



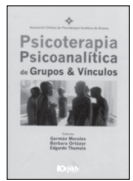
### ON KINDNESS

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



### PENSAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

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



### PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE GRUPOS Y VÍNCULOS

Editores: Germán Morales, Bárbara Ortúzar y Edgardo Thumala  
Comentario: Rev GPU 2012; 8; 1: 20-22



### EL ENIGMA SPINOZA

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



### ENFERMEDADES DEL ÁNIMO

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



### 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



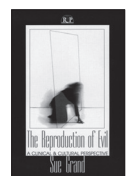
### PRINCIPIOS CLÍNICOS EN PSICOTERAPIA RELACIONAL

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



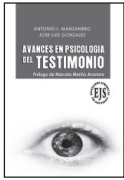
### THE REPRODUCTION OF EVIL: A CLINICAL AND CULTURAL PERSPECTIVE

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



### 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



### TORTURA Y RESISTENCIA EN CHILE

Autoras: Katia Reszczyński, Paz Rojas, Patricia Barceló  
Editorial: Ediciones Radio Universidad de Chile. Santiago,  
abril de 2013. Segunda Edición  
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 2: 142



### 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



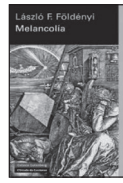
### CEROCEROCERO

Autor: Roberto Saviano  
Editorial: Anagrama, Barcelona, 2014  
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 3: 271-272



### COMPLEXITÉ-SIMPLEXITÉ

Autor: Alain Berthoz et Jean-Luc Petit (dir.)  
Editorial: Conférences. College de France, París, 2012  
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 2: 139



### MELANCOLÍA

Autor: László F. Földényi  
Barcelona, Círculo de Lectores, Galaxia Gutenberg, 2008  
(Orig. 1984)  
Traducción de Adan Kovacsics  
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 3: 273-276



### CARTAS SOBRE LA MUERTE. SELECCIÓN, TRADUCCIÓN DESDE EL LATÍN AL CASTELLANO Y NOTAS DE JOSÉ LUIS RAMACIOTTI

Autor: Séneca  
Editorial: Ediciones Tácitas, Santiago 2014  
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 2: 140-141

PARA ACCEDER A OTROS LIBROS COMENTADOS DIRIGIRSE A [www.revistagpu.cl](http://www.revistagpu.cl)

# SOBRE PSICOTERAPIA

(Rev GPU 2014; 10; 3: 279-284)

Hernán Villarino<sup>1</sup>

Hay una tendencia consoladora en la psiquiatría moderna que gusta de olvidar las diferencias de los puntos de vista, pretendiendo que ésta es una disciplina que en beneficio de la humanidad progresa inexorablemente, contra viento y marea. En el pasado quedan las objeciones, todas ellas y cualquiera de ellas; en el presente todo se presenta armado y consistente. Pero a poco que uno escarbe se abren las disimuladas grietas, y, como en los dibujos de Escher, se ven escaleras que suben hacia ninguna parte, puertas que abren al vacío y pomposas edificaciones que carecen completamente de sentido.

Hay una columna reciente del Dr. César Ojeda<sup>2</sup> que nos obliga a pensar. Es decir, no se trata de mera información que pueda ser aprendida, luego conservada, luego repetida, luego aplicada, etc. Ante ella es perentorio tomar partido, es acuciante, nos impone movilizar nuestra propia reflexión y conocimiento y definirnos en algún sentido. Por eso, ante lo extraordinario del desafío, debemos servirnos ya hoy de estas valiosas reflexiones para matizar, enriquecer, y si la suerte nos viene de cara, incluso renovar la experiencia profesional.

Expondremos, en primer lugar, lo que hemos entendido. En segundo lugar, aunque su tema y conclusiones sean originales, a nuestro juicio son también acordes con cierta tradición de la psiquiatría, con la que la cotejaremos. En tercer lugar, pretendemos relacionar la columna con lo que hemos recogido de la tradición,

la reflexión filosófica y la bioética, poniendo de relieve las tareas que, a nuestro juicio, tiene planteada la psicoterapia en la actualidad.

## LA PSICOTERAPIA: UN OFICIO SIN TESTIGOS

Así se titula la columna del Dr. Ojeda que comentamos. Ahora bien, las actividades humanas a veces son públicas, pueden ser escrutadas por cualquiera y cualquiera es un testigo. En segundo lugar pueden ser privadas o íntimas, donde los testigos siempre son molestos, inoportunos, y rompen la relación en lo que tiene de propio, es decir, en su privacidad. Y por último pueden ser secretas, donde los testigos incluso deben morir (por ejemplo, si casualmente nos enteramos del plan de un grupo de conspiradores políticos o criminales que al fin de cuenta son lo mismo).

Pero hay oficios no conspirativos que requieren del modo más profundo de la privacidad y la intimidad. Decía Kafka que la verdad más bien parece una cuerda tendida para tropezar, y en sus diarios<sup>3</sup> asegura que para escribir habría que encerrarse en un sótano blindado a cientos de metros bajo tierra para que no llegara ningún eco del mundo; en definitiva: para que no haya testigos, porque sólo así es posible decir la verdad. Esa cuerda de la que habla Kafka la tienden sobre todo los autores comprometidos, los que escriben mirando de soslayo la reacción de los otros esperando su aplauso o su comprensión, pero así desatienden la verdad del

<sup>1</sup> Docente del Dpto. de Ética y Humanidades médicas. U. Chile.

<sup>2</sup> Ojeda, C. *La psicoterapia: un oficio sin testigos*. Rev GPU 2014; 10; 1: 30-31

<sup>3</sup> Kafka F. *Diarios II (1914-1923)*. Bruguera, Barcelona, 1984

escritor. Desde el origen transforman en publicidad lo que debe ser fruto de la más celosa intimidad. Los escritores comprometidos, sus lectores y toda la alborotada patulea que les circunda no sólo hacen mala literatura sino que también convierten la verdad en propaganda. Si bien de un hombre público tenemos el derecho y la obligación de escudriñar sus intimidades, ¿cuánto duraría la psicoterapia sometida a idéntica exigencia? ¿Y qué pensar de los psicoterapeutas que pretenden ante el público, ya sea general o especializado, justificar su quehacer?

Es evidente, como dice Ojeda, que igual que Kafka encerrado herméticamente bajo tierra *el psicoterapeuta está clausurado en su oficio. Ni el "paciente" ni el psicoterapeuta pueden ser testigos del proceso en el que ambos están.* Es decir, si en la psicoterapia ha de haber verdad, *ninguno está afuera, ambos están dentro y el paisaje de la terapia es un espectáculo sin público.* Por fortuna Ojeda no vacila en sacar las consecuencias que su posición implica: *¿es posible hacer público el trabajo psicoterapéutico? 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.* Pues bien, al parecer no es posible hacerlo público.

El lector eventual sin duda que a estas alturas nos reprochará haber empleado mal el símil. Al fin de cuentas, Kafka, y cualquier otro escritor, serán todo lo íntimo y privados que se quiera, y como no puede ser menos dirán lo que quieran decir, pero también es evidente que él y los otros publican sus libros, es decir, los ponen a disposición del público y plantan como testigos a cualquiera que se interese en ellos. Pero consideremos lo siguiente: el autor ha hecho un trabajo singular, su fruto es singular, ninguna novela es igual a ninguna otra ni siquiera en el mismo autor. En la literatura no hay nada técnico, por mucho que yo aprenda como escribía Kafka no puedo escribir como él, y si lo hago no dirán que aprendí una técnica de escritura sino que plagio descaradamente. El escritor, el pintor o el escultor que producen siguiendo una técnica no son autores sino artesanos. El artesano sí que maneja una técnica, por eso su producto es anterior a su realización, o dicho de otro modo, la realización coincide plenamente con la técnica que posee. En su obra, por ende, no hay libertad, verdad, inspiración ni creatividad, no hay sorpresa ni mundo, sólo se trata de la reiteración mecánica de un modelo. Es producción en serie que no se realiza según la habitual división del trabajo, sino por un mismo

individuo a todo lo largo del proceso<sup>4</sup>. Y claro, en estas condiciones sólo pueden producirse cosas muertas e irrelevantes ya desde el origen.

Esta tensión entre arte y artesanía, en relación con la psicoterapia, está claramente expuesta por Ojeda. *El testigo, dice, 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.* Del mismo modo, uno debe estar dentro de la obra de Kafka, debe ser uno con Kafka para entender a Kafka, si lo que nos interesa es entenderlo a él. No se trata de observar la técnica que usaba al escribir, aprender de sus trucos, de sus reiteraciones, de su geometría, que sin duda la tiene, sino de apropiarnos de su escritura. Pero para hacer eso no contemplamos su obra como un producto objetivo, no somos testigos objetivos, participamos de un mundo subjetivo y personalísimo, de una forma particular de ver el mundo y la vida humana. Y allí no hay publicidad sino intimidad, no somos meramente los testigos objetivos de una obra de arte, somos uno con ella. Por eso, la obra de Kafka, como la psicoterapia, no está *destinada a un auditor o a un lector independiente*, es decir, objetivo.

## DOS TIPOS FUNDAMENTALES DE PSICOTERAPIA

¿Es posible distinguir una psicoterapia que se asemeje más a lo artesanal de otra que se asemeje más a la creación artística? Creemos que sí. A la artesanal le daremos el nombre general de conductista. El conductismo da recetas claras, técnicas transparentes de cómo operar en cada caso, de cuáles pasos dar, de cómo se sigue cada paso del precedente, etc., y supone que siempre obtendrá los mismos resultados porque está tratando con una máquina que no puede "rebelarse" contra su modo de funcionar. Por cierto, una máquina es impersonal, tampoco puede innovar ni crear porque está bajo el imperio de la necesidad. Su verdad es extrínseca a ella misma. Al fin de cuentas la racionalidad técnica indica que de las mismas causas no pueden sino derivarse los mismos efectos. La psicoterapia que hemos llamado conductista es un modo de concebir la psicoterapia, por ende un psicoanalista, o cualquier otro, puede ser filiado como conductista si emplea cualquiera sea su teoría con la misma filosofía que un conductista de pura cepa cumple la suya, es decir, si la concibe como una técnica.

<sup>4</sup> Para la diferencia entre arte y artesanía es de provecho leer *La filosofía del Arte*, de R. G. Collingwood. FCE, Madrid, 1986.

De la posibilidad de otra psicoterapia más semejante al arte que a la artesanía es de la que queremos hablar más extensamente el resto del trabajo. No obstante, es preciso hacer algunas consideraciones previas. En primer lugar, para aceptar esta hipótesis se debe admitir, a diferencia del conductismo, que de las mismas causas no se derivan los mismos efectos, es decir, que no hay técnica. Si igual que en el arte aceptamos esto, debemos entonces conceder tres cosas más: los involucrados en una psicoterapia son en primer lugar sujetos; en segundo lugar, irracionales y en tercer lugar, libres. Pero, ¿qué significa que sean sujetos, irracionales y libres? Por lo pronto significa que no son máquinas ni se los puede entender como tales.

## IRRACIONALIDAD

El sentido de la palabra irracional es muy amplio, y una revisión del concepto nos obligaría a dedicarle todo el artículo. Por eso, sólo queremos deslindarla de una de sus acepciones, la negativa, la que implica arbitrariedad, con el objeto de descartar que la irracionalidad sea sinónimo de arbitrariedad. En efecto, nadie puede ni quiere defender la arbitrariedad, y quien lo haga merece todas las censuras. No se trata de la irracionalidad entendida como lo infrarracional o lo anti racional, sino como lo suprarracional, es decir, como la plenitud de la razón.

No sólo es posible sino necesario admitir que el término irracional tiene otros sentidos con los que convivimos de modo natural y cotidiano sin que se nos prenda ninguna alarma ni hagamos por ello ninguna alharaca. Y al fin de cuentas, si lo irracional, en el sentido de lo suprarracional, estuviera en la vida, entonces la psicología y la psicoterapia tendrían que ponerle cara y no salir huyendo escandalizadas hacia los templados parajes de una pretendida ciencia o técnica aseguradoras, que en el fondo no son más que un feble e inútil consuelo y autoengaño frente a las terribles exigencias a que nos somete la irracionalidad de la vida. ¿Pero efectivamente la encontraremos allí? ¿Se halla la irracionalidad en la vida humana tal como la conocemos, además de un modo irremediable e insuperable?

## EL TIEMPO Y EL ESPACIO

Todo aquello sobre lo que razonamos y entendemos, incluso en la psicología y en la psicoterapia, son realidades que están en el espacio y en el tiempo. Ocurre, no obstante, que el tiempo y el espacio no son conceptos sino intuiciones. Si alguien careciera de estas intuiciones sería imposible explicarle racionalmente qué

son el tiempo y el espacio. En tanto que intuiciones, es decir, en tanto que no son conceptos, el tiempo y el espacio son irracionales e incommunicables<sup>5</sup>, lo que no quiere decir que sean arbitrarios. Tan poco arbitrarios son, que constituyen el fundamento y el principio de toda racionalidad. En todo caso, que cualquiera haga la prueba de razonar sin tiempo ni espacio y si lo logra le quedaríamos muy agradecidos que nos comunicara sus resultados.

## LOS SENTIMIENTOS

En los servicios de urgencias se suele preguntar lo siguiente a los consultantes: de 1 a 10, ¿cuánto le duele? Supongamos que el paciente dice 7. Pues bien, ¿eso qué significa? Puede parecer muy científico y muy racional pero en realidad no significa nada. Los sentimientos son intuiciones, y en calidad de tal son irracionales e incommunicables, aunque no por eso arbitrarios. Es cierto que yo puedo comunicar que algo me duele, pero me es imposible comunicar ni mi dolor, ni mis sensaciones ni mis sentimientos.

En todo caso, que alguien haga la experiencia de explicarle racionalmente el color verde a un ciego de nacimiento, es decir, llevarlo a la intuición del verde, no al concepto de verde, que como cualquier otro concepto un ciego puede entender y usar perfectamente, como en su día lo demostrara Wittgenstein. Y si en un alarde de racionalidad y científicidad alguien lograra llevar al ciego de nacimiento a la intuición del verde le quedaríamos muy agradecidos que nos comunicara sus milagrosos resultados.

## EL SUJETO

Es preciso tomar nota de quiénes son los actores que intervienen en un proceso psicoterapéutico. Por lo pronto, son al menos dos persona. Con el auxilio de la lógica, y para simplificar, llamemos a las personas sujetos. Ahora bien, si son sujetos no son el concepto de un sujeto, sino sujetos reales, de carne y hueso por así decirlo. Los sujetos de carne y hueso ¿son racionales? Según Aristóteles, para quien el hombre es el animal racional, los sujetos en cambio no lo son, antes bien, son irracionales porque son particulares; es decir, no son conceptos. Lo racional es el concepto del sujeto,

<sup>5</sup> Para una mayor profundización en este extremo se puede leer el capítulo sobre la Estética Trascendental de Immanuel Kant, en la *Crítica de la Razón Pura* (Taurus, Madrid, 2005.)

también es racional que el sujeto conciba y comunique sus conceptos; pero con todo, el sujeto es irracional.

Que sea irracional significa que no está íntegramente contenido en ningún concepto. En efecto, en el concepto del sujeto sólo cae lo necesario, pero en el sujeto de carne y hueso cae también lo contingente. Lo contingente es lo que pudo no haber sido o pudo haber sido de otro modo, de manera que todo lo que define a este sujeto particular, en tanto contingente, es decir, en tanto real, pudo no haber sido o pudo haber sido de otro modo, por lo mismo no es necesario. Es evidente que ni somos todos iguales y que no reaccionamos todos del mismo modo. Es igualmente evidente que con el paso del tiempo cambiamos. Si el concepto del sujeto, lo racional, es siempre el mismo (si no no sería concepto), el sujeto no es siempre el mismo. Por lo pronto admitamos al menos que envejece, lo que nunca le ocurre a los conceptos.

Reducir el sujeto a concepto tiene su interés y su valor, incluso en la medicina y la psiquiatría. Pero la práctica médica y la psicoterapéutica consisten justamente en volver a la realidad particular del sujeto y no en disolverlo en conceptos; es decir, en generalidades que valen para todos del mismo modo, porque si bien todos los sujetos particulares caen bajo los mismos conceptos, entre los sujetos particulares ninguno es igual a ningún otro. Entonces, ¿cómo se los podría agotar en base a conceptos?

Aristóteles decía que el particular, el individuo, el sujeto de carne y hueso, etc., es inefable, es decir, indecible, porque es infinito. Que sea infinito puede parecer una herejía anticuada en esta época que se precia de haber reconocido la finitud humana. Pero así como decimos que los números naturales son infinitos no porque los conozcamos todos, sino porque a cualquier número concebible podemos sumarle uno más, del mismo modo, de cualquier sujeto real concebible siempre es posible afirmar que tiene o puede adquirir un nuevo predicado. No obstante, el sujeto, como los números, no es arbitrario.

## LA LIBERTAD

Como sería muy largo discutir si la libertad existe o no existe, por ahora vamos a suponer que existe, aunque otros legítimamente piensen de otro modo (por ejemplo los conductistas). Si la libertad existe entonces el hombre no es sólo efecto de causas, con él se inicia también una serie causal como fruto de sus decisiones y de su espontaneidad. Pero, admitir la libertad es admitir una causa incausada, libre, es decir, un orden nuevo en el mundo que es responsabilidad del actor que ha

tomado una decisión con la que no continúa meramente la serie necesaria de los estados anteriores sino que constituye un origen. Reconocer este salto en la causalidad, es decir, que el hombre sea el origen de algo y no sólo el efecto de causas, es irracional, de modo que quien admita la libertad ha de aceptar la irracionalidad. Pero también la libertad es lo más opuesto a la arbitrariedad, antes bien, se estima como arbitrario despojar de ella a los hombres (en las tiranías, por ejemplo).

Con estos ejemplos, que se podrían extender a muchos otros considerandos, creemos que queda suficientemente probado que nadie debiera escandalizarse de admitir lo irracional en la vida humana, y que por ende tanto la psicología como la psicoterapia debieran poner este asunto en su horizonte para poder entender su propio ejercicio entre seres humanos, admitiendo de paso que en su saber y quehacer hay algo incomunicable.

## LA COMUNICACIÓN EXISTENCIAL DE JASPERS

De entre los psiquiatras del pasado el único que se percató de esta condición fue Jaspers, también fue el único que sacó las consecuencias y las inferencias que cabe extraer para el trato con seres humanos, y no se puede cambiar ni una coma a todo lo que dejó dicho aunque lamentablemente sea muy poco.

Lo grueso y el detalle de los argumentos de Jaspers hay que ir a buscarlos en su filosofía. Ahora bien, la filosofía de Jaspers es fundamentalmente un diálogo con tres autores: Kant, Kierkegaard y Nietzsche. Es difícil hallar una nómina más heterogénea que la de los tres citados; no obstante, Jaspers comprobó que hay un punto esencial en el respectivo filosofar de cada uno en el que coincidían, a saber, en que el hombre es libre, es decir, que es el origen o el autor de algo, por lo tanto que no es la mera sucesión de causas antecedentes sino el origen causal de algo. Tanto el camino por donde aquellos filósofos encuentran los motivos de sus afirmaciones como las pruebas con que lo demuestran no son las mismas en ninguno de los tres, más bien están mutuamente enfrentados, pero con todo coinciden en aquella conclusión, y, por sobre todo, sus diferencias pueden ser llevados a esa magna unidad y reconciliación plasmada en la filosofía de Jaspers.

Pero hay un texto de Jaspers sobre psicoterapia que es al que aquí queremos referirnos<sup>6</sup>; por cierto, es muy lamentable que la sistemática allí planteada

<sup>6</sup> Jaspers K. *La práctica médica en la era tecnológica*. Gedisa, Barcelona, 1988.

haya sido olvidada. Toda psicoterapia, dice Jaspers, entendiéndolo por ella la sistemática que él plantea y que no vamos a exponer, es una técnica obtenida a través del ejercicio racional y la práctica efectiva, por ende es perfectamente comunicable, cognoscible por otros y replicable. Pero en tanto que técnica racional tiene sus indicaciones y sus límites; cualquiera estará de acuerdo en que no se trata de una panacea<sup>7</sup>. Qué psicoterapia usar, por ejemplo, dependerá de los casos y las indicaciones; cómo emplearla en cada caso será fruto del consenso alcanzado como consecuencia de la observación y la discusión entre los que la ejecutan; hasta cuándo usarla, cuándo se debe cesar, etc., son todos límites conocidos o cognoscibles, alcanzados a través del ejercicio de la razón y la comprobación práctica.

Sin embargo, modernamente, decía Jaspers que a raíz de una serie de situaciones sociológicas, que no es del caso discutir, había surgido una variedad de psicoterapia que no era meramente pedagógica, la que se conoce como terapia profunda y que se emplea no sólo como terapia sino como forma de autognosis y como camino para alcanzar la propia plenitud personal. Freud, por ejemplo, decía que el psicoanálisis devuelve la razón, la libertad, la capacidad de trabajar y el contento de vivir. ¿Tiene esta variedad de terapia algún límite? ¿Son sus límites puramente racionales? ¿Es la técnica y el saber la Señora y la comadrona a todo lo largo del proceso?

Evidentemente, si de lo que se trata es de la libertad, debemos tomar una posición, una posición filosófica, metafísica, en ningún caso psicológica, porque la libertad, en tanto que irracional, está más allá de la psicología y del saber. Porque una de dos: o la libertad es un efecto

de causas, y en tal caso yo podría llevar a una hombre a la libertad incluso contra su voluntad conociendo técnicamente las causas que a ella conducen, lo cual constituye un absurdo que ni siquiera vale la pena discutir, o la libertad es real, es decir, es un origen, una primera causa que yo decido y de la que me hago responsable, donde no puedo ser subrogado por nadie y donde las consecuencias deben ser asumidas por mí mismo. ¿Toda psicoterapia se cruza en algún punto con los meandros de la libertad? Si fuera así, ninguna puede ser una técnica.

Aunque nadie pueda ser feliz si no es libre, sería demasiado pueril suponer que decidir un acto libre es sinónimo de ser feliz, porque la libertad nos puede conducir a la desdicha. Pero como nadie, y menos que nadie un psicoterapeuta, debe hacerse responsable de la desdicha de otro, nadie tampoco puede subrogar la libertad de otro, de donde se pueden derivar sufrimientos, de modo que allí donde ella está planteada cesa todo saber y toda técnica. El hombre queda solo frente a sí mismo, corriendo todos los riesgos y sin garantías que nadie le puede dar.

Cuando brota la posibilidad y necesidad de la libertad la comunicación psicoterapéutica se torna comunicación existencial, y como sobre ella no hay saber, el terapeuta ya no es más terapeuta, él tampoco sabe lo que es la libertad del otro y los deberes y las consecuencias que brotan de ella, por ende debe reconocerlo ante el paciente, para, eventualmente, entrar con él/ella en la comunicación existencial, donde no hay saber técnico ni autoridad, y donde todo deber ser brota de la pura libertad.

## LA PERSPECTIVA BIOÉTICA

Se dirá que todo esto no es más que agua de borrajas, que los derroteros por donde avanza la medicina y la psicoterapia son otros, que basta con revisar la literatura internacional sobre este tema para comprobar que estos asuntos, aparte de César Ojeda y quizá algún otro, no ocupan ningún volumen en las preocupaciones de los psicoterapeutas actuales. Pues bien, si este es el caso, haríamos bien en afinar un poco las antenas, porque la revuelta de la autonomía (libertad) frente al paternalismo constituye un capítulo central de la bioética y de la filosofía actual de la medicina. Es cierto que aún no llega con todas sus consecuencias al ámbito de la psiquiatría y la psicoterapia, pero no caben dudas que lo hará. Por fortuna, cuando eso ocurra, la psiquiatría encontrará en Jaspers toda la reflexión bioética antes de la bioética.

En dos palabras, el conflicto planteado entre el paternalismo y la autonomía se resuelve con el silencio del médico y la humilde aceptación de la libertad

<sup>7</sup> A este respecto es instructivo leer el Editorial de la GPU de junio 2014. Allí, el Dr. Alberto Botto se pregunta si en realidad estamos tristes y deprimidos o solo cansados. Esta perplejidad surge, entre otras cosas, a consecuencia de la inflación diagnóstica de los DSM, donde se psiquiatriza toda posible situación humana. Se dice que una cadena no puede ser más fuerte que el más débil de sus eslabones, ahora bien, si en la cadena diagnóstica esta el eslabón DSM, que lleva a esas paradojas, ¿qué cabe esperar del resto? Supóngase que se empieza una psicoterapia con el diagnóstico de depresión, aunque sólo se trate de un sujeto cansado, a consecuencia del puro saber técnico, ¿no se tomará el cansancio, quizá, como mera resistencia? La psiquiatría no puede copiar a la física mecánica, debe estudiar un sujeto, y la verdad debe brotar de la relación con él, no puede estar prefabricada previamente, sobre todo cuando sabemos que la cadena no puede ser más fuerte que el más débil de sus eslabones.

del paciente, cualesquiera sean sus consecuencias. Allí donde en el acto médico se encuentra un límite para la técnica y el saber, y se lo encuentra a cada rato, y en cada acto ya sea diagnóstico o terapéutico, es porque se ha topado con la autonomía (libertad) del paciente, y en esta pugna quien ha de prevalecer siempre es la libertad.

Ahora bien, si la libertad fuera el efecto de causas y no un origen, como dijimos más atrás, el médico, o cualquier otro, premunido de un saber o de una técnica sería capaz de darnos la libertad. El médico, entonces, actuaría en el nivel microsocioal igual a como en el macrosocioal actuaron un Lenin, un Trotski, un Enver Hoxa, un Kim Il Sung, etc., que como se sabe, creían que la libertad era efecto de causas, no un origen, y cuyos resultados están a la vista.

### DERRIDA: EL ACONTECIMIENTO ES LO IMPOSIBLE

En nuestra relación con nosotros mismos y con los otros, incluso en la psicoterapia, ¿debemos esperar lo posible o lo imposible? Para Derrida<sup>8</sup>, si lo que esperamos es un acontecimiento, es decir, algo real, o algo de realidad, entonces debemos esperar lo imposible, asunto que por cierto no tiene nada que ver con la utopía ni sucedáneos de ese fraudulento estilo. Esperar lo posible, que por lo demás es lo que generalmente ocurre, es esperar lo conocido y sabido, lo que opera según reglas, lo general, lo técnico, industrial e impersonal. Pero allí no hay nadie, allí sólo hay regulaciones, coacciones, ejercicio del poder desnudo o acompañado del saber. Allí, en fin, mora el opresivo Uno de Heidegger.

Pero el sujeto que somos es inefable, indecible, ya lo decía Aristóteles, y su verdad no consiste en la adscripción a reglas extrínseca del ser sino en el ser mismo, y por ende en la posibilidad/imposibilidad de nuevos predicados propios y personales. Ahora bien, lo imposible no sólo es incognoscible sino que no tenemos ningún camino ni técnicas conocidas para llegar a él, porque entonces sería posible, no imposible. No obstante, vivir de cara a lo imposible, de cara al acontecimiento, el ser y la libertad, es, a juicio de Derrida, el único modo propio de vivir, y el único futuro que tiene la humanidad.

En Derrida, a nuestro entender, se plantea a la vida la misma disyuntiva que Collingwood veía en la diferencia que media entre el arte (que contiene novedad, verdad, libertad y realidad), y la artesanía, que es la simple multiplicación de un modelo sin que sepamos

por qué el modelo es ese y no otro, es decir, donde se vive de un modo ajeno, extrínseco e infrarracional.

### COMENTARIOS FINALES

La posición de César Ojeda, creemos que no está tanto en juego el saber técnico como la verdad de la psicoterapia. Una reflexión de esta naturaleza sólo fue emprendida, previamente, por Jaspers, pero, como dijimos, cayó en el más completo de los olvidos. Pero aquellos tiempos en que vivió Jaspers, de embriaguez teórica y técnica y de injustificadas esperanzas en el saber, ya no son los nuestros. La tecnociencia, en la medicina, y no sólo en ella, está en entredicho, y las ingenuas esperanzas del pasado se han desplomado completamente. Hoy somos más conscientes de qué es la razón, cuál es su origen y cuáles sus límites. Y como sabemos, el origen de la razón es la libertad, que propiamente no es racional. Si la libertad es el fundamento de la razón, la razón no es una técnica ni un saber sino el origen de ambas. Pero la tragedia de la técnica y el saber es que se pueden tornar incontrolables si se desprenden y olvidan de la razón, que, insistimos, no es una técnica ni un saber sino que asienta en la libertad. Parafraseando a Kant podríamos decir que la libertad es la *ratio essendi* de la razón, y la razón la *ratio cognoscendi* de la libertad.

Si este otro punto de vista es acertado, y nosotros creemos que lo es, antes de hablar de psicoterapia hay que debatir de algunas cuestiones filosóficas previas. El psicoterapeuta tiene que saber que vive en un mundo tecnificado donde incluso de la vida del espíritu se pretende una técnica. Y en esta situación se le plantea la posibilidad de hincar un nuevo clavo en la máquina que aprisiona al ser humano actual, o redescubrir, a pesar de todo, la posibilidad de la vida y de la libertad; es decir, el que la existencia sea y pueda ser más arte que artesanía.

Dos cosas para terminar. ¿Es correcta nuestra interpretación del trabajo de Ojeda y el cotejo histórico que a su luz hicimos? Pues bien, a eso no podemos responder nosotros, sólo debemos arriesgarnos a encontrar en él el sentido que hemos hallado. La responsabilidad de la columna del Dr. Ojeda le pertenece a él, a nosotros las de este trabajo, que para más señas sin aquella nunca se habría escrito.

En segundo lugar, es indudable que quedan muchas interrogantes y cuestiones sin resolver, pero de momento sólo de esto queríamos hablar.

<sup>8</sup> Derrida, J. *Universidad sin condición*. Trotta, Madrid, 2002.



# SENSACIÓN DE PROPIEDAD DE LA EXPERIENCIA CONSCIENTE Y TRASTORNOS MENTALES: CLARIFICACIONES EN TORNO AL EXAMEN DE ANOMALÍAS SUBJETIVAS DE LA EXPERIENCIA (EASE)

(Rev GPU 2014; 10; 3: 285-286)

Pablo López-Silva<sup>1</sup>

En el volumen 7, número 5 de diciembre de 2011 se publicó una traducción al español del 'Examen de Anomalías Subjetivas de la Experiencia' (EASE). Tal como el resumen del documento lo indica, el EASE constituye una 'lista de verificación de síntomas para la exploración fenomenológica semi estructurada de anomalías subjetivas o experienciales que pueden ser consideradas como desórdenes de la autoconciencia básica o 'mínima' (self-awareness)' (Parnas *et al.* p. 439). Sin duda, los traductores –Otto Dörr y Leonor Irrázaval– realizaron una importante contribución a la discusión en nuestro idioma de los aspectos más importantes de las experiencias psicopatológicas desde un punto de vista fenomenológico y diagnóstico. El presente comentario, sin embargo, se centra en uno de los aspectos problemáticos de tal traducción. Luego de clarificar el contexto en el cual la EASE es concebida, intentaré clarificar uno de los conceptos más importantes que la EASE utiliza, y que, problemáticamente, es el concepto que ha sido traducido erróneamente.

A diferencia de otros proyectos diagnósticos que intentan elaborar criterios a-teóricos, el EASE se constituye explícitamente en el marco de un acercamiento

fenomenológico a las experiencias psicopatológicas (Parnas *et al.* p. 440). El modelo específico a la base del EASE es el propuesto, principalmente, por Dan Zahavi (Zahavi, 2005; Gallagher & Zahavi, 2008; Grünbaum & Zahavi, 2013, entre otros). Este modelo, indica que nuestra *conciencia fenoménica* –o conciencia de experiencias (Block, 1995)– siempre envuelve un grado mínimo de autoconciencia o *minimal self-awareness* (Zahavi, 2005, p. 119-132). Ahora bien, este modelo llega a tal conclusión mediante un argumento centrado en las descripciones intuitivas de la estructura de nuestras experiencias conscientes. Es crucial entender este argumento para comprender la posterior revisión que propongo al concepto en cuestión.

Siguiendo a Husserl, el EASE reproduce la idea de que toda experiencia consciente posee dos dimensiones inseparables, ambas con lo que se denomina *carácter cualitativo*<sup>2</sup>. Por un lado, los objetos que las experiencias presentan poseen ciertas cualidades. En el caso de una taza de té, ésta puede estar caliente, puede ser pequeña, etc. (dimensión intencional externa). Por el otro lado, nuestra experiencia como tal también posee ciertas cualidades (dimensión intencional interna).

<sup>1</sup> Department of Philosophy, The University of Manchester, UK. pablo.lopez.silva@gmail.com

<sup>2</sup> Se dice que una experiencia posee carácter cualitativo cuando existe una forma específica en la cual tal experiencia es sentida, existe 'algo como' estar en tal estado (ver Nagel, 1974).

El mismo objeto (la taza de té) puede aparecer en la conciencia por medio de diferentes modalidades tales como pensar en una taza de té, oler una taza de té, escuchar el sonido hecho por una taza de té, etc. Sin embargo, las propiedades de la taza de té son diferentes a las propiedades de mi experiencia visual o imaginativa de la taza de té por ejemplo<sup>3</sup>.

Ahora bien, el punto crucial para el EASE es que todas estas modalidades experienciales compartirían una propiedad común originalmente denominada *sense of mineness*<sup>4</sup> (Parnas *et al.* 2005; Zahavi, 2005, p. 124). Esto refiere a que todas las experiencias que aparecen en mi conciencia son dadas como 'mías', ellas son 'mis experiencias' (Zahavi, 2005). El modelo que sustenta el EASE identifica esta propiedad que está –supuestamente– presente en todas las experiencias conscientes, con una forma mínima de autoconciencia. La idea es que cuando soy consciente de una experiencia como mía (con un *sense of mineness*), me vuelvo consciente de que soy yo el sujeto de tal experiencia (autoconciencia) y dado que tal propiedad está presente en todas nuestras experiencias, todo episodio de conciencia fenoménica necesariamente implica este nivel mínimo de autoconciencia. Trastornos como la esquizofrenia constituirían una disrupción en las formas en que los pacientes viven sus experiencias, lo que a su vez implicaría anomalías en esta forma básica de autoconciencia (Parnas & Handest, 2003; Parnas *et al.* 2005; Zahavi, 2005)

¿Cuál es el problema? El documento foco de mi comentario traduce el término original '*sense of mineness*' como 'sentido de mismidad' lo que constituye un error conceptual (Parnas *et al.* 2005, pp. 444, 448, 449, 451). El término 'mismidad' se expresa en inglés como 'sameness' que refiere a la propiedad de un cierto ente de ser el mismo a través del tiempo (*same* = mismo)<sup>5</sup>. Sin embargo, tal como hemos podido ver, el uso de término '*sense of mineness*' en el EASE no refiere en lo absoluto a esta categoría sino que al hecho de que

mis experiencias conscientes poseen la propiedad de ser *mías*, me pertenecen a mí, son de mi propiedad. Por esto, el término '*sense of mineness*' ha sido muchas veces denominado también como '*sense of ownership*' incluso por el mismo Zahavi (ver Grünbaum & Zahavi, 2013). Tanto el EASE como el modelo fenomenológico que lo sustenta no logran lidiar de forma plausible con la discusión sobre aquello que hace posible la aparición del *mismo sujeto* en cada episodio de conciencia fenoménica i.e. la mismidad del sujeto de las experiencias (Krueger, 2011). Así, poniendo el término en contexto, una mejor alternativa sería traducir '*sense of mineness*' como 'sentido de propiedad' de las experiencias conscientes. Tal opción podría expresar de forma más clara el concepto de *mineness* en el contexto del EASE, y a su vez, podría superar la recién indicada confusión conceptual.

## REFERENCIAS

1. Block N (1995). On a confusion about a function of consciousness. *Behavioral and Brain Sciences*, 18, 227-247
2. Gallagher S, Zahavi D (2008). *The phenomenological mind: An introduction to philosophy of mind and cognitive science*. London: Routledge
3. Grünbaum T, Zahavi D (2013). Varieties of self-awareness. In Fulford K, Davies M, Gipps R, Graham G, Sadler J, Stanghellini G, Thornton T (Eds.). *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (221-239). Oxford: OUP
4. Krueger J (2011). The who and the how of experience. In Siderits M, Thompson E, Zahavi D (Eds.), *Self, No-Self?* (27-55). Oxford: OUP
5. Parnas J, Handest P. Phenomenology of Anomalous Self-Experience in Early Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 2003 (44), 2 (March/April): pp. 121-134
6. Parnas, J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, Zahavi D. EASE: Examen de anomalías subjetivas de la experiencia (desórdenes del self) (Traducción de Otto Dörr y Leonor Irarrázaval). *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 2011; 7; 4: 439-467
7. Nagel T., 1974, "What Is It Like to Be a Bat", *Philosophical Review*, 83, pp. 435-450
8. Zahavi D (2005a). *Subjectivity and Selfhood: Investigating the first-person perspective*. Massachusetts: MIT Press

<sup>3</sup> No está demás decir que varios filósofos critican esta distinción.

<sup>4</sup> Esta propiedad ha recibido diversos nombres en la literatura en el tema, tales como: This phenomenal property has been named in a number of ways: 'for-me-ness'; 'my-ness'; 'meishness' y también 'sense of ownership'.

<sup>5</sup> Dada la similitud, la confusión es más que entendible.

## ENTREVISTA A JEREMY SAFRAN<sup>1</sup>

(Rev GPU 2014; 10; 3: 287-294)

Por Edgardo Thumala<sup>2</sup>



JEREMY SAFRAN

**Jeremy D. Safran, Ph.D. es Profesor de Psicología en la New School for Social Research, y Profesor Clínico en el New York Postdoctoral Program in Psychotherapy & Psychoanalysis. Ex Director de Psicología clínica en la New School, y ex Presidente de la Asociación Internacional para la Psicoterapia y el Psicoanálisis Relacional (IARPP).**

**ET:** *Tal vez recuerdes que Stolorow y Atwood, en Faces in a Cloud, tenían la idea de que la propia biografía tiene mucho que ver con lo que uno está haciendo ahora o con lo que uno está pensando actualmente. Entonces, ¿cómo relacionas tu historia personal, con el hecho de ser relacional y Budista?*

**JS:** Eso ciertamente me hace sentido, y en términos de mi historia personal...es difícil saber dónde comenzar

y cuán revelador quiero ser...Pero diré algunas cosas. Primero que todo, en mi familia había dos hijos, yo y una hermana que era cuatro años mayor, y creo que hubo algunas cosas que ocurrieron: primero, mi padre murió cuando yo era bastante joven. Murió cuando yo tenía doce años de edad. No estaba enfermo ni nada, simplemente murió de un inesperado ataque al corazón y eso fue una experiencia muy temprana de

<sup>1</sup> Publicada originalmente en *Revista Chilena de Psicoanálisis*. Volumen 30 N 2 pp 99 -208 Diciembre 2013. Reproducida con autorización.

<sup>2</sup> Psiquiatra. Miembro ACHPAG. Email: ethumala@gmail.com

pérdida y abandono para mí. Pienso que, de un modo u otro, todos nos confrontamos a la naturaleza finita de la vida y a nuestra mortalidad de distintas maneras, pero pienso que ese fue un modo en que lo confronté muy abruptamente y fue una pérdida enorme para mí. Es un tanto difícil incluso recordarlo, debo haber pasado un año, o por ahí, ni siquiera dándome cuenta de lo deprimido que estaba. Además incluso antes de que mi padre muriera, mi hermana comenzó a desarrollar variados problemas emocionales cuando era una adolescente –parte era estar pasando por la adolescencia, parte era que estaba volviéndose bastante deprimida– y de alguna manera yo terminé adoptando un rol de hijo parentalizado en algunos aspectos, cuidando las necesidades de mi hermana pero también de mi madre, quien realmente estaba teniendo un montón de dificultades para lidiar con la pérdida de su marido. Entonces pienso que desarrollé una suerte de madurez prematura, y comencé a leer un montón y pensar un montón. Encontré que muchos de mis amigos, cuando yo era un adolescente, confiaban en mí y me buscaban para que los aconsejara, y como muchas personas que se vuelven psicoterapeutas, hay un modo en el cual me volví psicoterapeuta, en cierto sentido, jugando el rol de un psicoterapeuta.

ET: *¿Y cómo fue con tu madre?*

JS: Ah, del mismo modo, mi madre estaba muy deprimida, y un poco inestable, fue poco parental para mí en varios aspectos, entonces hice un montón de amigos y cultivé una comunidad y creo que desarrollé un modo en que ellos empezaron a verme como alguien a quien acudir en orden de discutir sus problemas. Creo que de algún modo no me percaté de lo infeliz que era y... pienso que cuando estaba en secundaria, cuando me preguntaban qué quería hacer, probablemente yo decía que quería ser periodista porque me gustaba escribir y pensaba que era capaz de escribir bastante bien, pero para la época en que entré al *college* creo que tenía cierta idea de que quería hacer algo que se relacionara con hacer terapia. La otra parte de ello, en relación al aspecto relacional de esto, creo que desde muy temprano estaba muy sintonizado o sensible a esos momentos cuando sientes que te estás comunicando con alguien y momentos cuando ya no puedes comunicarte. Y estaba muy consciente de que había esos momentos donde hay un encuentro de la mente que resultan muy fugaces y muy importantes, y luego, a veces, antes de que lo sepas, las cosas simplemente como que se desarman y ya no puedes comunicarte más.

Entonces esos momentos son muy especiales y creo que cuando estaba en el *college*, pasé por una

suerte de crisis existencial. Me preguntaba cómo era posible para alguien comunicarse con alguien más y me sentía un poco atrapado en mi propio mundo. Pero pienso que todos esos factores me sensibilizaron en relación a cuán especial es cuando eres capaz de tener estos momentos de conexión, estos momentos intersubjetivos de conexión. Pienso que eso es lo que me llevó naturalmente a una dirección hacia la tradición más interpersonal o relacional. Cuando estaba en el *college* leí a Harry Stack Sullivan y R.D. Laing y había algo de la idea sobre cuán frágil es la comunicación. También, a través del trabajo de Laing, me familiaricé con los escritos de Gregory Bateson, lo que también me influyó... estas familiarizado con Gregory Bateson?

ET: *Por supuesto, recuerda que soy además terapeuta familiar*

JS: Es cierto, yo me volví muy interesado en Gregory Bateson y toda la perspectiva interpersonal, y luego comencé a leer a Sullivan

ET: *¿Qué edad tenías?*

JS: 21 o 22. Entonces estaba fascinado porque R. D. Laing, tú sabes, se estaba tratando de comunicar con personas que eran esquizofrénicas, y eso me atrapó como algo muy interesante y recuerdo leer sobre Sullivan y su especial habilidad para comunicarse...

ET: *... con los esquizofrénicos sí,*

JS: y aprecié mucho su escritura y su sensibilidad y había algo en el modo que tenía de atender sintonizadamente a lo que él llamaba momentos de deterioro en la comunicación. Él estaba muy consciente del impacto de la ansiedad en la comunicación. Sullivan era un personaje bastante extraño; por lo que he leído de él biográficamente, era un hombre complicado, pero había algo sobre crecer en un área rural, era muy aislado, bastante brillante, y en muchos aspectos autoformado. Y también era gay (yo no me di cuenta en ese momento), era homosexual, entonces se sentía como dejado afuera y marginalizado, al borde, y era una especie de disidente.

ET: *En ese momento en Estados Unidos era bien complicado ser gay (en los años 30).*

JS: Exactamente...

ET: *En cualquier parte del mundo probablemente.*

JS: Exactamente, entonces me fascinó con Sullivan y comencé. Yo era de pregrado, y tenía un amigo muy, muy cercano, que era mayor que yo. Era escocés y estaba muy interesado en George Herbert Mead y el interaccionismo simbólico y en toda la Escuela de Sociología

de Chicago. Y solíamos hablar harto sobre ello y sobre Sullivan. Creo que los dos nos interesamos en el Budismo al mismo tiempo. Y pasamos un montón de tiempo tratando de dar sentido a las similitudes y diferencias entre la psicología Budista, el interaccionismo simbólico y el pensamiento de Sullivan.

ET: *¿Qué fue lo que te interesó del Budismo?*

JS: Creo que inicialmente lo que me fascinó del Budismo fue su aspecto Zen y los aspectos paradójicos del Zen y la iconoclasia del Zen...

ET: *Si ves al Buda en el camino, mávalo...*

JS: Sí, exacto, entonces eso me atrajo y luego leí un libro de Alan Watts llamado Psicoterapia del Oriente, psicoterapia del Occidente.

ET: *Estupendo libro*

JS: El cual me influenció y comencé a leer más a Alan Watts y luego de Alan Watts comencé a leer a Suzuki (Daisetsu Suzuki), y luego me involucré en la meditación Zen y en un centro Zen. Hay algo sobre la idea de la impermanencia<sup>3</sup> que realmente me pareció importante y tenía que ver con la pérdida de mi padre cuando era bastante pequeño, pues tenía la sensación de que nada dura...

ET: *Déjame dar un pequeño salto, ¿cómo es la idea de impermanencia en este momento para ti?...*

JS: Aún está ahí, estoy muy consciente del hecho de que nada dura y con ello viene una cierta tristeza. Freud tiene una suerte de sensibilidad trágica, sabes, un sentido de que de algún modo, nada realmente dura, y la vida está llena de conflicto. Freud escribió un pequeño texto fascinante, después de la Primera Guerra Mundial, titulado *Lo Perecedero* que tiene una sensibilidad bastante Budista sobre ello. Creo que hay un tipo de tristeza que viene de estar en contacto con lo que Freud habría llamado lo perecedero de todas las cosas –a lo que los Budistas se refieren como impermanencia. Pero al mismo tiempo... estar en contacto con esta dimensión de la vida puede llevar a una intensificación de la apreciación o estimación de las pequeñas cosas en la vida –una hermosa puesta de sol, una palabra amable de alguien, una cálida sonrisa de un familiar o un amigo– Hay un sabor agridulce en ello.

<sup>3</sup> La *impermanencia* es un concepto central al budismo, que al igual que Heráclito, plantea que todo está permanentemente en cambio.

ET: *Conozco esa idea. ¿Pero crees que aceptas que las cosas no duran?*

JS: Probablemente no, probablemente no...

ET: *Es un tanto difícil...*

JS: Es difícil. No sé si alguien realmente lo acepta. Pero de todos modos...creo que de modos sutiles he ido aceptando más las cosas y a mí mismo con el tiempo.

ET: *Con la edad...*

JS: Exacto, la pérdida de algunas de mis fantasías narcisistas, ¿sabes?

ET: *Sí, de hecho, el sentimiento de impermanencia se torna peor con los años.*

JS: Me involucré mucho con el Budismo Tibetano. Influenció el modo en que veo la psicoterapia, creo, algo sobre la idea de un tipo de aceptación que hay en la tradición Budista y pienso que ha tenido un impacto en mí y en mi aproximación hacia la psicoterapia. No sé cuán bien va de acuerdo con la tradición de la relación interpersonal pero es sólo otra hebra más que se junta, contribuyendo a mi sensación respecto a qué es importante en términos de trabajar con personas y ayudando a personas. Pienso mucho sobre mi trabajo en estos días, muchas de las cosas sobre las que escribo, y ha sido un tema en mi escritura, tienen que ver con cuál es la relación entre la decepción –la realización de nuestras propias limitaciones y de las limitaciones de otros – y la fe. ¿Qué es lo que significa tener fe? ¿Qué es lo que significa tener fe en que alguien te puede ayudar, tener fe en otra persona? ¿En qué medida podemos controlar las cosas? ¿En qué medida las cosas son realmente una suerte de azar? Un montón de cosas son realmente algo arbitrarias y cada vez, más y más, pienso que un conflicto fundamental para mí y para muchos pacientes tiene que ver con venir a terapia y en algún nivel esperar una suerte de transformación milagrosa. Esperar algo que lo va a transformar todo. Mi experiencia es que no hay este tipo de transformaciones extraordinarias, al menos esa no es la naturaleza de mi experiencia.

ET: *El sufrimiento común.*

JS: Exacto, exacto. Entonces las personas van a terapia y quieren que el terapeuta los transforme... pero no lo admiten. Incluso si es que dicen yo sé que no hay magia, en algún nivel todos estamos buscando magia.

ET: *Estoy completamente de acuerdo*

JS: Y luego en otro nivel tenemos la sensación de tener que hacerlo por nosotros mismos, a través de nuestros propios esfuerzos. Y piensa que eso es un problema

también, porque finalmente hay un modo en que tenemos que ser receptivos a aquellos momentos en la vida que pueden darnos lo que necesitamos o a esos momentos en las relaciones cuando las personas pueden estar ahí para nosotros. Cada vez estoy más consciente de pensar, cuando trato de ayudar a mi paciente. ¿Lo encuentran de ayuda o no? Y si no lo encuentran de ayuda ¿por qué no lo encuentran de ayuda?, y ¿qué es lo que están buscando? Finalmente tiene que ver con un elemento de rendición, donde casi tienes que aceptar que algunas veces las cosas buenas pasan o que algunas veces las personas hacen cosas por ti, no por que eres una buena persona o porque lo has ganado, sino sólo por la bondad de sus corazones. En una de sus últimas contribuciones en *Envidia y Gratitud*, Melanie Klein reconoce la importancia de ser capaz de experimentar gratitud, y últimamente he escrito un par de trabajos que aún no he publicado, y he hablado sobre toda la idea de la gracia en la teología cristiana. Soy judío y crecí sin saber sobre el Cristianismo y nunca entendí realmente la idea de gracia, pero me he fascinado con tratar de entender el rol de la gracia en la teología Cristiana, pues es tan diferente en tantos aspectos del Judaísmo. En el Judaísmo hay un sentido de la importancia de hacer lo correcto, pero en lo Cristiano... He vuelto a leer a San Agustín y Martín Lutero... y es interesante que para ambos... incluso la habilidad de tener fe sea un regalo divino. No podemos elegir tener fe. Sé que estoy usando términos teológicos... pero me refiero a ello psicológicamente.

Es algo que viene desde afuera. Hay algo sobre reconocer que algunas cosas vienen desde el exterior que es muy importante; no todo es lo que hacemos nosotros mismos. De algún modo, por lo que he estado batallando en mi pensamiento y escritos, es esa danza entre lo que podemos lograr a través del esfuerzo y voluntad y, por el otro lado, en terapia, reconocer de que es más sobre estar abierto a la colaboración, abierto a lo que el terapeuta nos puede dar. De algún modo la idea de que a veces las personas pueden hacer cosas buenas o amorosas por ti no porque las has ganado sino por su propia bondad o generosidad.

ET: *Sí, sí, ya veo. ¿De algún modo es un tanto similar a lo que tú y yo hemos hablado previamente, cuando discutimos el Advaita Vedanta? (se refiere a un diálogo sobre misticismo durante el seminario "avances en psicoterapia y cambio psíquico" en enero 2006).*

JS: Puede ser... tengo que pensar más sobre ello. Pero saliendo del terreno teológico por ahora... si es que pensamos sobre la relación entre la madre y el infante... la madre cuida al infante, no porque el infante lo ha ganado, sino porque es lo que las madres hacen.

Entonces esa es una de las cosas sobre las cuales estoy pensando en psicoterapia en estos días. Nuestros pacientes vienen a terapia ya sea pensando que tienen que trabajar duro para cambiar o que mágicamente nosotros los transformaremos, o alguna combinación de las dos o alguna oscilación de ida y vuelta entre las dos. Piensan que si ellos se hacen mejores, o más exitosos, o más ricos o famosos... entonces las personas los querrán y serán felices.

ET: *Sí. Y ¿cómo se relaciona esto con el Budismo?*

JS: Bueno... Creo que una de las razones de la popularidad de las prácticas orientadas desde el *mindfulness* en Occidente es que las personas están aprendiendo una habilidad. Y la idea es que practicando una habilidad a través del propio esfuerzo podemos transformar nuestra experiencia. Es muy consistente con las ideas occidentales de agencia personal.

ET: *Sí, debes practicar duro y si no lo haces, no lo estás haciendo bien, entonces debes de algún modo transformarte a ti mismo a través de tu propio trabajo duro y esfuerzo. Es como la Escuela de Gurdjieff<sup>4</sup>.*

JS: Sí... pero en ciertas tradiciones Budistas y en el Advaita Vedanta<sup>5</sup> hay una idea de no dualidad. En el Budismo Mahayana plantean que Samsara es Nirvana<sup>6</sup>. Tu mente ordinaria de cada día es la mente iluminada. No es que trabajes, trabajes y trabajes y gradualmente te transformas. Es una suerte de despertar inmediato ¿Verdad? Eso es no-dual. En el Budismo japonés distinguen entre lo que ellos denominan aproximaciones del propio-poder versus aproximaciones de Otro-poder. Muchas formas de meditación enfatizan el proceso de transformación gradual como resultado de los propios esfuerzos consistentes y disciplinados.

Pero hay otras tradiciones de Budismo... Por ejemplo la que es referida como Budismo de la Tierra Pura. En Japón hay una forma popular de Budismo llamada Shin. Shin es un buen ejemplo de Budismo de la Tierra Pura. En el Budismo Shin hay un énfasis simplemente en entonar el nombre...

ET: *...el nombre de Buda, tu repites el nombre de Buda muchas veces.*

JS: Exacto y al principio pensé eso no parece...

<sup>4</sup> Gurdjieff plantea que el cambio es posible, sólo con un gran y sostenido esfuerzo.

<sup>5</sup> Escuela místico filosófica de la India que literalmente plantea que "no hay dos".

<sup>6</sup> La forma es la esencia.

ET: ... muy lógico.

JS: Exacto, pero finalmente me di cuenta de que hay algo muy importante en esto, básicamente se tiene fe en que Buda te cuidará como resultado de su propia compasión. No tienes que ganar su compasión. No tienes que volverte merecedor.

ET: *En el mismo modo que en el Cristianismo Dios te concede la gracia por su propio amor. No tienes que ganarlo. Viene desde afuera.*

JS: Sí.

ET: *Entonces, ¿Cómo resuelves el problema del Budismo y la Psicología en tu práctica, pues supongo que no les dices a tus pacientes "síéntate y medita"?*

JS: Correcto.

ET: *¿Entonces como te relacionas con eso con tus pacientes?*

JS: Bueno, usualmente no hablo de Budismo con mis pacientes. En general no hablo de Teología, a menos que sea relevante para ellos. Algunos pacientes son religiosos y entonces podría hablar con ellos en términos de sus propios marcos de referencia religiosos, en tanto son significativos para ellos.

ET: *Sí. ¿Entonces no pones tus ideas en la habitación?*

JS: Exacto.

ET: *Pero ponemos nuestras ideas en términos de ideas psicoanalíticas, ¿Sabes? ¿Entiendes el punto? ¿Somos capaces de poner nuestras ideas psicoanalíticas pero no somos capaces de poner fuera nuestras ideas Budistas porque no se supone que lo hagamos?*

JS: Ya veo

ET: *Si realmente crees en eso, ¿Por qué no? Eso es un problema.*

JS: Mira, en la misma medida en que no hablo con mis pacientes de psicoanálisis a menos de que sea relevante para ellos. A veces creo que es provechoso para las personas hablar y tener una suerte de conversación intelectual sobre cosas porque ayuda a desarrollar un marco compartido de entendimiento, en la medida en que eso sea útil. Pero no se trata de transmitir una ideología a los pacientes, es más sobre desarrollar un lenguaje común con ellos. Y de todos modos yo creo que un montón de la acción del psicoanálisis y psicoterapia emerge de la interacción no verbal entre pacientes y terapeutas. Una gran parte del trabajo más importante ocurre en una dimensión no verbal.

ET: *Entonces, ¿diría que sólo tratas de seguir al paciente?*

JS: No sólo seguiría al paciente. También tomaría la iniciativa. Pero no estoy tratando de transmitir verbalmente una filosofía a mis pacientes, es más como que cualquier filosofía que yo sostenga es, con esperanza, encarada completamente en mí como persona en mis relaciones con mis pacientes. En la medida de que sea de ayuda hablar de estas cosas con ellos, hablaré sobre esto con ellos.

ET: *Ahora, déjeme terminar con la idea del Budismo en tu vida. ¿Prácticas actualmente meditación?*

JS: Sí. La naturaleza y grado de tiempo invertido en mi práctica varía. Creo que había definitivamente un largo periodo de mi vida cuando tenía un profesor, un profesor Tibetano, y dedicaba largos periodos del día, y del fin de semana a varias prácticas. Iba a retiros. Ha habido tiempos en que no he practicado en absoluto. Por ejemplo cuando mis hijos eran bebés...Y estaba despierto con ellos en la mitad de la noche. O cuando eran un poco mayores y me despertaba temprano en la mañana para meditar y entonces uno o ambos se despertaban y querían que pasara tiempo con ellos. Y meditar no era la idea que tenían de pasar tiempo conmigo. Pero en estos días trato de practicar un poco la mayoría de los días. 20, 10 o incluso 5 minutos. No es mucho, pero es algo.

ET: *Ahora volvamos a la psicoterapia y al psicoanálisis relacional. Hay muchas diferencias entre los distintos analistas y psicoterapeutas relacionales. ¿Dónde te posicionarías a tí mismo en esta tradición?*

JS: El psicoanálisis relacional es una tradición en evolución. Stephen Mitchell y varios colegas aparecieron con el término relacional (basados en el libro que él había escrito con Jay Greenberg) para proveer de un nombre a una nueva vía del programa de posdoctorado en la Universidad de Nueva York que integraría la tradición interpersonal con la teoría Británica de relaciones objetales.

Se pretendía proveer una alternativa a las vías "interpersonales" y "Freudianas" ya existentes. En el mismo modo en que la Tradición Independiente Británica proveía una alternativa a las vías freudianas y kleinianas. La tradición relacional siempre ha sido una síntesis en evolución de un montón de tradiciones diferentes. Desde el principio era una síntesis entre las teorías interpersonales americanas y la de relaciones objetales británica y la psicología del yo, y hay bastante añadido del pensamiento feminista y posmoderno. Creo que sigue siendo influenciado por bastantes tradiciones diferentes. Pienso que es por

eso que es tan difícil decir que la tradición relacional es sólo una cosa.

ET: *¿Cómo ves la diferencia entre lo relacional y lo interpersonal?*

JS: Creo que la diferencia se ha ido reduciendo. Tempranamente había una distinción clara pero creo que las diferencias entre ambas están realmente debilitándose. Varias personas que se han considerado como teóricas claves interpersonales tales como Donnel Stern y Philip Bromberg son tan relacionales como interpersonales. La diferencia entre ambos es realmente pequeña. En Norteamérica hay una forma en la que el psicoanálisis relacional y la psicoterapia relacional han coloreado la corriente principal o como quiera que se llame en estos días, la teoría moderna del conflicto o la psicología del yo. Si lees el *Journal of the American Psychoanalytic Association* es similar en varios aspectos al *Psychoanalytic Dialogues*, y distinto en otros. Con estas tradiciones diferentes hay cada vez más y más fertilización cruzada entre ellas, ¿sabes?

He estado bastante involucrado en esa tradición y fui presidente de la Asociación Internacional de Psicoanálisis y Psicoterapia Relacional. Pienso en mi mismo más como perteneciendo a la tradición relacional pero no tengo una agenda de promover el psicoanálisis relacional. Hay mucho espacio, es una gran asociación, y hay suficiente espacio para un montón de ideas diferentes.

ET: *¿Distingues entre las tradiciones relacional versus intersubjetiva?*

JS: Es un poco complicado. Algunos analistas en Europa, por ejemplo, se refieren a lo que en Norteamérica denominan como la tradición relacional como la tradición intersubjetiva. Y entonces hay una línea de pensamiento emergiendo desde la psicología del self, primero articulada por teóricos tales como Robert Stolorow y George Atwood, la que también nos es referida como teoría intersubjetiva. Y algunos han escrito sobre similitudes y diferencias entre el pensamiento intersubjetivo de Stolorow versus teoría relacional. Lo que complica aún más las cosas es que el término intersubjetivo es utilizado de modos distintos por diferentes autores. Así, por ejemplo, investigadores del desarrollo infantil como Daniel Stern usan el término intersubjetivo para referirse a la capacidad natural de los humanos y primates de nivel superior para reconocer las intenciones del otro. En contraste, Jessica Benjamin usa el término para referirse a la capacidad de experimentar al otro como un sujeto independiente con su propio centro "relacional" e "intersubjetivo". Así, supongo, la respuesta corta

sería "depende de a qué te refieras por 'relacional' e 'intersubjetivo'".

ET: *¿Cómo trata la teoría relacional con el tema del "estilo de carácter"?*

JS: Tradicionalmente la teoría relacional no se ha enfocado realmente en el tema del estilo de carácter. Creo que el tema de tipo de carácter y el análisis del carácter evolucionó desde la tradición de la psicología del yo. Por ejemplo, el clásico "Análisis del Carácter" de Wilhem Reich da pie a un completo campo de pensamiento que comienza con el entendimiento de que las propias defensas características son una parte intrínseca de uno como persona, y de que el análisis del carácter es así central al proceso analítico. Y Ana Freud al articular una taxonomía sistemática de diferentes tipos de defensas jugó un rol en la emergencia de todo un estilo de pensamiento que alcanzó su máximo en el apogeo de la psicología del yo americana de evaluar la naturaleza de los estilos defensivos característicos de las personas y desarrollar nosologías según ello con el propósito de predecir cómo personas con distintos estilos de carácter se presentarían durante entrevistas diagnósticas y responderían a distintos tipos de intervenciones terapéuticas.

Como el análisis relacional ha estado tan enfocado en el sistema terapeuta-paciente como unidad fundamental de análisis, más que en el paciente aislado, la empresa del análisis del carácter ha tendido a tomar el asiento trasero. Pero en algún punto probablemente será valioso enfocarse en reintegrar los dos énfasis diferentes.

ET: *Ya veo. ¿Y qué sobre la idea del self? ¿Hay una suerte de contradicción entre la idea del self y la teoría relacional de algún modo?*

JS: Sí.

ET: *... y el Budismo, por supuesto. Porque si tú estás en una relación con otro, donde está tu self? ¿Qué piensas sobre esto?*

JS: Bueno, esa es una buena pregunta. Creo que hay un concepto Budista del self y no self y creo que es fácil malinterpretar lo que las personas están tratando de obtener en eso. Por ejemplo, si comienzas con una tradición basada en Sullivan, la idea es que no habría self, que es realmente como la intersección de dos subjetividades diferentes y de que el self es creado en cada interacción. Es de cierto valor mirar las cosas de ese modo y creo que ciertamente es verdad de que somos personas muy diferentes en distintas relaciones y que aún hay algunos modelos y regularidades en los



modos de relacionarse. Incluso dentro de la tradición relacional cuando se habla que no habría un self unitario sino más bien múltiples estados del self o selfs disociados, aspectos del self que están más o menos en diálogo con otros, o integrados, son sólo distintos modos de conceptualizar las cosas. Todos tienen cierto valor heurístico.

**ET:** *Ok. Siempre he estado impactado por tu libro sobre La Alianza terapéutica<sup>7</sup>, en el que habla sobre el tema de resolver los impases terapéuticos. Me recuerda de algún modo el trabajo de Robert Stolorow sobre el tema... Y creo que se relaciona con la idea de que la acción terapéutica del psicoanálisis no es sólo el insight... que tiene que ver con algo en y del rol de la relación terapéutica. ¿Qué piensas sobre eso?*

**JS:** Sí. Esa idea es una en la que me he enfocado a mi propia manera, pero es una idea que fue anticipada por muchas personas incluyendo a Stolorow, Kohut, Winnicott y Balint, y antes que ellos por Sándor Ferenczi. Siempre ha sido un tema importante en psicoanálisis, una suerte de amenaza desde su comienzo temprano, la idea de que de algún modo lo que pasa son estos momentos de cierta ruptura, cuando el terapeuta le falla al paciente de alguna manera, y el proceso de elaboración que es lo que Michael Balint llamó un "nuevo comienzo". Entonces creo que me enfoqué en eso, por mi programa de investigación, en el programa de investigación clínico en negociar impases terapéuticos o rupturas terapéuticas. Pero como dije, es una suerte de peligro en el pensamiento psicoanalítico que viene desde Sandor Ferenczi. Creo que es un proceso de cambio extremadamente importante, pero no es el único proceso de cambio.

**ET:** *Bien. ¿Y cuáles serían los otros?*

**JS:** Creo que hay un número infinito de ellos. Por ejemplo, creo que hay algo sobre el sintonizar mutuo en curso que ocurre entre el paciente y el terapeuta, creo que ahí hay una suerte de proceso del paciente desarrollando cierta internalización de representaciones de su relación con el terapeuta que es muy importante. Creo que hay... tantos... Por ejemplo, es importante entender que el cambio siempre tiene un componente afectivo en él... Creo que hay otro proceso, que personas como Ed Tronick refieren como expansión diádica de la conciencia... Creo que investigadores del desarrollo

como Ed Tronick, Daniel Stern (recientemente fallecido) están en lo correcto cuando argumentan que es una motivación primaria no sólo mantener contacto con personas sino, en un sentido, el tener la experiencia de intersubjetividad, la experiencia de tener un encuentro de mentes.

**ET:** *Yo sé que tú sabes que yo sé...*

**JS:** Exactamente. Entonces hay algo acerca de cuando dos mentes se encuentran, ambas mentes cambian como resultado de que ambas se han expandido, entonces creo que ese es otro proceso, pero creo que hay un número infinito de procesos.

Bueno, has hecho varias preguntas, ¿Hay algo acerca de lo que no haya hablado que pienses que sería importante?

**ET:** *Nada, al menos en este momento. Supongo que recordaré muchas preguntas más tarde, pero por ahora creo que está bien.*

**JS:** Creo que hay algo: mira, si puedo añadir una pieza pequeña a todo lo que estamos diciendo, creo que una de las cosas que me tiene preocupado, como alguien que es psicoanalista y también psicólogo clínico, y que ha estado involucrado en programas de entrenamiento clínico psicológico en Norteamérica por muchos años, estoy muy preocupado por el futuro del psicoanálisis en Norteamérica. No estoy seguro de cómo es en Chile y Argentina, tal vez aún es próspero, pero creo que se está volviendo bastante marginalizado en Norteamérica y también veo a la psiquiatría tornarse más y más biológica. Y no es sólo que la psiquiatría se está tornando crecientemente biológica, en Norteamérica también la psicología se está tornando crecientemente biológica. Creo que eso es problemático, creo que la psicología crecientemente se está tornando más hacia un énfasis tanto en lo que llaman ciencia clínica y crecientemente todo el mundo piensa sobre la compensación que habrá en las neurociencias. Creo que eso es problemático en tanto representa una estrechez de miras, creo que realmente tenemos que estar preocupados, nuevamente, no sé cuál es la situación actual en Chile en estos términos.

**ET:** *Es bastante similar. Sabes, hubo una conferencia Psiquiátrica en Chile y el psiquiatra que estaba presentando puso una imagen de una caricatura en la cual desde un edificio muy muy alto un diván estaba siendo tirado por la ventana, esa era la caricatura, el diván saliendo por la ventana. Entonces, es lo mismo acá, las compañías farmacéuticas son muy fuertes y tienen mucho dinero y nos traen un montón de psiquiatría biológica y todo eso.*

<sup>7</sup> *La Alianza Terapéutica: Una guía para el tratamiento relacional*, por J. Safran y J. C. Muran. Bilbao: Ed. Desclee de Brouwer, 2005.

JS: Sí, entonces está pasando alrededor de todo el mundo, creo que es una suerte de reduccionismo biológico, no es que no tenga ningún valor.

ET: *Por el otro lado, la investigación biológica es muy importante.*

JS: Es muy importante, muy importante, pero creo que lo que está pasando acá, en Norteamérica, es que las personas, creo, están persiguiendo esto a expensas de todo lo demás. Entonces creo que ahí es cuando me preocupo de esto, y sólo pienso de que es importante para todos los que estamos comprometidos con la psicoterapia, sean terapeutas familiares, psicoanalistas, terapeutas cognitivos, psicoanalistas relacionales o kleinianos, de algún modo seas psicólogo o psiquiatra, tenemos que dejar algunas de nuestras diferencias de

lado y trabajar juntos para comunicarnos de modo más directo y efectivo con el público para tratar de tener más impacto en el modo en que el público entiende y ve las cosas y tener más impacto en las políticas gubernamentales. Creo que estoy un poco preocupado del futuro en este aspecto.

ET: *Bien, estoy muy agradecido por tu paciencia en tratar de entender mi difícil inglés.*

JS: Yo estoy agradecido por tomarte el tiempo y hacer el esfuerzo de hacerme estas preguntas bastante complejas en inglés en lugar de en español, y pido disculpas por no hablar español. Maravilloso hablar contigo nuevamente

ET: *Bueno, y espero verte pronto.*

## REFLEXIÓN

# PSICOTERAPIA, MEDICINA Y PSIQUIATRÍA<sup>1</sup>

(Rev GPU 2014; 10; 3: 295-299)

César Ojeda

**¿Es la psicoterapia consustancial a la psiquiatría? Esta pregunta se refiere a la “identidad” de la psiquiatría. La psiquiatría nace como un desprendimiento de la neurología y de la medicina interna por la carencia de hallazgos neuropatológicos en graves trastornos de la esfera “psíquica”, situación desde la que se desarrollan la psicoterapia, la hermenéutica y la fenomenología psiquiátricas, centradas más en el significado de los fenómenos psíquicos que en un modelo somático limitado, como era el decimonónico. El desarrollo histórico de esta situación es ampliamente conocido. Tal vez por eso, algunos todavía piensan que la psicoterapia es siempre una forma de acto médico, por lo que –se afirma– hablar de psicoterapia “médica” es una redundancia.**

Es sabido que “terapia” (del griego *therapeuo*) significa “servir”, “cuidar”, “ayudar”. Cómo se pueda servir a quien padece adoptará tantas vertientes como áreas encuentre ese padecer. Por lo mismo, hablar de psicoterapia médica no sólo no es una redundancia, sino que responde a la necesidad de poner de manifiesto qué es lo que hace hoy legítimo que la medicina y especialmente la psiquiatría mantengan dentro de sus recursos terapéuticos a la psicoterapia. De no enfrentar esta pregunta, el problema se traslada hacia los derechos históricos –desde los cuales ninguna disciplina moderna sería lo que actualmente es– o simplemente, hacia la irracionalidad y la mera lucha de poder.

La psicoterapia en sí misma o, si se prefiere, desde su interior, no aporta ningún elemento que necesariamente la haga un acto exclusivamente médico, del mismo modo en que el uso biológico de sustancias

químicas en sí mismo no constituye necesariamente una acción médica. No cambian la técnica o los principios teóricos de las psicoterapias en cualquiera de sus formas, si éstas son efectuadas por psicólogos, psiquiatras y eventualmente por otros profesionales.

¿Desde dónde podemos entonces hablar de una “psicoterapia médica”? Nos parece que para responder a esta pregunta debemos explicitar el contexto (racionalidad) en el que ésta se lleva a cabo. Lo mismo cambia su sentido si cambia el contexto en el que ocurre. No es lo mismo usar psicofármacos en el contexto de una prescripción médica, que hacerlo en el de una dependencia química o con una finalidad suicida, aunque los principios farmacológicos sean en todos los casos los mismos.

Y, ¿cuál es el contexto de la psicoterapia médica?

La psiquiatría es una profesión, al igual que la medicina general y que cualquier especialidad médica.

<sup>1</sup> Para una ampliación de esta reflexión ver: Ojeda C., “Modelos, Teoría y Psicoterapia”. Rev GU 2005; 1: 102-107

Esto significa que no se trata de una ciencia en sentido estricto destinada, como ellas, sólo a generar modelos teóricos que expliquen algún sector de la experiencia, sino y de forma esencial, de una *praxis* ejercida respecto de personas. Si bien es posible concebir una neurobiología, una farmacología, una psicofisiología, una teoría de la evolución o de la relación genes-cultura como científicas en un sentido más riguroso, la especialidad médica que nos ocupa es esencialmente una actividad de ayuda en distintas vertientes (preventivas, terapéuticas, sociales, de apoyo, etc.), lo que implica un compromiso directo con las personas acogidas a su acción.

Las perturbaciones que se consideran campo de la psiquiatría son un producto histórico y cultural y, por lo tanto, relativo a épocas, creencias y circunstancias sociales. Con ello estamos simplemente diciendo que la psiquiatría es parte de la cultura. La designación de ciertas formas de sufrimiento humano como “trastornos mentales y del comportamiento” resulta discutible y muy difícil de precisar en sus límites, desde el momento en que las palabras “trastorno”, “mente” y “comportamiento”, son vagas y polisémicas.

Además de lo mencionado, la diferenciación de “campos de hecho” no parece hoy capaz de definir cabalmente a casi ninguna profesión. Un mismo campo de acontecimientos puede ser abordado por profesiones muy diferentes y, así, por ejemplo, psicólogos, sociólogos, antropólogos, neurobiólogos, arquitectos, jueces y políticos, además de neurólogos y psiquiatras pueden tener como campo de acción a la enfermedad de Alzheimer. Pero es evidente que se hacen cargo de cosas distintas y desde perspectivas muy diferentes. Para definir a una profesión entonces, es necesario preguntarse por el contexto y la racionalidad que la guía, puesto que será ésta la que en definitiva dará forma a su accionar.

¿Y cuál es el marco de racionalidad de la psiquiatría? Sostengo que en la psiquiatría, en tanto especialidad médica, ese marco es taxonómico (*taxos*=orden, *nomos*=ley), es decir, que se funda en una lógica discriminante entre las distintas formas del padecer humano, las que cree son susceptibles de una *clasificación* que distingue unas de otras. Esta racionalidad permite en general aplicar a una persona individual el conocimiento acumulado para la clase de sufrimiento que padece; por ejemplo, datos epidemiológicos, factores de riesgo, parámetros biológicos, relacionales, sociales y terapéuticos en cualquiera de sus formas.

Derivado de lo anterior, la psiquiatría, al igual que el resto de la medicina, se mueve entre el conocimiento general taxonómico y la especificidad irrepetible de

cada persona. Considera por lo tanto que los sufrimientos o alteraciones personales y grupales (incluidos los que se denominan “trastornos mentales”) reconocen influencias de diversa índole (orgánico-lesional, biológico-disfuncional, interpersonal, social, históricas, etcétera) en su emergencia, mantención y extinción. Por lo tanto, la psiquiatría no se define por el origen somático del padecer ni por los procedimientos terapéuticos biológicos –como suele creerse–, sino por efectuar la investigación clínica, las operaciones diagnósticas y las acciones terapéuticas en el contexto y bajo la racionalidad señalados.

## LA OPERACIÓN TAXONÓMICA (EL DIAGNÓSTICO)

El diagnóstico psiquiátrico es la operación taxonómica real y particular efectuada sobre una persona y que distingue una forma de padecer de otras en el contexto de una clasificación. Las clasificaciones psiquiátricas y las categorías incluidas son, por cierto, tentativas, y están sometidas a permanentes revisiones y reestructuraciones. Esto no es sólo el efecto del “progreso” del conocimiento, sino también de diversas disputas y críticas respecto de su validez y confiabilidad internas, además de la influencia de la industria farmacéutica en ellas. Esto no significa negar la importancia fundamental que el desarrollo de la farmacología y de las nuevas tecnologías ha significado para el bienestar de la humanidad.

Las clasificaciones psiquiátricas han recibido objeciones desde diversos puntos de vista, destacando la frecuente comorbilidad para cada trastorno y la dificultad para realizar una aproximación categorial en muchas de sus áreas. Del mismo modo, la creación de cada vez más “entidades” nosológicas es un proceso de difícil análisis y susceptible, en muchos casos, de ser influido por intereses comerciales.

## LA TERAPÉUTICA

La estructura de la terapéutica psiquiátrica se desprende de las consideraciones anteriores y está basada en el concepto de “evidencia”. Cada trastorno en particular ha sido objeto de estudios epidemiológicos y terapéuticos controlados, especialmente de corto plazo, principalmente psicofarmacológicos y psicoterapéuticos. La racionalidad médica antes señalada exige que el tratamiento psiquiátrico esté basado en resultados científicos, es decir, en investigaciones adecuadamente formuladas, desarrolladas y replicadas. Las dificultades de este ideal médico están a la vista si se sigue la variación de sus resultados aun en plazos breves de tiempo. En todo caso, la reconocida multicausalidad de los

trastornos psiquiátricos sugiere que la terapéutica puede incluir desde procedimientos biológicos (farmacológicos u otros), hasta acciones preventivas psicosociales, es decir, culturales. La psiquiatría considera que la psicoterapia es uno de sus recursos terapéuticos, pero no el único, lo que implica aceptar acciones terapéuticas o preventivas diferentes si la evidencia empírica controlada las demuestra eficaces, bien toleradas y seguras en su uso. Si seguimos estos criterios, la “psicoterapia médica” no es ni una técnica ni una teoría, sino cualquiera de las formas validadas, en la medida en que consideran lo ya mencionado, es decir, que los sufrimientos personales y sociales (incluidos los que denominamos trastornos mentales), en su cuerpo principal son susceptibles de una taxonomía, y por ende de una operación taxonómica diferencial (diagnóstico) y que reconocen la influencia de factores de muy diversa índole en su emergencia, mantención y extinción.

La utilización de la psicoterapia como recurso médico en ningún caso implica un juicio respecto de otras profesiones que, desde otro contexto, la consideran también parte de su oficio.

## ASPECTOS ÉTICOS

La psicoterapia médica, al igual que cualquier acción psiquiátrica, es tributaria de una ética médica general. Desde un punto de vista bioético, sigue los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Sin embargo, debido a su carácter práxico, al que hemos denominado *ejercicio*, estos principios están encarnados y responden al contexto y la racionalidad señalados, cuya transgresión se denomina mal-praxis. Por ejemplo, será mal-praxis realizar tratamientos que no posean un fundamento empírico suficiente (medicina basada en la evidencia), o que no hayan sido evaluados en su potencialidad deteriorante, dañina o tóxica, o el no realizar las discriminaciones diagnósticas iniciales de modo acucioso. También lo será el efectuar procedimientos para los cuales no se tiene formación adecuada o suficiente, o privar a un paciente, por ignorancia o negligencia, de las terapéuticas disponibles en cada momento histórico.

Por otra parte, desde el punto de vista estrictamente médico, la psicoterapia no es un procedimiento aplicable a personas “normales”. Incluso el derecho a “cierta anormalidad” consiste en reconocer que la vida de las personas impone cargas, dolores y conflictos inevitables que son consustanciales a la condición humana. La medicalización (y posiblemente la “psicologización”) de las condiciones antes dichas ofrece reparos desde muchos puntos de vista y, no en último lugar, aquel que señala que el

hacerse cargo de la propia existencia no es un asunto endosable a la patología y a la experticia profesional.

Pero además, la psicoterapia en distintas versiones tiene indicación no sólo en personas aquejadas de leves anormalidades, sino también en aquellas gravemente alteradas, incluyendo las más dramáticas patologías somáticas y psiquiátricas, por lo que resultaría absurdo restringir su campo sólo a las primeras.

La psicoterapia, en su sentido más estricto y en su estructura más esencial, *puede estar en un contexto médico, pero en sí misma como hemos señalado, no es propiamente un acto de exclusividad médica*. Por lo tanto, parece fundamental precisar entonces cuál es su estatuto como actividad. Nos ha parecido útil distinguir, con propósitos de análisis, dos formas generales de psicoterapia: la psicoterapia basada en la técnica y la psicoterapia basada en el vínculo.

## PSICOTERAPIA BASADA EN LA TÉCNICA

Entiendo a la técnica, en su sentido contemporáneo, como un conjunto de procedimientos susceptibles de ser estandarizados, aprendidos y aplicados. Por ejemplo, el condicionamiento aversivo, el aprendizaje de modelos, la reestructuración cognitiva y muchas otras derivadas de las terapias conductuales clásicas y cognitivas, son intervenciones que cuentan en la mayoría de los casos con estudios controlados de eficacia (aunque ella sea relativa) en determinados trastornos, por lo que su indicación tiene en este contexto una precisión razonable. Como queda de manifiesto, las características del paciente relevantes para la aplicación de la técnica son aquellas derivadas del “tipo” o “clase” de trastorno que lo aqueja: por ejemplo, que padezca de un TOC, de una fobia social, de una depresión no melancólica o de una personalidad evitadora. Es decir, lo que se ha demostrado estadísticamente eficaz es poner en contacto una técnica tipificada con una clase de trastorno, también tipificado. Esto implica que terapeutas bien entrenados y pacientes bien tipificados debieran tener éxito terapéutico.

Sin embargo, sabemos que toda tipificación es un acto de reducción, puesto que los tipos o clases sólo tienen existencia para aspectos limitados de lo que aqueja y es una persona, y que por lo mismo, la operación diagnóstica deja mucho fuera. Para intentar definir adecuadamente lo que ocurre a una persona sería necesario utilizar infinitas clases. ¿Qué significa esto en términos lógicos? Significa que todo acto de clasificación sería estrictamente interminable si se ha de considerar a la persona como una totalidad. Inevitablemente entonces, la caracterización taxonómica tiene limitaciones

derivadas de su propia naturaleza, y, por lo mismo, su utilidad no deriva de representar todo lo que ocurre a alguien sino el estar guiada por una elección de algún fin estimado deseable, el que siempre estará por fuera de la clasificación misma.

Es difícil concebir alguna forma de psicoterapia que no requiera de procedimientos técnicos. Lo que sí se puede afirmar es que en cualquier relación terapéutica los fenómenos emergentes que surgen entre el paciente y el terapeuta parecen esenciales. Es decir, en las psicoterapias basadas en la técnica se puede creer que la persona del terapeuta y la persona del paciente intervendrían de un modo marginal, en la medida en que se espera que, merced de la definición de la clase y de la definición de la técnica, terapeutas adecuadamente entrenados para seguir el procedimiento y pacientes adecuadamente identificados, son intercambiables con otros terapeutas y otros pacientes (serialidad).

Si bien este esquema representa una orientación en general útil, en la práctica no opera enteramente de acuerdo con las premisas señaladas. Esto ocurre porque la evidencia estadística es una abstracción, como lo es el promedio aritmético, el que puede no cumplirse en ningún caso de la serie numérica sumada y dividida. Además, los grupos estudiados, por su adscripción a una clase de padecimiento, incluyen necesariamente "impurezas" (todos aquellos rasgos que quedan "fuera" de la clasificación), de modo que los resultados estadísticos que utilizan la serie de los números naturales, realizan sus operaciones sobre un supuesto (serialidad) que no se cumple en la práctica ni en los pacientes ni en los terapeutas.

Es innecesario citar aquí la gran cantidad de estudios que demuestran que el terapeuta y el paciente, como personas completas, intervienen en el proceso de un modo inevitable e importante, e influyen notablemente en él.

## PSICOTERAPIA BASADA EN EL VÍNCULO

Si nos remontamos al origen de la psicoterapia, podremos comprobar que en su germen la idea del "vínculo terapéutico" aparece como central. Es decir, lo que la psicoterapia basada en la técnica desea controlar y dejar al margen del proceso como un ruido distorsionador era en ese momento central. De allí que las psicoterapias subsidiarias de la teoría y técnicas freudianas y analítico-existenciales en cualquiera de sus derivaciones, organicen la estructura del proceso sobre la base del concepto y la experiencia de la transferencia y de la contratransferencia y del encuentro interpersonal, res-

pectivamente. Es decir, en donde lo más importante es la particular relación libre y personal que se establece entre un terapeuta y un paciente determinados. Este vínculo particular rompe así con la serialidad de un modo radical y rescata la variabilidad de cada persona (en este contexto, del paciente y del terapeuta) tomando el supuesto ruido como central en la interacción y, por lo tanto, relativiza la evidencia estadística, la que no sería enteramente aplicable a esta particular forma de encuentro.

Resulta evidente que este último contexto *no* es el de la psiquiatría contemporánea, del modo en que la hemos bosquejado hace un momento. De allí que hayamos sostenido que la racionalidad médica no es la única para las profesiones de ayuda que existen en la actualidad y especialmente para la psicoterapia.

La persona del terapeuta y la persona del paciente entran en el sistema psicoterapéutico con toda la complejidad que les es inherente. Esto significa una responsabilidad personal y profesional incomparablemente mayor que la aplicación de técnicas validadas bajo el alero de una protección estadística, y suponiendo que la persona del terapeuta es de suyo neutra y está al margen.

La intervención del lenguaje (el todo de palabras de una lengua) parece ser esencial a cualquier proceso psicoterapéutico, lo que abre una dimensión al significante que va mucho más allá que la instrucción técnica. Por su parte, la teoría adquiere un papel hermenéutico (exegético o interpretativo), es decir, que no se sustenta en "datos" empíricos, puesto que lo que aparece, lo que se muestra, no es necesariamente todo lo que hay, por lo que cualquier medición de hechos no refleja la totalidad ni necesariamente lo más relevante del proceso. Además, como se expresa elocuentemente en la ciencia contemporánea, toda medición implica una distorsión.

Lo dicho está presente no sólo en el psicoanálisis ortodoxo, sino también en la más breve de las interpretaciones terapéuticas de cuño analítico o hermenéutico fenomenológico. Es decir, la aparente simplicidad de las psicoterapias breves y focales de estas líneas se deshace si se miran sus principios rectores. Por lo tanto, la psicoterapia basada en el vínculo es más compleja que la racionalidad médica, y, por lo mismo, no puede ser, a nuestro juicio, obligada a ningún médico. Se trata más bien de una opción personal. No ocurre así en las formas de psicoterapia basadas en la técnica. Es cierto que conocidos estudios contemporáneos sobre psicoterapia muestran que el foco se ha trasladado desde la técnica a las condiciones personales del terapeuta y del paciente, y al vínculo resultante de esa interacción. Sin embargo, cabe preguntarse si dichos intentos pueden

ser llevados a cabo desde la misma racionalidad que ha gobernado lo que hoy entendemos por “evidencia controlada”. La psicoterapia basada en el vínculo parece sustentarse en una relación de particular intimidad y libertad que difícilmente puede ser evaluada por observadores externos.

Finalmente, quiero señalar que la creencia de que con algunos rudimentos teóricos es posible instalarse en una relación psicoterapéutica vincular puede reflejar una falta de formación crítica respecto de lo que esta forma de psicoterapia es y el carácter de opción personal que implica.

# LOS COMPLEJOS SINTOMÁTICOS EN LA PSICOPATOLOGÍA GENERAL DE JASPERS

(Rev GPU 2014; 10; 3: 300-305)

GPU

## INTRODUCCIÓN

Lo que Jaspers denomina complejos sintomáticos aparecen en la cuarta parte de su voluminosa *Psicopatología General*<sup>1</sup>, en donde establece explícitamente un corte neto respecto de lo que ha venido tratando anteriormente. Hasta aquí, dice, hemos hablado de los elementos, aislados o relacionados entre ellos, los cuales se encuentran indistintamente y de un modo más o menos uniforme en cualquier y en toda vida psíquica humana, de manera tal que podemos enumerarlos, aprehenderlos con distintos métodos y describirlos. En cambio, la pregunta planteada ahora es por el todo, es decir, no por las partes aisladas o aislables, sino por la vida psíquica como un todo.

Cuando queremos conocer el todo de una vida humana, sana o enferma, a diferencia de sólo sus partes, aspiramos a conocer algo concreto y real que dota a las partes de sentido y orientación. El todo de una vida humana no es la generalidad, ni el promedio, ni el tipo, etc., sino esta vida singular, que tiene nombre y apellido, que vive o vivió en condiciones históricas, sociales, genéticas, etc., muy particulares, y que nunca son idénticas con las de ningún otro.

Pensemos, por ejemplo, en Giordano Bruno. ¿Cómo conocer el todo de su vida o su vida como un todo? Sabemos que, ya amarrado a la pira donde se le quemaría, un fraile le acercó una cruz para que la besara, pero

él le escupió. Ese es un elemento, un momento, una anécdota de su vida, no es toda su vida; sin embargo, al recordarlo somos misteriosamente reenviados a esa totalidad. Ya a los 18 años Bruno fue acusado de herejía en el seminario; después se hizo calvinista, de lo que al poco también abjuró; polemizó con el aristotelismo dominante porque pensaba el universo como infinito, con infinitos soles donde rotaban infinitos mundos habitados por infinitos seres racionales; discrepó de la autoridad del aquinate en materia teológica, porque a su juicio Dios no era trascendente sino inmanente a la naturaleza; vagó por Europa, escribiendo (es autor de más de cincuenta libros, muchos de ellos perdidos para siempre), enseñando y cuidándose de sus perseguidores. Por lo demás, las filosofías posteriores de Spinoza, Leibniz y Hegel son inconcebibles sin su influencia; incluso el término mónadas que usa Leibniz, entendido como espejos de lo infinito, está tomado de Bruno.

Su vida, vista como totalidad, es la de un hombre valiente y convencido de la libertad, la que ejerce a plenitud, sin reparos ni miramientos con el poder, porque posee una fe vinculante que como toda fe es irracional pero que anhela comprenderse al tiempo que comunicarse a través del ejercicio lógico y racional, y que vivió consagrado ardientemente a sus ideales hasta el último minuto. En fin, un hombre entero, de una pieza, un todo orgánico y armónico como hay pocos en cualquier época. Por eso, el último episodio conocido de su existencia, aunque aislable, no está aislado, está teñido, tiene el sabor y el tono donde se comunica el todo de su vida.

Del mismo modo, al hablar en la psicopatología de la totalidad de la vida humana, no estamos hablando

<sup>1</sup> Jaspers, K. *Psicopatología general*. Beta, Buenos Aires, 1976.



de sus partes pero tampoco de nada que se pudiera entender sin ellas; no hablamos de nada empírico pero tampoco de nada que se pudiera entender sin la experiencia. Hablamos, como dice Jaspers, de una idea, de una idea de la razón. El concepto de idea de la razón originariamente es kantiano, y la comprensibilidad de la *Psicopatología General* mejora mucho cuando se conoce la filosofía de Kant, porque Jaspers era kantiano y hace un constante uso de esta filosofía<sup>2</sup>.

## LA UNIDAD NOSOLÓGICA.

Aparte cuestiones generales, en la psicopatología, de acuerdo con Jaspers, el tema de la totalidad de la vida humana ha sido abordado de acuerdo con tres herramientas: la eidología (que es la figura intemporal de una esencia humana), la biografía (que es el curso temporal, diacrónico, de una vida humana) y la unidad nosológica, que es a lo que nos referiremos ahora. En todo caso, no creemos que haya surgido ninguna otra herramienta posterior que agregar a la nómina planteada por Jaspers, e ignoramos si es porque no hay posibilidad para ninguna otra o porque la psicopatología, después de Jaspers, se detuvo para siempre.

Al todo natural de una enfermedad se le ha llamado unidad nosológica. Para establecer una unidad nosológica, que es la enfermedad como un todo natural, es preciso conocer las causas, los síntomas, el curso y el desenlace de esta enfermedad como distinta de cualquier otra. Pero es evidente que de muchas enfermedades ignoramos las causas, y que iguales síndromes (cuadros de estado o conjuntos sintomáticos) ocurren en enfermedades diversas (es decir, no

conducen a la unidad nosológica y se los puede comprender en sí mismos aunque de modo incompleto). La sintomatología, el curso y el desenlace de una enfermedad pueden sufrir modificaciones por al menos dos tipos de causas.

En primer lugar, como resultado del conocimiento y de la capacidad técnica. Hoy, una insuficiencia renal aguda, que antaño era mortal de necesidad, es un asunto menor perfectamente superable con diálisis, lográndose la mayoría de las veces una restitución *ad integrum*. Es muy difícil conocer el curso de una enfermedad, porque antes de esperar su culminación casi siempre se produce la intervención humana, meramente empírica o científicamente informada, que la desvía de su curso natural. Mientras más sabemos de la enfermedad más intervenimos en ella y más la modificamos, de modo que hablar del curso natural de una enfermedad en algunos casos incluso puede ser criminal. Así lo ilustra el famoso caso Tuskegee, donde para conocer el curso natural de la sífilis se privó a los sujetos del estudio de la penicilina que los habría curado.

Pero aparte del conocimiento, hay otro factor que decide respecto del curso de una enfermedad: el modo como el enfermo reobra sobre ella. Cuando Jaspers habla de esto, es decir, de la relación libertad-enfermedad, no desarrolla un conocimiento libresco sino que plasma una experiencia personal. En su juventud supo que tenía extensas bronquiectasias, y el médico que entonces lo atendía le pronosticó que difícilmente pasaría de los 30 años; ese era el lapso fatal dado el curso natural de su enfermedad. No obstante, vivió hasta los 86 años, a base de un régimen de vida y cuidados ideado en parte por él mismo, aunque realizado con la colaboración de su nuevo médico, el Dr. Fraenkel. De su extraordinaria relación con este último, y de la inestimable comprensión, ayuda, apoyo y consuelo para vivir que en ella encontró, sacó Jaspers todas sus ideas sobre la relación médico-paciente, y de las diferencias que suponen para el éxito de los tratamientos una dirección de la misma puramente científico-técnica versus una personalista, que sólo emplea lo científico-técnico como una ayuda pero no como el corazón de la terapia.

La enfermedad suele ser inevitable, pero la reacción del paciente ante ella, que es incalculable, irracional y envuelta en su propia fe, es un elemento nuevo de su curso. Hay quienes se entregan y sucumben, pero también hay quienes, sin rendirse, luchan, se vuelven a sí mismos médicos de sí mismos y pueden, a pesar de todo, hacer una vida saludable.

En esta perspectiva de Jaspers se aprecia también la influencia de la filosofía de Kant, donde cohabitan las ineludibles, insoslayables e insuperables cadenas

<sup>2</sup> Existe la difundida creencia de que Jaspers pertenecía de número a la estimable doctrina filosófica llamada fenomenología. No cabe duda que consideraba esas investigaciones como fundamentales, y que hizo un amplio uso de ella en sus estudios psicopatológicos, no obstante, no se consideraba a sí mismo como un fenomenólogo ni estaba de acuerdo con algunos aspectos del curso posterior de la reflexión husserliana. Esto, ciertamente, está dicho por el mismo Jaspers en un pie de página de la *Psicopatología General*. También, y con razón, cabe filiarlo como existencialista, pero esta es otra caracterización que él mismo rechazó. Creía Jaspers que la filosofía, aunque viva entre polaridades, es una, es decir, que hay una sola cosa a la que llamamos filosofía, porque entre las contradicciones se divisa la unidad justamente como una y como contradictoria. Pertenezco, dice, a la filosofía entendida como ejercicio radical de la razón en el conocer y en el vivir, es decir, a la *philosophia perennis*.

causales naturales del fenómeno junto con la libertad nouménica, la que sin violar las leyes de la naturaleza obra sin embargo sobre ella y la dota de sentido y finalidad. Para Kant, y para Jaspers, la naturaleza no es un férreo ergástulo, un determinismo condenatorio ni una limitación infranqueable, sino una fuente para la posibilidad de la libertad.

Al fin de cuentas toda la *Psicopatología General*, y toda la obra de Jaspers, no es más que el esfuerzo por deslindar aquello que en el hombre es naturaleza de aquello que es libertad. Modernamente, la psiquiatría ha pretendido naturalizar los productos del espíritu, es decir, de la libertad. Muy otra era la perspectiva de Jaspers. En su monografía sobre Swedenborg, Strindberg y Van Gogh, demuestra que si bien sus obras son incomprendibles sin la enfermedad mental, no son el fruto de ella. Las obras del espíritu, el espíritu mismo, dice, no puede enfermar aunque sí se puede apagar. Por eso, consideraba un mistagogo a C.G. Jung, que hacía de los símbolos productos naturalmente determinados. Aun frente a la debacle de una psicosis, como en los tres artistas citados anteriormente, veía Jaspers resplandecer un agónico resto de la libertad como fuente genuina de la obra y de la vida, y no a la enfermedad.

Igual que al tratar de captar el todo de una vida humana, cuando se intenta aprehender el todo de una enfermedad no se está hablando de sus partes pero tampoco de nada que se pudiera entender sin ellas; no se habla de nada empírico pero tampoco de nada que se pudiera entender sin la experiencia. La unidad nosológica, en definitiva, y como cualquier otra totalidad, es una idea de la razón, una unidad sintética que no remite a sus partes aunque es ininteligible sin ellas. En fin, se trata de un esfuerzo inmanente de la razón por componer y comprender aquello que, siendo real, sumando partes se nos escapa; pero que por otro lado no se hace jamás un objeto empírico acabado, sino que permanece siempre idea, reguladora y ordenadora.

## BIOGRAFÍA Y EIDOLOGÍA

Cuando se realiza una biografía, que en el caso de estar centrada en la enfermedad se denomina patografía, la idea dominante es lograr exponer el todo de la vida de un hombre en su decurso temporal. Por lo pronto, la autobiografía se tiene con toda justicia por un género de la literatura fantástica, porque el autor pretende crear y brindar a los otros una cierta imagen de sí mismo, callando, sin dudas, todo aquello que desperfile o macule su propia imagen de sí mismo. Como decía Lauren Bacall: en mi autobiografía sólo he dicho la verdad, pero

naturalmente hay que cosas que guardo sólo para mí. Bajo la idea del todo con que se trabaja nunca está el todo, el todo nunca es alcanzado.

En las biografías propiamente dichas, el autor debe investigar con el material con que cuenta, el que por principio ha llegado a sus manos debido a cuestiones extrínsecas (por ejemplo: tiene lo que se dejó escrito pero no acaso una cierta conversación mantenida en algún día en algún lugar del que no han quedado rastros y que sin embargo refleja mejor que todo lo escrito la índole del biografiado; o quizá había en él un cierto escrúpulo de conciencia nunca manifestado, etc.). El biógrafo nunca sabe si lo que conoce de esa vida al fin de cuentas no son más que cuestiones exteriores, irrelevantes, azarosas, etc. Ningún biógrafo serio pretende que su biografía, realizada según la idea del todo, sea realmente el todo de la vida que conoce, aunque no por ello su trabajo sea inútil. El todo sigue siendo idea, que guía la investigación pero que nunca deviene objeto empírico. Nadie sabe con certeza lo que este hombre en realidad ha sido como un todo, ni siquiera lo sabemos de nosotros mismos, aunque conozcamos atisbos y fragmentos.

Lo mismo ocurre cuando se construye una imagen de la esencia de este hombre, o del hombre en general (eidología). Paradigmáticamente, Sócrates fue entendido de un modo por Jenofonte y de otro completamente distinto por Platón, aunque ambos le conocieron y le trataron, y aunque también para ambos los datos biográficos sean los mismos. Los dos buscaban la esencia del hombre Sócrates, y el significado de su filosofar para entenderla, pero ninguno nos brinda un objeto empírico concluido, sino una dirección de la investigación bajo el estímulo de la idea que se puede continuar de modo infinito. Entre quienes la continuaron está Kierkegaard, para quien el alma de Sócrates es la del más grande de los hombres, pero también Nietzsche, quien lo consideraba, en cambio, como el mayor, y el arquetipo, de todo lo decadente. Al final provisional del camino todavía nos preguntamos quién era realmente Sócrates. La idea de la esencia sigue siendo idea, que guía también la investigación psicopatológica pero que nunca se realiza ni se puede realizar.

Son estos mismos problemas de la biografía y la eidología los que también se aprecian en lo tocante a la unidad nosológica: es una idea del todo de la enfermedad que históricamente ha guiado la investigación, tanto de los médicos como de los psicólogos, pero que en sí misma es irrealizable, lo que no significa que sea inútil o, por las razones que expusimos más atrás, que podamos prescindir de ella. Aunque no por eso debamos olvidar sus límites.

## LOS COMPLEJOS SINTOMÁTICOS

Como vimos previamente, uno de los elementos de la unidad nosológica son los cuadros de estado, síndromes, o complejos sintomáticos como los llama Jaspers. Obsérvese que al mentar este ingrediente hemos bajado, según la terminología de Kant, desde las ideas de la razón, que están en el ápice y que orientan la actividad cognoscitiva, a los conceptos del entendimiento. Es decir, hemos descendido a lo empírico, a lo que es comprobable y observable con seguridad por diversos investigadores, lo que no significa que haya acuerdo entre ellos.

Aunque los complejos sintomáticos son también un todo, se trata de un todo más cercano, más experiencial y que por lo mismo, en tanto que es menos idea es también menos todo. Como quiera que sea, lo que ha permitido discernir los complejos sintomáticos es la investigación llevada a cabo bajo la idea de la unidad nosológica. De allí la importancia de esta idea y de su lugar en la psicopatología, lo que no significa que este asunto no esté atiborrado de problemas. Son tales las dificultades y derivaciones que tiene esto de los complejos sintomáticos vistos como un todo, que desde ya renunciamos a una exposición exhaustiva, porque se requeriría de una muy larga digresión. Aspiramos, simplemente, a ponerlos en su contexto y a dar una idea general que ojalá tentara al lector para ir al texto de Jaspers a estudiarlo en profundidad.

En el curso de la historia de la psiquiatría se han tomado como enfermedades discretas y distintas de cualquier otra, es decir, como unidades nosológicas, a los síntomas aislados. Así, en la psiquiatría francesa con las lipemánias, las alucinaciones etc. Se ha creído también que la psicosis es una y única; un epiléptico puede tener síntomas esquizofrénicos, afectivos, etc., de modo que siempre se trata del mismo trastorno global, dependiendo de cuya intensidad produce o cursa con distinta sintomatología. Otros han hallado la unidad de la enfermedad en la causa eficiente, a partir de ella suponen la explicación de todo lo demás. Para terminar, aunque no sea lo último, a partir de la idea de la unidad nosológica se han aislado unidades sintomáticas al modo de mosaicos que se pueden combinar o sustituir en distintas enfermedades.

Estos mosaicos son los complejos sintomáticos, que no son más que los cuadros de estado de las antiguas unidades nosológicas, es decir, lo visible y clínicamente aprehensible de una enfermedad en virtud de la cual se hace posible su ordenación y comparación.

Como complejos sintomáticos en psiquiatría, dice Jaspers, Emminghaus ha descrito la melancolía, el delirio, la locura y la demencia, todos los cuales tienen

coherencias necesarias pero no apuntan a ninguna unidad nosológica determinada. Existen en diversas enfermedades, son manifestaciones elementales de muchas de ellas.

## PUNTOS DE VISTA SEGÚN LOS CUALES SE FORMAN LOS COMPLEJOS SINTOMÁTICOS

En primer lugar, los complejos sintomáticos se han formado según las manifestaciones observables objetivamente, es decir, desde el punto de vista de la psicología de los rendimientos, y se ha distinguido el estupor, la manía, la confusión, la paranoia, la alucinosis, etc. En cambio, cuando lo que se observa es el vivenciar subjetivo de los estados de ánimo del paciente, se habla de depresión, melancolía, psicosis ansiosa, manía y éxtasis.

En segundo lugar, los modos de asociar los síntomas en complejos sintomáticos han sido, básicamente, la frecuencia con que aparecen juntos, pero también la forma en que se relacionan entre ellos. Desde este punto de vista, la relación puede ser comprensible y de sentido, por ejemplo cuando en la manía se asocian la alegría, el contento del movimiento, la verborrea, el placer del chiste, la actividad, la fuga de ideas, etc., o los correspondientes en la depresión.

A veces los complejos sintomáticos se han asociado basándose en un rasgo, como en el fenómeno de lo hecho en el complejo paranoico, o en las variadas manifestaciones de la motilidad en las catatonias, y, por último, en todo aquello que se atribuye a una excesiva excitabilidad o debilidad, como en la neurastenia.

Se ha considerado también alguna o varias funciones básicas perturbadas como origen de una multitud de síntomas. Así lo entendían Carl Schneider o Bleuler, a la hora de exponer las leyes de formación de síndromes en la esquizofrenia.

Por último, otro principio básico para la constitución de los complejos sintomáticos ha sido la división en síntomas primarios y secundarios. Se ha entendido por primario lo causado directamente por el proceso patológico y por secundario lo que surge por la elaboración posterior. O a los síntomas elementales se los ha estimado como primarios y como secundario todo lo que no es elemental. Como primario, también, todo lo que no se puede reducir más allá, como las disposiciones instintivas, el vivenciar delirante, etc., y como secundario lo montado en base a ellos. Primario es el elemento corporal de la enfermedad y secundario la repercusión para el vivir en el mundo o con los otros, como en las afasias, esquizofrenias, etc. Por último, primario es el proceso mórbido mismo, como la embriaguez alcohólica y/o narcótica, y

secundario los cambios de carácter inducidos por el hábito o las complicaciones posteriores, como el síndrome de Korsakoff.

### QUÉ SIGNIFICAN LOS COMPLEJOS SINTOMÁTICOS

Los complejos sintomáticos no son conceptos de una enfermedad única, no son universales, son tipos que señalan una amplia variedad de ellas. Como tipos tampoco son sistemáticos, no se comportan siempre de la misma manera. Así, el síndrome amnésico se acompaña de fabulaciones en el Korsakoff pero carece de ellas en los secundarios a traumatismo encefálico. Por eso se puede hablar de una gradualidad en la plenitud o no plenitud de su realización. La gradualidad a su vez se puede entender como extensiva o como intensiva, en dependencia con el proceso causal. Por último, en el individuo singular puede haber rasgos de distintos complejos sintomáticos.

### LA CAUSA DE LOS COMPLEJOS SINTOMÁTICOS

Una explicación de la causa eficiente, dice Jaspers, no ha sido lograda, sólo se han generado representaciones teóricas de sus posibilidades. Según la primera de ellas los complejos sintomáticos serían sistemas de relación preformadas en el cerebro, un modo predominante de reaccionar con esta o aquella manifestación en dependencia de la herencia y la constitución. Para otros, que siguen las ideas de la estratificación del sistema nervioso de Hugling Jackson, los complejos sintomáticos darían una medida de la destrucción funcional, representando las manifestaciones clínicas positivas aquellas funciones que persisten; por lo mismo, cuanto más fuerte sea la destrucción tanto más primitivos serán los complejos sintomáticos. Por último, se han concebido también como reacciones de carácter vital, regulares y unitarias.

### LAS SUGERENCIAS DE JASPERS

Jaspers ha realizado un argumentado análisis de todas estas clasificaciones, posibilidades teóricas y causalidades relativas a los complejos sintomáticos, elaboradas por los distintos autores a lo largo de la investigación, reflexión y discusión psicopatológica. Pero una incertidumbre, dice Jaspers, una colección de incertidumbres, la adopción de una incertidumbre como si fuera una totalidad real y universal no mejoran para nada el estado de incertidumbre inicial. No obstante, cada incertidumbre entraña una posibilidad. La incertidumbre en lo tocante a los complejos sintomáticos se puede formular con estas dos preguntas: ¿cómo es captable la relación de los síntomas en el agrupamiento? ¿Cómo se

corresponden? Es decir: ¿en qué consisten como totalidad? Pues bien, a su juicio esto no estaba contestado, sólo se trataba de preguntas que abrían posibilidades para responder a través de la investigación.

Dado el estado del conocimiento en su época, Jaspers propone una sistemática que de algún modo recoge lo anterior, pero ordenándolo y mejorando su inteligibilidad. Sólo daremos los títulos de su división sin entrar en los motivos, exposición detallada ni discusión de la misma. El primer lugar lo ocupan los complejos sintomáticos orgánicos; a continuación los complejos sintomáticos de las alteraciones de conciencia (obnubilación, delirium, amencia, estados crepusculares, ideas deliriosas, etc.); en tercer lugar el complejo sintomático de los estados afectivos anormales y, por último, los complejos sintomáticos de la vida loca con sus distintas variedades.

### JASPERS Y LOS DSM

¿Nos permite la reflexión de Jaspers entender los manuales DSM mejor a como se entienden ellos a sí mismos? Creemos que sí. En primer lugar, dichos manuales, aunque realizan la descripción de complejos sintomáticos, de un modo inconsciente trabajan con la idea de la unidad nosológica. Encontrar aquí un síntoma, allá un signo, etc., los lleva a reordenar todo la clasificación agregando cada día más y más cuadros, que se suponen unitarios, discretos y distintos de los otros por el simple hecho de tener esto o aquello más o menos que los otros. Han olvidado la idea de la gradación intensiva y extensiva de los complejos sintomáticos, en virtud de lo cual nunca son los mismos aun siéndolo, del mismo modo tampoco recuerdan que en el caso particular coexisten uno o más complejos sintomáticos, o partes de los mismos, a partir de una misma enfermedad.

El lector no lee los complejos sintomáticos de los DSM como tales, sino como otras tantas enfermedades. En vez de proponer un mosaico, que lo mismo se puede hallar en ésta o en esta otra enfermedad como efectivamente ocurre, suponen que detrás de cada mosaico hay una causa distinta, un curso distinto y una terapia distinta, es decir, que son unidades nosológicas.

La forma de los agrupamientos de los complejos en el DSM se orienta por cuestiones puramente objetivas y empíricas. Su unidad jamás se basa en el sentido comprensible que tiene la coexistencia de éste y de este otro síntoma o signo. Si la alegría se combina con el bienestar no se ve allí una conexión de sentido, comprensible de suyo, lo psíquico surgiendo de lo psíquico, lo psíquico que se diversifica y se realiza sin por ello perder su unidad, sino la inexplicable asociación

empírica de una cosa y la otra estadísticamente comprobada, y por ende cierta y segura.

De aquellos criterios, que Jaspers denominaba inciertos, a partir de los cuales en el pasado se erigió la doctrina de los complejos sintomáticos, los DSM han escogido unos cuantos que se dan por completa y exclusivamente seguros, lo que anula la posibilidad de la investigación, discusión y profundización de la doctrina que se ha hecho dominante. Han elevado, sin motivos, una incertidumbre a certeza, y han ahogado la reflexión y la extensión del conocimiento posible, enterrando, de paso la rica experiencia realizada en el pasado que serviría para cuestionarlos.

Por último, la idea de totalidad brilla por su ausencia. El vínculo natural y necesario de los complejos sintomáticos con las ideas del todo de la enfermedad, de la biografía y de la esencia es imposible de reconocer y de recorrer a partir de los DSM. No tiene nada de raro, entonces, que a partir de estas condiciones se haya marginado completamente el tema de la libertad que el estudio de la totalidad de la vida humana siempre impone de suyo, no como elección o arbitrio del investigador, sino como brotando necesariamente de la propia naturaleza de lo que se estudia. La psiquiatría, en fin, con los DSM se ha hecho más pobre, más estrecha, más aislada de lo propiamente humano; en fin, más mecánica y oscura.

## PSICOANÁLISIS

# LO DISOCIADO: UNA LEVE VIBRACIÓN EN EL BORDE DE LA EXPERIENCIA

(Rev GPU 2014; 10; 3: 306-317)

Andrés Correa<sup>1</sup>, Andrés Muñoz<sup>2</sup>, Claudia Balbontín<sup>3</sup>

“Menos es más”  
(Mies Van der Rohe)

En el presente trabajo planteamos que el método de la atención flotante se comporta como un lente fotográfico en su contacto con la realidad y que, por tanto, lleva consigo un filtro que automáticamente depura los datos para seleccionar el material con el cual la mente del analista trabajará. Decimos que este acto depurativo responde a su vez a la acción reguladora que ejercen “los principios organizacionales de la experiencia” (Stolorow y Atwood, 1992) sobre el funcionamiento afectivo del analista. Describimos el modo de comportarse de dos de ellos; uno que se dirige a satisfacer la necesidad de orientación perceptual del analista y el otro que se ocupa por mantener la vulnerabilidad narcisista de éste en “reserva”. Opinamos que la función reguladora que desempeñan estos principios deja una cantidad de asociaciones mentales fuera del área de atención en que se focaliza el interno “lente fotográfico” del analista. Para describir el comportamiento de estas relegadas asociaciones utilizamos, a modo de plataforma conceptual, la idea de “inconsciente óptico” de W. Benjamin (1936), de “pliegue” de G. Deleuze (1988), de “inconsciente prerreflexivo” e “inconsciente invalidado” de Stolorow y Atwood (1992) y de “*working on*” de J. Sandler (1984). Luego, nos referiremos al modo como creemos que debiese ser tratado este material asociativo, para lo cual nos apoyamos en el concepto de *Blow up* de Michelangelo Antonioni (1966) y en el de *Ready made* de Marcel Duchamp (1913). Finalmente, con el objeto de mostrar el modo de operar de este material dentro de la práctica clínica, presentamos una viñeta y los comentarios acerca de ésta.

<sup>1</sup> Psicólogo y Psicoanalista: Jacorreamo@gmail.com

<sup>2</sup> Psicólogo y Psicoanalista: amunozalcaide@gmail.com

<sup>3</sup> Psicóloga y Psicoanalista: claudiasbalbontin@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

Freud (1912) al referirse a la regla de la atención flotante, dice, entre otras cosas, lo siguiente: “la regla para el médico se puede formular así: Uno debe alejar cualquier injerencia consciente sobre su capacidad de fijarse y abandonarse por entero a sus memorias inconscientes” (p. 112). Con este método, Freud (1912) invita al analista a separar la voluntad de la atención, para que, esta última, planeando a la deriva, tome nota del diverso y errático contenido del devenir de los recuerdos inconscientes que el analista evoca, a partir de su experiencia personal, cuando interactúa con el paciente. Con la aplicación de este método pareciera que Freud busca generar la idea de que la comprensión psíquica del comportamiento del paciente debe ser un acto espontáneo donde los significados emergen en la superficie consciente del analista sin mediación de un proceso selectivo por parte de éste. Nosotros creemos que esta pretensión es inviable, ya que, la atención es en sí misma un proceso de focalización. Por tanto, pensamos que su actividad, flotante o no, siempre involucrará, en algún grado, una selección de los datos perceptuales. En este trabajo procuraremos analizar cómo el analista, pre-reflexivamente, selecciona estos datos siguiendo ciertos criterios electivos.

Planteamos que el método de la atención flotante comprende dentro de sí un filtro que implícitamente actúa atajando, del total de los datos, aquellos de los que posteriormente emergerá la significación interpretativa. Pensamos que este filtro, además de cumplir una función económica en el ejercicio de la atención; evitar la sensación de agobio y confusión que significaría atender el enorme caudal de información perceptiva que pasa por la mente del analista en su contacto con el paciente, también cumple una función psicodinámicamente defensiva. Luego de relacionar estas funciones con los “principios organizacionales de la experiencia” de los que hablan Stolorow y Atwood (1992), planteamos que estas funciones derivan de los principios organizacionales de los que la experiencia emocional de cada analista en particular depende. Pensamos que a través de estos principios el analista rápidamente excluye de su radio atencional la masa de datos que, cuya observación, supuestamente incomodarían, distraerían o, simplemente, redundaría su proceso de comprensión de la intersubjetividad emocional que se forma entre él y su paciente. En general, creemos que estos principios organizacionales trabajan, implícitamente, para regular la experiencia relacional del analista.

Con el objeto de describir el supuesto trabajo que creemos que realizan los principios organizacionales

dentro de la actitud analítica de la atención flotante, tomamos como referencia metafórica el proceso constructivo que opera en el acto fotográfico, obviamente entendiendo éste no como un acto mecánico sino que como uno psicológico. Dentro de este acto destacamos la acción que ejerce el “agente fijador”, encargado de apresar los datos perceptuales que pasan a formar el centro de la composición fotográfica y el “agente emulsionante”, encargado de disolver todos aquellos elementos perceptuales que entorpecen la comprensión de dicha composición. Planteamos que el trabajo de estos dos agentes, al buscar satisfacer la necesidad de orden perceptual (definida por los principios organizacionales específicos al fotógrafo-analista) empobrece el grado de “fotosensibilidad” perceptiva que el analista logra a través del uso de su atención flotante.

Con el propósito de ampliar el grado de la fotosensibilidad atencional que el analista pretende desarrollar a través del uso de la atención flotante, intentaremos, en un primer momento, examinar detenidamente este proceso de filtración perceptual tratando de definir la naturaleza de los datos que habitual y automáticamente tienden a ser disociados por la acción de este filtro. Luego, en un segundo momento, nos referiremos a las formas como creemos que estos datos disociados pudiesen ser productivamente rescatados y tratados dentro del trabajo analítico.

Dentro de este plan de trabajo utilizamos, a modo de respaldo conceptual, la idea de “Inconsciente óptico” de Walter Benjamin (1936), la de “Pliegue” de Gilles Deleuze (1988), la de “Inconsciente pre-reflexivo” e “Inconsciente invalidado” propuesto por Stolorow y Atwood (1992) y la de “*Working on*” de J. Sandler (1983). Intentaremos complementar la definición de estos conceptos, primero, a través del análisis epistemológico que Michelangelo Antonioni (1966) hace del proceso fotográfico en su película *Blow Up* y después, mediante la propuesta estética que Marcel Duchamp (1913) hace al formular su revolucionario concepto de *Ready Made*. Finalmente, con el objeto de exhibir esta idea dentro del terreno de la práctica, presentaremos una viñeta clínica.

## EL INCONSCIENTE ÓPTICO; UN MOSAICO DE PLIEGUES PERCEPTUALES

Walter Benjamin<sup>4</sup> (1936) en su famoso artículo “La obra de arte en la época de su reproductibilidad técnica”

<sup>4</sup> Walter Benjamin (1892-1940) filósofo y crítico literario alemán, cuyo pensamiento, por medio de recoger elementos

plantea el concepto de “Inconsciente óptico”. Al referirse a este concepto, Benjamin (1936), dice: “La naturaleza que habla a la cámara es distinta de la que habla a los ojos; distinta sobre todo porque un espacio elaborado inconscientemente aparece en lugar de un espacio que el hombre ha elaborado con conciencia... Sólo gracias a ella percibimos ese inconsciente óptico... aspectos fisiognómicos de mundos de imágenes que habitan en lo minúsculo...” (p. 67). Al imaginar el proceso perceptual del analista como una cámara fotográfica, pensamos la idea de inconsciente óptico como una oscura aureola que rodea el foco de su atención. Creemos que el proceso que define el “dónde” y el “qué” de este foco está determinado por un sistema de coordenadas que, pre-reflexivamente, mapea y reticula el campo de los datos percibidos. A su vez, pensamos que este sistema de coordenadas está diseñado para satisfacer una necesidad de equilibrio narcisístico y/o una de orientación perceptual. Estas necesidades, junto a otras, forman parte del proceso de la autorregulación afectiva que, automáticamente, se activa en la experiencia relacional del analista como lo haría en la experiencia relacional de cualquier otro ser humano.

Entonces, teniendo en mente la imagen de la cámara fotográfica como metáfora, se puede pensar la actitud de la atención flotante como una cámara que ligeramente va captando el paso de una abundante cantidad de imágenes pero que, dada la velocidad de la sesión, no todas éstas serán apresadas por su lente y, de estas últimas, no todas podrán ser reveladas. El analista, en sesión, tiende a organizar la comprensión de su experiencia relacional, fijando para sí sólo aquellas imágenes, o partes de éstas, que se ajustan mejor a los principios organizacionales de su experiencia, el resto tenderá a permanecer “plegado al rollo”. Para nosotros este resto forma lo que Benjamin (1936) llama el “inconsciente óptico” de la cámara. Después de la sesión se abre un espacio de tiempo para que parte de este inconsciente óptico, captado en sesión, pueda ser detenidamente “revelado”. El proceso de revelado (ampliación, resolución y disolución) se puede entender como un procedimiento en el cuál se despliegan aquellas imágenes o partes de éstas que, a pesar de ser desatendidas durante el desarrollo de la sesión, quedaron levemente registradas en la conciencia del analista. El uso de este procedimiento pone en marcha nuevos movimientos

---

del idealismo alemán (romanticismo), del materialismo histórico y del misticismo judío, hace contribuciones en la teoría estética y en la teoría de la historia.

asociativos que actuarán complementando o diversificando los significados elaborados durante la sesión.

Esta forma de entender el funcionamiento de la atención flotante deriva de nuestra creencia de que parte importante de los significados de la experiencia intersubjetiva inconsciente aparece potencialmente desperdigada entremedio de los “pliegues”<sup>5</sup> perceptuales que tenuemente arroja, hacia la orilla de la conciencia del analista, el caudal de su corriente asociativa. Creemos que en una primera oportunidad estos pliegues son, por el analista, considerados como simples “escombros perceptuales” que no merecen atención.

Una de las genialidades de Freud (1914) al plantear el método de la atención flotante como un método de atención no censurable, estuvo en considerar estos supuestos “escombros perceptuales” como importantes señales de ruta que apuntan en dirección hacia lo inconsciente. Con esta idea Freud propone adoptar una estrategia “indiciaria” en la captación de lo inconsciente, definiendo como elementos “indiciarios” de lo inconsciente los restos marginales del discurso (en Schenqueman, C., 1999). Esta estrategia indiciaria aparece bien descrita en su artículo “El Moisés de Miguel Ángel” (1914), dice: “Mucho antes de que pudiera enterarme de la existencia del psicoanálisis, supe que un conoedor ruso en materia de arte, Ivan Lermolieff, había provocado una revolución en los museos de Europa revisando la autoría de muchos cuadros, enseñando a distinguir con seguridad las copias de los originales... Consiguió todo esto tras indicar que debía prescindirse de la impresión global y de los grandes rasgos de una pintura y destacar el valor característico de los detalles subordinados, pequeñeces como la forma de las uñas, lóbulos de las orejas, la aureola de los santos y otros detalles inadvertidos cuya imitación el copista omitía y que, sin embargo, cada artista ejecuta de una manera singular. Creo que su procedimiento está muy emparentado con la técnica del psicoanálisis médico. También éste suele colegir lo secreto y escondido desde unos rasgos menospreciados o no advertidos, desde la escoria *-refuse-* de la observación” (p. 227). Para nosotros estos “detalles subordinados” de los que habla Lermolieff son los pequeños pliegues que dan forma

---

<sup>5</sup> Si bien este un concepto extraído del pensamiento desarrollado por Gilles Deleuze (1988), nosotros ocupamos la idea de pliegue no en el sentido de algo por descubrir, sino que de algo por desplegar. El significado de este concepto para nosotros está íntimamente vinculado a la idea de potencia que guarda dentro de sí el concepto de “verdadero self” de Winnicott (1960).



a aquella zona desatendida del campo perceptual del analista que llamamos, a partir de Benjamin (1936), inconsciente óptico.

Ahora bien, junto con Stolorow y Atwood (1992), pensamos que la frontera entre lo consciente y lo inconsciente siempre es producto de un contexto intersubjetivo específico, por tanto, los pliegues perceptuales que forman el inconsciente óptico del analista responden a las necesidades regulatorias de la singularidad del contexto relacional paciente-analista en la que éste se encuentra involucrado. La necesidad de autorregulación, tanto del analista como del paciente, puede ser representada como un dispositivo homeostático que, luchando por mantener el equilibrio con el entorno, restará del campo visual cualquier dato cuya consideración implique necesariamente alterar este equilibrio. Por esto último, creemos que la eficacia atencional del método indicario que describe Freud (1914) a través del uso de la atención flotante, tiende también a quedar comprometida por la acción de este dispositivo homeostático.

### LOS PRINCIPIOS ORGANIZACIONALES DETRÁS DE LA FORMACIÓN DEL INCONSCIENTE ÓPTICO

Creemos que la condición de pliegue a la que, en general, queda sometido el inconsciente óptico responde a las características específicas que poseen los principios organizacionales con los que se construye la experiencia relacional de cada analista. De acuerdo con lo planteado por Stolorow y Atwood (1992), la función fundamental del inconsciente pre-reflexivo es satisfacer una necesidad de organización relacional, requisito imprescindible para que la experiencia de toda persona permanezca autorregulada. Para estos autores la formación de la experiencia afectiva depende de la acción de los principios organizacionales inconscientes que “operan positivamente (dando lugar a ciertas configuraciones en la conciencia) o negativamente (impidiendo el surgimiento de ciertas configuraciones)” (p. 67). Al repensar el concepto de principios organizacionales de la experiencia a través del de inconsciente óptico, sugerimos concebir aquellas configuraciones que por acción de estos principios quedan, para Stolorow y Atwood (1992), fuera de la conciencia, sólo como puntos visuales que se pliegan a la orilla de ésta.

Desde la perspectiva de la experiencia relacional del analista, creemos que estos principios organizacionales, entre otros, se pueden dividir en dos: uno que trabaja para mantener el equilibrio narcisista y el otro para mantener el estado de orientación perceptual del analista.

Con respecto al primero de ellos, pensamos que el concepto de *working on* de Joseph Sandler (1984) puede ser de utilidad para describir la manera en cómo y para qué creemos que trabaja dicho principio. A través de este concepto, Sandler (1984) plantea la existencia de “un sistema psicológico altamente organizado y sintonizado con la realidad que trabaja fuera de la conciencia” (p. 81). Este sistema funciona como un “giróscopo”<sup>6</sup>; constantemente crea fantasías y pensamientos inconscientes recientes (las “positivas configuraciones conscientes” de las que habla Stolorow (1992)) con el objeto de mantener el estado de equilibrio en la mente. Sandler (1984), si bien asocia el funcionamiento de este sistema al funcionamiento de la segunda censura<sup>7</sup> que plantea Freud entre el preconscious y el consciente, dice que éste “se orienta fundamentalmente a impedir la vergüenza, el desconcierto y la humillación”; es decir, se orienta específicamente a evitar la emergencia de afectos que naturalmente tienden a descompensar el equilibrio narcisista de una persona. De este modo, el giróscopo, al evitar que la persona se vea a sí misma como un niño, un tonto o un loco, evita el efecto desequilibrante que provocaría en su estado afectivo experimentar esa clase de sentimientos. En consecuencia, decimos que todos aquellos pliegues perceptuales que directa o indirectamente guardan relación con esta clase de autopercepciones, automáticamente, derrapan (por acción del giróscopo) hacia la oscuridad aureolar del inconsciente óptico, quedando, por tanto, fuera del centro de la percepción consciente. Generalizando esta concepción de Sandler (1984) (quien sólo la define desde el punto de vista del paciente) a la persona del analista, creemos que el *working on* puede entenderse como parte de los principios organizadores de los que hablan Stolorow y Atwood (1992) que trabajan dentro

<sup>6</sup> El giróscopo es un aparato consistente en un disco que gira rápidamente sobre un eje libre que se mantiene en una dirección constante. Cuando el giróscopo se somete a un momento de fuerza que tiende a cambiar la orientación de su eje de rotación, tiene un comportamiento aparentemente paradójico, ya que cambia de orientación girando respecto de un tercer eje, perpendicular tanto a aquel respecto del cual se lo ha empujado a girar, como a su eje de rotación original.

<sup>7</sup> Esta segunda censura, a diferencia de la primera que trabaja entre lo inconsciente y lo preconscious, selecciona más que deforma los contenidos psíquicos. Esta selección, a través de evitar la emergencia de preocupaciones perturbadoras en la conciencia (ver en Laplanche J. y Pontalis J. p. 284) favorece el ejercicio de la concentración.

de la experiencia relacional del analista en un contexto analítico específico. Creemos que en este “sistema psicológico altamente organizado y sintonizado con la realidad que trabaja fuera de la conciencia... creando fantasías y pensamientos inconscientes” para evitar atender ciertos datos, se sostiene fundamentalmente en el uso defensivo de la desvalorización. Ello nos lleva a pensar que muchos datos que aparecen como restos o sobras en el horizonte flotante del analista aparecen así por efecto de una desvalorización previa que el analista ejerce inconscientemente sobre ellos.

El otro de los principios organizadores está dirigido a satisfacer una necesidad de orientación perceptual. Este principio se nutre de la postura teórica del analista, postura que, pre-reflexivamente, dirige el foco de la atención flotante del analista (Bernardi, R., 1989). De acuerdo con lo que señala Bernardi (1989), la postura teórica del analista determina “modos de ver (o de escuchar) y de seleccionar el material” (p. 908), haciendo que el trabajo interpretativo no se apoye en la totalidad del material registrado sino en ciertos aspectos de él. A estos aspectos Bernardi (1989) los llama “aspectos destilados o filtrados” (p. 909). Este filtro interviene a nivel de la percepción como consecuencia de la formación previa del analista, delimitando las zonas de claridad y las de ambigüedad dentro del horizonte flotante que se forma dentro de éste. Ahora bien, Bernardi (1989) advierte que la zona de mayor claridad de los paradigmas teóricos es también su punto ciego, es decir, lo que de éstos ayuda a pensar es también lo que no deja pensar. En consecuencia, el paradigma teórico tiene un importante papel heurístico dentro del flujo asociativo del analista, condicionando qué datos dentro de este flujo serán tratados como centrales y cuáles como periféricos.

Apoyándonos en la teoría de la complejidad que desarrolla Edgar Morin (1990)<sup>8</sup>, pensamos que gran parte de las teorías psicoanalíticas se inscribe en lo que él llama el “paradigma de la simplicidad”. Este paradigma busca poner orden a los fenómenos a través de unificar lo diverso (reducción) y/o de separar lo que está ligado (disyunción). Esta tendencia hacia la simplicidad hace que el analista preste más atención a aquellos datos que muestran mayor grado de correspondencia con el molde prefijado por su teoría y a desatender aquellos que no encajan dentro de éste.

Morin (1990) propone considerar lo que en las matemáticas se denomina los *fuzzy sets* (los conjuntos imprecisos) como elementos importantes dentro del campo de lo percibido. Esta idea de los *fuzzy sets* también se observa, implícitamente, en la teoría que Raúl Ruiz (1995) desarrolla acerca del cine. Trasladando la idea de inconsciente óptico de Benjamin (1936) al campo del cine, Ruiz (1995) propone el concepto de “inconsciente fotográfico”; dice: “Cuando examinamos una imagen fotográfica, ya sea fija o en movimiento, hay una determinada cantidad de elementos secundarios que... se escapan de los signos más llamativos que constituyen el tema de la fotografía... Tomemos una imagen cualquiera, por ejemplo, una que represente la plaza principal de una ciudad de provincia. La foto muestra una parte de la plaza, con una catedral al fondo, algunos bancos a la sombra de unos viejos árboles y unos quince transeúntes. Cinco o seis rasgos bastan para que nos imaginemos la escena a la que llamaremos una ‘plaza de provincia’. Pero hay otros elementos cuyas razones de ser son todavía inciertas. ¿Cuál puede ser la función del perro que está al fondo a la izquierda? Y ¿ese hombre vestido de negro al que le falta un zapato? y el ¿águila en el cielo?...” (p. 71). En este ejemplo, se puede ver cómo la tendencia inmediata de la lógica perceptiva llama a sintetizar (simplificar) rápidamente la imagen dentro de un concepto, en este caso “plaza de provincia”, excluyendo de sí los elementos secundarios que también participan de la imagen (Correa, A., 2014). A este conjunto de elementos secundarios Ruiz (1995) le llama Inconsciente fotográfico; grupo de signos enigmáticos que conspiran contra la lectura lisa de la imagen, confiriéndole una rugosidad, una dimensión de extrañeza o de sospecha a la percepción. Dada la inminente necesidad de orientación (pieza importante dentro del sistema de autorregulación afectiva), la persona, al mirar la plaza, no enfoca cada detalle en particular, sino que, de forma rápida y subliminal, descuenta de su atención las continuidades y redundancias de los elementos principales que dan forma a su imagen conceptual (Gombrich, E.H.<sup>9</sup>, 1979).

## LA LATERALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN FLOTANTE

Los elementos secundarios son fragmentos periféricamente visuales que espontáneamente emergen en la mente del analista para, aparentemente, rellenar los vacíos que se producen en el retrato imaginario que el

<sup>8</sup> Edgar Morin es un filósofo y sociólogo francés de origen sefardí, quien, con su pensamiento filosófico, inaugura la epistemología de la complejidad.

<sup>9</sup> Ernst Hans Joseph Gombrich (1909-2001), fue un historiador de arte, británico pero de origen austríaco.

analista se hace de la experiencia del paciente. Este material de “relleno” son triviales e insignificantes remanentes que deja, levemente flotando en la superficie de la mente del analista el desordenado movimiento de sus memorias inconscientes. Por sí solos, estos rellenos son puntos que, al contemplárselos, producen “banales” fugas asociativas en el analista. Es decir, el analista, cuando distraídamente le presta atención a éstos, parece creer deslizarse por encima de una corriente de desarticulados fragmentos que forman parte de su memoria de vida. Deslizarse por esta corriente le hace creer a él que se aleja y desconecta de la experiencia del paciente. Pensamos que esta creencia es consecuencia de la acción devaluadora que implica el *working on* que espontáneamente se activa en la mente del analista. Nosotros creemos que prestarle atención a este material remanente que arrastra consigo el movimiento asociativo del analista puede ser una forma de abrir los pliegues vivenciales que se comprimen en la imprecisa zona del inconsciente óptico.

Pensamos que los pliegues que dan forma al inconsciente óptico son recuerdos que, al contener pedazos vivenciales que nunca parecen haberse articulado dentro de la totalidad organizacional de la experiencia del sujeto, nunca han estado presentes con conciencia. Son pedazos de vivencias que, si bien han quedado registradas en la historia de vida del sujeto, nunca su significado ha sido vivido con presencia en la conciencia de éste. Ahora bien, éstos, por el hecho de aparecer en el contexto de una relación analista-paciente específica, debiesen ser significados intersubjetivamente.

Creemos que el libre desarrollo de estas fugas asociativas, que se producen en el analista cuando dinamiza el plano de los detalles que aisladamente flota alrededor del plano que forman sus asociaciones centrales, promueve el uso de una “heurística secundaria”<sup>10</sup>, heurística que, al abrir el pliegue abre un abanico de asociaciones cuyo sentido explorativo parece apuntar en dirección hacia dimensiones intersubjetivas que levemente parecen vibrar al borde de la experiencia intersubjetiva que centraliza el diálogo analista-paciente (Correa A., 2014). Para promocionar el desarrollo de esta “heurística secundaria” es necesario lateralizar el curso que sigue el foco de la atención flotante. Creemos que este acento en la lateralidad de la corriente asociativa, es una forma de desafiar la inercia organizativa que actúa, a través de la postura

teórica presente en cada analista, prefijando la forma en cómo éste selecciona y descarta los datos que fluyen dentro de su mente.

Entendemos esta clase de fugas asociativas como deslizamientos más que como cortes de la experiencia. Deslizamientos hacia el borde borroso y opaco que en su conjunto forma los datos levemente rememorados por el analista durante su proceso de atención flotante. Creemos que la levedad y borrosidad de estos datos hacen que éstos aparezcan como simples garabatos visuales que rápidamente el analista aparta de su atención para no alterar la trayectoria asociativa que sigue su mente.

Dada la condición de hegemonía que ocupa la idea de conflicto dentro de la forma de comprender la relación consciente - inconsciente, creemos que se tiende automáticamente a entender la noción de lo disociado exclusivamente como una oposición o contrariedad que debe necesariamente quedar fuera de la experiencia emocional consciente si es que ésta pretende desarrollarse en dirección hacia la integración (otra cualidad psíquica profundamente valorada dentro del mundo psicoanalítico). Apartándonos de esta visión, nosotros tratamos de dirigir la atención hacia un tipo de disociación que deja a lo disociado atrapado en el límite difuso de la experiencia emocional, envuelto dentro de una atmósfera de neutralización más que de contrariedad afectiva. Teniendo en mente esta manera de entender lo disociado nosotros buscamos ampliar el marco de los datos flotantes dentro del cual el analista tiende automáticamente a seleccionar sus datos de análisis. Con el objeto de brindarle mayor figurabilidad al desarrollo de esta idea, en lo que sigue, intentaremos brevemente revisar y analizar la estrategia epistemológica que Michelangelo Antonioni<sup>11</sup> (1966) propone a través de su película *Blow up*.

## BLOW UP, UNA AMPLIACIÓN DEL INCONSCIENTE ÓPTICO

Pensamos que Antonioni (1966), a través de su película *Blow-Up*, describe eficazmente el funcionamiento del inconsciente óptico del que habla Benjamin (1936). En su interés por retratar al fotógrafo como un “paseante cazador de fragmentos” (en Arozena, T., 2009, p. 169), Antonioni (1966) destaca la importancia que tiene, dentro de la interpretación fotográfica de la realidad, la consideración del plano de detalles. El

<sup>10</sup> Este concepto, citado por R. Ruiz (1995), es introducido por Hendry Plotkin (1994) en el marco de la *Teoría de la evolución*.

<sup>11</sup> Destacado cineasta Italiano (1912 - 2007) de la segunda mitad del siglo XX.

detalle o fragmento tiene, para él, un carácter de índice (recordar el método indiciario de Freud, 1912), en el sentido de que su consideración indica la existencia de un nuevo mundo de significados. De esta manera, Antonioni (1966), con el objeto de desarrollar un conocimiento de la realidad a partir de este plano de detalles, sugiere al espectador el uso de una visión “troceada”, donde la observación de cada fragmento aporta una dimensión de significados cuyo desarrollo puede alterar la interpretación global de la imagen. Mediante esta visión troceada los códigos inicialmente analógicos del inconsciente óptico se vuelven discretos y al volverse discretos se vuelven atendibles para el que los observa.

Tomando en consideración la teoría del código múltiple de W. Bucci (2001), se puede plantear que en la atención flotante participa una compleja red de sistemas de procesamiento emocional, que para efectos de simplificación, Bucci (2001) los divide en subsimbólicos (psicomotor, visceral y cenestésico) y simbólicos (verbal y no verbal). El subsimbólico es un procesamiento de carácter continuo y analógico que, al no expresarse a través de elementos discretos de información, no puede ser fácilmente captado por la percepción. El simbólico al ser un sistema que procesa entidades discretas, no sólo puede fácilmente ser captado, sino también hacer referencia a otras entidades. Ahora bien, a la luz del análisis que hacemos de la película *Blow-up*, creemos que dentro del procesamiento simbólico existe una masa de datos que, por la acción emulsionante de los principios organizacionales, tiende a expresarse de manera analógica y, por tanto, a ser desatendida por la conciencia flotante del analista. Si entendemos que el registro fotográfico implica un proceso de “composición” donde se encuadran y ordenan los datos internamente percibidos, decimos entonces que los procesos organizacionales son los encargados de producir, dentro de este marco, los datos discretos y los analógicos. En sintonía con la metáfora de la cámara fotográfica se puede llamar a los primeros: fotogramas<sup>12</sup> discretos y a los segundos: fotogramas analógicos. Creemos que estos últimos son, originalmente, fotogramas discretos que, entre sí, se funden en la zona amplia de la visión (el inconsciente óptico de Benjamin) zona que pasa a experimentarse, por su tendencia a la uniformidad, como

una zona “texturada” (Gombrich, E.H., 1979, p. 95). Todos los elementos pequeños, ambiguos o bajos en intensidad tienden a fundirse dentro de esta zona; la arena de la playa, las briznas del césped, etc.

Como se señala anteriormente, Antonioni (1966), interesado en rescatar el valor asociativo de esta “zona texturada” de la imagen fotográfica, propone el uso de una visión troceada, tipo de visión que generalmente se desarrolla en el mundo de la investigación forense o detectivesca (en Arozena, T., 2009). Este tipo de visión es similar a la que se produce con el uso del “método paranoico crítico” propuesto por Salvador Dalí (1935). A través del empleo de este método, Dalí (1935) intenta destacar el valioso y espontáneo conocimiento irracional que nace a partir de la “asociación interpretativa-crítica de los fenómenos delirantes” (en Ibarz y Villegas, 2007, p. 109). Para él esta “asociación interpretativa-crítica”, es “como el líquido revelador de las imágenes, asociaciones... ya existentes en el momento en que se produce la instantaneidad delirante...” (en Ibarz y Villegas, 2007, p. 109). En su escrito *Psicología no euclidiana de una fotografía*, Dalí (1935), destaca la intuitiva lucidez que guarda la percepción persecutoria de la realidad. Refiere que el paranoico, en su percepción e interpretación crítica de la realidad, muestra una capacidad para atender detalles extraños e insulsos que el sujeto normal pasa por alto justamente por dicha cualidad. Dalí (1935) dice que para poder captar esta clase de detalles hay que estar atento a lo que ocurre en los bordes del encuadre fotográfico pero, para ello, advierte que antes es necesario desprenderse del uso de la “visión piramidal”, visión de la que el paranoico en su contacto con la realidad fácilmente se sustrae pero que la que la mayoría de los sujetos normales no puede evitar. Esta lucidez que Dalí descubre en la percepción del Paranoico, es la lucidez óptica, que según Benjamin (1936) y Antonioni (1966) produce el registro mecánico de la cámara y no la intervención composicional del fotógrafo.

Pensamos que la zona texturada o periférica de la imagen fotográfica de la que, respectivamente, habla Antonioni y Dalí, está formada por ese material que, aparentemente, está para rellenar el espacio que rodea el centro figurativo de la composición fotográfica. Tanto Antonioni (1966) con su mirada detectivesca, como Dalí (1935) con su método paranoico crítico, proponen adoptar una actitud de sospecha óptica que recaiga sobre el material de esta zona, no desde una actitud desconfiada, sino más bien desde una postura epistemológica. En lo que sigue intentaremos complementar el desarrollo de esta postura utilizando la propuesta estética que, en sí misma, alberga la noción de *Ready*

<sup>12</sup> El fotograma es cada una de las imágenes individuales captadas por la cámara. Cuando una secuencia de fotogramas es visualizada de acuerdo con una determinada frecuencia de imágenes por segundo se logra generar la sensación de movimiento en el espectador.

*made* de Marcel Duchamp<sup>13</sup>, quién a través de esta noción propone una manera de tratar este material que, creemos, es interesante de pensar dentro del campo de la práctica psicoanalítica.

### LOS “RELLENOS” A LA LUZ DE LA TEORÍA DEL *READY MADE*

Marcel Duchamp (1913) crea, a través de su noción de *Ready made* (objeto ya hecho), una nueva manera de conceptualizar lo estético. Criticando la definición de lo estético “como algo que llama a ser contemplado”, Duchamp (1913) propone, a través del *Ready made*, abstraerse de la experiencia del buen o mal gusto que, según él, tradicionalmente determina la lógica de este llamado. Con ello busca desarrollar un arte que se aprehenda desde la mente más que desde el gusto, donde cualquier objeto puede pasar a ser artístico en la medida en que, desvinculándolo de su contexto original, se lo coloca en un contexto de significación artística. De este modo, alterando la relación básica entre texto y contexto, Duchamp (1913) destaca la supremacía funcional que el segundo tiene, por sobre el primero, en la lógica de la significación artística. El único criterio de elección que Duchamp (1913) exige al momento de escoger el objeto que será tratado artísticamente es el de la indiferencia que éste, inicialmente, le debiese producir al que escoge. Por esta razón es común que los *Ready makes* sean típicamente objetos de desecho u objetos que provienen del mundo industrial cuya producción seriada deja a la individualidad de éstos hundida en la anónima neutralidad que emana de la fabricación masiva y uniforme. Con el uso de este criterio electivo Duchamp (1913), sitúa, a través del *Ready made*, la categoría de lo an-estético (lo que carece de efecto) dentro de un estatuto superior del que, dentro del campo del arte, ocupa la categoría de lo estético y de lo antiestético (en Oyarzún P., 2000). La superioridad de su estatura artística estaría determinada, según Oyarzún (2000), por su cualidad “umbrátil”, en el sentido de ser un objeto que puede abrir, para quien lo observa, el pensamiento hacia lo desconocido. Esta cualidad está, para Duchamp, ausente en la relación polarizada de lo estético-antiestético, ya que esta última al estar respectivamente determinada por la experiencia del buen o mal gusto, experiencia que según él

siempre remite a la repetición de lo ya conocido, nunca logra ir más allá de lo que ya se conoce.

Creemos que el uso de esta noción de Duchamp (1913) puede ser de utilidad para entender, dentro de la mente del analista, lo que anteriormente describimos como el material de “relleno” que aparece en el flujo de su atención flotante. Si sostenemos que el analista, a través de su atención flotante, descarta (por la acción emulsionante que ejerce su postura teórica y/o su necesidad de resguardo narcisista) estos “rellenos”, entonces decimos que el analista pierde oportunidad de abrir su conocimiento hacia lo desconocido. Creemos que este material, que aparece afectivamente neutralizado dentro del flujo flotante del analista, es parte de una experiencia que no ha sido articulada. Siguiendo con la nomenclatura de Stolorow y Atwood (1992), pensamos que esta clase de datos son pequeños retoños del “inconsciente invalidado” o, si se utiliza la misma analogía empleada por ellos, estos datos son parte del material de desecho; “ladrillos, maderas y otras piezas sobrantes” que no han sido utilizados durante el proceso constructivo de la experiencia intersubjetiva analista-paciente. Si entendemos el flujo asociativo del analista como estrechamente enmarañado con el del paciente decimos entonces que este “material sobrante” que aparece dentro de su flujo refleja, en cierta medida, el material sobrante (no validado) de la experiencia subjetiva del paciente.

Otra de las particulares del objeto *Ready made* es su rudimentariedad expositiva, ya que éste para constituirse como tal no le exige, al artista-expositor, un trabajo previo de refinación de su materialidad. La intervención del artista se reduce únicamente a generar el acto de la mudanza espacial (de “la calle” a la galería), acto crucial en la formación del *Ready made*. A través de este acto el artista cumple sólo una función demandante; exige al espectador mayor participación en la elaboración conceptual del objeto. Al identificar el rol del analista con esta función interrelativa del artista-productor de *Ready makes*, diríamos entonces que el papel del analista debiese estar fundamentalmente dirigido a “solicitar la contemplación” (Oyarzún P., 2000, p. 140) del paciente hacia los “objetos-rellenos” que ingenuamente aparecen dentro de su mente y promover, entre él y el paciente, un diálogo psicoanalítico “mutuamente asociativo” (Correa A., 2011) que gire alrededor de estos objetos. Dicho de otra manera, el analista abandonando la protegida esfera de lo unipersonal debe dejar sus vagas asociaciones a disposición del espacio interpersonal que se forma entre él y el paciente, para ser paulatinamente interpretadas y elaboradas en forma conjunta con éste. El juego del garabato

<sup>13</sup> Destacado artista francés (1887-1968) cuya obra ejerció una fuerte influencia en la evolución del movimiento pop del siglo XX.

que utiliza Winnicott (1968) en el tratamiento de niños parece sintonizar finamente con esta concepción. Winnicott (1968), a través de este juego, promueve el uso de un intercambio mutuo de dibujos entre analista y paciente. De este modo, ambos, con el propósito de construir juntos el material de análisis, se entregan automáticamente a dibujar simples garabatos para ser completados e interpretados por el otro (en Correa A., 2011). Mediante el uso de esta concepción se despolariza el rol conductual al que tradicionalmente quedan fijados el analista y el paciente, dejando que la regla fundamental, así como el de la interpretación, vaya frecuente y espontáneamente alternando entre estos dos interlocutores<sup>14</sup>.

Al estar la elección del objeto analítico determinada por la indiferencia que éste le produce al propio analista, el analista, entonces, desconoce que parte de su subjetividad es la que está participando en dicha elección. Pensamos que la nulidad estética que para el analista tiene este objeto-relleno es sólo un distractor más que ejerce el funcionamiento inconsciente, a través de éstos, dentro de la corriente de su mente. Creemos que este efecto distractor lo que hace probablemente es apartar, de la atención del analista, una parte de su subjetividad que está alejada del centro “teórico” de su *self* o bien, una parte de su “vulnerabilidad narcisista” que está sumergida refugiándose adentro de este centro.

Esta manera de tratar los “objetos rellenos” que nosotros hacemos derivar de esta lógica duchampiana, se aparta de la tradicional técnica psicoanalítica que sugiere “temporizarlos”<sup>15</sup>, es decir, dejarlos reposando y decantando en el fondo de la conciencia a la espera de que aparezca una configuración asociativa que les entregue el grado de comprensión necesaria que el analista, en su particularidad, requiere tener antes de compartirlas con el paciente. Este reposo deja que el marginal efecto asociativo de estos objetos corra desplegándose lentamente por la mente del analista antes de ser presentado dentro del diálogo analítico (Bion, 1966., Ogden, 1996, 2005). Esta última manera de tratar los “objetos-rellenos” se enmarca, a diferencia de la anterior, dentro del contexto de la clásica conducta

técnica donde el *timing* de la intervención es un criterio práctico sumamente respetado.

En lo que sigue presentaremos una viñeta clínica en donde el analista, apurado por la necesidad de orientarse ante la demanda de reconocimiento de su paciente, menciona el nombre de una persona que a la larga resultó ser una suerte de “relleno” en el que se condensaba la experiencia afectiva de su paciente con la profesión de otro paciente visto por él anteriormente.

### “TOMADO POR SORPRESA”

Esta viñeta corresponde al relato de una experiencia vivida por uno de nosotros. Ésta se vive en medio de ese estrecho espacio de tiempo que se produce entre un paciente que recientemente se ha marchado y otro que está próximo a llegar.

Mientras estaba sumido en esa serie de comportamientos automáticos –revisar la grabadora, ir al baño, etc.– que uno habitualmente realiza en ese espacio que se produce entre la partida de un paciente y la llegada de otro, suena el teléfono que está junto a la ventana. De lejos lo miro y entonces camino hacia al aparato a contestarlo sabiendo que tengo un par de minutos para hablar. A penas contesto, una voz en estado de urgencia, me dice: “¿Aló?, ¿Aló? Soy Camilo. ¿Te acuerdas de mí?”. Al mismo tiempo se escuchaban voces de otras personas que en un tono enérgico se dirigían a Camilo repitiendo su nombre. Yo con la mirada perdida y sin fijarme en ningún punto en particular del paisaje que encuadraba la ventana, me vi sorprendido e interpelado en una absurda obligación de recordar rápidamente quién era la persona que me hablaba. Era como si el nombre Camilo fuera un objeto pequeño que tenía que identificar en un punto lejano del horizonte. Entonces, yo pregunté, pensando de que se trataba de un paciente visto por mí hace muchos años atrás: “¿Eres Camilo, el veterinario?”. Si se trataba de reconocer su nombre asociado a un lugar físico, pensé en la línea del tiempo, que se trataba de una persona que había visto en alguna antigua oficina. Yo estaba recién llegado a esta consulta y por primera vez me cambiaba de comuna en Santiago. Aún no me sentía del todo cómodo en este nuevo lugar y extrañaba el barrio que había dejado. Entonces, en la precaria comunicación, se produjo un silencio de unos pocos segundos. Luego se intensificaron las distintas voces dirigidas a Camilo y lo último que se escuchó antes de que se cortara la comunicación fue un grito de impotencia que superó, en intensidad, a las voces de las demás personas, diciéndome: “¡Pero, cómo el veterinario!, ¡Así nadie puede!”, seguido de una expresión de rabia propia de un país extranjero. Yo quedé

<sup>14</sup> Se recomienda leer el artículo de A. Muñoz (2008) “Sobre libertad, develaciones y otros artefactos” en *Rev. Chilena de Psicoanálisis*, Vol. 26, N° 1, donde, a través de la presentación de tres viñetas clínicas, se ilustra y desarrolla esta idea.

<sup>15</sup> Este concepto, acuñado originalmente por J. Derrida (1989), es empleado aquí para darle mayor especificidad a la idea psicoanalítica del *timing*.

perplejo, y acto seguido sonó el timbre anunciando la llegada del próximo paciente. Me demoré varios minutos en dejar de pensar en lo que había ocurrido para poder conectarme con el paciente. Más tarde, después que se marchó el último paciente de ese día, revisé mi teléfono y llamé al número que correspondía a la extraña llamada que había recibido ese tarde. Al otro lado de la línea contestaron pero nadie habló. Después de unos segundos yo pregunté por Camilo. Sin responderme pasaron otros segundos y luego cortaron la comunicación. Llamé nuevamente pero ya no contestaron más. Volví a quedar perplejo por todo lo que había ocurrido. Me fui a mi casa y mientras iba en el auto trataba de reflexionar el por qué le dije a la persona que llamó esa tarde si era Camilo el veterinario o por qué razón me sentí en la obligación de reconocer prontamente al supuesto paciente después de los años que habían pasado. Recuerdo que pensé, probablemente para tranquilizarme, de que se podía tratar simplemente de una llamada de una persona que marcó a un número “equivocado”, después de todo, la voz que habló al otro lado de la línea no se refirió a mí por mi nombre. Por otro lado, cómo era posible que este Camilo tuviera mi número de teléfono celular si yo debía haber visto a este paciente en una época en que en Chile aún no había celulares. Al otro día busqué su nombre en mis agendas de años pasados. Yo, las agendas las guardo por años, así que tendría que aparecer su nombre en alguna del año en que estuve con él, y a la vez reconocería la dirección de la antigua oficina donde vi a este paciente. De esta manera no me fue difícil confirmar el nombre de este paciente y su profesión. Después de hacer esta búsqueda, sorpresivo resultó descubrir que el Camilo recordado en ese momento no era realmente veterinario, tenía otra profesión muy distinta, y además, la persona de profesión veterinario que recordaba ver en una época semejante no se llamaba así como en un principio imaginé. Finalmente, con el paso de los días fui dejando de pensar en todo lo que había sucedido.

Alrededor de un mes y medio después recibí una nueva llamada a mi teléfono celular. Esta vez me hablaba una mujer que se presentaba como la esposa de Camilo. Aún recordaban la dirección de mi antigua consulta, así que no fue difícil localizarme yendo a preguntar por mi nuevo número. Ella me relató los conflictos de pareja que habían tenido desde hace un tiempo atrás y que se habían agudizado al volver a Santiago desde el extranjero. Ella había decidido separarse de su marido. Sin embargo, aún no tenía claro si iba a volver junto a él, pero me dijo que aún lo quería y que estaba muy preocupada por su salud mental. Luego, agregé que desde la separación, él estaba viviendo con sus

suegros. Yo le dije que un tiempo atrás su marido me había llamado. Le resumí lo sucedido y que no había podido reconocer quién me había hecho la llamada hasta este momento. Ella agregó que en el momento de la llamada ella estaba presente y que él había quedado muy alterado. Él se sintió muy decepcionado al escuchar que yo le había preguntado si era Camilo, el veterinario. Ella terminó el relato contándome que sus suegros decidieron, luego de dos consultas a distintos profesionales, internar a su hijo en una clínica psiquiátrica. Después de una breve estadía en la clínica, de la que su esposo había sido dado de alta, ella y él sostuvieron una conversación en donde pensaron que era bueno que yo lo pudiera recibir en mi consulta.

Al juntarme con Camilo, pude entender más acerca de la crisis de pareja. Esta crisis se arrastraba desde antes que volvieran a Chile. Hablamos de lo difícil que fue adaptarse a la vida en el extranjero y del logro que significó para él llegar a concluir sus estudios de posgrado. Su esposa fue de gran apoyo cuando ella consiguió un buen trabajo. Sin embargo, estas buenas condiciones de vida, el último año comenzaron a deteriorarse. Su mujer había perdido el trabajo, a él le estaba costando terminar su tesis de doctorado y empezaron a tener discusiones cada vez más frecuentes. Dada esta situación, decidieron que ella se viniera unos meses antes a Chile y él se quedaría concentrado en escribir y entregar su tesis. Cuando la pareja se volvió a reunir en Santiago, su esposa le comunicó que necesitaba un tiempo de separación. Camilo me dijo que en ese momento no podía creer lo que le estaba pasando. Habían estado tantos años juntos de manera incondicional frente a las adversidades. Entonces, yo le pedí que me describiera los pensamientos y emociones que experimentó al escuchar el requerimiento de su mujer. Me dijo que a su vuelta sintió, al reunirse con ella, que ella ya no era la misma persona que había dejado al separarse en el extranjero. En ese momento experimentó a su esposa como una persona desconocida y que separarse de ella lo estaba viviendo como una especie de “muerte sangrienta”. Más tarde, me relata el episodio que gatilló la preocupación de su familia acerca de su salud mental. Estando con sus padres y hermanos se generó una fuerte discusión. Pensó que estaban todos contra él, y que tal vez ellos podrían querer matarlo. En la desesperación tomó un cuchillo y se infligió dos cortes profundos en sus brazos. Recuerda que lo primero que observó fueron los rostros de horror de sus familiares. Luego, se le desdibuja la escena al percatarse que hay sangre por todos lados. Lo último que evoca es que su hermano mayor se abalanzó sobre él para quitarle el cuchillo. Durante y después de escuchar su relato, quedé muy conmovido

con la descripción de la escena e imaginé su soledad, en esos segundos, de total intemperie emocional. Después en silencio comencé a reflexionar acerca de la sensación de muerte del paciente ante la experiencia de separación, su sentimiento de desconocimiento vivido hacia su esposa y acerca del horror de sus familiares al ver los cortes y la sangre derramada. Sin embargo, lo que más me sorprendió fue la aparición en mi cabeza nuevamente de la persona quien yo erradamente había evocado como “Camilo, el veterinario”. Esta vez brotó el recuerdo de las conversaciones con este otro paciente, quien en una oportunidad me relató que en su actividad era de conocimiento el sufrimiento experimentado por los animales antes de ser matados con fines de producción de carne. Cuando los animales son llevados al matadero o al lugar del campo donde serán sacrificados, pueden olfatear en la tierra si un animal fue muerto tiempo atrás por la huella de sangre esparcida en el lugar. Por lo tanto saben perfectamente que van a ser sacrificados. Por esta razón, para evitar que los animales sufran de estrés antes de ser sacrificados se los traslada a lugares donde ellos no se puedan percatar de aquello.

Al rescatar estas conversaciones con este otro antiguo paciente fue posible empezar a comprender la “laxa” asociación o de aparente confusión entre los dos pacientes evocados y que yo rotulé bajo el nombre de “Camilo, el veterinario”.

## COMENTARIOS FINALES

El asunto que queremos resaltar a través de esta viñeta es la potencia asociativa que encerraba dentro de sí la laxa asociación de “Camilo; el veterinario”, asociación que repentinamente emerge en la mente del analista cuando se ve, por su paciente, interpelado a ser reconocido. El analista en vez de percibir esta asociación como una simple equivocación que no tiene relevancia alguna dentro de su proceso comprensivo, intuye en ella la existencia de un valioso material que automática y misteriosamente arroja a su conciencia el subterráneo movimiento de sus memorias inconscientes. Compelido por una necesidad de orientación perceptual, el analista lo que inconscientemente intenta, por medio de este material, es completar el vacío que se forma dentro del retrato imaginario que él, para sí mismo, rápidamente se hace de la identidad del paciente. En consecuencia, decimos que este material asociativo actúa en su mente como un material de relleno. Este material, prontamente divulgado por el analista es, con irritación, rechazado por el paciente como si se tratase de algo completamente ajeno a su identidad. Dada esta situación, el material retorna a la mente del analista,

quien, reconociendo su carácter disonante, se empieza a preguntar por su procedencia. Después de un rato, debido a la tenacidad de este material por mantenerse plegado, el analista termina por perder interés en él.

Creemos que en este caso específico, el poder asociativo que albergaba este material, como lo revela posteriormente la descripción de la viñeta, queda inicialmente paralizado tanto en el plano de la interacción como dentro de la mente del analista. Por un lado, el paciente al no encontrarse mentalmente dispuesto (la libertad asociativa de su mente se encontraba aparentemente comprometida por la presencia de la angustia) ni físicamente presente (no estaba en sesión ni en psicoterapia) no pudo hacer un uso analítico de este material asociativo. Por otro, el analista apremiado por su necesidad de orientación perceptual (uno de los principios que nosotros mencionamos como organizadores de la experiencia) termina, a pesar de su esfuerzo inicial, por excluir de su retrato esta curiosa y discordante asociación que se le vino a la mente.

Creemos interesante hacer una última observación acerca del significado analítico que puede desprenderse a partir del uso de estas asociaciones si es que éstas son debidamente manejadas. Como ya fue señalado anteriormente, pensamos que esta clase de material asociativo puede ser manejada a través de dos formas; dejar que lentamente se “temporalice” al interior de la mente del analista antes de ser expuesto dentro del diálogo analítico (postura que sostendría la mirada clásica de la técnica psicoanalítica) o, simplemente, dejar que, “ciegamente”, se caiga sobre la superficie del diálogo analítico (postura que se puede observar en Winnicott (1968), Bollas (1989), Muñoz (2008) y Correa (2011)). Esta segunda manera, descrita anteriormente a través de una lógica vincular que se inspira en el concepto artístico de *Ready made*, decimos que es ciega porque implica un desconocimiento, por parte del analista, de los supuestos significados subjetivos y/o intersubjetivos que pueden estar potencialmente implicados dentro de este personal material asociativo que él mismo, automáticamente, exhibe. Esta lógica llama al analista a entregar el ejercicio de su “preciada” actividad interpretativa a la anónima terceridad que paulatinamente se va co-construyendo dentro de su relación con el paciente. Pensamos que una vez instalada esta lógica relacional, el curso del diálogo analítico queda entonces confiado al flujo interpretativo que genera la actividad de una “mutua asociación libre” (Correa, A., 2011). Se puede decir que esta manera de tratar el material asociativo supone una forma de concebir la alianza terapéutica no como un logro del proceso analítico sino como una condición interactiva, instalable, desde el



analista hacia el paciente, en el momento mismo en que parte la relación entre ambos (Correa A., 2011). Opinamos que si desde el comienzo de la relación analítica el analista, mediante su conducta, puede presentar al paciente este modo de comportamiento asociativo como parte del comportamiento natural de su método de trabajo analítico, el paciente podrá ver esta conducta como una interesante forma de trabajar y “no como una regla inicialmente impuesta cuya lógica no tiene mucho sentido” (Correa A., 2011, p. 60).

Volviendo al caso de la asociación “Camilo, el veterinario”, se puede plantear entonces que esta asociación contenía, comprimida e inconscientemente, un conocimiento “perceptivo-emocional” cuya línea asociativa finalmente conectaba con la fragilidad, violencia y abandono que Camilo experimenta, en palabras de él, como “una muerte sangrienta” cuando enfrenta su quiebre matrimonial. Pensamos que esta repentina y extraña forma de contacto aparece inicialmente como una condensación en la mente del analista, una que fusiona esta experiencia de Camilo con ese específico relato de “los animales camino al matadero” que tiempo atrás le había hecho al analista su supuesto paciente “veterinario”. Para nosotros esta condensación, que en este caso se construye precariamente a partir de una percepción acústica: la voz de urgencia de la llamada telefónica, se comporta como un pliegue asociativo dentro del retrato que el analista intenta hacerse de su paciente. Opinamos que los pliegues asociativos por su tendencia a aparecer como una suerte de relleno provisorio en la confección de este retrato, tienden habitualmente a no llamar la atención del escrutinio analítico. Dada nuestra creencia de que en estos pliegues se hunde parte de la experiencia intersubjetiva analista-paciente, sobre todo aquella parte que no ha sido conscientemente vivida en la interacción, consideramos importante que el analista, a través de su actitud de atención flotante, detenga su mirada crítica sobre éstos, desafiando la opacidad obtusa que nubla el contenido asociativo que parece habitar en el interior de ellos.

En resumidas cuentas, tenemos la impresión de que muchos de los pliegues asociativos que se producen entre paciente y analista actúan, como sucede en el caso recientemente descrito, como estáticos, inconexos y difusos fotogramas, que lentamente, luego de ser interiormente decantados por el analista o explícita y conjuntamente trabajados por la dupla analítica, empiezan a desplegar su misteriosa procedencia asociativa con el movimiento narrativo propio de un filme.

## REFERENCIAS

1. Arozena T. (2009) “Desplazamientos cinematográficos de la representación. La experiencia radical de la fotografía”, Servicio de publicaciones Universidad de la Laguna, Tenerife, España
2. Benjamin W. (1936) “La obra de arte en la época de su reproductibilidad técnica”, Ed. Taurus, Madrid
3. Bernardi R. (1989) “The role of paradigmatic determinants in psychoanalytic understanding”, en *International Journal of Psychoanalytic*, Vol. 70, pp. 341-357
4. Bion W. (1966) “Aprendiendo de la experiencia”, Ed. Paidós, Buenos Aires
5. Bucci W. (2001) “Pathways of emotional communication”, en *Psychoanalytic Inquiry* (21), (1)
6. Bollas C. (1989) “Fuerzas de destino”, Amorrortu editores, Buenos Aires
7. Correa A. (2011) “El diálogo psicoanalítico: Un diálogo mutuamente asociativo”, en *Rev. Chilena de Psicoanálisis*, Vol. 28, N° 1, pp. 53-65
8. — (2014) “Trabajando a la sombra del objeto de la conciencia”, en *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, Vol. 10, N° 2
9. Dalí S. (1935) “Psychologie non-euclidienne d’ une photographie”, en *Minotaure*, N° 7, 10/VI/1935
10. Deleuze G. (1989) “El Pliegue, Leibniz y el Barroco”, Ed. Paidós, Buenos Aires
11. Derrida J. (1989) “La Difference”, Ed. Cátedra, España
12. Freud S. (1912) “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”, en *Obras Completas* tomo XII. Amorrortu Editores, Buenos Aires
13. — (1914) “El moisés de Miguel Ángel”, en *Obras Completas*, tomo XIII. Amorrortu Editores, Buenos Aires
14. Gombrich E.H., (1979) “El sentido del orden: Estudio sobre la psicología de las artes decorativas”, Phaidon ediciones
15. Ibarz V, Villegas M. (2007) “El método paranoico-crítico de Salvador Dalí”, en *Rev. de Historia de la Psicología*, Vol. 28, N°2/3, pp. 107-112
16. Morín E. (1990) “Introducción al pensamiento complejo”, Ed. Gedisa. Barcelona, España
17. Muñoz A. (2008) “Sobre libertad, develaciones y otros artefactos”, en *Rev. Chilena de Psicoanálisis*, Vol. 26, N° 1, pp. 65-76
18. Ogden T. (1994) “El concepto de acción interpretativa”, en *Rev. de Psicoanálisis Apdeba*, (18(3), p. 495-521, 1996
19. — (2005) “What I would not part with: Dreaming Undream Dreams interrupted cries”. En *This Art of Psychoanalysis*. London and New York, Routledge, pp. 19-26
20. Oyarzún P. (2000) “Anestésica del Ready made”, LOM Ediciones, Santiago de Chile
21. Ruiz R. (2005) “Poéticas del cine”, Ediciones Universidad Diego Portales, Santiago de Chile
22. Sandler J, Sandler AM. (1984) “La segunda censura, el modelo de las tres cajas y algunas implicancias técnicas”, en *Rev. de Psicoanálisis (APA)*, Vol. 57, N° 1, pp. 65-89
23. Schenqueman C. (1999) “Freud y la cuestión del paradigma indicario”, en *Aperturas Psicoanalíticas*, *Rev. de Psicoanálisis*, N° 2
24. Stolorow R, Atwood G. (1992) “Los contextos del ser: Las bases intersubjetivas de la vida psíquica”, Ed. Herder, España
25. Winnicott D. (1960) “La distorsión del yo en términos del self verdadero y falso”, en *Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Ed. Paidós, Buenos Aires
26. — (1968) “El juego del garabato”, en *Exploraciones Psicoanalíticas II*. Ed. Paidós, Buenos Aires

## PSICOANÁLISIS

# SEXUALIDAD, CREATIVIDAD Y CONFLICTO ESTÉTICO: ANÁLISIS DE DOS CASOS

(Rev GPU 2014; 10; 3: 318-321)

Carmen Gloria Fenieux<sup>1</sup>

A través de dos viñetas clínicas el presente trabajo analiza la dificultad para integrar los aspectos inciertos y no controlables del desarrollo sexual. Esto se concretiza en una sexualidad que aparece como negada y/o reprimida, lo que se evidencia en una relación de ataque al cuerpo. Estas pacientes tienen la sensación de ser personas asexuadas que viven en la cómoda fantasía omnipotente de no necesidad. En la comodidad de la no sexualidad, del no deseo, hay cierta sensación de control que las mantiene aisladas en una suerte de refugio psíquico (Steiner, 2000). Su relación con la sexualidad es evitativa, muchas veces envidiosa, pero principalmente desesperanzada. Se postula que esta dificultad tiene relación, en parte, con la falla en el proceso de individuación y separación, así como con la identificación con aquello no vivo que es posible de controlar. De esta manera, la experiencia más vital es amenazante por la incertidumbre que la rodea. En este sentido, desde la posibilidad planteada por Winnicott del vivir creativamente, tomo el concepto de sentido estético de Meltzer (1990) puesto que creo que estas jóvenes se excluyen de la belleza del mundo, de la sexualidad y de las relaciones de intimidad y sinceridad, debido principalmente a la incapacidad para aceptar la incertidumbre que la experiencia conlleva. Este trabajo toca parte del proceso de ser y hacer en su vulnerabilidad consustancial.

“¡Dios mío! Haz que esté vivo cuando me muera”. Imagino que esta poética declaración de Winnicott puede mirarse desde muchos ángulos, sin embargo me quedo con la idea que la integración de lo incierto y a veces doloroso es condición necesaria para la experiencia vital. Ello implica estar abierto a lo desconocido y misterioso, lo que se traduce en la

posibilidad de vivir creativamente la experiencia a pesar del no control.

A través de dos experiencias clínicas, el presente trabajo analiza la dificultad para integrar y aceptar la incertidumbre y el riesgo emocional que la sexualidad implica. Ser, desear, aparecer, habitar el propio cuerpo para poder libidinizarlo, son desafíos que las pacientes

---

<sup>1</sup> Psicóloga Universidad de Chile. Psicoanalista ICHPA. Supervisora Acreditada Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Directora del Centro Chileno de Sexualidad. cgfenieux@gmail.com

que se presentarán, de alguna manera, no han estado dispuestas a intentar. Esto se concretiza en una sexualidad que aparece como negada y/o reprimida, lo que se expresa en una relación de ataque al cuerpo. Estas personas viven en la cómoda fantasía omnipotente de no necesidad, lo que las lleva a cierta sensación de control que las mantiene aisladas en una suerte de refugio psíquico (Steiner, 2000). En lo cotidiano y en la experiencia vital, esto se traduce en la mayoría de las ocasiones en quedar excluidas del mundo de las relaciones sexuales y de la intimidad.

## PRESENTACIÓN DE CASOS

Claudia era una muchacha de 24 años, con un importante sobrepeso y de conducta pueril.

Cuando llegó a consultar pasaba gran cantidad de tiempo encerrada en su habitación comiendo y viendo televisión, en un fantaseo que la absorbía y que en nada contribuía al soñar ni al vivir (Winnicott, 1971). Jamás había pololeado ni besado a alguien. Planteaba con cierto dejo de superioridad que éste era un tema que no le interesaba. Más adelante reconoció que el contacto con hombres le era amenazante. No lograba hablarles, ni mirarles. Se sentía un ente asexuado, una cosa que no tenía lugar. Entendimos que no existía la posibilidad de que alguien se fijara en ella, pues ella no existía como persona, menos existía como mujer.

Alejandra tenía 21 años, era una joven desaliñada, divertida e infantil. Era muy rígida en sus juicios y manifestaba una actitud crítica y muy dura frente a los otros. Mantenía una relación difícil con su madre a quien cuestionaba profundamente y describía como una "bruja rabiosa". Nunca había pololeado ni había tenido relaciones sexuales. Se sentía fea, poco o nada atractiva, se avergonzaba de sus pechos, los que consideraba groseros. Jamás usó traje de baño delante de otras personas. Se tapaba, se escondía, se complicaba con su cuerpo. Sin embargo, defensivamente actuaba la omnipotencia a través de la crítica a otros mientras evitaba de distintas maneras la experiencia y la sexualidad en ella.

Ambas pacientes se sentían marcadas por una sensación de profunda fealdad. Parecían quedarse afuera de la magia de la vida, sintiendo como si la vida siempre transcurriría en la vereda del frente. En ambas las sensaciones de ridículo, vergüenza y grosería eran profundas. Estos sentimientos principalmente aparecían en el plano de la sexualidad. Este miedo les impedía expresarse, arriesgarse, soñar y entonces muy fácilmente se encerraban en un falso self que se escudaba en la idea de prescindencia de la sexualidad. Había una negación

del cuerpo y de la libidinización de la propia persona. No se masturbaban, manifestaban ausencia de interés en el sexo opuesto así como tampoco se interesaban en relaciones homosexuales. El sexo parecía no existir y la intimidad era desconocida y altamente amenazante. Su relación con la sexualidad era evitativa, muchas veces envidiosa, pero principalmente desesperanzada. En el decir de Winnicott, estas pacientes estaban muertas o aniquiladas todo el tiempo por la sumisión o reacción a lo que les llegaba del mundo (Winnicott, 1994).

## DESPERTAR SEXUAL, INTIMIDAD Y APREHENSIÓN DE LA BELLEZA

Estas pacientes nos llevan a preguntarnos: ¿Cuándo se reconoce la sexualidad en el propio cuerpo? o ¿cómo y por qué, a pesar del riesgo, se permite el surgimiento de lo sexual?

Tal como plantea Winnicott, (1965), la sexualidad en su develación es un impulso que desorganiza, pero que en su logro integra al sujeto permitiendo la individuación. Siguiendo al autor, el deseo sexual nos hace caminar por el delgado límite entre la maravilla de la satisfacción y el terror al aniquilamiento. Creo que tanto Claudia como Alejandra no podían soportar esta amenaza. Padecían de la certeza de que no había un futuro amoroso viable y/o creativo para ellas debido probablemente a la identificación con lo asexuado. La tarea parecía ser intentar descubrir que el yo de Claudia y Alejandra podía cabalgar la vida a pesar de la incertidumbre. Necesitaban comprender que el germen de la sexualidad o la sexualidad en sí misma se encontraba allí en su propio cuerpo y en su propia psiquis. Necesitaban comprender que existía en ellas la posibilidad de vivir creativamente, que podían hacer desde su ser (Winnicott, 1994). Tanto Claudia como Alejandra no reconocían esta potencialidad, y más concretamente, no reconocían la sexualidad en su cuerpo. Ellas no sabían cuál era la geografía del asunto, eran analfabetas en materia de sentimientos y más específicamente, analfabetas en materia de sentimientos sensuales y/o sexuales.

Desde esta cosmovisión, la ilusión de completitud sexual con un otro les era desconocida. No existía como posibilidad. No existía la vagina, menos existía el pene, tal vez porque su existencia era una amenaza hacerse cargo de sí misma. En el refugio de esta identificación con lo asexuado no había riesgo, todo era conocido y, de alguna manera, todo estaba bajo control. A través de una viñeta clínica podemos visualizar esta ausencia concreta de lo sexual. El primer año de trabajo terapéutico con Claudia se profundizó en que ella tomara

conciencia de su falta de vitalidad y de cómo se refugiaba en la comida como una manera de sentirse protegida. A medida que se fue sintiendo más viva y esperanzada en poder vivir más creativamente, comenzó a sentir el calor del deseo de otros puesto en su propio cuerpo, así como también comenzó sutilmente a dibujarse el deseo en ella. Había salido con algunos hombres y ya había tenido la experiencia de besar. Sin embargo, me parecía que se defendía de sentir más allá y en algún sentido prefería quedarse en fantasías como una forma de escapar a la realidad azarosa. En la contratransferencia sentía que la sexualidad, el sexo, rondaban nuestras conversaciones, estaba en nuestro espacio potencial sin poder ser nombrado aún. Y entonces, a propósito de la invitación a salir de un joven que le gustaba, le pregunté si “ya había sentido al miembro”. Recordemos que Claudia ya tenía 25 años. “¿¡Qué miembro!?” me respondió. Le respondí con otra pregunta: si ya había sentido en estos acercamientos sexuales la firmeza de un pene erecto. Se rio nerviosa y me dijo que no. Ella evitaba aún hacerse cargo de sus sensaciones corporales. En algún lugar prefería seguir siendo una niña asexual. Creo que esta intervención fue una manera que surgió para invitar a Claudia a atreverse a hacer el corte con esa niña que sólo acataba y no se atrevía a sentir. Usé la palabra “miembro” porque pensé que era menos amenazante para ella y porque ésta incluye la concepción de participación, comunidad, “ser parte de”, todas conceptos que involucraban, en algún sentido, sensaciones desconocidas para Claudia. Pienso que este tipo de intervenciones son una manera de presentar lo sexual en el imaginario para ir integrándolo como un aspecto de la experiencia. Unas sesiones más tarde me contó tímidamente que “lo sintió” ...y después divertidamente me dijo: “me acordé de ti y me dio mucha risa”. Pienso que antes que la evidencia de la sexualidad y su dimensión cósmica, me entrometí yo. Imagino que a propósito de mi intervención, pero también creo que Claudia intuyó en nuestra complicidad que se abría un mundo nuevo en el cual podía vivir más creativamente. Pienso que en la transferencia yo actué como un otro que presenta lo sexual y ayuda a estructurar, configurar y definir aquella sexualidad que Claudia creía que no existía en ella, y entonces empieza a aparecer la sensación de feminidad. Así, al reconocer lo sexuado, éste se ilumina y aparece. Por otra parte, la presencia del deseo en la mirada del otro, en la insinuación del pene en el cuerpo femenino en el momento del acercamiento sexual, despierta la posibilidad de la experiencia de completitud, invita a lo incierto y desafiante del deseo. Invita a configurarse como otro distinto que necesita, que requiere del otro para la experiencia de ser.

Con Alejandra trabajábamos esta sensación de fealdad y de cómo ella ayudaba en esta percepción al dejar todo su cuerpo botado. En una ocasión llegó a la sesión contándome divertidamente que fue a una fiesta y que un tipo borracho le dijo que era fea. Ella lo encontró divertido y se rio de “cómo un tipo puede ser tan pesado”. Sin embargo, al avanzar la sesión apareció otra escena. Había otro joven que le dijo un piropo. Ella frente a esa situación se incomodó, se asustó, no supo qué hacer y partió al baño a encerrarse. De esta manera, ha preferido ser la fea, la no deseada, porque parece ser un camino más seguro, más conocido que acercarse al deseo, esto la ubicaría en un campo incierto, azaroso e incontrolable. Unos meses más tarde me cuenta que se compró un sostén precioso, que “las pechugas se le ven hermosas, ... que ese día es el día más feliz de su vida”. Me dice que nada ni nadie podrá quitarle la alegría que siente. Podemos pensar que a través de esta prenda que sostiene y que podría representar el proceso terapéutico, Alejandra se encontró con un aspecto de su feminidad que la hizo sentir partícipe y protagonista de la vida.

Así el refugio de la asexualidad protege frente al encuentro con el otro y consigo mismo. Ahí la vida no ocurre, en el contacto con otro todo es posible e imposible. En este refugio Claudia y Alejandra estaban desconectadas de la relación psique-soma. Muchas de mis intervenciones se centraron en romper este encierro y establecer la conexión con la propia experiencia sensorial y emocional. Intervenciones tales como plantearle a Alejandra que se encorbaba para esconder sus pechos y evitar así asumir su feminidad, o cuando Claudia me hablaba de ciertas sensaciones poder denominarlas como excitación o con ambas pacientes, indicarles el descubrir la propia sexualidad a través del autoerotismo, o las intervenciones que hacían mención a cómo el cuidado concreto y amoroso del cuerpo generaba nuevas concepciones y sensaciones acerca de sí misma. Creo que este tipo de pequeñas intervenciones que apuntan a lo cotidiano son básicas como plataforma para que el deseo comience a hacerse espacio. En este sentido hago la siguiente reflexión: ejercer la sexualidad, vivir el deseo, implica ser, integrarse en una unidad distinta del todo, implica aparecer como sujeto que puede ser objeto. Conlleva el separarse de los otros, ocupar el propio cuerpo y ser responsable e insustituible en el sentido que Lévinas (1982) plantea. Aparece así, en la integración psique-soma de la sexualidad el yo no intercambiable.

Entiendo que a través del proceso dialéctico transferencia/contratransferencia, al alero de la intimidad, empieza a surgir a propósito del respeto al propio ser en la privacidad, la sensación de que el amor, el sexo, un beso, una caricia, tal vez son posibles para ellas. De esta

manera, estas jóvenes comenzaron a sentir su unicidad lo que en parte implicó sentirse invitadas a participar de la belleza y la sexualidad.

En esta línea de pensamiento, me resuena el concepto de sentido estético de Meltzer (1990). El autor plantea que el ser humano requiere para su desarrollo una reciprocidad estética frente a la duda primordial en relación con el interior enigmático del otro. Desde esta mirada, entiendo que cada vez que tomamos contacto con otro en lo íntimo, nos topamos con lo incognoscible y nos enfrentamos con la incertidumbre de ser o no ser reconocidos por el otro, todo ello en el marco de la vulnerabilidad sustancial. Meltzer (1988) plantea que el conflicto estético, con sus nociones de intimidad, sinceridad y respeto, es tolerado mientras exista reciprocidad. Entiendo que Winnicott concibe esta experiencia primaria de reciprocidad estética en la madre común bella que sostiene al bebé común bello. En esta unidad que contiene, el bebé puede comenzar a sentir su devenir –a ser– un ser humano especial.

En Claudia y Alejandra no existía la potencialidad de un devenir misterioso que las pudiera convertir en seres singulares, únicos, caleidoscópicos, con sutilezas y matices particulares. No existía la posibilidad que hubiera belleza y magia en ellas. En su mirada, eran seres agotados en un solo concepto: la imposibilidad ¿Cómo es que se restituye aquella sensación de belleza para redefinirse como alguien suficientemente bello? Winnicott al igual que Meltzer plantean que sólo en la esfera de las relaciones humanas íntimas (las únicas que son capaces de desencadenar significación) puede darse la experiencia emocional, que Meltzer define como el encuentro con la belleza y el misterio del mundo. En este sentido, la disposición del analista a conocer, la escucha receptiva y atenta, el interés y el respeto genuino, pueden generar una experiencia de intimidad y sinceridad en la relación transferencial que permite ir integrando la belleza misteriosa y vulnerable de esa intimidad. Y permite también, en compañía de un otro, tolerar el proceso de individuación y separación para arriesgarse a descubrir. Alejandra y Claudia están aprendiendo a convivir con esta incertidumbre y en lugar de controlar están habitando una apetencia a descubrir. Porque como plantea Meltzer, la verdad estética se realiza como ser y no como saber. Entiendo que esto implica necesariamente vivir, salir del capullo para descubrir el color de la propia flor, significa, en el decir de Winnicott, ver todas las cosas de un modo nuevo todo el

tiempo, experiencia que estas pacientes no confiaban en poder descubrir.

Esta entrega y aceptación de la incertidumbre en el plano de la sexualidad se hace aún más descarnada, tanto en su pasión como en su dolor, puesto que el deseo implica necesariamente dar al objeto su libertad (Meltzer, 1990). Conlleva, en alguna medida, arrojarse al vacío, en la intensa desnudez y vulnerabilidad del deseo y la ilusión. Implica, en el decir de Rodrigo Rojas, despojarse del yo y de sus estructuras para vivir en la experiencia.

Claudia tuvo una experiencia de acercamiento sexual con un hombre. Sin embargo se sintió sucia, fea, monstruosa. Me llamó la atención que al igual que en muchas otras ocasiones, había algo en su aspecto que concretizaba esta fealdad. Me dijo que no podía contarme, que necesitaba que yo le preguntara. Nos acercamos de a poco a su intimidad. Me entero que se excitó y que sintió la excitación de él, sin embargo estaba aterrada e invadida por sentimientos de vergüenza y profunda fealdad. Logramos hablar de sus sensaciones y nos acercamos a la experiencia gratamente confusa de la sexualidad. Al terminar esa sesión me dijo: “Es raro, pero ya no me siento tan fea, ni tan rara, ... estoy como feliz”. Nuevos pedacitos de su experiencia pudieron ser reconocidos, para poder ser aceptados e integrados, entonces se abrió la posibilidad de vislumbrar nuevamente la belleza y la magia del misterio. Así es en la simpleza de la experiencia, donde existe la posibilidad de sentirse vivo y único, entonces existe la posibilidad de vivir creativamente.

## REFERENCIAS

1. Botbol M. Belleza y Fealdad en la vida cotidiana. [intercamvis.es](http://intercamvis.es)
2. Green A (2000). *At the Squiggle Foundation*. London: Karnac Books
3. Lévinas E (1982). *Ética e Infinito*. Madrid: Gráficas Rógar, S.A.
4. Meltzer D (1990). *La aprehensión de la belleza*. Buenos Aires: Spatia editorial
5. Steiner J (1997). *Refugios Psíquicos*. Madrid: Editorial Nueva España
6. Trachtenberg R. *El modelo ético estético de Bion/Meltzer: de la pasión por el psicoanálisis por el psicoanálisis de la pasión*. [www.meltzer.com.ar](http://www.meltzer.com.ar)
7. Winnicott D (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós, 1993
8. Winnicott D (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A., 2005
9. Winnicott D (1994). *Vivir creativamente*. En *El hogar, nuestro punto de partida*. Buenos Aires: Paidós, 2006

## PSICOANÁLISIS

# EL LUGAR DEL RECONOCIMIENTO EN PSICOTERAPIA

(Rev GPU 2014; 10; 3: 322-325)

Liliana Messina Schwartz<sup>1</sup>

**Ser reconocido por el otro es una necesidad primaria del ser humano; así como la alimentación es indispensable para la salud y crecimiento corporal, el reconocimiento es fundamental para la salud psíquica. Pocos son los pensadores que no hayan trabajado este aspecto central de la vida humana y su expresión interpersonal y social. El punto que quisiera tratar es qué carácter adquiere en el ámbito de la psicoterapia y específicamente en el ejercicio del psicoanálisis. Esta práctica –es de Pero Grullo, pero necesario decirlo– ocurre y se desenvuelve casi exclusivamente en actos de habla. También hay al menos dos cuerpos gesticulantes, pero ello puede incluirse como parte de esta interacción comunicacional y así lo haremos para efectos de este trabajo.**

**Basándome en el extenso y detallado estudio de Ricoeur *Caminos del Reconocimiento* (2004) quisiera adentrarme en una mirada de lo que puede ser, en la clínica psicoanalítica, el problema del reconocimiento, desde la perspectiva del paciente, en su pedido y desde la perspectiva del analista, como persona y desde su rol ético. Es éste un tema que cruza todo tratamiento psíquico en general pero que pocas veces es tratado explícitamente; está sin embargo, siempre presente, como en toda interacción, y de múltiples formas en sus variadas acepciones. Estudiaré entonces el reconocimiento como acto de habla apoyándome principalmente en Ricoeur, por un lado, y en Lacan, por otro.**

## INTRODUCCIÓN

### SOBRE EL RECONOCIMIENTO

**R**econocer a otro es un acto de habla en tanto que se hace a través de la palabra coincidiendo la verbalización misma con la acción de reconocer. Decimos a otro: “sí, te escucho” y con ello estamos comunicando que tiene algo válido para decir o que nos interesa y

que vamos a prestarle atención; o hacemos una interpretación de lo que ha dicho, lo vinculamos con otros elementos de su discurso anterior, o recogemos partes para agregar algo, corregir, sustituir, integrar con ideas propias, etc. Todos estos son actos de reconocimiento del otro como válido en la comunicación. Cuando le proponemos un lugar y un lapso de encuentro, estamos organizando un espacio para que ocurra esa interacción y esperamos, en general, que este reconocimiento

<sup>1</sup> Psicóloga de la U. de Chile, psicoanalista Ichpa; Coordinadora de la Unidad de Psicopatología en el Programa de Estudios psicoanalíticos de la Facultad de Ciencias Sociales de la U. de Chile, Ph.D Candidata, Psicología UCH. l-messina@hotmail.com

sea recíproco, aunque no idéntico. Recíproco en tanto el otro responda entendiendo lo que la situación propuesta supone; por ejemplo, asistiendo a la cita a la hora y lugar acordados. Pero no necesariamente idéntico, en tanto los roles pueden ser diferentes (analista/paciente) y por tanto las formas de interacción esperadas de uno y otro son distintas. Es decir, uno puede reconocer a otro en cierto ámbito de temas o de formas y el otro a su vez nos reconoce por otras formas de interacción. Sin embargo, cuando el reconocimiento no es recíproco, puede provocar en el no reconocido sentimientos dolorosos, de ofensa, al sentirse no considerado o no válido en algún sentido.

En su estudio sobre el reconocimiento Ricoeur (2004) habla de 23 acepciones para esta palabra, las cuales se pueden clasificar en base a tres ideas madre:

1. Aprender por la mente relacionando entre sí imágenes, percepciones que le conciernen, distinguir, identificar, conocer mediante la memoria, el juicio o la acción.
2. Aceptar, tener por verdadero.
3. Confesar, mediante la gratitud que uno debe a alguien algo (p. 26).

Comenzaré por la búsqueda de reconocimiento por parte del paciente. Este, podríamos decir, llega al tratamiento psicológico (o psiquiátrico), en busca de un alivio a su sufrimiento pero también en busca de un reconocimiento por parte de otro, de este sufrimiento. Es un reconocimiento de que valide su sufrimiento, esto es, que lo identifique como tal y que lo distinga de otros tipos de sufrimientos o del sufrimiento de otros. Pero para que este reconocimiento le sea válido en cuanto tal, tiene que primero reconocer la autoridad de ese otro para dar el estatuto de valedero (o verdadero) a algo que no sabe si es justificado y comprensible para un otro o no lo es.

Entonces, en la primera parte de la escena psicoterapéutica tenemos a: un “paciente” en busca de la “verdad” –ya veremos qué se quiere decir con verdad– de su sufrimiento, y en busca de un otro válido para dar este veredicto. Sin embargo, esta frase “la verdad de su sufrimiento” la podemos descomponer en dos significaciones posibles: Un reconocimiento de su sufrimiento como válido, por tanto justificado. Y, dos, cuál es la “verdad” escondida o, más bien, al revés, expresada en ese sufrimiento.

## DIAGNÓSTICO COMO RECONOCIMIENTO

Una forma de responder a este pedido de alivio del sufrimiento y búsqueda de verdad es a través de un

diagnóstico, lo que en ocasiones basta para satisfacer la demanda. La cultura médica responde a este pedido de reconocimiento construyendo diagnósticos a partir de su modelo semiótico, esto es agrupando signos de enfermedad en síndromes, aunque desconozca su etiología, en ocasiones, tan solo para calmar la angustia que produce un sufrimiento sin motivo conocido. Suponemos que el alivio que el diagnóstico significa, tanto para el paciente como al médico, lo justifica, puesto que con ello parece reconocer el sufrimiento en el paciente, y lo hace de una manera precisa, ubicándolo dentro de una categoría, nombrándolo, o sea, dándole existencia. Se trata aquí de un reconocimiento que otorga identidad (Ricoeur, 2004); se le da una identidad a partir de ciertas características propias y semejanzas con otros padecimientos del mismo conjunto, y al distinguirlo de otros sufrimientos diferentes, precisando su recurrencia y forma de presentación. Con este trabajo, el tratante queda además reconocido como quien “sabe” de qué se trata.

En tratamientos psicoterapéuticos, en cambio, y específicamente en los psicoanalíticos, limitamos lo más posible el uso del diagnóstico, por comprender que este alivio es de alguna manera superficial y no sustancial, pues no ha removido nada de la problemática, sino por el contrario, parece ayudar a consolidarla como parte de la estructura (me refiero en general a la estructura psíquica, o de personalidad o incluso en términos de la identidad del paciente). Se escucha con frecuencia decir a alguien “es que yo soy crónico...” o “yo soy bipolar” y con ello parecen estar justificados y tranquilizados respecto a las dificultades personales que sufren.

## RECONOCIMIENTO DEL TRATANTE

Luego, el otro que debe hacer estos reconocimientos no es cualquiera, tiene que estar autorizado para ello, como ya dijimos. Esta autorización también importa un reconocimiento; un reconocimiento que hace el “paciente” no necesariamente con suficiente información. Se trata de lo que Lacan (1971) llama el lugar del “Supuesto Sujeto Saber”, necesaria posición para dar soporte inicial al trabajo terapéutico y soporte estructural a la transferencia; es un sujeto supuesto en cuanto al saber (Rabinovich, 2004), es decir, a quien se le supone un saber. De modo que este reconocimiento de autoridad lo hace el paciente desde lo que cree del terapeuta/analista o médico tratante por las más variadas fuentes: la recomendación de otro, o porque leyó algo de él, o por la institución que lo respalda, por el precio que cobra por su trabajo, es decir, el valor que le da a

éste, por la resonancia que a su nombre le confiere, lo que ha imaginado de él o ella o, finalmente, desde lo que percibe en la interacción directa en las primeras sesiones, por lo que el terapeuta/analista dice de lo que al paciente le pasa. Debe tratarse, lo más probable, de un complejo entrelazamiento de todos estos factores, donde las expectativas del paciente, expresadas implícita o explícitamente, pongan al terapeuta a hablar.

El “terapeuta/analista”, por su parte, busca reconocimiento de dos tipos: ser reconocido en su experticia, en su capacidad, en su rol, con cierta autoridad para realizar el trabajo para el cual se le busca, esto es, ayudar al paciente y promover un proceso de cura en éste. Pero también debe ser reconocido como otro: este aspecto es amplio, porque se refiere a ser reconocido en la transferencia como otro del que es, pero también como otro, el que sí es, y que puede tener algo que hacer ahí. Estos reconocimientos los comprendemos desde la posición pasiva del terapeuta.

Activamente, a lo largo del proceso, intentará que el paciente pueda reconocer quien es él mismo a través del re-conocimiento de su historia (reconocer aquí como un recuperar huellas mnémicas) y reconocer la lectura que de ello puede hacer hoy. Este es, un conocer de nuevo algo ya conocido, incluye incluso lo reprimido, o podríamos decir, aquello que ha quedado alejado de la conciencia. Y que se reconozca como alguien válido capaz de crear ya sea en el vínculo o en el ámbito de la acción, “trabajar y amar” dice Freud; es decir que haya un reconocimiento de quien es por sí mismo, pudiendo tomar alguna distancia de los reconocimientos externos. Esto pasa, por ejemplo, por un proceso de reconocer las referencias, dichos o mandatos que lo han detenido en su desarrollo y las referencias que lo han impulsado en el crecimiento. Esto puede ponerse en palabras de Lacan (1971) como el reconocimiento de los significantes que hacen marca y que han determinado su destino.

“Lo que enseñamos al sujeto a reconocer (las comillas son mías) como su inconsciente es su historia: es decir que le ayudamos a perfeccionar la historización actual de los hechos que determinaron ya en su existencia cierto número de ‘vuelcos’ históricos. Pero si han tenido ese papel ha sido en cuanto hechos de historia, es decir en cuanto reconocidos en cierto sentido o censurados en cierto orden” (Lacan, 1971 p. 251)

“El inconsciente es aquella parte del discurso concreto en cuanto transindividual que falta a la disposición del sujeto para restablecer la continuidad de su discurso consciente” (Lacan, 1971 p. 258)

El analista trabaja a partir de reconocer, él primero, aquello que escucha como marca o “vuelco”, como

irrupción inconsciente y de ahí lleva al paciente a reconocerse en ese discurso y en esa historia. Comienza con ello un trabajo de reconocimiento del paciente desde sí mismo y por sí mismo.

## **SOBRE EL RECONOCIMIENTO DE LA VERDAD Y EL MÉTODO PSICOANALÍTICO**

Además, como nos recuerda Ricoeur (1971), “el discurso se realiza cada vez de manera temporal y actual”; el paciente que habla de sí mismo, de su padecimiento y de su historia lo hace en el tiempo que dura la sesión y lo hace desde su actualidad. De manera que lo que habla lo dice a ese otro específico que es el terapeuta/analista. Es a él a quien se dirige con su padecimiento y con su relato, y lo hace desde el que es en la actualidad y como habitante de un mundo. Vale entonces la pregunta ¿qué me quiere decir con lo que dice? Así como en la interpretación de los sueños (Freud, 1900) es el relato del sueño lo que tenemos a la vista y lo que constituye el material de trabajo, es este un discurso que se da en acto a un interlocutor particular: el analista. Y qué quiere decir este estar dirigido a un interlocutor sino un pedido de escucha y con ello de reconocimiento, pero ¿de qué? Retomamos aquí el problema de la verdad como parte del pedido del paciente.

Para ello operamos una separación entre la intención consciente de lo que se dice y la irrupción de lo inconsciente en el discurso. De aquí que podemos decir que se trata de una interpretación, es decir, una lectura con sentido, de lo que en el discurso habla. Sobre el método psicoanalítico Lacan (1971) dice: “Sus medios son los de la palabra en cuanto que confiere a las funciones del individuo un sentido; su dominio es el del discurso concreto en cuanto campo de la realidad transindividual del sujeto; sus operaciones son las de la historia en cuanto que constituye la emergencia de la verdad en lo real.” (p. 247)

Este reconocimiento realizado por parte del analista tiene que ver con el sentido y una verdad; ayudar a asignar un sentido a aquello que en el discurso del paciente se escucha. Opera, así, sobre el discurso del paciente: único intermediario de la verdad, no prestando tanta atención al contenido del discurso mismo, como a sus rupturas “formaciones del inconsciente”, que dejan entrever lo que ha sido censurado u obturado al discurso, aquello que habla de su verdad (Rifflet-Lemaire, A., 1976).

Todo esto dicho “siempre y cuando entendamos la palabra ‘verdad’ como un desvelamiento o una desocultación. La desocultación devuelve del olvido lo



ocultado. Verdad (en griego *aletheia*) es lo no-olvidado, lo no-perdido, lo no-oculto, y por lo tanto es verdadero aquello que se presenta ante nuestros ojos con la luminosidad de la evidencia” (De Azúa 1995, p. 128).

Mirado desde esta lectura (heideggeriana) de la verdad, lo que aparece de inconsciente en el discurso del paciente, es decir, aquello que irrumpe, interrumpiendo la continuidad del discurso, no puede sino ser lo que atañe a la verdad de ese sujeto que habla, son formaciones del inconsciente: olvidos que vuelven a la luz, ya sea como recuerdos o actos, también de habla: lapsus, actos fallidos, sueños.

La escucha del inconsciente la podemos traducir también en términos de un reconocimiento de la verdad del sujeto. O sea, el desocultamiento de lo que

estaba olvidado, y por el solo hecho de ser rescatado del olvido, develado, habla de la verdad de ese sujeto y de ese padecimiento que viene a ser escuchado, a ser reconocido.

## REFERENCIAS

1. De Azúa F. (1995) Diccionario de las Artes. Barcelona: Planeta
2. Lacan J. (1971) Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. México: Siglo veintiuno editores
3. Rabinovich N. (2004) El inconsciente lacaniano. Seminarios clínicos. Santiago: Sociedad Chilena de Psicoanálisis
4. Ricoeur P. (2004) Caminos del reconocimiento. Tres Estudios. Fondo de Cultura Económica, México
5. Ricoeur P. (1971) Acontecimiento y Sentido. Revista de Filosofía. Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Letras
6. Rifflet-Lemaire A. (1976) Lacan. Buenos Aires: Sudamericana

## CULTURA

# PROLOGANDO UN DICCIONARIO DE CREATIVIDAD

(Rev GPU 2014; 10; 3: 326-329)

Eduardo Llanos Melussa <sup>1</sup>

A continuación un prólogo que ilumina acerca de la creatividad realizado a propósito de la presentación de la tercera edición del diccionario de creatividad de Ricardo López. Este autor se dio a esa tarea elaborando un primer léxico de creatividad (2001), que un lustro después tuvo una segunda edición ampliada en Buenos Aires (López Pérez, Ricardo [Santiago, 12001]: *Diccionario de la creatividad*. Morphía, Buenos Aires, 22006, 198 pp.) Como su autor siguió agregando y ampliando las entradas, la tercera edición llegó muy pronto (2008). Y esas mismas páginas que hace un lustro le sirvieron de prólogo se ofrecen ahora con ciertas mutaciones, pero sin mutilaciones. (López Pérez, Ricardo: *Creatividad con todas sus letras. Diccionario de conceptos y expresiones del campo temático de la creatividad*. Editorial Universitaria, Santiago, 2008, 246 pp.) Este prólogo figura en pp. 11-15.

## INTRODUCCIÓN

Aunque hoy cueste creerlo, es un hecho que el vocablo creatividad cobró relevancia recién a partir de 1950, cuando J. P. Guilford formuló la ya clásica distinción entre dos tipos de pensamiento: el convergente, que equivale al razonamiento lógico, y el divergente, empleado en la búsqueda de soluciones alternativas y “laterales” (es decir, creativas). Aplicamos pensamiento convergente cuando hacemos algún cálculo matemático o hacemos deducciones a partir de premisas, y en tales casos la “solución” es una sola o bien hay una claramente mejor que las otras. En cambio, aplicamos pensamiento divergente cuando afrontamos un problema que no tiene solución única o reconocidamente mejor que otras, de modo que podemos concebir

soluciones numerosas (fluidez), variadas (flexibilidad) e inéditas (originales).

Cuente lo anterior como una apretada síntesis del planteamiento de Guilford, que luego él mismo reforzó y matizó mediante estudios sistemáticos, desarrollando numerosas pruebas psicométricas para evaluar los componentes y subcomponentes de la creatividad. Por cierto, la capacidad de producir algo nuevo estaba implícita en la noción global de inteligencia, introducida mucho antes de Guilford; sin embargo, la inteligencia abarcaba además muchas otras capacidades, de modo que el subconjunto de la creatividad no se perfilaba con suficiente nitidez dentro de ese constructo teórico. Tal situación cambió aceleradamente en las décadas siguientes, pues a los aportes pioneros de Guilford se sumaron investigadores, especialistas e interesados de

<sup>1</sup> Profesor Universidad Diego Portales. Semiótico y poeta. E-mail: eduardo.llanos@udp.cl

muy diversas procedencias; de ese modo, la creatividad fue tornándose cada vez más relevante para la psicología, las ciencias de la educación y la comunicología.

Así, pues, siendo inicialmente un subtema subdisciplinar (un capítulo al interior de la teoría de la inteligencia), la creatividad pasó a ser luego un tópico disciplinar, y siguió desarrollándose hasta convertirse en un campo multidisciplinar. Más aún: pronto se reveló como un ámbito especialmente propicio para el diálogo interdisciplinar e incluso hoy parece transformarse en un área transdisciplinar. Durante esa veloz evolución se fue generando un vocabulario propio, que por un buen tiempo no contaba siquiera con un glosario, mucho menos con un diccionario especializado. Ricardo López se dio a esa tarea elaborando un primer léxico de creatividad (2001), que un lustro después tuvo una segunda edición ampliada en Buenos Aires. Como su autor siguió agregando y ampliando las entradas, la tercera edición llegó muy pronto (2008). Y esas mismas páginas que hace un lustro le sirvieron de prólogo se ofrecen ahora con ciertas mutaciones, pero sin mutilaciones.

En cierto modo, la obra de López es ya una minieniclopedia de creatica. Como se sabe, el término enciclopedia proviene de dos palabras griegas: *egluklos*, cuyo significado es circular, y *paideia*, que equivale a instrucción o enseñanza; por lo tanto, *egkuklios-paideia* podría traducirse como disponer el conocimiento en un círculo, es decir, en orden no lineal. Por supuesto, algunas enciclopedias no organizan sus entradas en secuencia temática, sino en orden meramente alfabético; pero incluso las que siguen la secuencia rectilínea del alfabeto van articulando sus artículos mediante remisiones cruzadas, del tipo "véase también las entradas X, Y, Z". Además, en los diccionarios es igualmente común que cada artículo reenvíe a otros, y que a su vez éstos nos hagan zigzaguear hacia otras voces y nuevas definiciones o explicaciones. De ahí que, incluso cuando no pretenden y/o no alcanzan un carácter enciclopédico, en obras de esta clase predomina la esfericidad. Así, pues, léxicos o glosarios, diccionarios o enciclopedias, tesauros o prontuarios, todos invitan a circular en una y otra dirección, andando y desandando. Leer un diccionario o una enciclopedia es una forma de pasear y recorrer un área del conocimiento, familiarizándose gradualmente con las ideas nuevas y/o profundizando nuestra comprensión de otras ya conocidas. El resultado suele ser una globalidad progresiva y por lo mismo dinámica, cuya "redondez" rara vez es "rotundidad" y cuyo tramado nunca resulta lineal, sino multilineal.

En definitiva, un buen diccionario temático no es meramente un herramienta o una "caja de herramientas"; sino más bien un mediador, un instrumentarium e

incluso un mecano. Cuando uno intenta comprender una cierta teoría o un simple planteamiento en un área que no es la propia, la terminología suele ser el primer obstáculo. Y lo que entonces uno hace es agenciarse definiciones de los conceptos básicos. En el fondo, intentamos reconstruir un pensamiento ajeno mediante una suerte de maqueta que represente el edificio conceptual, a fin de optimizar nuestro recorrido por esos constructos mentales. Y aun quien intenta ir más allá y "deconstruir" un pensamiento, necesita de todos modos detectar las vigas maestras y los pilares, pues de lo contrario su pretendida deconstrucción será sólo una empresa de demolición. Allí donde el vandalismo pseudocrítico se contenta con derrumbar, la verdadera crítica nos ofrece una lección de desmontaje de un artificio (como sugiere la etimología, conformarse con un mero arruinar supone cierta ruindad).

Curiosamente, si bien casi nadie duda de la importancia de las enciclopedias y de los diccionarios especializados, su consulta no es algo habitual ni siquiera entre los docentes. Y es una lástima, ya que estas obras son insustituibles; muchas están muy bien coordinadas por uno o dos autores eminentes, quienes solicitan los distintos artículos a especialistas que llevan décadas investigando subtemas específicos, de modo que sus artículos condensan información relevante y decantada. Así, estas obras no se agotan en la consulta ocasional, motivada por una duda terminológica; sus entradas suelen constituir también verdaderas lecciones de escritura académica y, por tanto, admiten lecturas más complejas y gratificantes. Entre los extremos de la bulimia y la anorexia lectoras, los buenos diccionarios temáticos contribuyen a balancear la dieta textual: artículos fibrosos, no transgénicos ni hipercalóricos. Sin embargo, si su consulta no es frecuente ni siquiera entre los maestros de la academia, ¿cómo esperar que se extienda entre los estudiantes?

Y he aquí un primer denominador común entre los diccionarios especializados (temáticos o enciclopédicos) y la creatividad: en principio, a ambos se les reconoce su relevancia y su utilidad, pero en ninguno de los dos casos dicho reconocimiento va más allá de un gesto protocolar, como si se tratase de un mero tic discursivo.

¿A qué puede deberse esta paradoja? Quizás se trate de un mecanismo de defensa inconsciente ante la verdadera complejidad, que nunca resulta cómoda de abordar, ya que pone a prueba desde el primer momento nuestros hábitos mentales. Por lo demás, tampoco cabría esperar otra cosa, pues en tanto el saber va organizándose en sistemas cada vez más y más diferenciados, la creatividad resulta inclasificable: pertenece netamente a la psicología y a la pedagogía, pero no es

sólo una provincia del campo psicoeducacional o de cualesquiera otras disciplinas. En último análisis, todas las disciplinas existentes y por existir pueden considerarse muestras parciales de la creatividad humana. Por ejemplo, el así llamado pensamiento alternativo o sociocrítico puede ser considerado un caso de creatividad colectiva (o sociocreatividad), puesto que no se limita a denunciar tendencias ingratas de la “posmodernidad” (como la precarización de casi todo), sino que también reivindica la diversidad y la hibridación como fuentes de fenómenos nuevos.

Un pensamiento genuinamente crítico comenzará entonces reconociendo esas complejidades y aclarando conceptos, especialmente si se presentan como novedosos. Aplicado a la investigación en creatividad, ello implica cancelar de partida las dicotomías facilonas y rígidas asociadas a las relaciones entre la parte y el todo, pues por mucho que la creatividad sea un tema propio de la psicología y la pedagogía, también la psicología y la pedagogía constituyen ellas mismas ejemplos de creatividad sociocultural. Del mismo modo, comprender la creatividad requiere investigar tanto los talentos individuales como las condiciones ambientales que la favorecen o la bloquean. Por otro lado, toda disciplina que estudie la creatividad –sea como tópico central o como tema periférico– deberá desdoblarse. Pero, ¿acaso resulta inevitable ese desdoblamiento? Prácticamente sí, pues mientras reflexionan sobre los fenómenos creativos, las diversas disciplinas se estudian también a sí mismas en un aspecto fundamental, ya que para ellas la creatividad es al mismo tiempo un subtema, un tema transversal y un metatema (un tema de temas). Hasta cierto punto, eso equivale a asomarse a la ventana para verse pasar.

Si una disciplina o subdisciplina naciente suele tomar prestados conceptos de otras disciplinas, pronto las adapta y crea algunos nuevos. Mientras más compleja y “madura” es una disciplina, más diccionarios y enciclopedias especializadas surgen dentro de ella. Asimismo, la madurez de una disciplina también se nota por su capacidad para inspirar a otras y/o prestarles parte de su vocabulario. Esa hibridación cíclica y recíproca es propia de los ambientes en que la creatividad florece, y si bien suele generar revoltijos semánticos, conviene recordar que la polisemia no es siempre la causa principal de la imprecisión conceptual. Si hemos de creer a los especialistas en semántica, la ambigüedad es inevitable, pues no se conoce ningún idioma que esté libre de casos de homonimia y polisemia. Claro que ese rasgo de la lengua no nos exime de purificar nuestra habla, es decir, el modo concreto en que los individuos empleamos el lenguaje.

En tal sentido, cabe evaluar los diccionarios temáticos comparando cómo abordan ciertas nociones básicas y si aclaran o no los matices diferenciales que algunos vocablos adoptan en determinadas áreas o disciplinas. Por ejemplo, los buenos diccionarios de ciencias cognitivas conceden un buen espacio a la creatividad y a los fenómenos y conceptos asociados, y lo mismo vale para obras similares en el campo de la psicología y las ciencias de la educación. Eso está dentro de lo esperable e incluso exigible; en cambio, sí podría sorprendernos que un diccionario enciclopédico de liturgia contenga una entrada para “creatividad” de más de veinte páginas a dos columnas.

Una minienciclopedia de la creatividad debe entonces superar estas paradojas aparentes y disponer sus entradas de manera tal que aporten una visión global y al mismo tiempo particular. Volvemos, pues, al ideal del *egkuklios-paideia*: conocimientos organizados como un ciclo, una esfericidad conceptual que promete reconciliar al todo con la parte. Como decía Heráclito, en el círculo los extremos se tocan. Y lo comprobará quien lea con cuidado los artículos de esta obra, pues verá que entre ciertas duplas o polaridades conceptuales se introducen distinciones, pero jamás disociaciones.

Y es que un creador genuino necesitará tanto del pensamiento convergente como del pensamiento divergente; cultivará el pensamiento complejo y al mismo tiempo valorará la sencillez expresiva para hacerse entender; generará o se agenciará algoritmos y fórmulas seguras, pero también heurísticos probables o apenas plausibles; propenderá a la abstracción teórica y también a la praxis; tenderá a la reflexión y a la contemplación, mas no despreciará la acción; ejercerá el criticismo y la autonomía, sintonizando paralelamente con las emociones profundas de la comunidad; valorará las ciencias sin por ello desdeñar las artes, e incluso procurará articularlas (tal es el caso de quienes aspiran a la así llamada consiliencia). Por lo mismo, descubrirá o inventará puentes colgantes entre la disciplina y la espontaneidad, entre el trabajo y el juego, entre la tradición y la vanguardia, entre la vigilia y el sueño.

Creo que ese espíritu animaba a los investigadores chilenos que hacia finales de los años ochenta nos reunimos en torno a la creatividad. Nos juntábamos una tarde por mes para discutir un tópico distinto, explorando sus relaciones con la facultad creadora, que permanecía siempre como telón de fondo. Los temas podían ser el humor, la intuición, los bloqueos, las paradojas o cualesquiera otros elegidos por consenso razonado de los pares. Y esos pares éramos casi siempre los mismos, aunque rotábamos el rol de anfitrión y el lugar de reunión. En alguna ocasión actuaron como anfitriones

Rolando Zapata y Mirta Pais, ambos psicólogos que entonces fungían como académicos en la Universidad Central; en otra ocasión sesionamos en la Universidad Católica, invitados por las psicólogas Nadja Antonojevic e Isodora Mena; visitamos también la Universidad de Chile, donde fuimos recibidos por la arquitecta y docente Sofía Letelier, o la Universidad de Santiago, donde el ingeniero Mario Letelier jugaba de local. Esta especie de equipo virtual sesionó también en Universidad Diego Portales e incluso una vez en la desaparecida Universidad Educare.

Me parece que todos guardamos muy buenos recuerdos de esas jornadas, cuya periodicidad mensual hacía que esperáramos cada sesión como un oasis de fraternidad y entusiasmo. Más tarde, Mario Letelier llegó a organizar un encuentro internacional y gestionó la visita del estadounidense J. Adams, autor de un libro sobre los bloqueos de la creatividad. La conclusión del invitado fue categórica: las ponencias estaban al mismo nivel de las que solía escuchar en su país.

Hilvano estas evocaciones un tanto nostálgicas oscilando entre el deseo de reeditar tales encuentros y un barrunto más bien sombrío, pues cabe preguntarse si no será mejor dejar esa iniciativa en lo que era: algo hermoso que no estaba llamado a perdurar, porque en la vida las mejores experiencias no suelen ser muy duraderas.

En cualquier caso, con o sin reuniones de por medio, todos continuamos ligados al tema a través de la docencia y la investigación. En el caso de Ricardo López, su aproximación inicial estaba marcada por la filosofía, que era su disciplina de origen; sin embargo, se desempeñaba también como docente de psicología general, psicología social y epistemología, y era un lector de apetitos variados. Todo ello se refleja bien en este libro, que viene a compendiar no sólo sus búsquedas, sino

buena parte de la terminología propia de la “creática” y de la “heurística”. Y hay que decir que en nuestro idioma no existen precedentes comparables, mérito que debe ponerse de relieve. De hecho, la bibliografía sobre creatividad es comparativamente exigua en el mundo hispanohablante, si bien hay aportes tan relevantes y lúcidos como los de José Antonio Marina.

Ahora bien, como todo diccionario temático, éste admite abordajes muy diversos: desde la consulta ocasional hasta la lectura asidua, y en ambos casos se puede seguir tanto el orden de las páginas sucesivas como la secuencia de las remisiones internas o incluso la simple curiosidad del hojear azarístico. Personalmente, recomendaría detenerse en entradas que definen y describen diversas clases de pensamiento (‘complejo’, ‘crítico’, ‘janusiano’, ‘lateral’, etc.) y también las que explican ciertas leyes (como el principio 20/80 de Pareto y la ley de Zipf); asimismo, convendrá leer y releer aquellas que exponen métodos o técnicas (matrices heurísticas, método de inversión dialéctica, cajas morfológicas) y sobre todo los metaprincipios heurísticos. No podría decir que echo de menos sendas entradas para “enigmística” y “ludolingüística”, ya que se trata de disciplinas muy específicas, si bien ambas cuentan con bibliografía propia.

Este prólogo intenta dibujar un contexto para el texto, a fin de motivar la lectura. Mientras más pronto se inicie ese contacto, tanto mejor. Pues la lectura no favorece sólo a la persona que lee, sino también a la propia obra: ella necesita nuevos lectores para seguir viva. Así que me corresponde hacer mutis ahora mismo, no sin antes desear al libro el público que obviamente se merece. No será raro entonces que el autor publique pronto una cuarta edición ampliada y revisada, que incorpore los avances de obras afines publicadas recientemente en otras latitudes.

## CULTURA

# CINE: GRAN ESPEJO DE LA VIDA PSÍQUICA

(Rev GPU 2014; 10; 3: 330-332)

Maritza Bocic<sup>1</sup>, Camilo Urzúa<sup>2</sup>, Daniel Moreno<sup>3</sup>

**Utilizando el cine como instrumento de aprendizaje, potente medio audiovisual y su relación con la psiquiatría, es que junto a residentes de Psiquiatría e internos de la Usach comenzamos un taller de Cine; pretensiosamente queremos ver y discutir desde un punto de vista clínico psicopatológico los principales cuadros de la nosología actual representados en el cine. Y este es el primer artículo a modo de una visión general.**

## INTRODUCCIÓN

El cine siempre es un gran espejo donde se refleja la realidad presente, así los conflictos propios y comunes a todos los seres humanos son puestos en el celuloide de distintas formas y coloridos.

El cine desde sus inicios nos ha maravillado, y por lo tanto como medio audiovisual ejerce un impacto en la masa social. Y que lo hace cautivante es ver nuestros conflictos humanos en este gran espejo.

Las enfermedades mentales y los conflictos psicológicos son siempre un buen recurso para guionistas y directores, claro está que muchas veces lo que se plasma en el cine no tiene relación con lo que en la psiquiatría se define. Aun siendo la locura un tema frecuente no existen un género de "películas de locos". La histeria, las fobias, el trastorno obsesivo, las adicciones, trastornos de personalidad y el DSM completo está reflejado a lo largo de la historia del cine (2).

No olvidemos que junto con el cine nace la psicología como ciencia y la psiquiatría como otra rama de la medicina. Así los conflictos psicológicos y la psicopatología atraviesan todos los géneros cinematográficos, los conflictos más neuróticos aparecen de forma evidente en el cine negro, el quiebre de un cine plano a uno en que el tenebrismo parece llenar la pantalla, con juegos de luz y sombra, donde los planos se superponen al igual que el relato, como los seres humanos reales, con múltiples pliegues interiores, aparecen los antihéroes, la *femme fatal*, personajes desesperanzados, arruinados, oscuros llevados por sus impulsos y pasiones de odio, amor, codicia. Esto se ve claramente en la película Ciudadano Kane (Orson Wells) donde la humanidad queda expuesta entre luces y sombras. El conflicto existencial de la vida transcurre como una metáfora de principio a fin.

Los miedos colectivos, que aparecen tan evidentes después de la primera guerra mundial y de la depresión

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra, Docente Escuela de Medicina Facultad de Ciencias Médicas USACH. dra.maritzabocic@gmail.com

<sup>2</sup> Interno Medicina USACH

<sup>3</sup> Interno Medicina USACH

del 29, también son proyectados en el cine y esto es evidente en el cine de terror; Frankenstein (1931) James Whales, Freak (1932) aquí la fragmentación de cuerpos, el juego entre la vida y la muerte, muerte desde donde emergen seres siniestros que nuestro héroe derrota, en una esperanza quizás de derrotar a la muerte (3).

La ley seca promulgada en 1919 en EE.UU. fomentó el incremento de bandas de mafiosos, contrabandistas y tabernas clandestinas, abriendo un mundo de posibilidades para Hollywood, los gánsteres aparecen en la pantalla Little Cesar (1931) Merryn Leroy, Enemigo Público (1931) Willian A. Wellman.

Después de la segunda guerra, que al mundo le queda en evidencia que las grandes potencias pueden destruir a la humanidad, fantasías paranoide de terror o suspenso llenan las salas, extraterrestres, monstruos como Godzila, invasiones.

Hoy en día la pantalla grande nos marca con historias de mundo futuristas de sociedades distópicas donde el héroe, por lo general un adolescente, triunfa sobre el mundo de los adultos o bien la muerte y lo que hay más allá en un futuro esperanzador de un mas allá pleno de amor (3).

## PSICOPATOLOGÍA, LOCURA Y CINE

El cine ha creado distintos modelos de locura adaptados más a la narrativa que a lo científico.

Lo que vemos generalmente es que la psicosis es tratada siempre como sinónimo de Esquizofrenia; se presenta de dos formas: la primera que es el "loco" violento, como lo vemos en El Resplandor (The Shining) (1980) de Stanley Kubric, personajes manipuladores, impredecibles, ambiguos, tan marcada estas características que se convierten en caricaturas, que la mayoría del público, sin conocimiento en Salud Mental, no logra ver la caricatura, o se recurre a un constructo nosológico diferente y que no es Psicosis pero sí genera emociones que siempre que permite la sorpresa de un desenlace inesperado, este es el Trastorno de Personalidades Múltiples (CIE-10): Psicosis (1960) Hitckock, Las Tres caras de Eva (1957) basada en un hecho real y dirigida por Nunnaly Johnson, Sybil (2007) Joseph Sarget, El Club de la Pelea (1997) David Fincher (5).

Hay algunas películas que muestran una mirada dulce de la enfermedad mental, esto ocurre en los desórdenes del desarrollo. Ejemplo es Forest Gump (1994) Roberto Zemeckis (1).

También están las películas que muestran que el protagonista o paciente está en una familia que aparecen bastante menos cuerda que el mismo paciente, como ocurre en El lado bueno de las Cosas (2012) David.

O Russel o La Celebración (1998) Thomas Vinterberg, agosto (2013) John Wells, donde son el daño y dolor los que marcan la infancia quedando de manifiesto, la mayoría de la veces irreparable.

Otras basadas en los tratamientos, donde el relato es centrado entre los paciente y otros pacientes, paciente y tratantes o los modelos de tratamiento, lo vemos en La Naranja Mecánica (1971) Stanley Kubrick o La isla Siniestra (2010) Martin Scorsese.

O bien es el psiquiatra o terapeuta quien protagoniza la película, como héroes El Príncipe de las Mareas (1991) Streisen, como un demente violento y malvado El silencio de los Inocentes (1991) Jonathan Emen o en Vestida para matar (1980) Bryan de Palma (5).

En una revisión hecha por David Robins (2009) destaco las 100 películas que más se apegan a los criterios formales de DSM o CIE-10. Alguna de ellas son:

### Desorden psicótico inducido por anfetaminas

Réquiem para un sueño (2000), Aronofky

### Desorden de personalidad limítrofe

Atracción fatal (1987), Adrián Lyne. Donde Gleen Close captura magistralmente en su actuación la impulsividad y contradicciones de Alex.

### Fuga Disociativa

París, Texas (1984), Win Wenders. Travis camina por el desierto sin saber de sí; a lo largo del film se revela que él pierde la memoria cuando su joven esposa le prende fuego a su remolque por los celos patológicos de Travis.

Sin duda alguna la psicología y la psicopatología están presentes más allá del género "Películas de Locos". Así el cine recrea seres míticos de nuestros conflictos más arquetípicos, nuestros miedos, deseos, temores, rabias son plasmados por productores, directores en esta hermosa y cautivante "máquina de sueños", el Cine.

## LA INFLUENCIA DEL CINE: CINEASTA Y ESPECTADOR

El hecho del que el cine sea hoy un fenómeno masivo, incluso lo llevamos con nosotros al sólo abrir nuestro Tablet, creo, es inimaginable para los primeros cineastas. No creo equivocarme al afirmar que los hermanos Lumiers estarían atónitos al ver en qué se han convertido aquello que ellos junto a otros iniciaron.

Así en este cotidiano que es ver cine, no nos percatamos cómo éste marca nuestras formas de apreciar la realidad y, por cierto, quiénes somos.



Figura 1. Dimensiones de un film en el cineasta y el espectador

Los conceptos que tenemos del bien y del mal, cómo nos esperamos en finales felices, el concepto de amor, de pareja, etc., están marcados por lo audiovisual; para aquellos que iniciamos nuestra adolescencia con películas como *La Guerra de Las Galaxias* (1977) George Lucas, se nos abrió una forma distinta de ver la realidad. Quizás el boom de las películas Disney actuales y de las series de TV marca una generación menos tolerante a la frustración y a los procesos como meta para conseguir un fin deseado.

Así el cine nos impacta en muchas dimensiones, algunas inconscientes y entre líneas.

El director es, como señala el cineasta Damir Harsic (cineasta chileno), quien dice cómo se hacen las cosas: diálogos, actuaciones, dónde y qué enfoca la cámara. Es él quien crea una historia, pondrá en la realidad a través de actores, escenografía, fotografía creando imágenes, sonidos, adquiriendo distinto significado que se plasmará en un film (Figura 1).

La proyección de un film es donde el cineasta y espectador se relacionan, no cara a cara, sino mundo

emocional vs. mundo emocional, entonces diferentes niveles de procesos psicológicos son puestos en juego, cuadro a cuadro determinan una vivencia en el espectador, el sistema nervioso y aparato mental se activan cuando comienza la proyección, por eso el poder de las películas sobre nuestras vidas, vivimos por algunas horas en la magia que el director y más de 2.000 personas (editores, productores, guionistas, directores de fotografía, directores de arte, actores, camarógrafos etc.) han fabricado para nosotros los espectadores.

## REFERENCIAS

1. Poseck BV (2006). *Locura y cine: claves para entender una historia de amor reñido*. Revista de Medicina y Cine, 80-88
2. Danny Wedding MA (2001). *Movies and Mental Illness*. USA: Hogrefe
3. Kemp P (2011). *Cine, toda la historia*. Londres: Quintessence. Heritage A
4. Quintessence H (2010). *Cine, toda la historia*. Londres: Quintesse
5. Heritage A (2013). *Grandes películas*. Londres: Parragon
6. Neehand C (17 de octubre de 1990). *IMD*. Recuperado el 1 al 2 de mayo de 2014, de [www.imdb.com](http://www.imdb.com)



## INVESTIGACIÓN

# CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PSICOTERAPIA. PERSPECTIVA DE TERAPEUTAS Y CONSULTANTES

(Rev GPU 2014; 10; 3: 333-343)

M. Luz Bascuñán<sup>1</sup>

**Este trabajo describe los resultados de una investigación sobre los “Desafíos Éticos en Psicoterapia” en relación con los siguientes objetivos: explorar la noción de consentimiento informado, e identificar los contenidos y describir el procedimiento para su implementación en psicoterapia, de acuerdo con la perspectiva de terapeutas y consultantes. Se utilizó un diseño metodológico mixto secuencial en dos etapas. En la primera etapa, cualitativa, se realizaron entrevistas a 15 formadores de terapeutas y 12 consultantes. A partir de la información obtenida se elaboró un cuestionario que fue aplicado en una segunda etapa a 141 psicoterapeutas y 120 consultantes. Los datos permiten distinguir nociones de consentimiento informado y describir su valoración para la psicoterapia. Se identifican los principales contenidos a incluir y el tipo de procedimiento a usar, respondiendo a las características particulares del quehacer profesional de la psicoterapia. Los resultados se discuten en relación con la literatura disponible y los desafíos que se enfrentan en el contexto de los nuevos escenarios sociales y legales.**

## ANTECEDENTES

A ctualmente las declaraciones éticas en el ámbito de la salud se basan en un nuevo modelo de atención clínica, que respondiendo al principio de autonomía enfatiza la deliberación y participación conjunta de profesional y paciente en la toma de decisiones. Estos elementos encuentran su mejor traducción en la doctrina del consentimiento informado, la cual constituye hoy en día un imperativo ético de primer orden para los profesionales de la salud (Simon, 2000; Anderson y

Handelsman, 2010). Sin embargo, la incorporación de esta doctrina y su implementación práctica no ha estado libre de tensiones y dificultades (Gracia, 2011).

En el ámbito de la psicoterapia, ya en el año 2002, la American Psychological Association declara el CI como norma general en terapia agregando requisitos para el psico-diagnóstico (APA, 2006). Por su parte, el Código de Ética Canadiense lo concibe un proceso para llegar a un acuerdo de trabajo colaborativo, enfatizando la necesidad de trascender a la mera formalidad del documento escrito (Canadian Psychological

<sup>1</sup> Universidad de Chile, Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente. Departamento de Bioética y Humanidades Médicas.

Association, 2000). En el caso del Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Chile, se establece como principio general en el artículo primero, el “respeto por los derechos y dignidad de las personas”, y se explicita el derecho de autodeterminación y autonomía del paciente. Así mismo, entre las normas éticas específicas se alude a la libre elección y respeto por la autonomía del cliente (artículo 11). Como norma específica se establece la “Honestidad y Sinceridad”, según la cual, “el psicólogo(a) deberá respetar el derecho del usuario a ser informado plenamente en todo lo relativo a la prestación: características de la misma, apreciación inicial, alcances y limitaciones, resultados o consecuencias posibles. También informará a su cliente –cuando sea el caso– las implicaciones de una atención institucional en términos del manejo o exposición de la información, como asimismo el uso de la misma para fines de investigación o estudio” (Capítulo tercero, artículo 11, número 4, p.10). No obstante, en este código se define consentimiento como “la libre expresión de la voluntad del paciente o cliente para aceptar el uso de instrumentos de diagnóstico o tratamiento en fase experimental, previa información veraz, precisa y detallada, por parte del profesional correspondiente, respecto de la naturaleza de dicha atención profesional y de sus consecuencias, alcances y riesgos”. Es decir, el término “consentimiento informado” se asocia a procedimientos aún no validados (Colegio de Psicólogos de Chile, 1999, p. 19).

En términos legales, desde el mes de octubre del año 2012, entró en vigencia en Chile la Ley número 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Sus disposiciones son aplicables a todo tipo de prestador de acciones de salud, sea público o privado y a todos los profesionales que por cualquier causa deban atender público o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud. En relación con la autonomía de las personas, en el párrafo 6º a) artículo 14, se alude al consentimiento informado. En el artículo 10 se precisa el derecho a ser informado oportuna y comprensiblemente por parte del médico u otro profesional tratante, “acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del posoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional”. Sin embargo, añade que “cuando la condición de la persona, a juicio de su médico tratante, no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia, la

información a que se refiere el inciso anterior será dada a su representante legal o, en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre. Sin perjuicio de lo anterior, una vez que haya recuperado la conciencia y la capacidad de comprender, deberá ser informada en los términos indicados en el inciso precedente”. Se dispone que el proceso de consentimiento informado se efectuará por regla general en forma verbal, pero deberá constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado.

El principio de respeto por la autonomía de las personas se basa en el reconocimiento de la dignidad y libertad del ser humano y tiene el objetivo pragmático de garantizar su derecho de autodeterminación (Childress, 1990). Tres requisitos son necesarios para respetar este principio y obtener un consentimiento válido: competencia, información y voluntariedad. Es decir, el paciente debe ser competente, disponer de toda la información necesaria para tomar una decisión y hacerlo libremente.

La competencia de una persona puede entenderse como la aptitud para comprender la situación que se vive, los cursos de acción posibles y sus consecuencias, así como de discernir y expresar decisiones coherentes con el propio plan de vida (Terribas, 2013; Sánchez Caro, J. y Sánchez Caro, J., 2003). En el área de la salud mental, la competencia del paciente es un tema complejo. Sabemos que en ausencia de competencia es el tutor legal quien debe tomar decisiones en nombre del paciente. Pero la competencia suele no ser un asunto de todo o nada y no es fácil determinar cuán competente es una persona para autogobernarse en las distintas esferas de su vida. Una persona es competente o incompetente en relación a una tarea particular y las diversas tareas requieren de grados distintos de competencia. Un aspecto problemático por lo tanto es la variabilidad de la capacidad en un mismo individuo a lo largo del tiempo y en relación con la situación o decisión singular que se trate. La estimación de la competencia dependerá entonces del balance beneficio-riesgo de cada situación (decisión) (Simon, 2000).

Por su parte, la voluntariedad se entiende como el derecho que posee el consultante de tomar decisiones libre de presión y/o coacción. Reconociendo la asimetría estructural de la relación asistencial y la vulnerabilidad en que se encuentra el paciente, difícilmente puede negarse la influencia del profesional en la toma de decisiones. Como señalan Campbell *et al.* (1997) por mucho que intentemos excluir sesgos, es necesario reconocer que la elección que haga un paciente depen-

derá del momento y la manera en que el profesional describa las opciones. Por lo tanto, al igual que la competencia, el carácter voluntario posee grados y debe estar referido a una decisión específica (Weiss, 2002). Es decir, se trataría de disponer de un grado “suficiente” de competencia e independencia para tomar una decisión determinada (Beauchamp y Childress, 1999).

Por último, el aspecto informativo del CI en psicoterapia, tema abordado en el presente estudio, nos presenta al menos las siguientes interrogantes: ¿Qué es lo razonable a informar a un paciente antes de comenzar una psicoterapia?, ¿cómo debe ofrecerse tal información?, ¿qué consecuencias tiene esta información para la terapia?

Diversos estudios han explorado las actitudes de terapeutas y pacientes ante el CI en psicoterapia (Croarkin, Bergy Spira, 2003; Goddard, Murray, y Simpson, 2008; Martindale, Chambers y Thompson, 2009). También se han estudiado los contenidos que éste debiera incluir y los procedimientos más adecuados para su implementación (Haas, 1991; Pomerantz, 2005; Beahrs y Gutheil, 2001; Franco, Mendoza y Mora, 2004).

Entre psicoterapeutas coexisten posiciones divergentes. Para algunos, cuestionar el CI es una forma de mantener el paternalismo en terapia mientras que para otros defender la voluntad del paciente sería abandonarlo desconociendo la responsabilidad profesional. Entre los beneficios del CI se sostiene que ayudaría al paciente a asumir sus responsabilidades y al terapeuta a sensibilizarse respecto a los derechos de sus pacientes y a minimizar los impases y demandas legales (Hare-Mustin *et al.* 1979; Pope y Vásquez, 2007). Por otra parte, se ha argumentado que la autonomía es una meta y no un requisito para la terapia y que la implementación del CI puede afectar la motivación del consultante e interferir en la relación terapéutica (Nesis, 2003; Fridman, 2003).

La variabilidad en la valoración y prácticas de los terapeutas respecto al CI se ha asociado a sus valores personales, orientación teórica y profesión de origen. Somberg *et al.* (1993) observaron que los psicoterapeutas de orientación cognitivo-conductual presentaron mayor coherencia teórica con la doctrina del CI y, por lo tanto, tendían a incorporarlo más frecuentemente en su práctica profesional. Por su parte, Croaking *et al.* (2003) encontraron mayor aceptación para la aplicación del CI en terapeutas de orientación interpersonal y en psicólogos que en terapeutas de orientación psicodinámica y psiquiatras.

En relación con los consultantes, se ha observado que desean que el mismo terapeuta les comunique en qué consiste el tratamiento y especialmente si se

usarán técnicas poco comunes (Braaten y Handelsman, 1997). Adicionalmente, el estudio de Claiborn, Berberoglu, Nerison y Somberg (1994), encontró que las personas consultadas consideran que es éticamente apropiado recibir información sobre el costo, el tipo de trabajo que se realizará, los posibles riesgos y la duración aproximada del tratamiento.

En general, se ha sugerido que el CI en psicoterapia incluya información sobre los objetivos de la terapia, límites de la confidencialidad, riesgos potenciales, procedimientos terapéuticos a usar, duración aproximada, otras alternativas de tratamientos, pronóstico probable, curso previsto de la terapia e información sobre el terapeuta. De acuerdo con la revisión de la literatura realizada por Franco, Mendoza y Mora (2004) es necesario considerar el costo y riesgos del tratamiento para determinar el nivel de especificidad de los contenidos. En esta línea se recomienda disponer de un protocolo específico para el CI en los tratamientos psicoanalíticos, en las terapias no validadas, que puede afectar el estado de conciencia y donde se usen técnicas que generan malestar (como la exposición a situaciones fóbicas).

Por último, para implementar el CI, se han elaborado formularios escritos así como sugerido procedimientos verbales. Entre estos últimos, Calo (2003) propone brindar la información como una intervención clínica y Holmes (1999) recomienda diferenciar entre sesiones de evaluación y de terapia. En esta línea también sugiere utilizar un “contrato en evolución”, es decir, acordar un número limitado de sesiones después de las cuales se discute la necesidad y deseo de proseguir. Esta perspectiva es consistente con el modelo progresivo del CI en contraste con el modelo puntual o del CI como un evento, en el cual existiría un momento para su realización que usualmente corresponde a la obtención de la firma en el documento escrito (Switankowsky, 1998).

En Chile no disponemos de información publicada en relación con los aspectos previamente revisados. Con el propósito de identificar los principales desafíos éticos que presenta la psicoterapia, se realizó una investigación que explora la percepción de los consultantes, terapeutas y formadores de psicoterapeutas (o terapeutas expertos) de distintas orientaciones teóricas (Bascuñán, 2014). En el presente trabajo se presentan los resultados de esta investigación en relación con los siguientes tres objetivos: 1) explorar la noción de consentimiento informado que sostienen terapeutas y consultantes; 2) Identificar los contenidos a incluir en el consentimiento informado para iniciar una terapia, y 3) describir el procedimiento de implementación del consentimiento informado en psicoterapia según la percepción de terapeutas y consultantes.

## MÉTODO

### Diseño e instrumentos

El estudio utiliza un diseño metodológico mixto secuencial en dos etapas (CUALI-CUANTI). En la primera etapa cualitativa se realizaron entrevistas individuales semi-estructuradas a formadores de terapeutas y consultantes. A partir de la información obtenida en ellas se elaboró un cuestionario que fue aplicado en una segunda etapa a una muestra de psicoterapeutas y consultantes. El instrumento recogió variables de identificación e incluyó una escala Likert de 4 niveles de respuesta según el nivel de acuerdo/desacuerdo respecto a un número de afirmaciones respecto a los contenidos y procedimiento verbal o escrito de consentimiento informado.

### Participantes

En la primera etapa del estudio se entrevistó a una muestra de 15 formadores de terapeutas de adulto o familia, de los cuales 7 son mujeres, 8 varones, 13 psicólogos(as) y 2 psiquiatras de profesión. Según la perspectiva terapéutica, 6 de ellos presentan una orientación psicoanalítica, 2 sistémica, 2 cognitivo-conductual, 3 humanista y 2 una perspectiva mixta o integral. En relación con los consultantes (en rigor, ex-pacientes) se entrevistó a 13 adultos, no psicólogos ni psiquiatras, con alguna experiencia terapéutica independientemente de la duración, el motivo de consulta y los resultados del mismo. De ellos, 9 son mujeres y 4 hombres, presentando un promedio de edad de 38 años (en un rango entre 24 a 74 años). El tiempo promedio de asistencia terapia es de 3 años (en un rango entre 3 meses y 12 años). Según la ocupación, 7 consultantes son profesionales, 3 estudiaron una carrera técnica de nivel superior, 3 tienen una ocupación que no requiere de educación superior.

En la segunda etapa respondió el cuestionario una muestra no probabilística por conveniencia de 141 terapeutas en ejercicio activo cuya edad promedio es de 46 años (en un rango entre los 27 y 71 años). Un 70% de ellos es de sexo femenino y un 30% de sexo masculino; y un 91,5% es psicólogo y un 8,5% psiquiatra de profesión. En esta muestra un 9% de los terapeutas se identifica con la corriente cognitiva-conductual, un 19% con la perspectiva humanista-experiencial-transpersonal, un 55% con la psicoanalítica, un 25% con la sistémica y un 6% con otra perspectiva (distinta a las anteriores). Por su parte, se aplicó el cuestionario a una muestra de 120 consultantes de los cuales un 61% son mujeres y

39% son hombres. El promedio de edad es 39 años (en un rango entre los 18 y 74 años) y un 85% posee estudios profesionales. En un 28% de los casos la duración de la experiencia terapéutica fue menor a tres meses, en un 31% de ellos la terapia duró entre 3 meses y un año, en un 28% entre uno y cuatro años y en un 14% duró más de cuatro años. Por último, para un 84,2% de los consultantes la terapia vivida "fue beneficiosa", para un 11,4% "no fue importante" y para un 4,4% "fue una mala experiencia". En ambas etapas se estableció comunicación con los consultantes luego de que ellos consintieran ser contactados por la investigadora. Las entrevistas y cuestionario incluyeron una introducción correspondiente al consentimiento informado.

### Procedimiento de análisis de los datos

Para las entrevistas se realizó un análisis de contenido basado en la "Teoría fundamentada" (Glaser y Strauss, 1967; Corbin y Strauss, 2008). Se realizó una codificación abierta de los datos por dos investigadores independientemente. El análisis descriptivo así obtenido fue enviado a los entrevistados con el objetivo de triangular la información. Por último, se desarrolló un análisis relacional y selectivo estableciendo conexiones entre las diferentes categorías temáticas. Para los datos provenientes de la aplicación del cuestionario se realizó un análisis descriptivo de la frecuencia en que se da cada respuesta, y luego un análisis asociativo respecto a las variables de identificación.

## RESULTADOS

Los resultados son presentados de acuerdo con los objetivos formulados.

### Noción de consentimiento informado

Como se observa en el Diagrama 1, se distinguen concepciones de CI compartidas por los terapeutas y consultantes entrevistados.

En primer lugar, CI es concebido como un procedimiento vinculado a casos excepcionales. Para algunos formadores éste se asocia principalmente a las actividades de investigación y a los casos en los que los pacientes se someten a procedimientos especiales, como es el ser filmado, trabajar en una sala con espejo o ser atendido por un estudiante. Para los consultantes el CI consistiría en un procedimiento necesario según la edad y gravedad del paciente así como del tipo de intervención a la que se someterá. Solo las terapias "fuertes, invasivas o riesgosas" y las intervenciones que

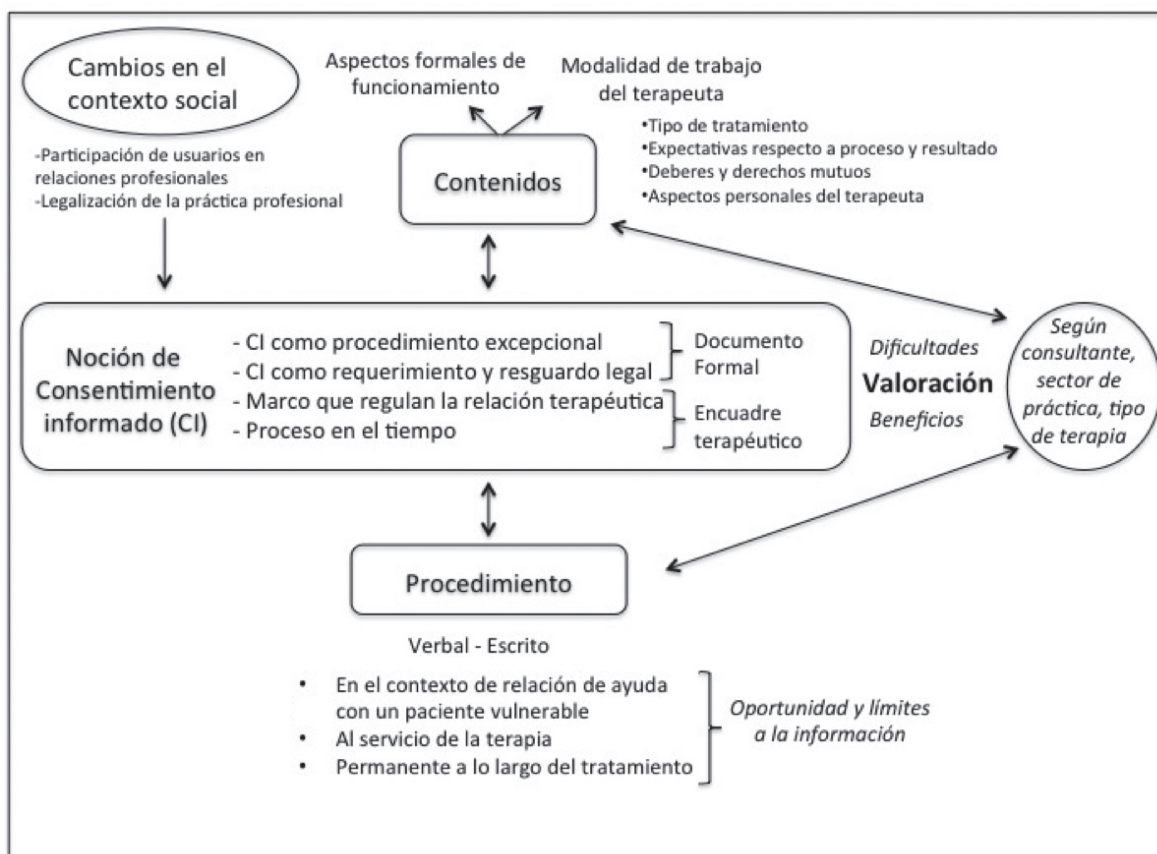


Diagrama 1. Nociones y valoración del Consentimiento Informado en relación a los contenidos y procedimiento para iniciar una psicoterapia.

generan en un estado de inconsciencia requerirían de consentimiento informado.

En segundo lugar, se concibe el CI como requerimiento y resguardo legal. Según los consultantes, el CI permitiría protegerse y evitar problemas definiendo expectativas y riesgos de antemano. Desde la perspectiva de los terapeutas el CI sería una exigencia externa proveniente del derecho y heredado de la medicina siendo su función principal resguardar los derechos de los consultantes y proteger a los profesionales ante eventuales demandas. De este modo, se percibe el CI como respuesta ante los cambios en el contexto social incluyendo la creciente voz, autonomía y participación de los usuarios en las relaciones profesionales y a la legalización o judicialización de la práctica profesional.

Percibido como procedimiento excepcional o como resguardo legal, el CI es concebido básicamente como un procedimiento formal y por escrito. Sin embargo, cuando se reflexiona junto a los entrevistados sobre el sentido del consentimiento informado, se concuerda que existe información que un paciente necesita recibir

antes de iniciar una terapia, con el objetivo de establecer un acuerdo o marco de reglas regulatorias de la relación terapéutica. Es decir, si bien el término "consentimiento informado" tiende a ser ajeno al propio ejercicio profesional, cuando éste es entendido como la explicitación de este marco de reglas, es frecuentemente asociado al contrato o encuadre terapéutico que habitualmente se establece de manera verbal antes de iniciar una terapia.

Por último, tanto terapeutas como consultantes aluden a la dimensión temporal del proceso de CI. Luego del ofrecimiento de la información inicial, es necesario ir revisando y redefiniendo con el consultante el marco de funcionamiento, los objetivos y el modo de trabajo. Desde esta perspectiva se entiende el consentimiento informado como un proceso a través del tiempo, donde el paciente va consintiendo permanentemente su participación en la relación profesional.

La valoración del consentimiento informado así como los motivos por los cuales puede considerarse necesario/inecesario, relevante/irrelevante, útil/inútil, se

asocia a la noción del mismo que se sostiene. En general, cuando el CI se entiende como un contrato o encuadre terapéutico, éste sería beneficioso y necesario; mientras que cuando es percibido como un requerimiento legal, formal y escrito, se enuncia una serie de dificultades.

El desarrollo de un acuerdo inicial es valorado positivamente en tanto previene malos entendidos y conflictos, aclara los respectivos roles, ajusta expectativas y sería necesario para realizar ciertas intervenciones terapéuticas. Para un grupo de profesionales la utilidad del CI dependería de las características del paciente, por ejemplo para aquellos que desconocen qué es una terapia o bien se sienten muy temerosos; y del sistema de salud en donde se trabaja, siendo menos necesario en el ejercicio privado de la profesión. Se estima que en la práctica privada los pacientes usualmente saben “a qué van” y que escogen al terapeuta. Además en el ámbito privado, el acuerdo se establecería sólo entre terapeuta y paciente, mientras que en una institución debe aludirse a las reglas de la misma. También un grupo de consultantes considera que el CI transparenta el tipo de trabajo que se desarrollará, evita confusiones y falsas expectativas; y generaría confianza y seguridad en el paciente ofreciendo algún sentido de control sobre lo que va a ocurrir.

Por otra parte, cuando los profesionales conciben el CI como un acuerdo formal establecido intelectualmente entre las partes, éste es cuestionado en tanto desconocería la dimensión emocional del ser humano especialmente importante en la consulta psicoterapéutica. Se cuestiona así la posibilidad de obtener un consentimiento “válido” en terapia ya que usualmente la persona consulta en un estado de confusión, angustia, sufrimiento y necesidad de ayuda. En segundo lugar, se describe una dificultad cultural en relación al uso del CI como formulario escrito por cuanto introducirían un elemento de impersonalidad y estandarización de una relación que se espera sea personal y basada en la confianza mutua. Es decir, se comenzaría la relación defensivamente, tomando resguardos ante eventuales daños y por lo tanto transmitiendo que tanto terapeuta como paciente deben protegerse. Por lo tanto, para algunos formadores, la introducción del CI en psicoterapia manifestaría una falla en la autorregulación del sistema terapéutico. El CI como documento formal y escrito sería un resguardo externo que es necesario cuando los terapeutas mismos no somos capaces de autorregularnos. También para un conjunto de los consultantes, el CI sería más bien un obstáculo en la relación terapéutica que generará desconfianza y distancia con el terapeuta, impondría límites, anticiparía peligros, asustaría al consultante y rigidizaría la relación.

## Contenidos del consentimiento informado

De acuerdo con la opinión de los terapeutas y consultantes entrevistados, el consentimiento informado debe contemplar aspectos generales formales y elementos específicos asociados al modo de trabajo del terapeuta.

Los *aspectos formales* se refieren a los acuerdos básicos de funcionamiento de la terapia incluyendo la frecuencia de las sesiones, duración aproximada, lugar de reunión y modalidad de pago (honorarios, casos de atrasos y de inasistencia a sesión). Para los terapeutas el tema de los honorarios sería especialmente importante de aclarar desde un inicio, especialmente cuando se cobra sesiones a las que no se asiste.

El *modo de trabajo* implicaría desde explicar al paciente el tipo de tratamiento a realizar, acotando las expectativas que pueden generarse del tratamiento y definiendo el rol, deberes y derechos mutuos; hasta exponer información personal del profesional.

**TIPO DE TRATAMIENTO.** Para los terapeutas, al informar a los consultantes en qué consiste la psicoterapia, puede explicitarse qué se va a hacer aludiendo a los supuestos bajo los cuales ello contribuiría al cambio terapéutico. Para algunos formadores, debe evaluarse junto al consultante la pertinencia y utilidad de la terapia en relación con el motivo de consulta, explicitarse el modelo teórico al cual se adscribe e informarle sobre otras alternativas de tratamientos en función la evidencia empírica disponible. También para algunos es importante informar desde un inicio la posible co-terapia psiquiátrica. Por su parte, los consultantes enfatizan la necesidad de recibir información sobre las técnicas terapéuticas a utilizar especialmente si son inusuales.

**EXPECTATIVAS RESPECTO AL PROCESO Y RESULTADO.** De acuerdo con los terapeutas debe establecerse claramente aquello que es esperable y que no es esperable del trabajo terapéutico y del terapeuta. En este sentido debe señalarse no sólo aquello que se va a hacer sino que lo que no se realizará en las sesiones. Para algunos profesionales sería importante también aludir al proceso terapéutico, es decir, mencionar aquellos estados por los que puede cruzar o los fenómenos que pueden ocurrir a lo largo de la terapia. Los consultantes subrayan la necesidad de establecer objetivos comunes y definir los resultados esperables (y no esperables). Esto significaría explicar al paciente los posibles beneficios del tratamiento así como anticipar vivencias dolorosas o frustrantes favoreciendo la “esperanza, compromiso y persistencia del consultante”.

**DEBERES Y DERECHOS MUTUOS.** Informar sobre el rol y tipo de participación del terapeuta y consultante en el proceso terapéutico, implicaría explicitar los deberes y derechos de ambos así como los límites de la relación terapéutica, principalmente de la confidencialidad. Para los consultantes más que los límites al secreto profesional se percibe como fundamental garantizar en un inicio la confidencialidad de la información y la libertad del paciente para poner término a la terapia cuando lo desee. Algunos formadores consideran también importante explicitar los deberes del paciente. Es decir, no sólo explicitar qué se espera de él según el tipo de tratamiento (por ejemplo, que hable de todo lo que desee, que haga ciertas tareas, que escriba sus sueños etcétera) sino que anticipar aquellas conductas que se consideran éticamente reprochables (por ejemplo, grabar una sesión, solicitar licencia sin justificación, etc.).

**ASPECTOS PERSONALES DEL TERAPEUTA.** Para algunos formadores la información que ofrece el terapeuta sobre sí mismo no se limitaría al modo de trabajo, posición teórica y tipo de capacitación profesional sino que también a aspectos personales como su postura valórica. De esta manera, los pacientes podrían escoger a su terapeuta de acuerdo a su consistencia de posiciones ante la vida. Los consultantes entrevistados no mencionaron este aspecto.

En la segunda etapa de este estudio se consultó a una muestra mayor de terapeutas y consultantes su opinión sobre la relevancia de dar información inicial a los pacientes sobre los límites de la confidencialidad, otras alternativas de tratamiento y procedimientos terapéuticos a utilizar. Se observó que todos los terapeutas y un 95% de los consultantes están muy de acuerdo o de acuerdo respecto a que “antes de comenzar una psicoterapia el paciente debe conocer los límites de la confidencialidad”. Un 96% de la muestra de profesionales y un 93% de los consultantes está muy de acuerdo o de acuerdo respecto a que el paciente debe saber los posibles procedimientos terapéuticos que se van a utilizar. Por último, un 93% de los terapeutas y un 97% de los consultantes está muy de acuerdo o de acuerdo con que el paciente debe saber que existen otras alternativas de terapia a la que él o ella realiza.

No se encontraron diferencias en las opiniones de los terapeutas respecto a las variables de identificación. Sin embargo, se registran diferencias entre los consultantes respecto al ofrecimiento de información sobre los límites de la confidencialidad de acuerdo con la variable nivel de estudios ( $p=0.014$ ). Se observa que

a medida que se posee un mayor nivel educacional se tiende a opinar más favorablemente respecto al ofrecimiento de este tipo de información.

La valoración positiva del ofrecimiento de información inicial al paciente sobre los límites a la confiabilidad y de otras alternativas terapéuticas se corrobora al observar que un 93% de los terapeutas está en desacuerdo (49,5%) o muy en desacuerdo (43,1%) respecto a que esto pueda ser un obstáculo para la relación terapéutica. Por su parte, un 78% de los consultantes refiere estar muy en desacuerdo o en desacuerdo respecto a que “recibir información sobre los límites de la confidencialidad y otras alternativas terapéuticas antes de iniciar la terapia, obstaculiza la relación con el terapeuta”.

### **Procedimiento de implementación del CI en psicoterapia**

#### *Procedimiento verbal y/o por escrito*

Tanto los terapeutas como los consultantes entrevistados expresan opiniones divididas. Un grupo de terapeutas sostiene que un procedimiento escrito tendría ventajas en tanto evitaría malos entendidos ya que los acuerdos verbales pueden fácilmente olvidarse o malinterpretarse. Se añade que la información escrita podría ser ofrecida por terceros, maximizando el tiempo disponible para el paciente. Sin embargo, para otros terapeutas es preferible ofrecer la información inicial verbalmente en el marco de la relación terapéutica por cuanto éste ya formaría parte del vínculo de confianza que se establece.

Por su parte, las opiniones de los consultantes varían según la concepción de terapia que se sostiene. En la medida en que la terapia es concebida como más riesgosa e invasiva se considera que un procedimiento escrito sería más conveniente. Sin embargo, para quienes la psicoterapia es descrita como un fenómeno más familiar y menos riesgoso, sería suficiente un procedimiento verbal. Además, se sostiene que en una conversación directa con el terapeuta pueden hacerse preguntas y aclarar dudas. Por último, se señala que la implementación verbal del CI sería más consistente con la expectativa de una relación personal, cercana y de confianza con el profesional.

Un grupo de entrevistados refiere que estos modos de ofrecer la información no son excluyentes y que el consentimiento informado puede realizarse tanto verbal como por escrito obteniendo los beneficios correspondientes a ambos tipos de procedimientos. Al igual que para la definición de los contenidos, algunos terapeutas consideran que el tipo de procedi-

miento a utilizar (verbal o escrito), dependería de las características del paciente y del lugar en donde se desempeña la profesional. Se considera que un procedimiento verbal sería adecuado en el ámbito privado mientras que uno por escrito sería preferible en el sistema de salud público, respondiendo principalmente a las normativas institucionales. También para algunos consultantes la información necesaria a ofrecer a un paciente y el procedimiento para hacerlo, no puede pre-establecerse sino que debe responder a las necesidades y deseos de información de cada consultante en particular. De hecho, mientras algunos pacientes entrevistados manifiestan desear ser ampliamente informados (sobre la terapia y el terapeuta), otros señalan no desearlo o necesitarlo.

En contraste con las diferencias de opinión observadas en las entrevistas, un 93% de los terapeutas y un 91% de los consultantes que respondió el cuestionario, está muy de acuerdo o de acuerdo en que “es preferible recibir información sobre la terapia verbalmente antes de iniciarla”. Ningún terapeuta ni consultante está muy en desacuerdo con esta afirmación y un 7,4% de los terapeutas y un 9% de los consultantes está en desacuerdo con ella.

### *Oportunidad y límites a la información*

Los formadores de terapeutas entrevistados aluden al cuidado que debe tenerse en el proceso informativo tanto respecto a los contenidos como al modo de expresarlos, estimando el estado del consultante y el impacto que puede tener la información en la motivación, disposición y expectativas del paciente.

**INFORMACIÓN EN EL CONTEXTO DE UNA RELACIÓN DE ACOGIDA Y MUTUO CONOCIMIENTO.** Considerando que el paciente consulta aporreado o algún tipo de sufrimiento, la primera tarea del profesional sería acoger este motivo de consulta y contener al paciente. Además es necesario un tiempo de conocimiento mutuo para determinar los objetivos y tipo de tratamiento. De hecho los formadores tienden a describir que en su propia manera de trabajar el contrato o encuadre terapéutico se establece con posterioridad a las primeras entrevistas.

**INFORMACIÓN PERMANENTE.** Como la psicoterapia consiste en una relación que se desarrolla en el tiempo y el trabajo terapéutico puede ir orientándose según diversos objetivos a lo largo del tiempo, se sugiere que la información inicial es sólo el punto de partida de un proceso que es reformulado por ambos y que va siendo consentido permanentemente.

**INFORMACIÓN REALISTA AL SERVICIO DE LA TERAPIA.** Si bien hay acuerdo respecto a la importancia de informar al paciente el modo de trabajo antes de iniciar la terapia, también se describen límites a esta información. En primer lugar se sugiere que sólo puede informarse sobre aspectos generales ya que se desconoce el rumbo que va a tomar el tratamiento. Es decir, evitar hacer promesas que no sabemos si se podrán cumplir. En segundo lugar, la información debe ofrecerse de una manera comprensible, no amenazadora y evitando tecnicismos y sobreinterpretaciones. Además los contenidos y la manera de ofrecerlos debieran procurar contribuir con la colaboración de consultante evitando interferir en su motivación al cambio y esperanza. Por último, se sostiene que los contenidos no deben ser contraproducentes para la misma terapia ya sea atemorizando al paciente o anulando el efecto de la técnica terapéutica (por ejemplo, al explicar en qué consisten las intervenciones paradójales, interpretaciones o reflejo de emociones).

## **DISCUSIÓN**

En este estudio terapeutas y consultantes presentan diversas nociones de consentimiento informado que a su vez se asocian a su valoración en psicoterapia. En general, el término consentimiento informado se percibe como lejano a la psicoterapia, concibiéndose como un procedimiento formal, escrito y vinculado a exigencias externas, y resguardos legales. Desde esta perspectiva, se evalúa como innecesario y disruptivo, incluir un formulario impersonal y rígido en el contexto de una relación íntima, dinámica y basada en la confianza mutua.

Sin embargo, cuando se exploran las opiniones de terapeutas y consultantes respecto a la importancia de que el paciente reciba información antes de comenzar una terapia no sólo existe acuerdo en su relevancia sino que se considera parte habitual del tratamiento terapéutico. Mientras el término “consentimiento informado” es asociado a la medicina y al derecho, el proceso informativo que éste implica, sería parte del encuadre o contrato terapéutico usual establecido con el paciente en las primeras sesiones.

El ofrecimiento de información al paciente como parte del acuerdo inicial de una terapia poseería varios objetivos incluyendo el establecer un marco de funcionamiento práctico, aclarar los roles, deberes y derechos mutuos, ajustar expectativas respecto al proceso terapéutico y logros del tratamiento, y evitar malos entendidos y por lo tanto problemas. Como puede observarse en este estudio, el ofrecimiento de



información inicial al paciente se asocia sólo intuitivamente al principio de autonomía, siendo excepcionalmente mencionado.

A la luz de estos resultados, esto, así como ocurre con el término consentimiento informado, sugiere un desconocimiento del discurso bioético más que ausencia de los principios que le fundamentan. Si es posible caracterizar un “discurso psicoterapéutico” en esta investigación, éste se sustenta en los principios de respeto y cuidado por el consultante.

De acuerdo con las entrevistas, especialmente de los formadores o terapeutas expertos, en psicoterapia este procedimiento informativo tendría que ser un proceso flexible, permanente, y teniendo siempre como primera prioridad las necesidades del consultante. Se reconoce que los pacientes pueden presentar distintas preferencias informativas, y que éstas cambian a lo largo del tiempo. Por lo tanto, sería importante no sólo ajustar la manera de informar y los contenidos a ofrecer de acuerdo con las condiciones del paciente, sino que re-evaluar este acuerdo inicial durante el tratamiento. El carácter flexible y permanente de este proceso se debe también a que difícilmente puede anticiparse el curso que tomará la terapia. En este sentido, puede explicitarse este desconocimiento o incertidumbre inicial e ir definiendo con el paciente “el rumbo” que va tomando el tratamiento posteriormente.

El consentimiento informado, requisito para la práctica médica, sería heredado por la psicoterapia como ocupación vinculada a la atención en salud. Sin embargo, la psicoterapia se basa en una relación interpersonal que se desarrolla en el tiempo y donde parte del objeto de trabajo es mundo emocional. Se distingue entonces el proceso de ser informado para consentir una intervención médica, de aquel donde se va consintiendo permanentemente participar del vínculo terapéutico. El consentimiento informado en psicoterapia, más que un evento y de carácter racional al inicio de la terapia, sería un proceso continuo a lo largo del tratamiento en el cual profesional y consultante van redefiniendo su trabajo así como los objetivos, metas y procedimientos terapéuticos.

Priorizar las necesidades del consultante significa además comprender que el primer deber profesional en terapia es acoger las mismas. Carece de sentido contemplar un proceso informativo inicial estandarizado, ante un paciente angustiado, necesitado y/o que no es capaz para recibir tal información. Desde esta perspectiva, las primeras sesiones de acogida permitirían desarrollar un contexto para acordar un modo de trabajo con la participación activa del consultante. Por último, priorizar las necesidades del paciente implica también

que la información ofrecida debe estar al servicio de la terapia. En este sentido, la manera de ofrecer la información, especialmente respecto a los procedimientos o técnicas terapéuticas tiene el propósito de que el consultante adquiera conocimiento de lo que se realizará, sin obstruir el sentido ni eficacia de las mismas. Por ejemplo, en el caso de intervenciones paradójales, interpretaciones, reflejo de emociones, no sería necesario que el profesional explique técnicamente el funcionamiento de estas intervenciones ni que el consultante se transforme en un “concedor de la psicoterapia”. El sentido que tiene ofrecer información inicial responde al deber de respetar al paciente y ofrecerle la posibilidad de que pueda decidir, con suficiente conocimiento, si desea participar (o seguir participando) en el vínculo profesional.

En esta investigación, a diferencia de otros estudios, la valoración del ofrecimiento de información inicial al paciente no se asocia al modelo teórico ni a la profesión de origen del terapeuta. Sólo se aprecian diferencias en el caso de los consultantes y respecto a su nivel educacional y la evaluación que hacen de su terapia. De acuerdo con nuestros datos, es posible sugerir que a mayor nivel educacional del consultante y mayor grado de involucración personal en el proceso terapéutico (independientemente si éste tuvo un resultado positivo o negativo), se tiende a opinar más favorablemente respecto al ofrecimiento de información inicial.

Sin embargo, de acuerdo con las entrevistas a terapeutas, la determinación de los contenidos y procedimiento para implementar el CI dependería no sólo de las características del paciente sino que del sector de práctica (privada o pública) de ejercicio profesional. De acuerdo con los consultantes debe considerarse también el nivel de riesgo y tipo de terapia e intervenciones que se realizarán. A diferencia de otros estudios, el costo o duración del tratamiento constituye un contenido a incluir, pero no un determinante del tipo de consentimiento a implementar.

Si bien se valora positivamente la flexibilidad del profesional para ajustar la información y ofrecerla según el caso particular, esto nos enfrenta a los riesgos de carecer de criterios estándares para este proceso informativo. Independientemente de si el profesional ejerce en el ámbito privado o público de salud, de las interrogantes o necesidades informativas del paciente, y de la existencia de terapias o intervenciones que requieran de mayor precisión de información, sería razonable suponer ciertos contenidos mínimos que toda persona que inicie una terapia debería conocer.

En este estudio, de acuerdo con los formadores y consultantes entrevistados, los contenidos mínimos de este proceso informativo inicial contemplan tanto aspectos formales incluyendo la frecuencia de las sesiones, la duración aproximada de la terapia, la modalidad de pago (honorarios, casos de atrasos, de inasistencia a la sesión); como la especificación del modo en que se trabajará, los límites de la relación profesional y la existencia de otras alternativas de tratamiento. Al consultar a una muestra más numerosa de terapeutas y consultantes, se confirma que la gran mayoría considera que es un deber del profesional informar al paciente sobre otras alternativas terapéuticas, posibles procedimientos o técnicas a utilizar y los límites de la confidencialidad. Adicionalmente, ambas fuentes de información estiman que esta información no dificulta ni obstruye la relación terapéutica y que es preferible ofrecerla de manera verbal (en vez de escrita).

Sin embargo e independientemente de su valoración, los profesionales advierten que debido a las nuevas demandas legales y sociales; probablemente sea inevitable la inclusión del consentimiento informado como documento escrito. Se alude a la creciente legalización de la actividad profesional y participación de los usuarios en las relaciones profesionales como cambios en el contexto social que nos presentan nuevos desafíos. Como psicoterapeutas entonces estamos llamados a reflexionar respecto a cómo nos adaptamos a estos cambios procurando no perder aquellos aspectos que consideramos esenciales en nuestro servicio profesional. El vínculo terapéutico es percibido como libre y voluntario, privado e íntimo, y distinto a aquel que se establece en otras profesiones de la salud. Las imposiciones, presiones y coacciones externas por tanto tienden a incomodar a los terapeutas. Sin embargo, si nos consideramos parte de un colectivo social, los psicoterapeutas enfrentamos el desafío de salir del aislamiento de la relación terapéutica, y participar activamente en el debate público sobre las normas éticas, institucionales y legales que nos afectan, distinguiendo y explicitando las características particulares de nuestro quehacer profesional.

## REFERENCIAS

- American Psychological Association (2006). Ethical principles of psychologist and code of conduct. En D. Bersoff (Ed). Ethical conflicts in psychology. (3th ed., 2006, pp. 28-45). Washington, DC: American Psychology Association
- Anderson SK, Handelsman MM (2010). Ethics for psychotherapist and counselors. A proactive approach. United Kingdom: Wiley-Blackwell
- Bascuñán ML (2014). Desafíos éticos en Psicoterapia. Perspectiva de terapeutas y consultantes. Tesis doctoral. Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
- Barbesi BM (2003). Consentimiento informado en psicoterapia. *Revista Perspectivas Bioéticas*, 8 (15), 83-93
- Beahrs JO, Gutheil TG (2001). Informed Consent in Psychotherapy. *Am. J Psychiatry* 158, 4-10
- Beauchamp TL, Childress JF (1999). Principios de ética Biomédica. Barcelona, España: Masson
- Braaten EB, Handelsman MM (1997). Client Preferences for Informed Consent Information. *Ethics and Behavior*, 7 (4), 311-328
- Campbell A, Worth MC, Gillett G, Jones G (1997). *Medical Ethics*. UK: Oxford University Press
- Canadian Psychological Association (2000). Canadian code of ethics for psychologists. (3rd ed.) Ottawa, Canada: Canadian Psychological Association
- Calo O (2003). Consentimiento informado en psicoterapia. Notas para una discusión. *Rev. Perspectivas Bioéticas*, 8 (15), 61-67
- Claiborn CD, Berberoglu LS, Nerison RM, Somberg DR (1994). The client's perspective: Ethical judgments and perceptions of therapist practices. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 25(3), Aug 1994, 268-274
- Colegio de Psicólogos de Chile (1999). Código de Ética Profesional. Santiago, Chile: Colegio de Psicólogos de Chile
- Croarkin P, Berg J, Spira J (2003). Informed consent for psychotherapy: a look at therapists' understanding, opinions, and practices. *Am J Psychother*, 57 (3), 384-400
- Childress JF (1990). The place of Autonomy in Bioethics. *The Hastings Center Report*, Vol. 2(1): 12-17
- Franco A, Mendoza N, Mora M (2004). Consentimiento informado en psicoterapia. Revisión desde la MBE. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIII, núm. 2, 2004, pp. 182-192, Asociación Colombiana de Psiquiatría
- Fridman P (2003). Discusión acerca del consentimiento informado en psicoterapia. *Rev. Perspectivas Bioéticas*, 8 (15), 77-82
- Goddard A, Murray CD, Simpson J (2008). Informed consent and psychotherapy: An interpretative phenomenological analysis of therapists' views *Psychology. Psychotherapy: theory, research and practice*, 81 (2), 177-191
- Gracia D (2001). *Bioética clínica*. Bogotá, Colombia: El Buho
- Haas LJ (1991). Hide-and-Seek or Show-and-Tell? Emerging Issues of Informed Consent. *Ethics and Behavior*, 1 (3), 175 - 189
- Hare-Mustin, R., Marecek, J., Kaplan, A.G. y Liss-Levinson, N. (1979). Rights of clients, responsibilities of therapists. *American Psychologist*, 34, 3-16
- Holmes J (2006). Ethical aspects of the psychotherapies. En S. Bloch, P. Chodoff y S.A. Green, (Eds.). *Psychiatric Ethics*. (pp. 225-243), Inglaterra: Oxford University Press
- Martindale SJ, Chambers E, Thompson AR (2009). Clinical psychology service users' experiences of confidentiality and informed consent: A qualitative analysis. *Psychotherapy: Theory, Research y Practice*, 82(4), 355-368
- Nesis JE. (2003). Ética y psicoterapia: una edición dedicada al consentimiento informado. *Rev. Perspectivas Bioéticas*, 8 (15), 9-14
- Pomerantz AM (2005). Increasingly Informed Consent: Discussing Distinct Aspects of Psychotherapy at Different Points in Time. *Ethics y Behavior*, 15 (4), 351-360
- Pomerantz AM, Handelsman MM (2004). Informed Consent Revisited: An Updated Written Question Format. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(2), 201-205
- Pope K, Vasquez JT (2007). *Ethics in Psychotherapy and Counseling*. San Francisco, EE.UU.: John Wiley
- Sánchez J (2003). *El consentimiento informado en psiquiatría*. Madrid: Díaz de sanos

28. Simon P (2000). El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica. Madrid, España; Tricastela
29. Simon P, Gutiérrez J (2001). Bioética para médicos. Medicina Clínica, 117 (3), 99-106
30. Somberg DR, Stone GL, Claiborn ChD (1993). Informed consent: Therapists beliefs and practices. Professional Psychology: Research and practice, 24 (2), 153-159
31. Switankowsky IS (1998). A new Paragigm for Informed Consent. EE.UU.: University Press of America
32. Terribas N (2013). Toma de decisiones en el paciente incompetente. Cap. 15. En J.P. Beca y C. Astete (Eds.) Bioética Clínica. Santiago, Chile: Mediterráneo
33. Weiss L (2002). Informed Consent and the Capacity for Voluntarism. American Journal of Psychiatry, 159: 705-712

## INVESTIGACIÓN

# PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y DATOS NORMATIVOS DEL TEST DE STROOP Y DEL TEST TORRE DE HANOI EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN FÍSICA DE CHILE

(Rev GPU 2014; 10; 3: 344-349)

Fernando Maureira<sup>1</sup>, Cristián Aravena<sup>2</sup>, Claudia Gálvez<sup>3</sup>, Elizabeth Flores<sup>4</sup>

Las funciones ejecutivas se definen como habilidades cognitivas de organización, establecimiento de metas, selección de conductas e inhibición de respuestas inadecuadas. La finalidad de esta investigación fue conocer las propiedades psicométricas de los test de inhibición de la interferencia de Stroop y de planificación de la Torre de Hanoi en estudiantes de educación física de la USEK de Chile. Los resultados muestran que el test de Stroop presenta un valor de confiabilidad test-retest de 0,884 y los valores de las puntuaciones entre los cuartiles de edad más bajos y más altos no presentan diferencias significativas ( $t=1,771$ ;  $gl=72$ ;  $p=0,081$ ) lo que entrega información sobre la validez de constructo del instrumento. El test Torre de Hanoi presenta valores de 0,936 en el test-retest y no presenta diferencias significativas ( $t=-1,951$ ;  $gl=72$ ;  $p=0,055$ ) entre las puntuaciones de los cuartiles de edad. En conclusiones, el test de Stroop y la Torre de Hanoi parecen ser instrumentos válidos y confiables para ser aplicados a estudiantes de educación física.

## INTRODUCCIÓN

El concepto de función ejecutiva surge en la década de 1960 con el propósito de mencionar un conjunto de capacidades cognitivas relacionadas con la volición y la planificación de acciones (Conca e Ibarra, 2004).

En la actualidad Lezak (1995) define estas funciones como las capacidades cognitivas para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente, y que puede descomponerse en iniciativa, planificación, secuenciación-flexibilidad y efectividad de la acción. Por su parte, Pineda (2000) las define como habilidades

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

<sup>2</sup> Estudiante de Educación Física. Universidad SEK. Santiago de Chile.

<sup>3</sup> Estudiante de Educación Física. Universidad SEK. Santiago de Chile.

<sup>4</sup> Licenciada en Educación Física.

cognitivas de organización, establecimiento de metas, selección de conductas e inhibición de respuestas inadecuadas. Para Anderson (2002) las alteraciones en las funciones ejecutivas producen un bajo control de impulsos, dificultades en la regulación del desempeño y organización, dificultad para establecer estrategias, etc.

Desde un punto de vista neuroanatómico, estas funciones están íntimamente ligadas a la corteza prefrontal, que corresponde a casi el 30% de la corteza cerebral humana y que corresponde a un área de integración de la información proveniente de todas las regiones del cerebro (Lozano y Ostrosky, 2011). La corteza prefrontal se divide en tres regiones: a) la corteza prefrontal dorsolateral, que se relaciona con la planeación, memoria de trabajo, solución de problemas, flexibilidad cognitiva, etc.; b) la corteza orbitofrontal, que se relaciona con aspectos emocionales y motivacionales de las funciones ejecutivas; c) la corteza prefrontal media, que se relaciona con la inhibición de respuestas y la regulación de la atención (Kerr y Zelazo, 2004; Stuss y Levine, 2000).

En relación con el desarrollo de las funciones ejecutivas, éstas maduran progresivamente desde la infancia hacia la vida adulta (Anderson, 2002). Para Lozano y Ostrosky (2011) las actividades fundamentales que surgen durante la infancia son: a) la planificación, que corresponde a la capacidad para alcanzar metas de corto o largo plazo, mediante el análisis secuencial de pasos para obtener un objetivo. Esto surge cerca de los 4 y mejora hacia los 8 años, continuando su evolución en edades posteriores; b) memoria de trabajo, que corresponde a la evocación de información relevante para la resolución de un problema. Esta se ha medido a partir de los 3 años, con una mejora exponencial hacia los 7 y una mejora aún en edades posteriores; c) flexibilidad cognitiva, que corresponde a la habilidad de cambiar respuestas, aprender de los errores, cambiar estrategias y dividir la atención. Entre los 3 y 5 años se produce una gran mejoría de esta actividad, lo que permite al niño el uso de reglas; d) control inhibitorio, que corresponde a la capacidad de inhibir y controlar respuestas, las que pueden ser de tipo atencional (selectiva o de cambio de foco) o de tipo accional (inhibición de una conducta o cambio de respuestas). Entre los 3 y 4 años se presentan serias dificultades para estas actividades, situación que mejora hacia los 6 años; e) procesamiento riesgo-beneficio, que corresponde a la anticipación de lo que sucederá basado en las experiencias propias y ajenas. Entre los 3 y 4 años se presentan importantes mejoras en esta función, situación que mejora conforme aumenta la edad.

La literatura muestra una gran variedad de instrumentos para medir las funciones ejecutivas, donde resaltan el Wisconsin Card Sorting Test (WCST) creado

por Grant y Berg (1948) que mide la flexibilidad cognitiva y atención ejecutiva; la tarea Stroop de colores y palabras (Stroop, 1935) que mide la atención selectiva y la inhibición de respuestas; la Torre de Hanoi creado por Edouard Lucas en 1883, una prueba que mide la capacidad de planificación y construcción de estrategias (Bausela y Santos, 2006 citado en Buller, 2010); la prueba Mapa del ZOO, que forma parte de la batería Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome (BADSD) creada por Alderman, Burgess, Emslie, Evans y Wilson (1996); las sub-pruebas del NEUROPSI (Ostrosky, Ardila y Rosselli, 1991) que comprende la formación de conceptos, flexibilidad cognitiva, inhibición y programación de respuestas motoras.

La finalidad de la presente investigación es conocer las propiedades psicométricas del test de inhibición de la interferencia de Stroop y del test de planificación Torre de Hanoi en estudiantes de educación física de la Universidad SEK (USEK) de Chile. Además se desea describir los niveles de estas dos funciones cognitivas y generar normas de puntuación de las funciones medidas para la muestra utilizada.

## MÉTODO

**MUESTRA:** La muestra utilizada para el estudio de la validez y confiabilidad del test de inhibición de la interferencia de Stroop y el test de planificación Torre de Hanoi estuvo constituida por 85 estudiantes de la carrera de pedagogía en educación física de la Universidad SEK de Chile. La edad promedio de la muestra fue 20,78 ( $ds= 2,81$ ). Del total de la muestra, 18 sujetos (21,2%) son de género femenino y 67 (78,8%) de género masculino. Finalmente, 40 estudiantes (47,1%) cursaban primer año de la carrera, 37 (43,5%) segundo año y 8 (9,4%) tercer año.

La muestra utilizada para la descripción y generación de tablas de puntuación de la atención selectiva y la memoria visual estuvo constituida por 151 estudiantes de la carrera de educación física de la Universidad SEK. De éstos, 121 corresponden a varones (80,2%) y 30 a damas (19,8%). La edad promedio de la muestra es de 21,45 años ( $ds= 2,63$ ). La distribución de los sujetos evaluados por curso es la siguiente: 40 (26,5%) estudiantes de primer año con una edad promedio de 20,0 ( $ds=2,10$ ); 37 (24,5%) de segundo año con una edad de 21,3 ( $ds=3,36$ ), 33 (21,9%) de tercer año con edad de 22, ( $ds=2,74$ ) y 41 (27,2%) de cuarto año con una edad promedio de 22,2 ( $ds=1,51$ ).

**INSTRUMENTOS:** se utilizó el Test de colores y palabras de Stroop, que es una prueba creada en 1935. Corresponde a un instrumento neuropsicológico que evalúa el control

inhibitorio de la interferencia, es decir, pretende evaluar la capacidad de inhibir la tendencia automática de responder y por lo tanto, controlar la respuesta frente estímulos en conflicto (Grodzinski y Diamond, 1992). La prueba consta de tres láminas con 100 elementos cada una agrupadas en 5 columnas. La primera lámina presenta nombre de colores escritos en tinta negra. La segunda lámina presenta símbolos de xxx de colores. La tercera lámina presenta nombre de colores escritos en tinta de distinto color. El evaluador debe leer la mayor cantidad de palabras de la lámina 1 en 45 segundos, luego debe nombrar la mayor cantidad de colores de las xxx en la lámina 2 en 45 segundos y, finalmente, debe nombrar la mayor cantidad de colores de la tinta en que están escritas las palabras de la lámina 3 en 45 segundos.

También se utilizó la Torre de Hanoi, prueba creada por Edouard Lucas en 1883 (Buller, 2010). Es un instrumento que evalúa la capacidad de planificación en la resolución de problemas. Consiste en una barra con 3 ejes y una variedad de discos de diferentes diámetros (desde 3 hasta 9 discos) que se insertan en los ejes. La prueba consiste en cambiar la configuración de los discos desde una posición A hasta una posición B utilizando la menor cantidad de movimiento posible. Para la ejecución de la prueba existe tres reglas: a) un disco grande no puede colocarse sobre un disco más pequeño; b) solo se puede mover un disco a la vez; c) los discos deben estar en alguno de los ejes (no se pueden dejar en la mesa, en la mano, etc.). En la presente investigación se utilizó la Torre de Hanoi con 4 discos.

**Procedimiento:** La recogida de datos se realizó en las semanas posteriores al término del primer semestre de clases del año 2013 de los estudiantes de educación física de la Universidad SEK. Las evaluaciones se realizaron en el horario de clases, teniendo una duración aproximada de 25 minutos. Cada estudiante firmó un consentimiento informado.

**Análisis de datos:** Se realizó mediante el programa estadístico SPSS 16.0 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva, pruebas de test-retest, pruebas t y pruebas de ANOVAs.

## RESULTADOS

### Confiabilidad y validez del test de inhibición de la interferencia de Stroop en estudiantes de educación física

Para determinar la confiabilidad del test de Stroop se procedió a realizar el método test-retest. Las dos aplicaciones se realizaron con 15 días de separación. El índice

de correlación muestra un valor bueno ( $r=0,884$ ) por lo cual es posible considerar este test como confiable para su aplicación en estudiantes de educación física.

En esta investigación se realizó un aporte a la validez de constructo del test de Stroop, por las características de la muestra seleccionada.

El constructo que evalúa este test es la inhibición de la interferencia, la que presenta una progresión desde la primera infancia hasta la adolescencia, donde las funciones cognitivas son cada vez más complejas (Plude, Enns y Brodeur, 1994, citado en Gómez, Ostrosky y García, 2003) para luego mantenerse estable durante un par de décadas (Ostrosky *et al.*, 1991).

Es por esto que el rendimiento en un test de esta naturaleza debe mantenerse similar en edades que fluctúan entre los 17 y 31 años (edades de la muestra utilizada), debido a lo cual se realizó un análisis estadístico a través de una prueba t para verificar si existían diferencias significativas entre el cuartil inferior y superior de las edades del grupo, ya que teóricamente estos grupos debían presentar resultados similares.

Los resultados muestran una puntuación de 1,19 (d.e.=11,82) en el primer cuartil de edades inferiores y de -3,61 (d.e.=10,37) en el último cuartil de edades superiores, por lo que no existen diferencias significativas ( $t=1,771$ ;  $gl=72$ ;  $p=0,081$ ) entre ambos cuartiles, lo que se relaciona positivamente con los resultados entregados por la literatura, por lo tanto se puede concluir que estos resultados contribuyen al establecimiento de la validez de constructo del test.

### Confiabilidad y validez del test de planificación Torre de Hanoi en estudiantes de educación física

Para determinar la confiabilidad y validez del test Torre de Hanoi se procedió a realizar los mismos análisis que para el test de Stroop. El índice de correlación test-retest muestra un valor muy bueno (0,936) por lo cual es posible considerar este test como confiable para su aplicación en estudiantes de educación física.

El constructo que evalúa este test es la planificación, la que presenta estabilidad con los años tras la pubertad hasta el comienzo de la tercera edad, cuando comienza un proceso de degeneración (Kandel, Schwartz y Jessel, 2000). Debido a esto se realizó un análisis estadístico a través de una prueba t para verificar si existían diferencias significativas entre el cuartil inferior y superior de las edades del grupo, ya que teóricamente estos grupos debían presentar resultados similares.

Los resultados muestran una puntuación de 29,94 (d.e.=14,69) en el primer cuartil de edades inferiores y de 37,96 (d.e.=19,13) en el último cuartil de edades

**Tabla 1**  
ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS PUNTUACIONES EN EL TEST DE STROOP

	Mínimo	Máximo	Media	d.e.
Lámina 1	70	145	109,26	12,474
Lámina 2	28	108	72,90	13,609
Lámina 3	15	81	43,37	12,107
Interferencia	-28,20	34,85	0,018	11,116

superiores, por lo que no existen diferencias significativas ( $t=-1,951$ ;  $gl=72$ ;  $p=0,055$ ) en los cuartiles, lo que se relaciona positivamente con los resultados entregados por la literatura, por lo tanto se puede concluir que estos análisis contribuyen al establecimiento de la validez de constructo de este test.

**Puntuaciones del test de Stroop de los estudiantes de educación física de la USEK**

En la Tabla 1 se muestra la estadística descriptiva de las puntuaciones del test de inhibición de la interferencia de Stroop del total de estudiantes evaluados en educación física. Se observa cómo la media de los puntajes disminuye desde la lámina uno hasta la tres, tal como plantea la literatura, y la inhibición de inferencia promedia cero puntos.

En la Tabla 2 se observa la estadística descriptiva de las puntuaciones de cada lámina y de la inhibición

de la interferencia del test de Stroop para cada año de la carrera de educación física. En primer año los estudiantes obtuvieron una media de -6,29 puntos (d.e.=9,91), en segundo año 5,62 puntos (d.e.=13,20), en tercer año 0,20 puntos (d.e.=9,77) y en cuarto año 0,97 (d.e.=8,04).

Los análisis estadísticos muestran una puntuación de inhibición de la interferencia de -3,61 (d.e.=11,48) en el género femenino y 0,61 (d.e.=10,99) en el género masculino. La prueba t para muestras independientes muestra que no existen diferencias significativas ( $t=-1,622$ ;  $gl=149$ ;  $p=0,107$ ) entre las damas y varones.

La prueba de ANOVA al comparar los resultados obtenidos cada año en la carrera de educación física, muestra que existen diferencias significativas ( $F=8,677$ ;  $gl=3, 147$ ;  $p=0,000$ ) entre los grupos evaluados. La prueba de Tukey muestra que sólo los estudiantes de primer año de educación física presentan diferencia con todos los otros cursos (1° v/s 2° presenta

**Tabla 2**  
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS PUNTUACIONES EN EL TEST DE STROOP

		Mínimo	Máximo	Media	d.e.
Primer año	Lámina 1	99	128	110,75	8,08
	Lámina 2	49	95	75,47	11,88
	Lámina 3	15	60	38,37	11,52
	Interferencia	-28,20	11,39	-6,29	9,91
Segundo año	Lámina 1	86	126	109,08	10,52
	Lámina 2	44	95	74,11	10,98
	Lámina 3	19	81	49,40	14,11
	Interferencia	-21,15	34,85	5,62	13,20
Tercer año	Lámina 1	70	127	105,61	15,59
	Lámina 2	28	87	67,27	15,18
	Lámina 3	21	57	40,67	10,33
	Interferencia	-22,42	15,97	0,20	9,77
Cuarto año	Lámina 1	78	145	110,93	14,49
	Lámina 2	32	108	73,82	15,13
	Lámina 3	24	64	44,97	9,40
	Interferencia	-21,57	19,43	0,97	8,04

**Tabla 3**  
NORMAS DE PUNTUACIÓN EN PERCENTILES PARA ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN FÍSICA

Percentiles	Lámina 1	Lámina 2	Lámina 3	Final
10	0-88	0-58	0-30	<-8,5
20	89-100	59-63	31-38	-8,4 a -4,9
30	101-105	64-67	39-40	-4,8 a -2,3
40	106-107	68-69	41-43	-2,2 a -0,9
50	108-109	70-74	44-45	-0,8 a 2,1
60	110-111	75-77	46	2,2-3,7
70	112-115	78-80	47	3,8-6,2
80	116-120	81-82	48-55	6,3-8,7
90	121-124	83-87	56-61	8,8-15,7

un  $p=0,000$ ; 1° v/s 3° presenta un  $p=0,042$  y 1° v/s 4° presenta un  $p=0,010$ ). Por lo tanto, este grupo posee puntuaciones más bajas que los otros tres cursos.

En la Tabla 3 se presentan las normas de puntuación del test de Stroop atención para estudiantes de educación física. Se pueden apreciar las puntuaciones para las respuestas de las láminas 1, 2, 3 y la inhibición de interferencia.

#### Puntuaciones de la Torre de Hanoi en estudiantes de educación física de la USEK

En la Tabla 4 se muestra la estadística descriptiva de las puntuaciones de la Torre de Hanoi de cuatro discos del total de estudiantes evaluados en educación física. Se observa cómo el mínimo de movimientos realizados corresponde al puntaje ideal del test (15), en tanto la media se encuentra muy por sobre esa marca (32,48; d.e.=16,48).

En la Tabla 5 se observa la estadística descriptiva de los movimientos necesarios para resolver el test

**Tabla 4**  
ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS PUNTUACIONES EN EL TEST DE PLANIFICACIÓN

	N	Mínimo	Máximo	Media	d.e.
N° movimientos	151	15	113	32,48	16,48
N válido	151				

**Tabla 5**  
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA CANTIDAD DE MOVIMIENTOS PARA RESOLVER LA TORRE DE HANOI DE CUATRO DISCOS

	Mínimo	Máximo	Media	d.e.
Primer año	15	61	29,10	14,37
Segundo año	15	55	31,16	14,81
Tercer año	15	65	35,12	15,66
Cuarto año	15	113	34,85	19,98

Torre de Hanoi para cada año de la carrera de educación física. Se puede notar que en todos los niveles se logró el número ideal de movimientos y el máximo bordeó los 50-60 en los tres primeros cursos, elevándose sobre 100 en cuarto año. Sin embargo, las medias se encuentran cercanas a los 30 movimientos en todos los niveles.

Los análisis estadísticos muestran una puntuación de 31,59 (d.e.=14,53) en el género femenino y 32,60 (d.e.=16,76) en el masculino. La prueba t para muestras independientes al comparar las puntuaciones obtenidas según el género muestra que no existen diferencias significativas ( $t=-0,237$ ;  $gl=149$ ;  $p=0,813$ ) entre las damas y varones.

La prueba de ANOVA al comparar la media de los cuatro cursos muestra que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones ( $F=1,211$ ;  $gl=3, 147$ ;  $p=0,308$ ). Por lo tanto, es posible asumir que la planificación medida con el test Torre de Hanoi se mantiene sin grandes variaciones en todos los años de carrera.

En la Tabla 6 se presentan las normas de puntuación del test Torre de Hanoi para estudiantes de educación física. Se puede apreciar las puntuaciones para los movimientos necesarios para la solución del test.

**Tabla 6**  
NORMAS DE PUNTUACIÓN EN PERCENTILES PARA ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN FÍSICA.

Percentiles	Movimientos
10	50-57
20	41-49
30	34-40
40	28-33
50	24-27
60	21-23
70	18-20
80	17
90	15-16



## CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

Los test de inhibición de la interferencia de Stroop y de planificación Torre de Hanoi mostraron buenos valores de correlación en el índice test-retest indicando sus altos valores de estabilidad y por ende de confiabilidad en su aplicación. En relación con la validez de constructo, ambos instrumentos muestran coherencia con el planteamiento teórico de la estabilidad de ambas funciones entre edades de 17 a 30 años, lo que apoya la validez de ambos tests. Los análisis realizados muestran la pertinencia de aplicar dichos instrumentos a estudiantes de educación física de nuestro país, además de entregar la baremación de dichas puntuaciones exclusivas para este grupo de estudiantes.

En relación con las puntuaciones de la inhibición de la interferencia se puede observar que el promedio de puntuación de la lámina 1 fue de 109,26, de la lámina 2 fue 72,9, de la lámina 3 fue 43,37 y de la inhibición de interferencia fue 0,018. Los puntajes bajan fuertemente a medida que se avanza de la lámina 1 hasta la 3, de la misma forma que plantea la literatura. Los estudiantes que cursaban primer año mostraron puntajes más bajos que los de segundo, tercer y cuarto año de la carrera de educación física. Es posible que estos resultados se encuentren influenciados por el nivel socioeconómico de los estudiantes que ingresan a primer año en la USEK, ya que el conjunto de bienes no materiales como el prestigio social y la educación se encuentran asociados a las habilidades cognitivas (Lozano y Ostrosky, 2011). La formación académica universitaria impartida durante la carrera puede influenciar en la mejora de habilidades como el control inhibitorio. Sin embargo, sería necesario evaluar a estudiantes que ingresan a la carrera en otras cohortes, para descartar la posibilidad de una condición particular de esta generación de ingreso a educación física de la USEK.

Por otra parte, la muestra presenta puntuaciones de resolución de la Torre de Hanoi de entre 15 y 113 movimientos con una media cercana a los 32, situación que se mantiene constante en los cuatro cursos evaluados. Al parecer la capacidad de planificación en la resolución de problemas se mantiene constante en la muestra estudiada, no existiendo influencia de la formación universitaria sobre ella.

La baremación de la inhibición de la interferencia en estudiantes de educación física muestra niveles medios de -0,8 a 2,1 (percentil 50). Por su parte, los niveles bajos (percentil 20) presentan valores bajo los -4,9 puntos y los niveles altos (percentil 80) presentan valores sobre los 6,3 puntos.

La baremación de la planificación en la muestra presenta niveles medios de 24 a 27 movimientos (percentil 50), niveles bajos (percentil 20) de más de 41

movimientos y niveles altos (percentil 80) con menos de 17 movimientos.

Es importante destacar que los análisis psicométricos y la baremación de test neuropsicológicos en estudiantes de educación física de nuestro país es un trabajo reciente (Maureira, Trujillo y Flores, 2014) y en este contexto, los análisis del test de Stroop y Torre de Hanoi representan un avance en esta área, ya que ahora se dispone de instrumentos validados para el trabajo de estas funciones cognitivas en esta población. De esta forma es posible establecer trabajos de investigación orientados al estudio de las funciones ejecutivas en estos estudiantes, teniendo un marco de referencia con el que cotejar los resultados obtenidos.

## REFERENCIAS

1. Alderman N, Burgess P, Emslie H, Evans J, Wilson B (1996). Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome (BADS). Flenpton UK: Thames Valley Test
2. Anderson P (2002). Assessment and development of executive function (EF) during childhood. *Child Neuropsychology* 8(2): 71-82
3. Buller I (2010). Evaluación neuropsicológica efectiva de la función ejecutiva. *Cuadernos de Neuropsicología* 4(1): 63-86
4. Conca B, Ibarra M (2004). Estandarización de la prueba de colores y palabras de Stroop en niños de 8 a 12 años para la Región Metropolitana. Memoria de Licenciatura en Psicología, Universidad de Chile
5. Gómez E, Ostrosky E, García P (2003). Desarrollo de la atención, la memoria y los procesos inhibitorios: relación temporal con la maduración de la estructura y función cerebral. *Revista de Neurología* 37(6): 561-567
6. Grant D, Berg E (1948). A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card-sorting problem. *Journal of Experimental Psychology* 38, 404-411
7. Grodzinski G, Diamond R (1992). Frontal lobe functioning in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology* 8, 427-445
8. Kandel E, Schwartz J, Jessel T (2000). Principios de neurociencia. Madrid: McGraw-Hill
9. Kerr A, Zelazo P (2004). Development of Hot executive function: the children's gambling task. *Brain and Cognition* 55, 148-157
10. Lezak M (1995). Neuropsychological assessment. New York: Oxford University Press
11. Lozano A, Ostrosky F (2011). Desarrollo de las funciones ejecutivas y de la corteza prefrontal. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencia* 11(1): 159-172
12. Maureira F, Trujillo H, Flores E (2014). Propiedades psicométricas y datos normativos del test de atención Toulouse-Piéron y del test de memoria visual de Benton forma D en estudiantes de educación física de Chile. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 10(2): 238-245
13. Ostrosky F, Ardila A, Rosselli M (1991). Evaluación neuropsicológica breve en español-NEUROPSI. México: Publingenio S.A.
14. Pineda A (2000). La función ejecutiva y sus trastornos. *Rev Neurología* 30(8): 764-768
15. Stroop J (1935). Studies of interference in serial verbal reaction. *Journal Experimental Psychology* 18, 643-662

## INVESTIGACIÓN

# EL DISCURSO SUICIDA: UNA APROXIMACIÓN AL SENTIDO Y SIGNIFICADO DEL SUICIDIO BASADO EN EL ANÁLISIS DE NOTAS SUICIDAS

(Rev GPU 2014; 10; 3: 350-357)

Francisco Ceballos Espinoza<sup>1</sup>

Las notas suicidas han resultado ser una importante fuente de información respecto del estado psicológico del sujeto en el momento que adopta la determinación de acabar con su vida. Pese a ello, en Chile no existen investigaciones que consideren las notas suicidas como material de estudio. Se analizan 203 notas póstumas provenientes de 96 suicidios registrados en Chile durante el periodo 2010-2012. Se utiliza un diseño de investigación mixto que incluyó el análisis de distintas variables a través de la frecuencia de distribución de cada una de ellas y un trabajo conceptual basado en la codificación teórica emergente. Se describen las características de las notas suicidas y de los mensajes póstumos; además se identifican las categorías mayormente saturadas presentes en el relato de los sujetos. Los resultados confirman la relevancia forense de las notas suicidas como instrumento complementario en una evaluación psicológica reconstructiva frente a casos de suicidio y la existencia de un discurso suicida factible de categorizar conceptualmente. Finalmente, las conclusiones alcanzadas constituyen una aproximación al sentido y significado del suicidio.

## INTRODUCCIÓN

De todos los actos del hombre, el suicidio es una de las acciones voluntarias de mayor complejidad a la hora de buscar una explicación respecto de sus causas y motivaciones, puesto que es una conducta que, paradójicamente, atenta contra la propia existencia. De igual forma, resulta altamente complejo explicar el

aumento de la tasa global de suicidios registrados en las últimas décadas, fenómeno existente no sólo en los países desarrollados sino a nivel global. Comprender este fenómeno y los motivos que hay detrás de la conducta suicida es una preocupación de relevancia mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002). Por ello, a través de los años, investigadores han utilizado diferentes métodos para estudiar el suicidio,

<sup>1</sup> Psicólogo (UST); Magíster en Psicología Jurídica y Forense (UFRO); Psicólogo forense en la Policía de Investigaciones de Chile PDI. Email: fceballose@gmail.com

coincidiendo en que las vías útiles para su abordaje la conforman: las estadísticas nacionales de mortalidad, las evaluaciones psicológicas retrospectivas, el estudio de los intentos suicidas no fatales y el análisis de las notas suicidas (Maris, 1981; Shneidman, 1994; Shneidman y Farberow, 1957), todos ellos con sus ventajas y limitaciones.

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud como todo acto por el cual un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el nivel de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil (Brooke, 1976). En Chile el suicidio constituye la segunda causa de muerte no natural, luego de las muertes por accidentes de tránsito (Servicio Médico Legal [SML], 2012). Las más de 2 mil muertes autoprovocadas que se registran anualmente en el país representan una tasa de suicidio de 11,3 personas por cada 100 mil habitantes, indicador que refleja un crecimiento del 54,9% en los últimos quince años y que ubica a Chile como uno de los países con mayor aumento en la tasa de suicidios entre los 34 Estados integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, siendo solamente superado por Corea (Organization for Economic Cooperation and Development [OECD], 2011).

El marco referencial confirma que la comprensión del suicidio resulta tan compleja como la determinación precisa de sus causas. Gran parte de esta complejidad, se explica por la dificultad que involucra develar las motivaciones que llevaron al sujeto a cometer un acto suicida, interrogante que constituye uno de los principales retos para la psicología forense, principalmente, ante la dificultad de obtener evidencia que permitan reconstruir el estado mental del sujeto en los momentos previos al acto suicida. Frente a este escenario, resulta esencial recurrir a técnicas de exploración psicológica y fuentes de información útiles que, de alguna forma, den cuenta sobre el pensamiento del sujeto y las circunstancias de su muerte.

## NOTAS SUICIDAS Y EVALUACIÓN PSICOLÓGICA RETROSPECTIVA

Para Durkheim (1897/2004), el suicidio es un acto social, por tanto, comprensible desde el lugar que ocupan los sujetos involucrados en el proceso de construir o dar significado al acto suicida. Por lo mismo, tanto el objeto del suicidio como su finalidad hay que plantearse desde el mundo del suicida (Valls, 1985). Esto resulta esencial para entender que el acto suicida trae consigo un discurso suicida, utilizado la mayoría de las veces,

para reclamar atención, expresar rabia, manifestar a otros la gravedad de los problemas, expresar frustración o para agredir a un tercero, entre otras temáticas (Cardona y Ladino, 2009; Casullo, 2004; De Zubiría, 2007; Freuchen, Kjelsberg, Lundervol y Groholt, 2012; Quintanilla, *et al.*, 2004; Van Orden, *et al.*, 2010). En este sentido, las notas suicidas o mensajes de despedida constituyen uno de los elementos de mayor utilidad a la hora de develar el discurso suicida tras la muerte autoprovocada de un sujeto.

Las notas suicidas son definidas como todos aquellos mensajes escritos por un sujeto que ha tomado la determinación de quitarse la vida, donde expresa, por lo general, los hechos que motivaron su decisión, imparte instrucciones y/o transmite pensamientos y deseos hacia un Otro significativo (Ceballos-Espinoza, San Martín y Pérez-Luco, 2014). Así, estos documentos personales resultan un instrumento de apoyo en una evaluación psicológica retrospectiva en tanto, generalmente, son escritos en instantes previos a cometer el acto suicida, lo cual posibilita un acceso más cercano al fenómeno mismo y, por tanto, a su comprensión (Leenaars, De Wilde, Wenckstern y Kral, 2001; Shneidman, 1981, 1988; Torres, 2007, 2010; Werlang y Botega, 2003). Investigaciones relativas a la posible existencia de diferencias entre las personas que dejan una nota y aquellas que no lo hacen no han llegado a resultados concluyentes en las dimensiones exploradas: sexo, estado civil y condición física o mental (Jiménez y García-Caballero, 2010; Leenaars, 1988; Ruiz, *et al.*, 2003; Tuckman, Kleiner y Lavell, 1959). No obstante, recientemente Paraschakis *et al.* (2012), reportaron diferencias significativas en el mecanismo de muerte (ahorcadura o disparo [ $p = .007$ ]), y la ausencia de antecedentes de enfermedad psiquiátrica ( $p < .001$ ) como indicadores presentes entre los sujetos que dejaban una nota de despedida. En España, Jiménez y García-Caballero (2010) obtuvieron diferencias solamente para rango etario, señalando que aquellos que dejan notas son más jóvenes (media de 54.38 versus 63.4).

Pese a que estudios previos han demostrado que las notas suicidas son una importante fuente de información a la hora de comprender las motivaciones y el estado psicológico del sujeto, en el momento que adopta la determinación de acabar con su vida (Leenaars, A.; y Balance, W., 1981; O'Connor, R., y Leenaars, A. 2004; O'Connor, R.; Sheehy, N.; y O'Connor, D. 1999; Shneidman, 1981, 1988); en Chile no existen otras investigaciones que consideren estos documentos como material de análisis y, en general, su exploración científica ha sido escasamente llevada a cabo en Latinoamérica.

## DISCURSO SUICIDA: TRANSMISIÓN E INTERCAMBIO

Todo acto comunica; por consiguiente, todo lo que el sujeto realiza constituye, entre otras cosas, un mensaje. Desde esta perspectiva, el suicidio forma parte de un mensaje que, intencionadamente o no, es interpretado por los familiares y/o cercanos a la víctima. De esta forma el suicidio exterioriza, de manera manifiesta o latente, un discurso suicida como medio para visibilizar el sentido y significado otorgado a la muerte; y, aunque el discurso suicida suele ser directo y adquirir forma de denuncia, reclamo e incluso denostación, la carta póstuma es mucho más que su contenido manifiesto, puesto que por lo general forma parte de un discurso que revela un saber del que nada se quiere saber (Payá, 2012). La posibilidad cierta de contenido latente en la narrativa del sujeto y la diversidad posible de este elemento discursivo han promovido el estudio del contenido temático de las notas suicidas y de las características narrativas presentes en estos documentos.

En un análisis de contenido de notas suicidas, Chávez, Macías y Luna (2011) reportaron 11 categorías con diferencias estadísticamente significativas. De ellas, la categoría “problemas de relaciones interpersonales” resultó ser la razón de mayor mención para cometer suicidio tanto en hombres como mujeres (45,1%). En México, Cerda (2006) desarrolló un mapa conceptual vinculando los temas registrados en las notas suicidas en seis categorías: Temas críticos (fracaso, soledad, abandono amoroso), temas cruciales (suicidio por no dar más problemas), temas irrelevantes (por connotación sexual, como parte de los derechos humanos), temas marginales (para ser perdonado por la familia, Dios, por estar “mal de la cabeza”) y temas coyunturales (por altruismo, para “proteger desde más allá”, como castigo a la familia, para liberarse del alcohol y/o drogas). Por su parte, Foster (2003), en un estudio temático identificó las categorías “apología/vergüenza” y “el amor a los que se quedan” como los temas de mayor frecuencia presentes en los mensajes póstumos. En igual análisis Read, Velldal y Ovrelid (2012), etiquetaron la culpa, desesperanza, información, instrucciones, amor y gratitud como las categorías mayormente saturadas en las notas suicidas.

En investigaciones orientadas a explorar diferencias temáticas abordadas por los sujetos en sus notas de despedida, Foster (2003) reporta un mayor contenido asociado a “instrucciones sobre asuntos prácticos post-mortem” (67% v/s 19%) y “desesperanza/nada por qué vivir” (40% v/s 11%), en aquellas víctimas con antecedentes de depresión mayor unipolar por sobre

aquellos que no presentaban tal diagnóstico. Otra diferencia se encuentra en las categorías “ser una carga para los demás” con mayor presencia en aquellas personas de edad avanzada en comparación a las que no lo son (40% v/s 3%). En este mismo ámbito, personas de rango etario mayor escribirían notas más cortas, con menor contenido emocional y orientadas principalmente a instrucciones específicas (Ho, Yip, Chiu y Halliday, 1998). Por otro lado, los adolescentes incluyen un mayor número de expresiones referidas a autocríticas, baja autoestima y el trato de sí mismo como objeto (Leenaars y Balance 1984b).

Estudios comparativos entre mensajes póstumos provenientes de suicidios consumados y notas de despedida escritas en intentos de suicidio, han arrojado como resultado una mayor verbalización del deseo de morir (Brevard, Lester y Yang, 1990) y un mayor uso de verbos en tiempo futuro y de referencias a los demás en las notas de suicidio consumados, que los mensajes provenientes de intentos de suicidio (Handelman y Lester, 2007). Por otra parte, la comparación temática entre notas suicidas reales y simuladas ha arrojado una frecuencia significativamente mayor en las notas originales relativas a la pérdida y/o rechazo, expresada en la preocupación por una persona perdida, identificación y sentimientos ambivalentes hacia la misma (Leenaars y Balance, 1981, 1984a), en tanto que las notas simuladas parecen demostrar una menor preocupación por los demás y se centran mayormente en el suicidio y sus razones, utilizando un mayor número de negaciones que las presentes en las notas reales (Lester, 2008).

En exploraciones interculturales, se ha investigado las posibles diferencias temáticas entre notas suicidas de Estados Unidos con otros países tales como Irlanda del Norte (O'Connor y Leenaars, 2004), Australia (Leenaars, Haines, Wenckstern, Williams y Lester, 2003), México (Chávez, Leenaars, Chávez, M. y Leenaars, L., 2009) y Turquía (Leenaars, *et al.*, 2010), donde se han encontrado más similitudes que diferencias. Lo disímil se asocia a la categoría “Identificación-Agresión” que da cuenta de un insoportable dolor psicológico relativo a dificultades para aceptar una pérdida, de mayor notoriedad en los países de comparación con la muestra estadounidense. Esta diferencia ha sido explicada por los investigadores como consecuencia de las características culturales de Estados Unidos, definida como una sociedad mayormente individualista en comparación con los países participantes del estudio.

En una reciente línea de investigación de análisis lingüístico de notas suicidas mediante el buscador lingüístico y contador de palabras LIWC (García-Caballero, Jiménez, Fernández-Cabana y García-Lado, 2012;

Jiménez y García-Caballero, 2010), se ha reportado una mayor utilización de palabras referentes a emociones y sentimientos positivos por parte de las mujeres, quienes también utilizaron un mayor número de palabras referentes a tiempos verbales pasados y futuros en comparación con los hombres.

De cualquier forma, los mensajes encontrados tras cada muerte sugieren la necesidad de los individuos de verbalizar la justificación de su acto (Movahedi, 2009). A partir de tal premisa, la presente investigación tiene como objetivo elaborar una aproximación teórica respecto del sentido y significado del suicidio para quienes han adoptado la decisión de quitarse la vida; para ello, se pretende identificar y describir aquellas categorías discursivas presentes en las notas suicidas. La relevancia de la investigación refiere no sólo con caracterizar el suicidio en Chile desde un abordaje cualitativo, sino que también pretende constituir un conocimiento válido para la comprensión subjetiva del acto suicida a partir del relato de la propia víctima.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se analizan 203 notas suicidas provenientes de 96 suicidios registrados en Chile durante el periodo 2010-2012. Estos mensajes fueron recuperados desde los archivos de la Policía de Investigaciones de Chile, siendo transcritos y estudiados bajo la normativa ética que regula investigaciones científicas de esta naturaleza en lo concerniente al resguardo de la identidad tanto de la víctima como de sus familiares.

La notas suicidas, como fuente secundaria de información, están incluidas dentro de los documentos personales factibles de ser analizados en investigaciones psicosociales (Ander-Egg, 1995, Sierra, 2003), pues responden a la definición existente en la bibliografía al tratarse de un documento autorrevelador y productor de información, intencionada o no, que contempla la estructura, dinámica y funcionamiento de la vida mental del autor (Pérez-Serrano, 1994).

El estudio descriptivo, de tipo retrospectivo, se desarrolló bajo un modelo mixto de investigación y tuvo por objeto, en primer término, describir las características formales de los mensajes póstumos realizando un análisis de las distintas variables presentes en las notas, a través de la frecuencia de distribución de cada una de ellas. Posteriormente, las notas fueron ingresadas al software Atlas ti. 6.2, lo cual permitió el análisis del contenido de los documentos basado en la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) de Glaser y Strauss (1967), mediante la codificación y categorización de la narrativa presente en las notas. Para ello se siguió

el procedimiento de muestreo teóricamente guiado (Strauss y Corbin, 2002), basado en la comparación constante y la saturación teórica. Esta metodología permitió los primeros hallazgos de las categorías mayormente saturadas presentes en el discurso suicida.

Para efectos de asegurar la calidad del conocimiento generado y específicamente para aumentar los grados de validez, se siguió el procedimiento de triangulación de investigadores (Flick, 2004). De esta forma, el análisis del contenido de las notas efectuado por el investigador fue contrastado con la perspectiva de otros dos profesionales, capacitados en esta metodología, con respecto a su adecuación y claridad.

## RESULTADOS

Un primer acercamiento cuantitativo a la muestra hace referencia a la diferencia entre el número de casos y la cantidad de notas que componen el estudio; esta desigualdad, responde a que de los 96 suicidios que componen la muestra en estudio, en 36 casos (37,5%) los sujetos dejaron más de una nota. Respecto de la autoría de las notas de despedida, los sujetos que componen la muestra se ubican en un rango etario entre los 14 y 91 de edad (media = 44.2; Dvest = 18.5), 69 de ellos fueron hombres (71,8%), en tanto que el resto de la muestra corresponde a mujeres (21 [28,3%]).

Para una mejor caracterización de los sujetos, autores de las notas, se llevó a cabo una distinción etaria conforme a la teoría de los estadios evolutivos de Erickson (1968) como parámetro válido para tales efectos, ya utilizado en investigaciones previas (Leenaars, 1989, 1992; O'Connor, Sheehy y O'Connor, D., 1999; Ruiz, *et al.*, 2003). De esta forma, los sujetos que componen la muestra, 61 de los casos (63,5%) se ubican en el segmento etario adulto medio (26-55 años), 22 casos (22,9%) pertenecen al rango adultez tardía (56 años y más), en tanto que 7 (7,3%) y 6 (6,2%) de los casos se ubican entre las edades adulto joven (18-25 años) y adolescentes (12-17 años) respectivamente.

## CARACTERIZACIÓN DE LAS NOTAS SUICIDAS

En cuanto a las características formales de las notas suicidas, es factible señalar que éstas son escritas mayoritariamente en soporte de papel (181 [89,1%]), de las notas restantes, 18 (8,8%) se encontraban en archivos digitalizados, dos (0,8%) correspondían a rayados murales y otras dos (0,8%), a mensajes de texto encontrados en celulares. El idioma utilizado fue mayoritariamente español (198 notas, 97,5%), salvo cinco notas que fueron escritas en inglés.

**Tabla 1**

CARACTERIZACIÓN DE LAS NOTAS SUICIDAS DE SUICIDIOS REGISTRADOS EN LOS ARCHIVOS DE LA POLICÍA DE INVESTIGACIONES DE CHILE PERIODO 2010-2012

Total Notas	Autoría	Rango Etario	Distribución por Estadios de Erickson		Soporte		Destinatario Explícito	
203	Hombre 138	14-91	12-17	7	Hoja de papel	181	Familia	257
			18-25	16	Archivo digital	18	Pareja	98
	26-55		132	Mensaje celular	02	Hijo(s)	45	
	56 y más		48	Mural	02	Amigos	37	
	Mujer 65				Otro	00	No específico	85

La distribución de notas suicidas en base al rango etario de sus autores está correlacionada directamente con la proporción de sujetos que compone cada grupo. De esta forma, de las 203 notas suicidas, 132 de ellas (60%), fueron escritas por adultos cuya edad oscilaba entre los 26 y los 55 años, 48 (23,6%) fueron escritas por los adultos de mayor edad (56 años y más), 16 (7,8%) por adultos jóvenes y 7 (3,4%) por adolescentes (ver Tabla 1).

Frente a un primer examen, respecto de los destinatarios presentes en las notas póstumas, es posible señalar que un 67% de los mensajes son dirigidos explícitamente a algún miembro de la familia. De ellos, la pareja (24,39%) y los hijos (12,8%) constituyen los destinatarios de mayor recurrencia dentro de las notas. Al explorar la distribución de los destinatarios por rango etario, la pareja representa, de igual forma, la figura de mayor atención para los adolescentes (33%), los adultos jóvenes (23%) y adultos intermedios (26%), en tanto que para sujetos de mayor edad (adulthood tardía), los hijos constituyen el receptor de mayor mención (21%) (ver Tabla 1)

## CARACTERIZACIÓN DE LOS MENSAJES

Ante un primer análisis cuantitativo de las temáticas presentes en las notas suicidas, uno de los tópicos de mayor recurrencia resultó ser la solicitud de perdón y/o disculpas por el acto suicida. Esta demanda es parte fundamental del discurso presente en las mujeres que cometen suicidio (70,3%), aunque de igual forma, constituye un porcentaje importante respecto de lo que desean expresar los hombres (60,8%). La presencia de este gesto en las notas suicidas presenta una mayor frecuencia conforme aumenta la edad del grupo etario.

Las instrucciones presentes en las notas, generalmente orientadas a los detalles del funeral y/o distribución de bienes, conforman la preocupación del 62,3% de los hombres y el 48,1% de las mujeres. Relevante resulta que el 85,7% de los adultos jóvenes incluyó algún

tipo de instrucción en sus notas de despedida. Por otra parte, la inclusión de consejos dentro de los mensajes póstumos también presentó diferencias de acuerdo al rango etario. Los adultos jóvenes fue el grupo que en mayor proporción escribió recomendaciones y consejos a sus seres queridos (71,4%), en contraste con el grupo de adolescentes (16,6%) y los mayores de 56 años (18%), donde los consejos no conforman parte de las temáticas de interés incluidas en los mensajes.

En la esfera relacional, el 68,7% de los sujetos manifestó, de manera explícita, sentimientos de amor por los que quedan. Pese a esto, el 40,7% de las mujeres y el 24,6% de los hombres, refieren problemas de relaciones interpersonales como la razón manifiesta para terminar con su vida. Por otro lado, el 77,7% de las mujeres expresó sentirse incapaz de continuar viviendo en las circunstancias en las que se encontraba, sentimiento que fue expuesto de igual manera por un 55% de los hombres. Esta situación se registró en ambos sexos, principalmente asociada a rangos etarios mayores (adulthood media= 63,9%; adulthood tardía= 63,6%).

Finalmente, en cuanto a la codificación de los mensajes orientada a obtener las categorías presentes en el discurso suicida, los primeros resultados obtenidos de la muestra dan cuenta que las categorías con mayor saturación teórica se relacionan con la movilización afectiva del sujeto previa a su muerte. Esta dinámica intersubjetiva revela la importancia del Otro en la determinación del sujeto y resulta concordante con investigaciones anteriores que reportan "problemas de relaciones interpersonales" como la razón de mayor mención para cometer el acto suicida, expuesta en las notas de despedida (Ceballos-Espinoza, San Martín; Pérez-Luco, 2014; Chávez, Macías y Luna, 2011; Chávez, Macías, Palatto y Ramírez, 2004).

La codificación abierta, resultado del examen minucioso de los datos, para identificar y conceptualizar los significados que el texto contiene, permitió descubrir las unidades de análisis a las que se les asignó códigos que luego fueron comparados para elaborar,

de forma preliminar, cuatro familias de categorías: Movilización afectiva, Conflicto psíquico, Deseo y Fantasía. Esta parte del procedimiento científico se realizó bajo una triangulación de investigadores en conjunto con otros dos metodólogos, especialistas en la materia, a objeto de eliminar el sesgo potencial que proviene de una sola persona y fortalecer la confiabilidad en las observaciones.

La familia de categorías "Movilización afectiva" refiere el estado emocional y afectivo del sujeto y su relación con el entorno más cercano; comprende los afectos positivos, reflejados mediante agradecimientos y adulaciones a los cercanos, sin embargo presenta una narrativa ambivalente en la que también integra afectos negativos, traducidos en reproches por el abandono y la falta de respuesta ante demandas que no fueron escuchadas en vida. Estas recriminaciones a terceros, retornan como agresión dirigida al interior y auto-reproches, elementos que finalmente refieren conflictos relacionales y una pobre vinculación afectiva, que deriva en un sentimiento de desamparo y vacío emocional, movilizándolo hasta afectos depresivos como consecuencia de un malestar psicológico asociado a la incapacidad de goce y la consecuente pérdida del sentido de la vida. Esta desesperanza responde a la separación del objeto de deseo y la renuncia del mismo, experimentada subjetivamente como culpa, situación en la cual el sujeto idea su muerte como alternativa de escape, en un estado de desesperación que finalmente le impulsa al acto suicida.

Por su parte la familia de categoría "Conflicto psíquico", refiere el estado psicológico del sujeto momentos previos a su muerte y está conformada por aquellas categorías que dan cuenta de la victimización del sujeto, denunciando las injusticias cometidas en su contra y significando el suicidio como acto de martirio y sacrificio. Desde este lugar justifica el acto suicida producto de la incapacidad de vivir con el dolor de la pérdida del objeto de deseo. Así, la externalización de la culpa y la incapacidad de aceptar los errores, tanto por esta falta como por el acto suicida, se entremezcla con su preocupación por una imagen positiva, demostrada con palabras de arrepentimiento, sentimientos de culpa y adulaciones para los seres queridos.

La familia de categorías "Deseo" refiere aquellas pretensiones a las que aspira el sujeto y que, de cierta forma, espera se concreten a partir de su muerte. En esta narrativa expresa deseos de tipo personal, referidos principalmente a problemas no resueltos y emociones dolorosas por una pérdida y, por otro lado, deseos de tipo familiar expresados en preocupaciones por los seres queridos y solicitudes a los mismos, relativas al

fortalecimiento y perpetuidad del vínculo familiar entre los sobrevivientes. Finalmente, la familia de categorías "Fantasía suicida" da cuenta de la ilusión del sujeto a partir de su muerte y está constituida por aquellas categorías que explican el imaginario con que el sujeto tiñe el acto suicida. En su relato fantasea con la idea de marcharse del lugar que lo agobia, en busca del descanso, con la convicción que existe vida después de la muerte y que, en este nuevo lugar, existirá posibilidad cierta de reencuentro con sus seres queridos ya fallecidos.

## CONCLUSIONES

Los resultados del análisis de notas suicidas llevadas a cabo en la presente investigación responden a los objetivos planteados en el estudio. Se confirma la relevancia forense de las notas suicidas, como instrumento de apoyo ante una evaluación psicológica reconstructiva, ya que resultó ser una fuente de información útil a la hora de comprender el acto suicida desde el relato del sujeto, permitiendo con ello, una aproximación teórica al sentido y significado del fenómeno suicida.

La nota suicida surge como el último recurso para aclarar una situación emocional no tramitada simbólicamente; una deuda que, impaga, provoca un acto que de por sí resulta paradójico: morir por mano propia. Previo a su muerte el sujeto se descubre en un No Lugar, el cual le resulta insoportable de habitar; desde la demanda de ser objeto de deseo, el discurso suicida se construye a partir de la necesidad de tener un espacio dentro de la estructura. Su muerte, entonces, adquiere un doble sentido paradójico: evadir la pérdida del Otro y, al mismo tiempo, inscribirse en ese Otro; de lo que se trata finalmente es de dejar una huella que adquiere forma de ley, la mayor de la veces bajo un relato inculminatorio respecto de la muerte, acusaciones que del mismo modo se entrecruzan con elogios, consejos y adulaciones, develando la culpa presente por la determinación adoptada, de forma que el amor, el odio, el perdón y la recriminación conviven en una misma narrativa, en un discurso que resulta ambivalente y tan paradójico como la muerte misma. De esta forma, las familias de categorías movilización afectiva, conflicto psíquico, deseos y fantasías, reportadas en la presente investigación, refieren la relevancia del Otro en la determinación suicida.

Finalmente, la presente investigación permite sentar las bases orientadas a instaurar una mirada centrada en el relato del sujeto como vía para acceder, desde la evidencia empírica, al sentido y significado atribuido al acto suicida. En esta misma línea, el análisis de los resultados obtenidos permitirá identificar los temas y las

cuestiones que puedan ser útiles en la predicción del suicidio y la intervención terapéutica en poblaciones de alto riesgo. En consecuencia, se proyecta la profundización de cada una de las categorías identificadas en los mensajes póstumos y un mayor estudio respecto de las diferencias discursivas detectadas preliminarmente entre la población suicida.

## REFERENCIAS

- Ander-Egg E (1995). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires: Lumen
- Brevard A, Lester D, Yang B (1990). A comparison of suicide notes written by suicide completers and suicide attempters. *Crisis* 11(1): 7-11
- Brooke E (1976). *El suicidio y los intentos de suicidio*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- Cardona G, Ladino F (2009). Conducta suicida en la localidad de Kennedy: Análisis y estrategias de prevención desde el modelo de sobreposición de Blumenthal. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología* 10(1): 23-38
- Casullo M (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: Una urgencia social. *XII Anuario de Investigaciones*, 173-182
- Ceballos-Espinoza F, San Martín D, Pérez-Luco R (2014). Estados afectivos expresados en notas suicidas: El suicidio como acto de resistencia al abandono. Manuscrito presentado para su publicación
- Cerda P (2006). El suicidio en Nuevo León, un perfil psicosocial. *Ciencia UANL* 9(2): 116-121
- Chávez A, Macías L, Luna M (2011). Notas suicidas mexicanas. Un análisis cualitativo. *Pensamiento Psicológico* 9(17): 33-42
- Chávez A, Macías L, Palatto H, Ramírez L (2004). Epidemiología del suicidio en el Estado de Guanajuato. *Salud Mental* 27(2): 15-20
- Chávez A, Leenaars A, Chávez M, Leenaars L (2009). Suicide notes from Mexico and the United States: a thematic analysis. *Salud Pública de México* 51, 314-320
- De Zubiría M (2007). Mil motivos y tres causas del suicidio juvenil. *Fundación Universitaria Los Libertadores* 2, 11-34
- Durkheim E (2004). *El suicidio*. Buenos Aires: Editorial Losada (Trabajo original publicado en 1897)
- Erickson E (1968). *Childhood and society*. New York: W.W. Norton
- Flick U (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata
- Foster T (2003). Suicide note themes and suicide prevention. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 33(4): 323-331. doi: 10.2190/t210-e2v5-a5m0-qlju
- Freuchen A, Kjelsberg E, Lundervol A, Groholt B (2012). Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: A psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample. *Psychiatry and Mental Health* 6(1): 1-12
- García-Caballero A, Jiménez J, Fernández-Cabana M, García-Lado I (2012). Last words: An LIWC analysis of suicide notes from Spain. *European Psychiatry* 27(1): 1. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75586-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75586-4)
- Glaser B, Strauss A (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company
- Handelman L, Lester D (2007). The content of suicide notes from attempters and completers. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 28(2): 102-104. doi: 10.1027/0227-5910.28.2.102
- Ho T, Yip P, Chiu C, Halliday P (1998). Suicide notes: what do they tell us? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 98(6): 467-473. doi: 10.1111/j.1600-0447.1998.tb10121.x
- Jiménez J, García-Caballero A (2010). Características forenses, psicológicas y lingüísticas de una muestra de notas suicidas en Galicia. *Boletín Galego de Medicina Legal e Forense* 17, 31-47
- Leenaars A (1988). *Suicide notes*. New York: Human Sciences Press
- Leenaars A (1989). Suicide across the adult life-span: An archival study. *Crisis* 10(2): 132-151
- Leenaars A (1992). Suicide notes of the older adult. *Suicide Life Threatening Behavior* 22(1): 62-79. doi: 10.1111/j.1943-278X.1992.tb00476.x
- Leenaars A, Balance W (1981). A predictive approach to the study of manifest content in suicide notes. *Journal of Clinical Psychology* 37(1): 50-52
- Leenaars A, Balance W (1984a). A predictive approach to Freud's formulations regarding suicide. *Suicide Life and Threatening Behavior* 14(4): 275-283
- Leenaars A, Balance W (1984b). A predictive approach to suicide notes of young and old people from Freud's formulations with regard to suicide. *Journal of Clinical Psychology* 40(6): 1362-1364
- Leenaars A, De Wilde E, Wenckstern S, Kral M (2001). Suicide notes of adolescents: A life-span comparison. *Canadian Journal of Behavioural Science* 33(1): 47-57. doi: 10.1037/h0087127
- Leenaars A, Haines J, Wenckstern S, Williams C, Lester D (2003). Suicide Notes from Australia and the United States. *Perceptual and Motor Skills* 96, 1281-1282. doi: 10.2466/pms.2003.96.3c.1281
- Leenaars A, Sayin A, Candansayar S, Leenaars L, Akar T, Demirel B. (2010). Suicide in different cultures: A thematic comparison of suicide notes from turkey and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 41(2): 253-263
- Lester D (2008). Differences between genuine and simulated suicide notes. *Psychological Reports* 103(2): 527-528. doi: 10.2466/pr0.103.2.527-528
- Maris R (1981). *Pathways to Suicide*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press
- Movahedi S (2009). Weaponization of the body and politicization of death. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental* 12(1): 71-98
- O'Connor R, Leenaars A (2004). A Thematic comparison of suicide notes drawn from Northern Ireland and the United States. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social* 22(4): 339-347. doi: 10.1007/s12144-004-1039-5
- O'Connor R, Sheehy N, O'Connor D (1999). A thematic analysis of suicide notes. *Crisis* 20(3): 106-114
- Organization for Economic Cooperation and Development [OECD] (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: OMS
- Paraschakis A, Michopoulos I, Douzenis A, Christodoulou C, Koutsaftis F, Lykouras L (2012). Differences between suicide victims who leave notes and those who do not. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 33(6): 344-349. doi: 10.1027/0227-5910/a000150
- Payá V (2012). *El Don y la palabra. Un estudio socioantropológico de los mensajes póstumos del suicida*. México DF: Juan Pablos Editor



40. Pérez Serrano G (1994). Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Madrid: La Muralla
41. Quintanilla R, Valadez I, González de Mendoza J, Vega J, Flores L, Valencia S (2004). Tipos de personalidad y conducta suicida. *Investigación en Salud* 6, 108-113
42. Read J, Velldal E, Ovrelid L (2012). Labeling emotions in suicide notes: Cost-sensitive learning with heterogeneous features. *Biomedical Informatics Insights* 5(1): 99-103. doi: 10.4137/BII.S8930
43. Ruiz M, Dabi E, Vairo M, Matusevich D, Finkelsztejn C, Faccioli J (2003). Notas suicidas en pacientes mayores de 65 años: Estudio comparativo (datos preliminares). *Vertex* 14, 134-140
44. Shneidman E (1981). Suicide thoughts and reflections. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 11, 198-231
45. Shneidman E (1988). Some reflections of a founder. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 18(1): 1-12. doi: 10.1111/j.1943-278X.1988.tb00136.x
46. Shneidman E (1994). Comment: The psychological autopsy. *American Psychologist* 39(1): 75-76
47. Shneidman E, Farberow N (Eds.) (1957). *Clues to suicide*. New York: McGraw-Hill
48. Servicio Médico Legal (2012). Autopsias médico-legales de fallecidos por lesiones autoinfligidas intencionalmente según establecimiento médico legal, periodo 2009-2011. Oficio ordinario Nro. 1022 de fecha 22 de agosto de 2013 de la Dirección Nacional del SML. Santiago, Chile
49. Sierra R (2003). *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid: Thomson Editores
50. Strauss A, Corbin J (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia
51. Torres R (2007). Autopsia psicológica. Evaluación crítica y su aplicabilidad en el ámbito forense. *Anuario de Psicología Jurídica* 17, 111-130
52. Torres R (2010). Psicología aplicada a la investigación criminal. *Revista Estudios Policiales* 6, 29-55
53. Tuckman J, Kleiner R, Lavell M (1959). Emotional content of suicide notes. *The American Journal of Psychiatry* 116(1): 59-63
54. Van Orden K, Witte T, Cukrowicz K, Braithwaite S, Selby E, Joiner T (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review* 117(2): 575-600. doi: 10.1037/a0018697
55. Valls J (1985). Suicidio e identidad. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* 12, 29-36
56. Werlang B, Botega N (2003). A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 25(4): 212-219. doi: 10.1590/S1516-44462003000400006

## INVESTIGACIÓN

# CUESTIONARIO DE EXPLORACIÓN DE LA IDENTIDAD SEXUAL (CEIS): ANÁLISIS FACTORIAL Y ESTUDIO INICIAL DE VALIDEZ EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES CHILENAS

(Rev GPU 2014; 10; 3: 358-364)

María José León<sup>1</sup>, Sergio E. Chaigneau<sup>2</sup>, Juliana Rodríguez<sup>3</sup>, Felipe Peña<sup>4</sup>

La identidad sexual es un constructo multidimensional, pero las herramientas de medición frecuentemente lo evalúan parcialmente y no su totalidad. El propósito de este trabajo ha sido avanzar en el desarrollo del "Cuestionario de exploración de la Identidad Sexual" (CEIS), el cual es una adaptación de un cuestionario pre-existente pero que no se prestaba para la determinación de sus propiedades psicométricas. Se aplicó el CEIS a una muestra de 281 mujeres adolescentes de Santiago de Chile. Del análisis factorial de las respuestas, se identificaron 3 factores principales que se agruparon en 30 ítems y que miden aspectos de orientación sexual, identidad de género e identidad con el sexo. Con fines de verificar la validez del CEIS, los puntajes z de cada escala fueron sometidos a un Análisis de Conglomerados de K medias. Los resultados describen tres grupos de adolescentes. En dos de ellos la identidad sexual está organizada respecto de ser homosexual o heterosexual, mientras que en un tercer grupo las adolescentes no se definen ni como homosexuales ni heterosexuales, pero muestran un bajo acuerdo con el rol de género convencional. Estos resultados aportan evidencia inicial de la validez del CEIS.

---

<sup>1</sup> Escuela de Psicología Universidad Adolfo Ibáñez, mj.leon@uai.cl

<sup>2</sup> Escuela de Psicología Universidad Adolfo Ibáñez,

<sup>3</sup> Centro Integrado de Especialidades Psicológicas CIEPS

<sup>4</sup> Centro Integrado de Especialidades Psicológicas CIEPS

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, la sexualidad es una faceta central del ser humano e integra aspectos como la orientación sexual, el sexo, la identidad con el género y roles de género, el erotismo, la intimidad, el placer y la reproducción. La sexualidad se expresa y se experimenta a través de fantasías, deseo, pensamientos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, roles, prácticas y relaciones (OMS, 2010). Según Vargas-Trujillo (2007), la orientación sexual es la atracción física, erótica y romántica que se tiene hacia una persona del mismo sexo (homosexual), del otro sexo (heterosexual) o de ambos sexos (bisexual). El género es el conjunto de normas y expectativas sociales que están determinadas, en una sociedad, acerca de lo que debe hacer y ser una persona según el sexo asignado al nacer. El género se categoriza en lo femenino, lo masculino y aquello que comparte de ambas o determina un género neutro como lo es lo andrógino. El sexo se define como todas aquellas características biológicas que nos categorizan como mujer, hombre o intersexual (Vargas-Trujillo, 2007)

Por lo tanto, la identidad sexual es un constructo multidimensional (Álvarez-Gayou, 2000). De acuerdo con Campos-Arias (2010), la identidad sexual está compuesta por identidad de género, orientación sexual e identidad de rol de género, siendo las conductas sexuales una expresión observable de la sexualidad del individuo (Almonte, 2003; Gallardo y Escolano, 2009). Dado que la identidad sexual de una persona integra aspectos físicos, biológicos, cognitivos, afectivos, conductuales, morales y sociales (Klein, Sepekoff y Wolf, 1985; Horowitz y Newcomb, 2001), su medición es compleja y requiere de la exploración de cada dimensión de la identidad sexual, ya que esto permite encontrar la forma en que las personas integran aquello con lo que se identifican, aquello que les hace un sentido a la construcción y comprensión de sí mismo. A menudo, la medición de la identidad sexual ha estado restringida solo a la orientación sexual. Aunque en otros países existen instrumentos para su evaluación (Baile, 2008), en Chile no contamos con instrumentos específicos para evaluar identidad sexual de manera multidimensional, ni menos con instrumentos que tengan propiedades psicométricas conocidas.

A nivel internacional, quizá la primera escala acerca de las conductas sexuales fue la escala de Kinsey, creada en 1949. En dicho instrumento se estableció una escala de 7 grados que iban desde la absoluta heterosexualidad hasta la homosexualidad completa, pasando

por varios grados de bisexualidad (Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948; Kinsey, Pomeroy, Martin y Gebhard, 1953/1998). Posteriormente se desarrolló también la escala de autoevaluación sexual (EDAS), administrada desde 1967 y elaborada para que los sujetos homosexuales pudiesen construir su propia jerarquía de comportamientos homosexuales (Canton, 1978).

En 1985 Fritz Klein tomó como referente la escala desarrollada por Kinsey, e incorporó nuevos indicadores que permitieron definir orientación sexual, comportamiento sexual, atracción sexual, preferencias sociales y emotivas, fantasías sexuales, autoidentificación y estilo de vida (Klein, Sepekoff y Wolf, 1985). En 1990 fue publicada la escala Multidimensional de la Sexualidad de Branden, la que retomó conceptos utilizados por Klein y contrasta las categorías de bisexualidad, homosexualidad, heterosexualidad y asexualidad (Berkey, Perelman-Hall y Kurdek, 1990). Aunque las categorías de la orientación sexual (bisexual, homosexual y heterosexual) se continúan utilizando, existen investigaciones que sugieren que la orientación sexual no siempre aparece en tales categorías sino que se produce en un continuo (American Psychological Association, 2011)

Más recientemente, Lozano y Díaz-Loving (2010) se aproximaron a la evaluación de la identidad sexual a partir del modelo de Preferencia Genérica de Reisenfeld y Castañeda, y crearon una escala con polos de homosexualidad-heterosexualidad (Reisenfeld, 2006; Castañeda, 1999; 2006). Su prueba explora la manera en que las personas expresan y asumen sus conductas, deseos, fantasías y amor, hacia uno u otro sexo. Mohr y Fassinger (2000) desarrollaron una escala de medición de la identidad de lesbianas, gays y bisexuales (LGB), la cual fue revisada y adaptada el año 2011 (Mohr y Kendra, 2011).

En Chile el estudio de la identidad sexual de adolescentes ha sido abordado de manera unidimensional, abarcando principalmente la orientación sexual (esto es, con poca consideración de la identidad de género y la identidad con el sexo). Por ejemplo, Almonte y Conejero (2009) realizan un estudio donde se explora y describe la expresión de la orientación sexual en adolescentes chilenos, y en el cual se concluyó que un 9,09% de las adolescentes mujeres se declaraban no-heterosexuales.

La falta de instrumentos a nivel nacional y la relativa unidimensionalidad de las evaluaciones existentes obligan a desarrollar un instrumento de evaluación de identidad sexual que permita evaluar el concepto de forma multidimensional, favoreciendo la obtención

de resultados tanto descriptivos como comprensivos. El presente trabajo se basó en el Cuestionario de Exploración de la Identidad Sexual (CEIS), que se desarrolló originalmente para ser un instrumento clínico sin propiedades psicométricas establecidas. El CEIS fue una adaptación del Cuestionario de Orientación Sexual (COS) de Almonte-Herskovic (Almonte y Conejero, 2009). Originalmente fue elegido el COS porque era el único cuestionario disponible y además desarrollado en Chile. Dado que el instrumento CEIS será usado localmente, el criterio de desarrollo en Chile era pertinente.

## MÉTODO

En este trabajo se reporta la construcción del “Cuestionario de Exploración de la Identidad Sexual” (CEIS), su aplicación a una muestra de adolescentes, su estructura factorial, y datos que apoyan su validez concurrente.

## INSTRUMENTO

El “Cuestionario de Exploración de la Identidad Sexual” (CEIS) es una adaptación del Cuestionario de Orientación Sexual Almonte-Herskovic (Almonte y Conejero, 2009). La adaptación consideró dos fases. En una primera fase, se modifica el cuestionario original para convertirlo en un instrumento más factible de tratar psicométricamente (por ejemplo, se adaptan todas las preguntas para que pudieran ser respondidas usando una escala tipo Likert). Luego de la adaptación inicial, el instrumento quedó constituido por 53 ítems, dividido en cuatro sub-escalas preliminares: Conductas sexuales, 9 ítems; Identidad con género, 12 ítems; Orientación sexual 27 ítems; Identidad con el sexo, 5 ítems. Como se puede apreciar, para evitar la unidimensionalidad que aqueja a algunos instrumentos, en el diseño del CEIS se incluye no solamente aspectos de orientación sexual (por ejemplo, “Me enamoro de personas de mí mismo sexo”), sino que también de comportamiento (por ejemplo, “Tengo o he tenido relaciones amorosas con personas de mí mismo sexo”), de identidad con género (por ejemplo, “Actualmente realizo roles y acciones relacionados al sexo opuesto”) y de identidad con el sexo (por ejemplo, “Me gusta ser de mi sexo”).

En una segunda fase se realizó una validación por jueces expertos (todos con formación académica, conocimientos de investigación y experiencia clínica en el ámbito de la sexualidad). Los jueces debían responder una pauta de evaluación, donde se presentaba cada uno de los ítems agrupados por dimensión,

y ante lo cual debían responder si medían o no la dimensión respectiva. Considerando la evaluación de los 4 jueces expertos, se decidió eliminar del instrumento 11 ítems, considerando un 50% de desaprobación del ítem para eliminarlo. Así, el instrumento quedó compuesto por 42 ítems, distribuidos en las cuatro dimensiones preliminares. Para responder a cada ítem, un sujeto debe manifestar su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación propuesta, usando un formato tipo Likert de 5 puntos (1 = nunca, 5 = siempre). Asimismo, el CEIS incluyó un apartado de 12 preguntas demográficas, y 4 preguntas directas acerca de orientación sexual.

## PROCEDIMIENTOS

Los cuestionarios fueron administrados a adolescentes mujeres de dos establecimientos educacionales, uno de ellos de solamente mujeres y el otro mixto. Estos colegios se seleccionaron en función de la disponibilidad y aceptabilidad por parte de la dirección del colegio a participar en la investigación.

El cuestionario se administró en sala de clases bajo la supervisión del orientador del colegio, previa autorización del colegio, padres y adolescentes, mediante la firma de un Consentimiento Informado. Cada adolescente contestó de modo anónimo el CEIS, junto con el apartado de preguntas demográficas y directas acerca de orientación sexual.

## PARTICIPANTES

La muestra estuvo compuesta por 281 adolescentes, todas ellas mujeres, de la Región Metropolitana, Santiago de Chile, de nivel socioeconómico medio, pertenecientes a liceos de alta exigencia académica. Debido a que la edad fue registrada sólo como un rango, no fue posible calcular una media y desviación estándar en forma precisa. Sin embargo, es posible indicar que un 65,5% de las adolescentes tenían entre 15 y 16 años, y que la edad mínima estuvo entre los 13 y 14 años, mientras que la máxima estuvo entre los 19 y 20. Al momento del estudio, un 57,2% de las encuestadas vivía con sus padres, un 25,9% con la madre y el porcentaje restante (16,9%) con otros familiares. De las encuestadas, un 87,6% se declaraba creyente en alguna religión, y de este porcentaje un 57,4% indicaba no ser practicante, mientras que un 30,2% se consideraba creyente y practicante. Un 34,3% de las encuestadas refirió haber tenido relaciones sexuales. De ellas, un 28,6% tuvo su primera relación sexual entre los 13 a 14 años, y un 59,3% entre los 15 y 16 años.

**Tabla 1**  
ANÁLISIS FACTORIAL CEIS: MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS  
(se indican sólo cargas factoriales > 0,3.)

	1	2	3
35. Fantaseo con besos y caricias con personas de mi mismo sexo	0,924		
31. Fantaseo sexualmente con personas de mi mismo sexo	0,899		
27. He tenido experiencias homosexuales	0,897		
17. Me excito con personas de mi mismo sexo	0,896		
19. Me enamoro de personas de mi mismo sexo	0,884		
21. Tengo o he tenido relaciones amorosas con personas de mi mismo sexo	0,875		
13. Siento atracción sexual por personas de mi mismo sexo	0,864		
33. Fantaseo con tener relaciones sexuales con personas de mi mismo sexo	0,857		
37. Fantaseo con imágenes de cuerpos desnudos de personas de mi mismo sexo	0,852		
15. Busco gratificación (satisfacción) sexual en personas de mi mismo sexo	0,828		
20. Me enamoro de personas del sexo opuesto	-0,736		
14. Siento atracción sexual por personas del sexo opuesto	-0,621	0,427	
22. Tengo o he tenido relaciones amorosas con personas del sexo opuesto	-0,432	0,392	
12. Actualmente realizo roles y acciones relacionados al sexo opuesto			
34. Fantaseo con tener relaciones sexuales con personas del sexo opuesto		0,801	
32. Fantaseo sexualmente con personas del sexo opuesto		0,775	
18. Me excito con personas del sexo opuesto		0,733	
36. Fantaseo con besos y caricias con personas del sexo opuesto		0,69	
38. Fantaseo con imágenes de cuerpos desnudos de personas del sexo opuesto		0,643	
16. Busco gratificación (satisfacción) sexual en personas del sexo opuesto	-0,402	0,623	
2. Entre los 3 y 5 años jugaba con juguetes del sexo opuesto		0,514	
4. Entre los 6 y 10 años jugaba con juguetes del sexo opuesto		0,49	
8. Entre los 6 y 10 años jugaba con niños del sexo opuesto		0,351	
6. Entre los 3 y 5 años jugaba con niños del sexo opuesto		0,331	
1. Entre los 3 y 5 años jugaba con juguetes de mi mismo sexo			0,698
9. Entre los 3 y 5 años me vestía con ropa correspondiente a mi sexo			0,662
3. Entre los 6 y 10 años jugaba con juguetes de mi mismo sexo			0,627
5. Entre los 3 y 5 años jugaba con niños de mi mismo sexo			0,606
7. Entre los 6 y 10 años jugaba con niños de mi mismo sexo			0,598
11. Actualmente realizo roles y acciones relacionados con mi propio sexo			0,506
10. Entre los 3 y 5 años me vestía con ropa correspondiente al sexo opuesto			-0,458
29. Me gusta ser de mi sexo			0,420
30. Me agrada tener mis genitales			0,375
28. Deseo ser y tener el sexo opuesto			

## RESULTADOS

### Análisis factorial

Sólo se usaron datos de 34 de los 42 ítems del instrumento. Ocho ítems se eliminaron del análisis debido a que eran condicionales a las respuestas de otros ítems, por lo que no todas las participantes los contestaron. Así, sólo se conservaron para el análisis los 34 ítems que

se contestaban independientes unos de otros. Las respuestas de las 281 participantes para estos 34 ítems del CEIS fueron sometidas a un Análisis Factorial exploratorio con extracción de componentes principales. El gráfico de sedimentación sugería una solución de 4 factores (56,5% de la varianza), pero por consideraciones de interpretabilidad y tamaño de las escalas, se opta por una solución de sólo 3 factores (50,7% de la varianza). Los 3 factores seleccionados fueron sometidos a rotación

**Tabla 2**  
ANÁLISIS DE CONGLOMERADOS PARA CEIS USANDO LOS PUNTAJES Z COMO DATOS  
(N: 227)

	Conglomerado 1	Conglomerado 2	Conglomerado 3
Escala fantasía/conducta homosexual	-0,35	2,73	-0,16
Escala fantasía/conducta heterosexual	0,30	-0,89	-0,85
Escala acuerdo con género	0,36	-0,51	-1,15

Análisis de Conglomerados para 227 participantes. Se han utilizado los puntajes z como datos. Se puede apreciar que la diferencia entre los conglomerados radica en que el Conglomerado 1 agrupa a adolescentes que tienen un puntaje sobre la media en la escala Acuerdo con Género y en la escala de Fantasía y Conducta Heterosexual, mientras el Conglomerado 2 tiene un puntaje claramente sobre la media en la escala de Fantasía y Conducta Homosexual. Por contraste, el Conglomerado 3 tiene puntajes negativos en todas las escalas, pero claramente más negativo que los otros dos conglomerados en la escala de Acuerdo con Género.

varimax y se conservaron sólo los ítems con cargas factoriales mayores que  $\pm 0,3$ . Como se puede apreciar en la Tabla 1, sólo 2 ítems del CEIS original no cargaron en alguna de las escalas. Las cargas factoriales luego de la rotación se pueden ver en la Tabla 1.

El Factor 1 (30,4% de la varianza) agrupó a los ítems que preguntaban por fantasía o conducta homosexual. El Factor 2 (11,9% de la varianza) agrupó a los ítems que preguntaban por fantasía o conducta heterosexual. El Factor 3 (8,4% de la varianza) agrupó a los ítems que preguntaban por acuerdo o desacuerdo con el género. Extrañamente, los ítems 2 y 4, que preguntaban por "jugar con juguetes correspondientes al sexo opuesto" durante la infancia, cargaron positivamente en el factor de fantasía y conducta heterosexual (ver Tabla 1). Dado que estas cargas no tienen sentido conceptual, se eliminan ambos ítems de la correspondiente Escala 2. Así, la Escala 1 quedó formada por 13 ítems, la Escala 2 por 8 ítems, y la Escala 3 por 9 ítems. Para realizar análisis reportados a continuación, simplemente se calcula el puntaje (como un promedio) de cada participante para cada una de las 3 escalas derivadas del Análisis Factorial, y luego se expresan como un puntaje z.

## VALIDEZ DE CONCURRENTE

Para tener un criterio de validez se comparan los resultados del CEIS con las respuestas de las participantes a las preguntas directas de orientación sexual. Esperábamos que las respuestas a las preguntas directas fueran coherentes con los resultados del CEIS. Para este efecto, los puntajes z en las 3 escalas fueron sometidos a un Análisis de Conglomerados de K medias, fijando en número de conglomerados en 3. Para este análisis sólo se pudieron usar 227 de los 281 cuestionarios originales.

Los centros de los conglomerados se estabilizaron luego de 7 iteraciones y pueden observarse en la Tabla 2. Luego de obtener los conglomerados, estos grupos fueron comparados respecto de la forma en que contestaron las 4 preguntas directas sobre orientación sexual, para ver si se conformaba un panorama coherente sobre los posibles cursos de desarrollo de la identidad sexual.

Debido a que este análisis se realizó sobre los puntajes z, los conglomerados son fácilmente interpretables. Recuérdese que el signo del puntaje z indica si está por debajo o por sobre la media de la escala. El primer conglomerado correspondió a niñas de identidad de sexo acorde a su sexo biológico, fantasías y conductas heterosexuales y conformidad con los roles género que socialmente se esperan asociados a su sexo. Este grupo tenía puntaje z negativo en la escala 1 de fantasía o conducta homosexual, puntaje positivo en la escala 2 de fantasía o conducta heterosexual, y un puntaje positivo en la escala 3 de identidad con género (esto es, tendían a informar acuerdo con su género). Este primer conglomerado agrupó a 165 de las 227 niñas (73%).

El segundo conglomerado correspondió a niñas cuyas respuestas se caracterizaban por informar fantasías y comportamientos homosexuales. Este grupo tenía un puntaje positivo y claramente más alto que el de los otros conglomerados en la escala 1 de fantasía o conducta homosexual y puntajes negativos en la escala 2 de fantasía y conducta heterosexual y en la escala 3 de acuerdo con el género. Este segundo conglomerado agrupó a 25 de 227 niñas (11%).

El tercer conglomerado correspondió a niñas cuyas respuestas indicaban un desacuerdo respecto a su género, pero sin que esto se reflejara en fantasías y comportamientos homosexuales. Este grupo tenía puntajes negativos en ambas escalas de fantasía y conducta

**Tabla 3**  
RESPUESTAS DE AUTORREPORTE SOBRE ORIENTACIÓN SEXUAL SEGÚN CONGLOMERADOS DEFINIDOS (227)

Pregunta	Alternativas	Conglomerados: %		
		1	2	3
Me defino como Heterosexual	Bajo	9	88	35
	Medio	1	4	0
	Alto	90	8	65
Me defino como Homosexual	Bajo	99	44	100
	Medio	0	20	0
	Alto	1	36	0
Me defino como Bisexual	Bajo	95	44	92
	Medio	1	12	3
	Alto	4	44	5
Me siento diferente a los demás en cuanto a mi orientación sexual	Bajo	86	40	76
	Medio	7	20	3
	Alto	7	40	21

sexual (escalas 1 y 2), pero un puntaje claramente más negativo que el de los otros conglomerados en la escala 3 de acuerdo con género. Este tercer conglomerado agrupó a 37 de las 227 niñas (16%).

Para investigar la validez de los conglomerados obtenidos a partir de los puntajes factoriales, se cruzó esta información con las respuestas de la muestra a 4 preguntas explícitas acerca de orientación sexual que habían sido recogidas junto con las respuestas al CEIS. Este análisis reflejó diferencias enteramente consistentes con las descripciones elaboradas más arriba para los tres conglomerados, aportando evidencia de la validez del CEIS. El detalle de las diferencias puede observarse en la Tabla 3. En lo sustancial, las niñas del conglomerado 1 (el grupo mayoritario con un patrón de respuestas normativo en el CEIS) tendieron mayoritariamente a responder que no tenían inseguridad sobre su orientación sexual y que eran heterosexuales. En el extremo opuesto, las niñas del conglomerado 2 (el grupo con puntaje alto en el factor de fantasía y conducta homosexual) tendieron a responder que no tenían inseguridad sobre su orientación sexual pero que se definían como bisexuales. En contraste con estos dos grupos, las niñas del conglomerado 3 (el grupo con puntaje negativo en el factor de identidad de rol de género) no se definían ni como bisexuales ni como homosexuales, pero no estaban tan seguras de definirse como heterosexuales. Aunque el método de análisis elegido no permite calcular un índice de validez, los resultados son enteramente indicativos de la validez concurrente del instrumento.

Porcentajes de 3 categorías de respuesta (bajo, medio, alto) para 4 preguntas de autorreporte sobre orientación sexual para los 3 conglomerados (1 = niñas del grupo de identidad sexual normativa; 2 = niñas del grupo con puntaje alto en la escala de fantasía y conducta homosexual; 3 = niñas con puntaje negativo en la escala de acuerdo con género). Se aprecia que en el conglomerado 2 hay un 88% de las niñas que no se definen como heterosexuales, y alrededor de un 50% que se definen como homosexuales o bisexuales en un grado medio o alto. En contraste, en el conglomerado 3, la gran mayoría no se define como bisexual o como homosexual, pero hay un 35% que declara bajo acuerdo con definirse como heterosexual.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue estudiar la estructura factorial del Cuestionario de Exploración de la Identidad Sexual (CEIS), y obtener evidencia inicial de su validez. Tener un instrumento con características psicométricas conocidas permitirá a los especialistas utilizarlo en la investigación psicológica y en la práctica clínica.

El Análisis Factorial de las respuestas otorgadas por las participantes sugirió una solución de 3 factores que explicaban un 50,7% de la varianza. El primer factor de "fantasía y conducta homosexual", explicó el 30,4% de la varianza y agrupó a 13 ítems. El segundo factor de "fantasía y conducta heterosexual", explicó el 11,9% de la varianza y agrupó a 8 ítems. El tercer factor

de "acuerdo con el género", explicó el 8,4% de la varianza y agrupó a 9 ítems. Finalmente, el instrumento queda constituido por 30 ítems.

Para obtener información sobre la validez del instrumento se compararon los resultados del CEIS con las respuestas de las participantes a preguntas directas sobre su orientación sexual. Para esto se calculó los puntajes factoriales de 212 participantes, y se someten a un Análisis de Conglomerados de K medias. Los resultados revelaron tres grupos de adolescentes cuyos puntajes factoriales indicaban: (1) un grupo ampliamente mayoritario que se puede describir como con una identidad con la orientación sexual heterosexual, y dos grupos minoritarios que podíamos describir respectivamente como (2) con una identidad con la orientación sexual homosexual o bisexual y (3) con un desacuerdo relativo a los roles de género culturalmente asignados. Consistentemente con lo anterior, las respuestas a las preguntas explícitas sobre identidad sexual revelaron que el grupo 1 tendía a autodefinirse como heterosexual, el grupo 2 tendía claramente a definirse como no heterosexual y mayoritariamente como homosexual o bisexual, mientras que el grupo 3 tendía muy mayoritariamente a clasificarse como no homosexual ni bisexual pero con una proporción importante que tendía a clasificarse como no-heterosexual. Se cree a partir de esto que la gran consistencia entre los resultados del CEIS y las preguntas de autodefinición son evidencia convincente de la validez del instrumento.

Aunque el CEIS ya puede ser usado con fines clínicos, resta todavía desarrollar más el instrumento e incluir una mayor número de variables. En el futuro inmediato se espera obtener una mejor medida de su validez, correlacionando los resultados con sintomatología ansiosa (y de otros tipos) que teóricamente debería estar asociada con identidad homosexual. Teniendo en cuenta lo anterior, se puede identificar que el estrés de minoría es uno de los causantes de ansiedad, depresión e intento de suicidio (Kelleher, 2009). Adicionalmente, se espera aplicar el instrumento con sus 30 ítems a una muestra más numerosa y representativa para desarrollar normas que permitan una mejor interpretación de los resultados para el uso clínico. Finalmente, aplicar el CEIS a otros grupos sociales probablemente requerirá adaptaciones. El instrumento fue administrado a población de mujeres adolescente de nivel socioeconómico medio de la ciudad de Santiago, pero es deseable ampliar su uso a población de varones adolescentes, adulta, a otros niveles socioeconómicos y a otros grupos culturales.

## REFERENCIAS

1. Almonte C (2003). Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. Santiago: Editorial Mediterráneo
2. Almonte C, Conejero J (2009). Desarrollo de la orientación sexual en adolescentes de 16 a 18 años de ambos sexos de Santiago de Chile: Estudio Exploratorio. *Revista Chilena Neuropsiquiatría* 47, 201-208
3. Álvarez-Gayou JL (2000). Homosexualidad. En: McCary JL, McCary S, Álvarez-Gayou JL, Del Río C, Suárez JL (Eds). *Sexualidad Humana de McCary*. (pp. 295-312). México: Manual Moderno
4. American Psychological Association (2011). *The Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*, Washington, DC: USA
5. Baile JI (2008). *Estudiando la homosexualidad: Teoría e Investigación*. Madrid: Ediciones Pirámide
6. Berkey B, Perelman-Hall T, Kurdek L (1990). The Multidimensional Scale of Sexuality. *Journal of Homosexuality*, 19, 67-87
7. Campos-Arias A (2010). Essential aspects and practical implications of sexual identity. *Colombia Médica* 41, 179-185
8. Canton A (1978). Escala de Autoevaluación Sexual. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Colombia 10, 267-270
9. Castañeda M (1999). *La experiencia homosexual*. México: Paidós
10. Castañeda M (2006). *La nueva homosexualidad*. México: Paidós
11. Cormier-Otaño y Davies (2012). *Terapia con diversidades sexuales y de género*
12. Recuperado de: [http://www.pinktherapy.com/Portals/0/Downloadables/Translations/E\\_GSDT.pdf](http://www.pinktherapy.com/Portals/0/Downloadables/Translations/E_GSDT.pdf)
13. Gallardo F, Escolano V (2009). Informe Diversidad Afectivo-Sexual en la Formación de Docentes. Evaluación de Contenidos LGTB en la Facultad de C.C.E.E. de Málaga. Málaga: CEDMA
14. Horowitz JL, Newcomb MD (2001). A multidimensional approach to homosexual identity. *Journal of Homosexuality* 42, 1-19
15. Kelleher C (2009). Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Counselling Psychology Quarterly* 22, 373-379
16. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE (1948/1998). *Sexual Behavior in the Human Male*. Bloomington: Indiana University Press
17. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH (1953/1998). *Sexual Behavior in the Human Female*. Bloomington: Indiana University Press
18. Klein F, Sepeckoff B, Wolf TJ (1985). Sexual orientation: A multivariable dynamic process. *Journal of Homosexuality* 11, 35-49
19. Lozano I, Díaz-Loving R (2010). Medición de la identidad sexual en México. *Revista Puertorriqueña de Psicología* 21, 133-154
20. Mohr J, Fassinger R (2000). Measuring dimensions of lesbian and gay male experience. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 33, 66-90
21. Mohr J, Kendra M (2011). Revision and extension of a multidimensional measure of sexual minority identity: The Lesbian, Gay, and Bisexual Identity Scale. *Journal of Counseling Psychology* 58(2): 234-245
22. OMS. *Developing sexual health programmes: a framework for action*, 2010. Génova: Suiza
23. Recuperado de: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/index.html)
24. Reisenfeld R (2006). *Bisexualidad: entre la homosexualidad y la heterosexualidad*. México: Paidós
25. Vargas Trujillo E (2007). *Sexualidad... mucho más que sexo. Una guía para mantener una sexualidad saludable*. Bogotá: Uniandes - Cesó - Departamento de Psicología, Universidad de Los Andes