



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 4 DICIEMBRE 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)

**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

**Psicopatología:** Hernán Silva

**CUERPO EDITORIAL**

Jorge Acevedo	Francisco Bustamante	Juan Francisco Jordán	Jaime Santander
Julia Acuña	Patricia Cordella	Eduardo Llanos	André Sassenfeld
Claudia Almonte	Susana Cubillos	Felipe Martínez	Catalina Scott
Juan Carlos Almonte	Guillermo de la Parra	Juan Carlos Martínez	Hernán Silva
M. Luz Bascañán	Michele Dufey	César Ojeda	Jaime Silva
Sergio Bernales	Ramón Florenzano	Gricel Orellana	Benjamín Vicente
Alberto Botto	Juan Pablo Jiménez	Sandra Saldivia	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

---

## 370 EDITORIAL

- 370 ¡A LOS SUJETOS MISMOS!  
*Alberto Botto*

## 372 ACADÉMICAS

- 372 17th INTERNATIONAL CONFERENCE ON PHILOSOPHY,  
PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY. FRUTILLAR, OCTUBRE DE 2015

## 373 COMENTARIO DE LIBROS

- 373 LA PÉRDIDA DE LA EVIDENCIA NATURAL: UNA CONTRIBUCIÓN  
A LA PSICOPATOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA  
Autor: Wolfgang Blankenburg  
Traducción: Otto Dorr y Elvira Edwards  
Ediciones Universidad Diego Portales, 2014  
*Comentarista: Ramón Florenzano*

- 376 EL (IM)POSIBLE PROCESO DE DUELO. FAMILIARES DE  
DETENIDOS DESAPARECIDOS, VIOLENCIA POLÍTICA,  
TRAUMA Y MEMORIA  
Autora: María Isabel Castillo Vergara  
Editorial: Ediciones Universidad Alberto Hurtado  
Colección Psicología, Santiago Chile, 2013  
*Comentarista: Catalina Scott*

- 378 LA PLASTICIDAD EN ESPERA  
Autor: Catherine Malabou  
Editorial: Palinodia, Santiago, 2010  
*Comentarista: Hernán Villarino*

## 380 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS

## 382 COLUMNAS DE OPINIÓN

- 382 LEOPOLDO MARÍA PANERO  
*Hernán Villarino*

## 384 ENTREVISTA DE GPU

- 384 POR EL REENCUENTRO ENTRE FILOSOFÍA Y NEUROCIENCIAS.  
ENTREVISTA A CATHERINE MALABOU

## 390 ENSAYO

- 390 ¿QUÉ ES SEMIOSIS?  
*Patricia Cordella*

- 395 LA GUERRA, FREUD, EL FIN DE LA HISTORIA  
Y LA NECESIDAD DE DIOS  
*Javier Barría*

## 401 FILOSOFÍA

- 401 ORIGEN Y MODOS DE ASUMIR LA FILOSOFÍA  
*Jorge Acevedo Guerra*

## 410 REVISIÓN

- 410 EXPERIENCIAS TEMPRANAS DE ESTRÉS PSICOSOCIAL EN LA  
NIÑEZ Y ADOLESCENCIA Y LA ASOCIACIÓN CON SALUD GENERAL  
Y SALUD MENTAL  
*Macarena Pi Davanzo*

## 419 PSICOANÁLISIS

- 419 PSICOANALISTAS TRAS EL ESPEJO: LA PRÁCTICA  
PSICOTERAPÉUTICA MODIFICADA POR LA EXPERIENCIA  
*Josefina Figueroa y Lorena Seeger*

- 427 TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE: CLAVES DE  
LECTURA DESDE LA TEORÍA ANALÍTICA DE C.G. JUNG  
*Matías Méndez*

## 437 PSICOTERAPIA BUDISTA

- 437 EL BUDA SENTIENTE  
*David Brazier*

## 443 PSICOTERAPIA Y LITERATURA

- 443 PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FERNANDO PESSOA,  
ENCUENTROS Y DIÁLOGOS  
*Álvaro Wolfenson*

## 451 PRÁCTICA CLÍNICA

- 451 EVALUACIÓN Y MANEJO DE PACIENTES CON SÍNTOMAS FÍSICOS  
SIN EXPLICACIÓN MÉDICA: ACEPTAR EL SUFRIMIENTO Y  
SUPERAR LA FRUSTRACIÓN  
*Angélica Vargas y Maritza Bocic*

- 458 PERSONAS TRANSEXUALES Y DISCURSOS ACERCA DE LO TRANS:  
DESAFÍOS A LA CLÍNICA PSICOLÓGICA  
*Cristián Bosco, Tomás Cano, Tomás Ojeda y Jacqueline Serra*

## 468 INVESTIGACIÓN

- 468 MUJERES INCENDIARIAS: UN ESTUDIO EN POBLACIÓN CHILENA  
*Rodrigo Dresdner Cid, Anakena Ibaceta Díaz*

## ¡A LOS SUJETOS MISMOS!

Alberto Botto

Durante los últimos años las intervenciones psicoterapéuticas basadas en el modelo de la mentalización han adquirido notoriedad debido a sus buenos resultados –avalados, por supuesto, por la investigación empírica– pero, sobre todo, porque su entrenamiento carece de las complejidades de otros tipos de tratamientos (como la formación teórica, la supervisión y la psicoterapia personal en el caso del psicoanálisis) lo que lo hace (relativamente) más sencillo y, además, breve, dos atributos altamente valorados por el “mercado de las psicoterapias”, pero que, como veremos, también pueden –y exigen– ser cuestionados. Posiblemente el aporte más relevante de este enfoque se encuentre en la elaboración de un modelo de tratamiento que ha mostrado ser efectivo en una serie de cuadros clínicos (desde la depresión y el autismo hasta los trastornos de la personalidad) sin soslayar una sólida base conceptual fundamentada en la teoría del apego, la cognición social y la regulación del estrés, todo esto enriquecido por una mirada que integra el desarrollo psicológico y la personalidad. La mentalización ha sido definida como la capacidad de percibir e interpretar la conducta humana (propia y de los demás) en términos de estados mentales intencionales tales como necesidades, deseos, sentimientos, creencias y propósitos (Fonagy, Bateman y Luyten, 2012). Esto implica, necesariamente, tener conocimiento de la experiencia personal (subjetiva, en primera persona) y de la de otro. No solo de su relato, que sería el equivalente de un *dato* (objetivo, en tercera persona), sino de una experiencia esencialmente *intersubjetiva*. Por lo tanto, si la mentalización es la capacidad de “entender a otro”, ¿no estamos hablando sencillamente de lo que significa conocer a otro sujeto? ¿Y qué significa realmente

conocer a otro? A simple vista pareciera una obviedad, pero lo cierto es que estas preguntas han sido fuente de estudio –y de una larga controversia– desde mucho antes que surgiera el concepto de mentalización en la práctica clínica. Términos como “empatía” o “simpatía”, que aluden a esta experiencia, hoy, en medio de tanta búsqueda de novedad, lamentablemente han caído en desuso. A modo de ejemplo quisiera mencionar dos obras cuyos autores, herederos de la corriente fenomenológica, contribuyeron de manera sobresaliente al esclarecimiento de la intersubjetividad; curiosamente, dos pensadores que no aparecen citados en ninguno de los textos más importantes dedicados a la psicoterapia basada en la mentalización. Me refiero a Edith Stein y Max Scheler.

El primer estudio fenomenológico de la empatía corresponde a la tesis doctoral de Stein (2004), que fue dirigida por Edmund Husserl. Su trabajo intenta responder la pregunta acerca de la manera en que experimentamos la conciencia y el vivenciar ajenos, es decir: “¿cómo se realiza en un individuo psicofísico la experiencia de otros individuos semejantes?”. A los modos del darse en la propia conciencia las vivencias de otro sujeto, a ese acto de aprehensión del vivenciar ajeno, Stein lo denomina *empatía*. Por su parte, teniendo como fondo la preocupación por la ética y el estudio de los valores, Max Scheler explora los procesos mediante los cuales se nos hacen comprensibles las vivencias de otros. A diferencia de la mera “imitación”, el “contagio afectivo” o la “empatía proyectiva”, distingue el fenómeno de la “simpatía” que consiste en comprender al otro sintiendo lo mismo que el otro. La simpatía implica la *intención* de sentir pena o alegría por la vivencia del otro, está dirigida a ella en cuanto sentir y no solo como

un juicio acerca del estado emocional ajeno; en otras palabras, la simpatía representa el sentir de otro como función afectiva misma. Y allí radica también su capacidad terapéutica. De hecho, según Scheler, “Lo que el «psicoanálisis» puede albergar en sí de fuerza curativa no descansa en la mera restauración del recuerdo de lo reprimido, ni tampoco en la reacción desviadora, sino en este *vivir lo mismo que otro*”.

En nuestro oficio como psiquiatras y psicoterapeutas se nos impone la tarea de conocer a otras personas: sus deseos, sus temores, sus intenciones. “Nos están dados –afirmará Stein– sujetos ajenos y sus vivencias”... “Pero el cometido próximo es considerarlo en sí mismo e investigar su esencia”. ¿Y de qué manera? Mediante la “reducción fenomenológica”. Nuestra primera responsabilidad, por lo tanto, es partir desde la experiencia subjetiva que alguien nos comunica. Y desde allí elaborar aquello que posteriormente llegará a constituir un diagnóstico y, desde luego, también

un tratamiento. Conocer a otro es conocer su historia, una historia narrada cuyo relato podrá ser fuente de múltiples interpretaciones. Sin embargo, para hacerlo se requiere tiempo, dedicación y método. Eso, en parte, es lo que nos enseña la fenomenología. Por lo mismo, parafraseando la tantas veces citada exclamación de Husserl, no podemos olvidar que nuestro trabajo clínico consistirá siempre en ir (y volver) ¡a los sujetos mismos!

## REFERENCIAS

1. Fonagy P, Bateman A, Luyten P. (2012) Introduction and overview. En: A Bateman, P Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (First ed., pp. 3-42). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing Inc.
2. Scheler M. (2005) *Esencia y formas de la simpatía*. Salamanca: Sígueme. [Edición original de 1923]
3. Stein E. (2004) *Sobre el problema de la empatía*. Madrid: Trotta. [Edición original de 1917]

# ACADÉMICAS

2nd announcement  
International Conference  
International Network for Philosophy and Psychiatry  
INPP 2015

# 17<sup>TH</sup> / INTERNATIONAL CONFERENCE ON PHILOSOPHY, PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY

*Why do humans become mentally ill?  
Anthropological, biological and cultural vulnerabilities of mental illness*

## CONFIRMED SPEAKERS:

Otto Dörr, Chile • Thomas Fuchs, Germany • Agustín Ibáñez, Argentina • Leonor Irrarázaval, Chile • Bill Fulford, United Kingdom • Juan José López-Ibor, Spain • Hans-Jürgen Möller, Germany • Virginie Palette, France • Héctor Pelegrina, Spain • Graciela Rojas, Chile • John Sadler, United States • Giovanni Stanghellini, Italy

## DATE:

**29-31  
OCTOBER  
2015**

## HOSTING ORGANIZATION:

Centro de Estudios de Fenomenología y  
Psiquiatría, Universidad Diego Portales,  
Santiago, Chile

## ACADEMIC SPONSORSHIP:

Royal College of Psychiatrists RCPsych  
/ Philosophy Special Interest Group  
European Psychiatric Association EPA /  
Philosophy and Psychiatry section  
World Psychiatric Association WPA /  
Section of Philosophy and Humanities  
in Psychiatry

## VENUE:

Teatro del Lago, Frutillar, Chile  
[www.teatrodellago.cl](http://www.teatrodellago.cl)

## OFFICIAL LANGUAGE:

English  
(simultaneous Spanish translation)

## CONTACT:

[centrodefenomenologia@mail.udp.cl](mailto:centrodefenomenologia@mail.udp.cl)

## WEB PAGE:

[www.inpp2015.com](http://www.inpp2015.com)  
(public access October 2014)



CENTRO DE ESTUDIOS  
DE FENOMENOLOGÍA  
Y PSIQUIATRÍA **udp**

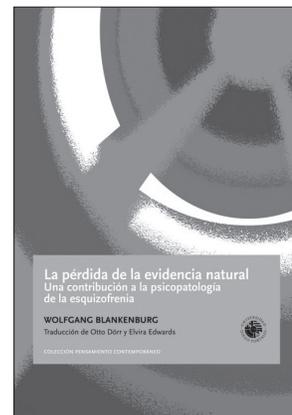


# LA PÉRDIDA DE LA EVIDENCIA NATURAL: UNA CONTRIBUCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA

**Autor:** Wolfgang Blankenburg

**Traducción:** Otto Dörr y Elvira Edwards  
Ediciones Universidad Diego Portales, 2014

(Rev GPU 2014; 10; 4: 373-375)



**Ramón Florenzano**

Este importante libro del eminente psiquiatra y psicopatólogo alemán, profesor de Psiquiatría en las Universidades de Heidelberg y Marburg, fallecido en 2002, es una traducción hecha por Otto Dörr y Elvira Edwards, publicada en alemán ya en 1971, pero inexistente en castellano hasta ahora. Esta obra es muy contemporánea, al presentar muchos de los dilemas de la psiquiatría actual. Blankenburg fue uno de los más señeros exponentes de la así llamada “Nueva Psiquiatría alemana”. En nuestro medio solo en las últimas décadas se han estudiado más sistemáticamente nuevos conceptos como las psicosis cicloides de Leonhard, las aproximaciones a la personalidad premórbida de las depresiones unipolares de Tellenbach, o la cuidadosa descripción e interpretación de las esquizofrenias oligosintomáticas como la expuesta por Blankenburg en este texto.

El intento de Blankenburg es osado, al intentar iluminar temáticas que han sido debatidas hoy por más de una centuria. El autor usa una combinación de aproximaciones, desde la fenomenología, con recuentos cuantitativos de la frecuencia de los casos estudiados por él. Se centra en un caso clínico, que diagnostica como forma oligosintomática de esquizofrenia, el caso

Ana Rau, una paciente hospitalizada por un grave intento suicida en 1964, y a la cual siguió hasta su muerte, por suicidio, cuatro años después. La aproximación desde la antropología fenomenológica la hace alrededor de un concepto en el que usa el nombre acuñado por Juana, el de “Pérdida de la Evidencia Natural”, mientras que la aproximación empírica cuantitativa la centra en separar, de un universo de 405 casos estudiados en su clínica con el diagnóstico de Esquizofrenia, los 29 casos que presentaban el síndrome antedicho. En un buen número de estos 29 casos el diagnóstico de tipo de esquizofrenia correspondía al de hebefrenia, y en un tercio adicional a un cuadro residual, defectual, o forma simple de la enfermedad.

El tema de la “evidencia natural” tiene una base filosófica importante: el autor la liga por una parte con el concepto, que enuncia en inglés, del *common sense*, cuando la paciente alude a la falta de base que la separa del resto de las personas, al sentir que cosas que son autoevidentes para sus cercanos, especialmente sus padres, a ella le faltan: las rutinas cotidianas, el obtener y el mantener un trabajo le son difíciles. El término “sentido común” tiene un sentido coloquial o habitual distinto al técnico en psicología de las facultades

anglosajona. El mismo autor cita la primera acepción en la definición kantiana de *sensus communis*, el sentido que comparte una comunidad, versus la función sintética que agrupa una percepción intersensorial, que integra sensopercepciones visuales, auditivas y kinestésicas, de un objeto del mundo real. La palabra natural puede también ser vista como naturaleza en el sentido filosófico del término, o en el sentido de natural-biológico, que es el uso más frecuentemente en nuestros días.

La aproximación de Blankenburg en este libro se inscribe en el interés del periodo final del siglo pasado por estudiar la historia de la psiquiatría combinando métodos históricos modernos con concepciones filosóficas propias de la edad en la cual la psiquiatría surge como subespecialidad de la medicina clínica y de la neurología. Germán Berríos ha desarrollado esta área sistemática en la por él denominada "Escuela de Cambridge", que desarrolla *in extenso* en su *Historia de los Síntomas Psiquiátricos*<sup>1</sup>. Afirma Blankenburg que las exploraciones clásicas acerca de lo central en la esquizofrenia se centran en las formas productivo-paranoides de la enfermedad. Su aproximación, que también se centra en preguntar por la perturbación fundamental de la esquizofrenia, la focaliza en la falta o carencia axial, que, tal como Conrad, focaliza en lo que este llama "perdida de potencial!". Esta pérdida se ve mejor en las formas residuales o en los síntomas negativos de la condición.

La aproximación fenomenológica, más que en la fenomenología psiquiátrica al modo de Jaspers, que para el autor es más bien una psicopatología descriptiva que fenomenología en el sentido de Husserl, busca a través del conocimiento intuitivo del fenómeno mórbido determinar la pérdida desde una perspectiva antropológica. Para las formas delirantes y paranoides este enfoque se encuentra ya en Jung, cuando dice que el delirio es una anomalía de la intuición, o en Mayer Gross, que lo define como un caso patológico de creencia. Zutt habla de *pérdida de la confianza*.

En otro lugar hemos señalado cómo las características del pensamiento de diversas zonas geográficas determinan su aproximación a lo psicopatológico. La tensión franco-alemana ha sido una constante en la historia europea desde las Guerras Napoleónicas hasta avanzados nuestros días. La psiquiatría surge como especialidad independiente en ese contexto. Un ejemplo, no desde la tradición psicopatológica sino

psicodinámica, es cómo la formación de Freud en Francia inspiró profunda desconfianza acerca de sus ideas cuando volvió a Viena. Esta tensión uno la encuentra en una nota al pie de este texto (página 37), donde el autor se refiere a *un concepto extranjero, el de alienación* y lo asimila al término alemán para *extrañamiento (Entfremdung)*. La palabra alienación es central en el desarrollo de una de las ciencias positivas del siglo XIX, la sociología, donde franceses como Comte y Durkheim lo emplearon, y también es un elemento fundamental en una teoría de origen alemán, la sociología crítica de Karl Marx. La alienación es un elemento conceptual que surge en la literatura francesa de la vuelta del siglo, y que es desarrollada por muchos de los grandes existencialistas franceses del siglo XX, como Albert Camus y Jean Paul Sartre.

Blankenburg toma de Husserl el concepto fenomenología como una ciencia eidética que puede tener acceso directo a la esencia del fenómeno. Esto, en la tradición del gran idealismo alemán que comienza con Kant en la *Crítica de la Razón Pura* a la posibilidad de acercarse racionalmente al noumeno, y a la idea de que el fenómeno debe tomar en cuenta las condiciones de la posibilidad del conocimiento en las coordenadas temporoespaciales. La *primera impresión* de Husserl aparece en psicopatología con la idea de la *vivencia praecox* de Rumke. La fenomenología de Jaspers, para Blankenburg, tiene una relación exclusiva con el psiquismo, en el primer Husserl que era antipsicologista. Jaspers no toma en cuenta la reducción fenomenológica de Husserl, que es central en el desarrollo que hace Blankenburg sobre ello.

El tema de la aproximación a las esencias es diverso en el camino de la ilustración alemana inaugurado por Kant, de la tradición de la filosofía aristotélico-tomista, y en su desarrollo posterior por los escolásticos tardíos como Suárez y Vázquez y la escuela de Salamanca. Esta inspira a la ilustración escocesa, y también a la francesa, algo a Descartes pero más a poscartesianos como Malebranche y a los neotomistas del siglo XX como Maritain. La captación de la esencia a través de la aproximación directa lleva a Heidegger al uso del término de ontología filosófica para separar el tema de la psicología racional francesa o vaticana.

Después de una bien argumentada exposición de los aportes de Heidegger al tema, el autor resume su tesis posterior, al plantear que la alienación del esquizofrénico se relaciona con su inserción en el mundo de la vida. Explica luego cómo Binswanger en 1968 apunta a un doble acceso al modo de ser del enfermo: a través de la autoexplicación del enfermo, y a través de la comunicación hermenéutica.

<sup>1</sup> *Historia de los Síntomas Psiquiátricos* (Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México, 2004).

Después de este concienzudo resumen de los aportes de psiquiatras, psicopatólogos y filósofos al tema, pasa el autor a mostrar su experiencia con datos cuantitativos 14,5% de los pacientes diagnosticados como esquizofrénicos pueden reflexionar muy nítidamente algunos, no tanto otros acerca de su enfermedad: tienen conciencia reflexiva de su enfermedad. Esta reflexión es algo más frecuente en el grupo de pacientes hebefrénicos. La selección de los casos que utilizará para esta búsqueda es la de los que tienen un *maximo de autoexplicación con un mínimo de sintomatología*.

Es la paciente quien nombra al concepto que da su título al libro y a la tesis de Blankenburg: *“Lo que me falta es simplemente la evidencia natural. Entonces ya no tengo paz. Es la sensación como que siempre me faltara algo. Ahora no son preguntas como antes que ya no puedo responder, sino que yo no encuentro la paz en mi persona, como si ya no tuviera ningún punto de vista. No puedo fiarme de mí misma, no tengo ninguna posición firme ante las cosas. La contraparte, la que los otros tienen, porque ellos se comprometen personalmente y se desarrollan y así encuentran en sí mismos la tranquilidad de poder adquirir seguridad e imponerse, eso no lo tengo. Y siempre tengo la sensación de que omito algo”*.

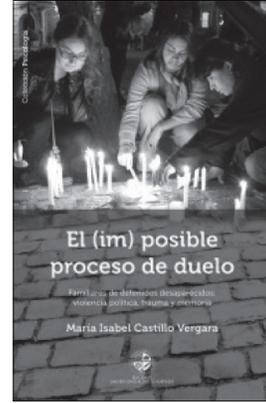
La pérdida de Evidencia Natural se relaciona con el concepto de autismo de Eugen Bleuler y con los conceptos inespecíficos de Binswanger: extravagancia,

excentricidad y amaneramiento. Asimismo lo liga a la idea de Jaspers de que a estos pacientes les falta instalarse de la reflexión en la inmediatez. El psiquiatra experimenta una sensación de extrañeza frente a estos enfermos, donde hay un fracaso de la comprensión proveniente del exterior. Los cuatro elementos cardinales de esta pérdida son para Blankenburg: la falta de comprensión de las reglas del juego; los cambios en la temporización, en la constitución temporal de la existencia; la falta en la constitución del yo, sin madurez para imponerse en forma autónoma, y la falta en la relación con los otros, en la constitución intersubjetiva de la evidencia natural.

Dejo para el final a propósito, aunque debiera haber comenzado por destacarla, la excelente traducción. Uno de los problemas centrales en nuestra disciplina, tan basada en los autores, es el ser fiel a estos. La dificultad de traducir a Freud es clásica, en el castellano, desde la pionera traducción de López Ballesteros a la muy posterior de Amorrortu. O bien, la imposibilidad de comprender a Jacques Lacan si no se le lee en francés. En este caso, el traductor debe conocer bien el ambiente intelectual de la psiquiatría alemana moderna, lo que hace acabadamente el Prof. Dorr, y manejar las sutilezas del idioma, donde el complemento de Elvira Edwards es crucial. Ambos hacen una fina traducción, que permite al lector seguir un pensamiento complejo como es el del autor con facilidad.

# EL (IM)POSIBLE PROCESO DE DUELO. FAMILIARES DE DETENIDOS DESAPARECIDOS, VIOLENCIA POLÍTICA, TRAUMA Y MEMORIA

**Autora:** María Isabel Castillo Vergara<sup>1</sup>  
**Editorial:** Ediciones Universidad Alberto Hurtado  
Colección Psicología, Santiago Chile, 2013



(Rev GPU 2014; 10; 4: 376-377)

Catalina Scott<sup>2</sup>

En este libro, la autora indaga en la especificidad del duelo (im)posible en familiares de detenidos desaparecidos que han tenido la oportunidad de acceder a tratamiento. Una mirada que se sostiene en una sólida experiencia clínica y en una mirada psicoanalítica relacional. ¿En qué lugar habita una persona a la que llamamos “detenido desaparecido”? ¿Qué se nombra cuando se dice detenido desaparecido? Un resquicio legal que ha permitido investigar el paradero de los desaparecidos durante la dictadura militar en Chile. Un detenido por los organismos de seguridad de la dictadura permanece desaparecido. ¿Estará preso en algún centro de detención clandestino, habrá sido torturado, estará muerto, estará vivo muerto? son las preguntas legítimas de las familias. Un detenido desaparecido no está

muerto ni está vivo. Una manera de estar en el mundo impensable que nombra en dos palabras una existencia (im) posible que remite al horror de la violencia política y al dolor de las víctimas que no conocen el destino de algún miembro o de algunos miembros de su familia. Las consecuencias políticas, sociales e históricas del Golpe Militar y la dictadura son parte de la Historia. De una Historia escrita con mayúscula. El escritor chileno, Marcelo Leonart se pregunta en *Fotos de Laura* sobre la manera en que esta Historia escrita con mayúscula entra en nuestra propia historia, en esa pequeña historia personal escrita con minúscula. Tal vez este libro nos permita aproximarnos a ello para comprender algo sobre cómo la Historia con mayúscula entra en la historia personal escrita con minúscula.

<sup>1</sup> Psicóloga, Psicoanalista, Magister en Psicología Social UNAM, México. Doctorada en Psicoanálisis, docente y supervisora. Miembro IARPP CHILE. Desde 1980 atiende pacientes que han padecido las consecuencias de la violencia política instaurada en Chile con el Golpe Militar y durante la dictadura como estrategia política sistemática de exterminio a personas y su entorno. En 1988 funda ILAS junto a otros profesionales. Es docente y supervisora del Magister Trauma y Psicoanálisis Relacional en la UAH. Autora de varias publicaciones asociadas al trauma y sus repercusiones psicológicas y sociales. Premio Nacional Colegio de Psicólogos. misabelcastillo@vtr.net

<sup>2</sup> Psicóloga, Psicoterapeuta Psicoanalítica de adultos, docente y supervisora clínica. Miembro IARPP Chile. cscottespinola@gmail.com

En la medida que vamos leyendo el libro accedemos justamente al reverso íntimo de la Historia. Accedemos a través del relato clínico a la intimidad del vínculo analítica, al sufrimiento del paciente, al (im)posible duelo de pacientes que han sido dañados por los efectos de la violencia política, en este caso familiares de detenidos desaparecidos. Este es, sin lugar a dudas, el aporte más valioso del libro. La autora con delicadeza y respeto pero sin hacer concesiones, relata el efecto íntimo de la violencia política, una violencia que a ratos nos parece impensable. Conocemos una experiencia analítica conmovedora del efecto silencioso de la violencia. Una experiencia que permite reflexionar sobre la memoria traumática y sobre formas de abordar la salud mental de los descendientes de las víctimas.

En la introducción al libro la autora señala que desde el Holocausto a la fecha una gran cantidad de autores han reflexionado, desde la mirada psicoanalítica, sobre las consecuencias de la violencia política para la sociedad y para las personas. La recuperación de la memoria de los acontecimientos de violencia, el reconocimiento de las circunstancias específicas en que ocurrieron los hechos, son necesarios para elaborar el daño tanto en las víctimas como en la sociedad. Es necesario hacerlo para que no se repitan los hechos de violencia y para mitigar, en la medida que sea posible, los efectos del duelo (im)posible en los descendientes de las víctimas, especialmente en las primeras y segundas generaciones.

La autora contextualiza el momento histórico y señala que la violencia política extrema ocurrida en América Latina, en las décadas de 1970 y 80, deja tras de sí una inmensa cantidad de supuestos e inciertos fallecidos. A pesar que las investigaciones de los organismos internacionales de derechos humanos han establecido el probable fallecimiento de estas personas, el número de detenidos-desaparecidos en Chile es un tema pen-

diente que sigue generando controversias. Una situación no resuelta persiste y daña los lazos sociales y la salud mental de los familiares que aún no han tenido la legítima posibilidad de enterrar a sus muertos.

La reflexión sobre el proceso de duelo en familiares de detenidos desaparecidos ha permitido, en diversos países latinoamericanos, ir construyendo un cuerpo de conocimientos que vincula la teoría psicoanalítica, el contexto social y la praxis clínica. Se presenta un caso clínico y, desde el modelo psicoanalítico relacional, se plantean diversos modos de comprender las relaciones emergentes en el tratamiento de familiares de detenidos desaparecidos. Relaciones emergentes entre terapeuta y paciente, entre violencia política y acontecer traumático, entre memoria y reconocimiento social. Una profunda reflexión teórica y clínica sobre el proceso de duelo traumático y sobre las consecuencias de tales circunstancias para las segundas y terceras generaciones, en caso que los afectados no reciban ayuda que mitigue o sane las heridas. La autora articula los factores que inciden en la posibilidad o imposibilidad de un proceso de duelo en personas que han padecido sufrimientos por desaparición forzada de sus familiares.

Por último, se propone un modelo que permite establecer una relación de interdependencia entre los elementos analizados, a los cuales se agrega la presencia de un "otro", el terapeuta. El sujeto, dice Levinas "no es ni siquiera alguien constituido, el sujeto se constituye en la medida que entra en relación con otro. El Otro, es siempre anterior a mí"

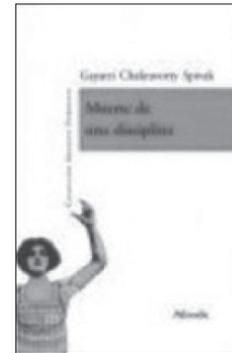
Una propuesta que permite comprender las consecuencias de la violencia política en las víctimas, sus familias y en la sociedad. Una propuesta que analiza el efecto de la violencia en los y las terapeutas que, por años, han atendido a pacientes traumatizados por atropellos a los derechos humanos.

## LA PLASTICIDAD EN ESPERA

**Autor:** Catherine Malabou

**Editorial:** Palinodia, Santiago, 2010

(Rev GPU 2014; 10; 4: 378-379)



**Hernán Villarino**

El texto de Malabou está constituido por cinco artículos y conferencias elaborados en distintas circunstancias y con diferentes fines. No obstante, existe en ellos una evidente unidad, centrada en la categoría de plasticidad, que hoy está en boga en las neurociencias, pero que la autora primeramente encontró en Hegel. Es raro que en la posmodernidad un filósofo se ocupe de cuestiones científicas sin por ello dejar de filosofar, es decir, que no se centre en descalificarla y demonizarla, sino en utilizarla para pensar la realidad. Malabou lo hace con gran estilo, y tan bien como en su día lo hicieron Descartes (que descubrió la geometría analítica), Leibniz (que descubrió el cálculo infinitesimal) Kant, Schopenhauer, Jaspers, etc. Esta tradición que aúna ciencia y filosofía nos parece que se recobra estupendamente con esta autora, y augura un futuro enriquecedor para todos.

El diálogo entre la ciencia y la filosofía sin duda que es muy necesario en la psiquiatría moderna y, sobre todo, en las neurociencias, siempre y cuando se sitúe tanto al margen del cientificismo, que desprecia a la filosofía, como del filosofismo, que elude a la ciencia como instrumento del pensar. En relación con este diálogo, la autora, en todo caso, ni advierte de la necesidad teórica de hacerlo, ni tampoco promete que algún día lo hará: lo realiza hoy, efectiva y realmente, con los instrumentos que están a su disposición. Los hallazgos de la neurobiología son contrastados en su obra con esta corriente filosófica que habla del final de la metafísica, y que arranca con Heidegger y se continúa con esa heterogénea serie que incluye a Levinás, Foucault, Derrida, Ricoeur, Deleuze, etc.

Ni la filosofía provee de respuestas a las preguntas científicas ni la ciencia de respuestas a las preguntas filosóficas, pero qué duda cabe que ambas, cada una a su modo, tratan del mismo asunto, el asunto de la realidad. Y si la realidad, como decía Hegel, es el todo, es evidente que no se puede despreciar ninguna parte, más bien se ha de llevarlas todas ellas a la unidad descartando la pretensión de hegemonía que tiene cada una por separado.

Pero en esta unificación, qué duda puede haber que la voz cantante la lleva la filosofía. Es ella la que desde siempre se ha ocupado de lo absoluto, término que, aunque pasado de moda, nos sigue pareciendo legítimo. Mientras que la ciencia analiza y divide, la filosofía se esfuerza por alcanzar la unidad. Pero la comprensión mecánica de la plasticidad en el ámbito de la neurobiología, después de un oportuno cribado filosófico, como el que hace Malabou, pone en evidencia de nuevo el viejo problema del determinismo y la libertad, de la immanencia y la trascendencia, etc., preocupaciones que no forman parte habitual del equipamiento científico, o que la ciencia responde con demasiada premura y despreocupación, pero que en cambio son intereses filosóficos esenciales y universales del hombre común.

Un azar afortunado nos ha llevado a conocer a esta autora. La investigación posterior nos mostró que en su obra, a pesar de su juventud, figuran más de un centenar de artículos y varios libros publicados. Pero nuestra mayor sorpresa fue enterarnos que al menos dos de sus libros, uno de ellos el que ahora comentamos, estaban traducidos y publicados en Chile. Esto nos habla de la fragmentación en la que está la reflexión entre

nosotros, donde lo que unos saben y hacen los otros ni se enteran ni tienen idea. De allí entonces la importancia de la *Gaceta* y lo insustituible de su libre tarea, que pone en común, que comunica, aquello que la institucionalidad cultural de nuestro país, y los intereses locales, aísla, silencia y desconoce. No podemos esperar que la industria, la política, los ministerios, el Fondecyt,

el Conycit, etc., estén preocupados del saber, o que nos provean de los instrumentos para desarrollarlo. En la realidad actual ha de ser una preocupación personal, afortunadamente multiplicada, a nuestro entender, por iniciativas como la de SODEPSI y la *Gaceta*.

Esperamos y deseamos poder seguir hablando más adelante sobre esta interesante autora.

## 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



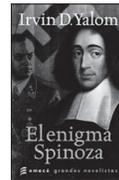
### PENSAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

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



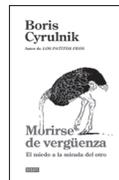
### EL ENIGMA SPINOZA

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



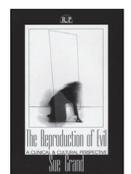
### PRINCIPIOS CLÍNICOS EN PSICOTERAPIA RELACIONAL

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



**CEROCEROCERO**

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



**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



**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



**COMPLEXITÉ-SIMPLEXITÉ**

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



**LA PÉRDIDA DE LA EVIDENCIA NATURAL: UNA CONTRIBUCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA**

Autor: Wolfgang Blankenburg  
Traducción: Otto Dorr y Elvira Edwards  
Ediciones Universidad Diego Portales, 2014  
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 4: 373-375



**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



**EL (IM)POSIBLE PROCESO DE DUELO. FAMILIARES DE DETENIDOS DESAPARECIDOS, VIOLENCIA POLÍTICA, TRAUMA Y MEMORIA**

Autora: María Isabel Castillo Vergara  
Editorial: Ediciones Universidad Alberto Hurtado  
Colección Psicología, Santiago Chile, 2013  
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 4: 376-377



**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



**LA PLASTICIDAD EN ESPERA**

Autor: Catherine Malabou  
Editorial: Palinodia, Santiago, 2010  
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 4: 378-379

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

# LEOPOLDO MARÍA PANERO

(Rev GPU 2014; 10; 4: 382-383)



**Hernán Villarino**

Leopoldo María Panero ha muerto. A juicio de los críticos, fue la única voz poética de la España de los sesenta llamada a perdurar. Famoso y admirado desde el primero de sus libros, en su juventud frecuentó las drogas, la rebelión, las comisarías (en calidad de recluso); después los delirios, los servicios de psiquiatría, los electroshocks. A veces, invitado en algún coloquio, ajeno a los convencionalismos se orinaba en el proscenio, le estilaban los pantalones, hedía. Un conocido suyo relata que “Lo echaban de los bares, se reían de él en su cara, le daban la espalda, pero como un perro sumiso acostumbrado al desprecio, ofrecía la palma de la mano. Y se iba encorvado, la boca abierta (siempre la boca abierta, para siempre ya desdentado), hacia el límite de la nada”.

Se ha insistido muy poco en que la locura cuando es real carece de afectación. A diferencia de

los vanidosos, donde ser y parecer nunca son lo mismo, los locos son serios, y cuando adoptan papeles grandiosos, incluso cósmicos y divinos, a diferencia de los coquetos no son el producto de una presunción infundada, sino de una convicción hondamente vivida y real.

Hace más de veinte años un Panero maduro pero todavía joven decidió ingresar voluntariamente en un psiquiátrico. Quiso residir allí, y allí vivió hasta su muerte. Nadie ni nada lo obligaba, y si eligió el hospital de Las Palmas, en Canarias, es porque a ciento veinte millas de las costas del Sahara hace siempre un clima plácido y tibio, muy distinto del insoponible frío de Valladolid.

Lo peculiar de Panero es que permite ver la locura tal como ella se ve a sí misma y, por ende, tal como ella es. Dice uno de sus poemas: Hombre normal // que por un momento cruza tu vida con la del esperpento //

has de saber que no fue por matar al pelícano // sino por nada por lo que yazgo aquí // entre otros sepulcros // y que a nada sino al azar // y a ninguna voluntad sagrada de demonio o de dios debo mi ruina.

Estos no son los versos de un impotente vengativo, sino los de quien encara lo imposible y la fatalidad. Por eso no resuena en ellos ninguna falsa conmiseración; no los ahoga ningún sollozo; no rueda ninguna lágrima; no se vocea ninguna injuria ni se pronuncia ninguna maldición, y sobre todo, ninguna esperanza los perturba ni se clama por ningún motín. En ellos se explica y no se pide ni se espera de ningún otro, ni dioses ni hombres, ninguna explicación. Son la estoica asunción de un destino necesario, por lo mismo inocente, que no se funda en el capricho de deidades amorosas ni demiurgos malvados. Pero para hablar así se requiere el tono de un loco; como la moira

griega es precisa esa rara ecuanimidad que más allá del bien y del mal está emancipada de toda avidez.

La locura es una de las posibilidades humanas. Como cualquier otra posibilidad, tiene sus dolores e inconvenientes. Y como cada posibilidad realizada, la locura, además de la propia, mira con su mirada a las otras igual a como ella es contemplada por las demás. Pero es en su propio juicio donde radica su razón y su verdad. Insistimos, su razón es su propio juicio, no el ajeno, y en su capacidad de juzgar se vislumbra su humanidad y su dignidad. Y como vimos, para Panero, olvidando a los perseguidores inicuos que ardientemente buscan y hallan culpables, la locura no es por matar al pelícano, solo es otro osario de la ruina y de la muerte, una nada transitoria fruto de la nada y del azar.

Pero entonces, ¿será la cordura algo? ¿Será acaso la realidad? Juzgaba Panero que sus contemporáneos eran unos "obsesos sudorosos" de fútbol y de toros. Cada país tiene su fútbol y sus toros, y sobre todo un alto número

de obsesos sudorosos en todos los quehaceres. Estar loco, como Panero, es decidir apartarse de esta turbamulta ociosa, avasalladora e incomunicada, de esa nada a la que nadie puede desear. La vida, según Panero, salta sin ton ni son desde la nada de la locura a la nada de la cordura, que es igualmente un esperpento y en su frenética voracidad también una cripta con los encanecidos esqueletos de la muerte, la ruina y la desolación.

Sostuvo con su madre una relación conflictiva y tormentosa. Los críticos, intérpretes, periodistas y otros obsesos sudorosos y precipitados hablaron de ella como la bruja de los Panero. Nos gustaría explorar este malentendido, como también el contenido de su locura y de su poesía, pero ahora sería demasiado largo. Recordemos, en todo caso, cómo concluye el poema que alguna vez le dedicó: Dicen que llueve por nosotros y que la nieve es nuestra // y ahora que el poema expira // te digo como un niño, ven // he construido una diadema // sal al jardín y verás cómo la noche nos envuelve.

Ignoramos en qué radica la extrañamente apacible y confiada belleza de estos versos, porque en realidad no sabemos qué es la belleza. Pero el poeta maldito Leopoldo María Panero, solitario, terrible y loco, lo sabía bien; y la prueba es esa estrofa, que también es una plegaria. En aquellos versos un Panero ahora entumecido todavía anhela y espera algo, algo que por eso mismo no es nada, es algo, algo real en el interminable océano de lo incierto, lo fingido y lo insustancial. Lo que Panero sin dudas aguarda es la incomprendible reconciliación de los opuestos y lo contradictorio que aniquilan y nihilizan lo fenoménico y lo real. Como si por debajo de la irrealdad demolidora y evidente, a pesar de todo, yaciera un ser en algún inconcebible jardín de nieve y lluvia, que es otro modo de nombrar a lo innombrable, a la honda y misteriosa raíz una y única de la realidad, y que para nosotros, cuerdos o locos, no es más que una luminosa y sosegada oscuridad en la impenetrable noche que a todos nos envuelve y que lo abarca todo.

# POR EL REENCUENTRO ENTRE FILOSOFÍA Y NEUROCIENCIAS

ENTREVISTA A CATHERINE MALABOU <sup>1,2</sup>

(Rev GPU 2014; 10; 4: 384-389)



CATHERINE MALABOU

A Catherine Malabou, profesora en la Universidad de Kingston (Londres) y adscrita a lo que se denomina la corriente del realismo especulativo, se la considera la más importante filósofa francesa contemporánea.

Aparte de los múltiples artículos publicados, es autora de los siguientes libros: *The Heidegger change on the fantastic in philosophy; Changing difference; Counterpath, traveling with Jacques Derrida* y *The new wounded, from neurosis to brain damage*. Traducidos al castellano se pueden hallar *El porvenir de Hegel, ¿Qué hacer con nuestro cerebro?* y *La plasticidad en espera*.

Su última obra se titula *Avant demain, Epigénèse et rationalité*, y se trata de una muy original reflexión, donde se cruzan la filosofía y la neurobiología, pero reivindicándose el punto de vista kantiano, es decir, lo trascendental, como forma de entender el acto de pensar.

---

<sup>1</sup> Esta entrevista apareció en octubre del 2014 en el portal InRocks: <http://www.lesinrocks.com/2014/10/20/livres/catherine-malabou-rencontre-philosophie-neuro-sciences-11530745/#.VEVdlfRs6ds.facebook>

Traducida y publicada en GPU con autorización de la autora. En agosto de 2015 Malabou vendrá a Chile, y tendremos oportunidad de oírla y conocerla.

<sup>2</sup> Traducida por Hernán Villarino.

**Para Malabou, numerosas categorías biológicas, como la plasticidad, la epigénesis o la regeneración, están en trance de revolucionar la conceptualidad filosófica clásica, porque, dice, “hoy en día, con los descubrimientos sobre la plasticidad cerebral, nos apercebimos que el cerebro no es una máquina, al contrario de aquello en lo que se pensó durante tanto tiempo. Está en movimiento perpetuo, sin cesar en tren de construirse. Y esto me permitió encontrar el lazo fundamental entre Kant y esta posteridad aparentemente no kantiana: la epigénesis”.**

*Su nuevo libro Avant demain, Epigenèse et rationalité, se inscribe en el cruce de la filosofía y la biología. ¿Por qué reivindica esta posición híbrida? ¿Es posible un diálogo entre las dos?*

**Catherine Malabou.** Debo precisar el tipo de cruce que existe en el libro. Como sabemos, la filosofía es por esencia diálogo con todas las otras disciplinas, en particular científicas. No obstante, no pide prestado nada a estas disciplinas en su manera de llevar tal diálogo. Los conceptos, el método, las ideas filosóficas, no deben nada a otras disciplinas. Un filósofo jamás diría que ha tomado el concepto de sustancia a la química, por ejemplo. Por cierto, las matemáticas tienen un poco más de influencia sobre el filósofo, a causa de su idealidad. Muchos filósofos afirman que hay un carácter matemático de la idea. Pero aparte de las matemáticas ninguna ciencia abastece a la filosofía de su modelo. Entonces, a la inversa, lo que trato de organizar en mi libro no es, simplemente, un diálogo con la biología. Me pregunto, más bien, si la filosofía no depende, en su mismo acto de pensar, de procesos biológicos, si el acto de pensar no es sostenido por operaciones neuronales. Usted tiene razón: es más una hibridación que un intercambio. Cosa escandalosa para muchos. ¿Por qué? Ciertos filósofos dirán que es inadmisibile, que defiende un empirismo próximo al cognitivismo y las neurociencias, que asimilo el espíritu al cerebro. Mantengo, en efecto, que es muy difícil hacer una distinción estricta entre el pensamiento puro y los procesos biológicos en todo acto cognitivo.

Pero, y este problema está en el corazón de mi libro, no permanezco allí menos kantiana. En efecto, la asimilación entre espíritu y cerebro no significa el fin de la filosofía crítica, marca solo una nueva vuelta. Ya es hora de proponer una nueva analítica trascendental del pensamiento filosófico teniendo en cuenta las enseñanzas fundamentales y revolucionarias de las neurociencias de aproximadamente estos últimos cincuenta años.

*La relacionamos con el «realismo especulativo». ¿Cómo definir esta corriente filosófica?*

**CM:** El realismo es una vía de salida al dilema entre materialismo e idealismo. Ya lo decía Sartre: «no soy idealista ni materialista, soy realista». El realismo especulativo afirma la necesidad de no aprehender las cosas según tal o cual punto de vista o estrategia predecidos, sino a partir de ellas mismas, a partir de su neutralidad, de su anonimato, de su indiferencia del hecho de ser pensadas. Hay que escapar de la correlación sujeto-objeto. El idealismo y el materialismo son todavía dependientes de esta correlación; son solo dos maneras diferentes de abordarla. En el realismo no nos preguntamos quién, del objeto o del sujeto, es lo primero. Nos libramos de esta relación, a la que Quentin Meillassoux llama el «correlacionismo». En este sentido es verdad que mi idea de interrogar los procesos de pensamiento a partir de su anclaje biológico se sitúa en la descendencia de tal realismo.

Es más sobre el sentido de la palabra «especulativo» que sobre la de «realismo» que tengo reservas. Una vez más, no podemos no someter a la prueba crítica, de tipo kantiano, el mismo acto de especular. De Kant a Marx lo especulativo tiene toda una historia que no desaparece como por arte de magia apelando a la realidad en bruto.

*¿Qué autores se encuentran alrededor de esta forma de pensamiento desde hace una decena de años? ¿Quentin Meillassoux, François Laruelle, Bernard Stiegler, Mehdi Belhaj Kacem, Tristán García, Markus Gabriel...?*

**CM:** Puede que se trate simplemente de una comunidad cansada. Cansancio, en primer lugar, de la interdicción a la metafísica; cansancio de suspender el juicio, de no poder afirmar sin someter la afirmación a su contraria; cansancio del divorcio entre filosofía y ciencias; cansancio del rumiar o criticar éticos. La filosofía continental a finales del siglo XX se dejó dominar totalmente, o casi, por la cuestión del «otro»; se interrogó mucho la idea

de una alteridad irreductible, y progresivamente se hizo un tipo de mesianismo. Otro es el que viene.

Lévinas, Derrida, Ricoeur, una cierta fenomenología, han terminado por inscribir la filosofía en el horizonte de la culpabilidad. De todo esto hay muchos que ya no quieren más. De la filosofía como estar en falta, como la lógica de lo improbable, desolidarizada de la ciencia, como espera eternamente petrificada, arrepentida, no queremos más. Son los alumnos de Badiou quienes primero reaccionaron a esto, y dijeron: ya es hora de reconquistar lo racional. Yo también, alumna de Derrida, necesité apartarme de la cultura de la aporía; es un callejón sin salida como su nombre lo indica, ya que durante este tiempo la ciencia avanza y se la descuida totalmente. No podemos, por ejemplo, hacer como si los descubrimientos recientes sobre el cerebro no existieran. Hay un tipo de inercia en filosofía, que reposa en la idea que no se puede prever nada, determinar nada. Pero la realidad, digamos lo que digamos, es un asunto de determinación.

*Su reflexión parte de la proposición de Quentin Meillassoux, en su libro Después de la Finitud: abandonar lo trascendental. ¿Por qué parte de ahí?*

CM: Cuando leí el libro de Meillassoux, la fórmula "abandono de lo trascendental" me golpeó muy fuertemente, hasta hacerme trabajar durante tres años sin tregua. Nos recordamos de las palabras de Kant en la *Crítica de la Razón Pura*: mi filosofía, dice, es un idealismo trascendental, es decir, también un realismo empírico. El realismo no es posible sin categorías de pensamiento, incluido, y posiblemente el primero, el de la realidad misma. Sin embargo, estas categorías que sirven para aprehender la realidad empírica, sin las que permanecerían vacías, no son efectivas ni empíricas, pero sin ellas la realidad sería inabordable.

Las categorías son trascendentales, inscritas *a priori* en el espíritu. Es decir, no derivan de la experiencia ni son adquiridas ni enseñadas por los objetos. Los elementos trascendentales constituyen la forma de nuestro pensamiento y confieren a nuestro conocimiento su necesidad y su universalidad. Las categorías, la cantidad, la calidad, la relación, la modalidad, presentes en todo sujeto, permiten aprehender la misma naturaleza, la misma realidad, y esto del mismo modo. La ausencia de estructuras trascendentales solo podría acabar en un desorden, o en una contingencia absoluta, en una imposibilidad de sentar la necesidad y la regularidad del mundo.

Contra Hume, Kant se apoya en que no es posible dudar un instante del hecho de que el sol se levantará mañana. El problema, dice Meillassoux, es que estas mismas estructuras trascendentales, encargadas de establecer la

necesidad de las leyes de la naturaleza, carecen de necesidad. Kant pretende «deducirlas», es decir legitimarlas o demostrarlas, pero en realidad solo puede ponerlas como hechos que simplemente hay que admitir. Entonces, si no se puede demostrar, lo trascendental es contingente. Kant va pues más allá de Hume por medio de un golpe de fuerza. En vez de ensañarse en demostrar la indemostrable necesidad de lo trascendental, ¿por qué no abandonarlo? Abrirse, en efecto, a la idea que todo es contingencia. Que no hay última razón de las cosas. Esto es la realidad, hay que tomarla como es, absolutamente como es. Mi problema parte de ahí.

*Pero precisamente, ¿cuál es el problema?*

CM: Creo que es imposible abandonar el punto de vista trascendental, es la conclusión a la que arribo. No me di como misión salvar a Kant. Muy al contrario, decidí seguir a Meillassoux hasta el fin, interrogar verdaderamente la posibilidad de una contingencia radical. Entonces resultó que Meillassoux no podía dotar de definición a tal contingencia sin oponerla a otros términos: la contingencia, dice, no es el caos, no es el azar, no es la probabilidad, no es cualquier otra cosa. ¿Pero cómo se llama tal empresa de diferenciación, sino una analítica? ¿No es acaso una búsqueda de las condiciones de posibilidad de la contingencia? Es decir, ¿no da un paso trascendental que aísla la contingencia «pura» de sus sucedáneos? Visiblemente, no dejamos a Kant de lado tan fácilmente.

*¿Qué parte de la revolución neurobiológica, por la que se interesa en su libro, le parece crucial en la reflexión de lo que es pensar? La neurobiología, ¿en qué enturbia al pensamiento de lo trascendental?*

CM: Hice el listado de todos los grandes ataques llevados contra lo trascendental a finales del siglo XX y al principio del XXI, porque se trata de un motivo lancinante: Heidegger, Foucault, el neodarwinismo, las neurociencias, Meillassoux... Para Foucault, el *a priori* es histórico, lo que significa que lo trascendental no es formalmente inmutable. Por otra parte, según Heidegger convendría asimilar lo trascendental y la temporalidad. El neurobiólogo Jean-Pierre Changeux afirma que no hay ninguna instancia *a priori* en el espíritu, que todo deriva de la experiencia. ¡Incluidas las idealidades matemáticas! Es un ataque biológico contra lo trascendental. Todo es adquirido, no hay nada puro que sea dado previamente...

Discuto todos estos casos. Cada vez alcanzo, de modo diferente, la misma conclusión. Para decirlo rápidamente: Kant está esperando cada vez a la vuelta de la esquina. La crítica de lo trascendental pide prestada su forma a lo trascendental, y se llega a muy serias contradicciones.

*¿Qué parte de los descubrimientos recientes sobre el cerebro alimentaron su propio trabajo de reflexión sobre la necesidad de lo trascendental?*

CM: Para Changeux, el *a priori* kantiano, y lo que diga Kant, solo puede ser innato. Hay un punto común entre este punto de vista y Meillassoux: lo trascendental es un abuso de autoridad, porque Kant lo inscribe en el espíritu sin demostrarlo. Es innato, factual, o hasta divino, jamás producido, jamás constituido, siempre misterioso en cuanto a su origen. Contingente una vez más. Lo que me interesó en el caso de Changeux, y otros, precisamente es la tentativa de mostrar, científicamente, cómo se forman el pensamiento, el raciocinio, las categorías, sin suponer jamás un origen irreductible, que es a lo que se llama lo trascendental. Este punto de vista es sin duda impugnable, pero es fascinante, le seguí también tan lejos como era posible.

Hoy, con los descubrimientos sobre la plasticidad cerebral, nos apercebimos que el cerebro no es una máquina, al contrario de aquello en lo que se pensó durante tanto tiempo. Está en movimiento perpetuo, sin cesar en tren de construirse. Y esto me permitió encontrar el lazo fundamental entre Kant y esta posteridad aparentemente no kantiana: la epigénesis.

*¿Qué designa exactamente la epigénesis?*

CM: La epigénesis es una teoría del desarrollo embrionario, que en el siglo XVIII se opone al preformacionismo. El embrión se forma por autodiferenciación y adición gradual de partes y no es un adulto en miniatura, que es lo que defiende el preformacionismo. Kant adopta la tesis epigenetista, por supuesto. Pero lo que es interesante es que hace uso del término «epigénesis» para explicar también que lo trascendental no es innato (§27 de la *Crítica de la Razón Pura*). Quiere decir que hay algo como una formación de lo trascendental, que no resulta de nada. Evidentemente, es muy interesante ocupar esta perspectiva de lo que hoy se llama epigenético, y que es tan importante para comprender el desarrollo cerebral en particular.

La epigenética es la ciencia de las modificaciones no genéticas: en particular los cambios debidos a la educación, al entorno, a la experiencia. Los mecanismos epigenéticos designan todo lo que hace que un individuo simplemente no sea un programa genético: hay unas cosas que se diferencian en él al momento de la transcripción del código, pero también después del nacimiento, como en el caso del desarrollo cerebral. El individuo, pues, no está formado totalmente al nacimiento. ¿Y si es esto lo que dice Kant? ¿Y si lo trascendental, lejos de estar preformado, es susceptible de una evolución y de una diferenciación?

*¿Cuál es el concepto no existencial de la finitud, en el cual usted concluye? ¿En qué se basa esto que usted llama “un nuevo momento del pensamiento”?*

CM: Un punto común de todos los miembros a los que se llama, posiblemente sin razón, la familia del realismo especulativo, es su silencio sobre la biología y, en consecuencia, y sobre todo, acerca de la cuestión de la vida. Entonces, pienso que esta última debe encontrar un sitio de primer plano en la interrogación contemporánea sobre las relaciones entre lo real y lo racional. Durante demasiado tiempo la vida ha sido apartada de la interrogación filosófica, desde Heidegger particularmente. El *Dasein* existe, dice, antes de vivir. Heidegger puso una diferencia ontológica radical entre la vida y la existencia. La existencia es el saber de la finitud. La deconstrucción de la metafísica es esto: la afirmación de que sólo hay finitud.

Esto llevó a Heidegger a establecer una distinción entre lo que está acabado y lo que está simplemente vivo, el animal por ejemplo. La finitud está reservada para el existente. Si se piensa *Después de la finitud*, de Meillassoux, como una manera de superar la dualidad existencia / vida que encierra el pensamiento filosófico en una búsqueda de la autenticidad del *Dasein* con desprecio de todas las características específicas y empíricas del individuo vivo, entonces estoy de acuerdo. Pero Meillassoux no se interesa un segundo por la biología. Mi proyecto consiste, justamente, en hacer de la vida una dimensión esencial de la realidad, en ver cómo ciertas categorías biológicas de hoy (epigenética, plasticidad, células-cepas, regeneración, etc.), están en trance de revolucionar la conceptualidad filosófica clásica.

No creo que uno se pueda situar después de la finitud o del correlacionismo. Una vez más, no creo en la posibilidad de abandonar lo trascendental. En cambio, pienso que es posible pensar la finitud de otro modo, no como un privilegio del *Dasein*, sino como economía del viviente. Hay que liberar hoy a la vida de todo ese discurso a la vez religioso, biopolítico y existencial.

*El concepto de plasticidad es central en su trabajo. ¿Que designa exactamente?*

CM: Es un concepto que viene de Hegel y designa el modo de ser del sujeto, que no es polimorfo ni rígido, y que se coge en el intervalo de la blandura y de la fijeza. La plasticidad designa la capacidad de recibir cómo de dar la forma. Designa también la explosión (*plasticage*) de toda forma. Es un concepto explosivo, en efecto, difícil de coger; designa la vida de las formas y de la resistencia a la deformación. Desempeña un gran papel en la neurobiología contemporánea, pero también en

la biología celular, en la neuropsiquiatría, la antropología, la ecología. Hasta según me parece, como intenté demostrarlo muchas veces, puede sustituir al concepto derridiano de la escritura.

*¿Qué distinción hace entre la plasticidad y la flexibilidad, tan usados hoy en el mundo de la empresa?*

CM: La flexibilidad está hoy en el corazón de la literatura de la empresa, que justamente confunde flexibilidad y plasticidad. Los dos términos vienen de la física de materiales. Una materia flexible es la que se puede plegar en todos los sentidos sin resistencia. La plasticidad es una materia que se deja formar sin volver a su estado anterior. Se puede plegar, pero hay resistencia a la deformación. La forma resiste a su borramiento. Esta idea es políticamente muy importante. Se puede ser adaptable, modulable, pero no explotable sin límites. Hay umbrales de resistencia.

*¿Se puede ser a la vez hegeliano y kantiano?*

CM: Yo mantengo un diálogo entre el uno y el otro. Desde el punto de vista de la epigénesis es muy interesante.

*¿Usted así mismo se reivindica como heideggeriana?*

CM: Sí, también, por supuesto. Hay ciertas cosas exasperantes en el realismo especulativo. Sus filósofos parecen venir de ninguna parte. No tienen deudas. Reivindico, por mi parte, la herencia histórica de los pensadores. Guardo muchas ideas de Kant, Hegel, Heidegger o Derrida, y las discuto siempre. Estoy en un diálogo, no es cuestión de sobrepasar a fulano o sutano. No estoy en la mesa corta. Los conceptos proceden de toda una historia. Negarlo para parecer original y querer ser el primero (todos estos nuevos filósofos se pelean para ser los más célebres) es ridículo y vano.

*La querrela entre el determinismo y la libertad, que usted explora a través de las neurociencias, reenvía a la problemática de las ciencias sociales sobre la manera en que un individuo se construye socialmente. ¿Son problemas comunes?*

CM: Sí, excepto que lo que complica las cosas es el nuevo sitio de la biología, que había sido puesto del lado del determinismo. La epigénesis está entre la necesidad y la libertad. Hay por supuesto una determinación del genoma. Pero la hay también, a partir de toda la improvisación epigenética, de la que los científicos a menudo hablan en términos de interpretación. El programa genético es la partitura, y la traducción epigenética es su interpretación. La oposición entre determinismo y libertad se encuentra hoy en un dominio del que se lo consideraba totalmente excluido, el biológico. Pero la genética alimentó mucho

tiempo discursos que cerraban la posibilidad de inventarse la evolución de un destino individual.

Esto, en efecto, fue mucho tiempo así, particularmente cuando a principios del año 2000 se secuenció el genoma. Eperábamos poder probar lo «todo genético», como dice Enrique Atlan, y descubrimos, al contrario, que había muy pocos genes codificantes, que existían «desiertos genéticos», es decir regiones enteras del genoma que no parecen responder a ninguna función. Imposible pues demostrar que cada conducta es asimilada a un gen. Changeux hasta propone abandonar totalmente la noción de «programa» genético.

*¿Es difícil seguir los debates científicos?*

CM: Sí. Hay que estar dispuesto a abandonar las certezas, hace falta mucha abnegación. Leer las neurociencias al principio era algo técnico, ingrato. Pero pienso siempre en lo que dice Deleuze: llegamos al fondo, porque tan pronto como algo da la energía la puerta se abre. En efecto, la energía es el deseo. Todo es una cuestión de deseo, siempre.

*¿Como aprende usted los textos de neurociencias?*

CM: Me mantengo al corriente, de todas partes. Tomo y dejo. Hay mucha ideología que pasa hoy por las neurociencias. Los mensajes son llevados en vehículos como la flexibilidad, la adicción, la crítica del psicoanálisis, la normalización de las conductas... constantemente hay que practicar la duda metódica... Pero la aventura de las neurociencias contemporáneas es una de las cosas más exaltantes que existen.

*Usted critica el psicoanálisis poniendo por delante el «neuroanálisis», bastante explorado según usted.*

CM: Las neurociencias son una verdadera revolución. Jean-Pierre Changeux lo dice en *El Hombre Neuronal*. Tiene razón. Es algo tan importante como el descubrimiento de la genética en su tiempo. La nueva visión del cerebro como órgano plástico es algo fundamental. Freud, ciertamente, no habría dado la espalda a sus orígenes de neurólogo si hubiera podido conocerlo, no habría inscrito el psicoanálisis en simbología, con desprecio de lo orgánico. Entonces hay que interrogarse hoy qué es un inconsciente cerebral con relación a un inconsciente psíquico. ¿Cómo pueden encontrarse? ¿Cómo pensar en una nueva aventura del sentido?

*¿Una crítica de la razón neurobiológica es por eso deseable?*

CM: Hace falta una reflexión crítica de la razón neurobiológica; lo que jamás hace Pierre Changeux, jamás hay interrogación sobre la legitimidad del discurso

biológico, hay solo afirmaciones. El diálogo es difícil; se me reprocha por hacer metafísica. Espero que un día el diálogo entre neurociencias y filosofía continental se efectúe. Científicos y filósofos no deben esperar a que el otro dé el primer paso, hay que comenzar juntos, lo más de prisa posible.

*¿Qué es lo que le parece que bloquea la reflexión sobre estas cuestiones?*

**CM:** Hoy, la ética, la obsesión de la ética (la mayoría de las veces de la sola «normalidad») hace presa en el pensamiento. Pero también la filosofía de la biopolítica, para la cual la biología solo instrumentaliza al viviente.

La biología no es el control, la manipulación genética, el tráfico. No es solo eso: son las promesas de la medicina regenerativa, la clonación terapéutica, la cura del Parkinson. Tiene un potencial liberador enorme. Frente a lo nuevo hay que interrogar, no cerrar la puerta. Se debe ensayar a comprender que es lo prometedor, liberador, interesante.

Lo que yo valoro es la puesta a prueba de todas las formas de evidencia, objeto de la deconstrucción. Abrirse a lo que viene, sin tenerse por víctima. Todavía creo, más que nunca, en el coraje del pensamiento, a pesar de todos los horrores por los que atravesamos.

ENSAYO

## ¿QUÉ ES SEMIOSIS?

(Rev GPU 2014; 10; 4: 390-394)

Patricia Cordella<sup>1</sup>

**Siendo la actividad central de los psicoterapeutas la construcción de significado esta suele realizarse en forma intuitiva. Seguimos algunos modelos propuestos por la psicología o la filosofía a veces con ceguera de los mismos y más bien por sumisión a las creencias imperantes. Reconocer el sistema de creencias que guía nuestro actuar nos permitiría salir del mismo, si fuera necesaria esta libertad. La consulta que realizan los pacientes en nuestra especialidad busca el alivio por el dolor subjetivo. Esta subjetividad es la obra de la construcción de sentido en sus vidas. Esta misma actividad semiótica permitirá la salida hacia nuevas significaciones, abrirá la esperanza y restaurará el sentir. ¿Pero cómo ocurre este proceso? ¿Cuáles son los conceptos que nos facilitan su comprensión? En el siguiente mini ensayo van algunas ideas de iniciados, para iniciados.**

La semiosis en los seres vivos es una experiencia continua automática e irrenunciable que convierte señales detectadas por los receptores de este organismo en significado. Esta conversión hace que la señal sea tomada en cuenta por ese organismo según los convenios que la comunidad que lo articula haya acordado. Estos pactos –del-hacer-y-sentir integran la historia de esa comunidad, los deseos y las necesidades de la misma. La ontogenia va ocurriendo dentro de este flujo del devenir evolutivo. Dicho de otro modo, la historia del individuo se despliega con las restricciones que el significado otorga a las señales que capta de los otros individuos, el medio o sí mismo.

Lo sorprendente es que este código de significación es un sistema dinámico, poco predecible, que no corresponde completamente ni con las leyes de la lógica ni con las de la religión ni con las de los conocimientos

científicos que revelan el operar biológico, ni con diccionario alguno. Se asemeja más bien al infinito movimiento, pero no ya como el río que tiene ese ir desde aquí allá incesante en su curso y variable en su contenido, sino como las partículas brownianas que se organizan con movimientos discontinuos y con variaciones estadísticas erráticas, como si olvidara su pasado y crearan cada vez una trayectoria y velocidad azarosa. La metáfora del movimiento semiótico en una comunidad de organismos vivos humanos nos propone la imagen de un medio líquido o gaseoso donde los significados, como pequeñas partículas de polvo, se movieran en aparente caos. Esto, pues para el ojo desnudo y en forma rápida no es posible calcular cuál será el próximo movimiento de cada partícula, ni su velocidad ni su dirección. Este modelo de movimiento fuera de equilibrio fue estudiado por Einstein, quien muestra que las partículas en

<sup>1</sup> Psiquiatra Dpto. Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctora en semiótica Università di Bologna, Italia.

movimiento son un proceso probabilístico de su desplazamiento. Es este el concepto que podrá explicar cómo un concepto va desplazando el significado metonímicamente, es decir, por contigüidad. Se trata de un eje sintagmático y al hacerlo lo descuelga en el eje paradigmático de su significación semántica previa.

Todo organismo vivo está dotado de un sistema de señales que lo alertan acerca de la pérdida de equilibrio de sí mismo o de la comunidad donde está sujeto. Estas señales activan el proceso de significación para la toma de decisiones consecuente y será el resultado de la construcción de información que se genere en el acoplamiento entre la señal y la significación.

Esta información es dada por la diferencia producida entre el estado de funcionamiento anterior y el actual y perturba el sistema obligándolo al cambio. Es lo que se ha llamado el proceso estocástico que corresponde a un concepto matemático que caracteriza a una sucesión de variables aleatorias (estocásticas) que evolucionan en función de otra variable, por ejemplo en el tiempo.

Cada una de las variables aleatorias del proceso tiene su propia función de distribución de probabilidad (es decir, se distribuye en una curva normal) y pueden o no estar correlacionadas.

Podríamos pensar que el sistema de significados está constituido por elementos y por los movimientos surgidos entre estos elementos. Los elementos son unidades construidas al vincular una señal con una significación aceptada y disponible.

Esta vinculación es azarosa pues no conocemos exactamente la intensidad de la señal que recogerá el organismo vivo (pues depende a su vez del estado en que ese organismo se encuentre para recibir la señal, y los umbrales de percepción son también variables) y de la disponibilidad de significados que ese individuo haya acumulado en su experiencia con el proceso semiótico. Es decir, memoria y estado actual del organismo vivo hacen que las probabilidades de organizar una unidad conceptual sea diferente una de otra vez. Aquí hay ya probabilidades incluidas.

Por otra parte cuando el organismo recurre a sus memorias (lo que Eco llama la enciclopedia)<sup>2</sup>, es decir, a

<sup>2</sup> Enciclopedia para Eco es un concepto clave a través del cual logra explicar cómo la construcción de significado es un continuo movimiento que genera un conjunto mnémico de todas las interpretaciones concebidas. Se produciría así una especie de biblioteca de las bibliotecas donde la misma actividad signica; va transformando en el tiempo la enciclopedia misma. Ya que esta enciclopedia

lo que ya tiene acumulado como saber anterior puesto que se considera un saber aceptado por el uso es decir cuando busca un sema<sup>3</sup> o a un signo<sup>4</sup> para hacer el proceso de significación o semiosis se posiciona en un espacio virtual de procedimiento cognitivo donde se dispone no solo de estos elementos sino del procedimiento a través de cual estos elementos construyen significación.

La semiosis entonces es un proceso de refinamiento de la experiencia de un organismo vivo que lo transforma en un sujeto social gracias a que las señales de su ser biológico son sometidas a la experiencia comunitaria de significarlas y en consecuencia hacerlas operar acopladas a un sentido común<sup>5</sup>.

Partiendo de una primera percepción un tanto global, indefinible e indeterminada ésta va siendo trabajada con diversos instrumentos dispuestos en la cultura para hacerla un algo presentable, inteligible y posible de ser articulado con otras experiencias individuales y colectivas.

Este proceso se inicia cuando el cuerpo recibe y es transformado por un estímulo que lo hace elegir una respuesta. Es decir no hay semiosis si se trata de reflejos en los que no media, ni es necesario significar nada es una simple respuesta acción reacción. Por eso cuando se ha producido un reflejo condicionado no podemos hablar de semiosis, porque el proceso de significación no se trata de haber asociado una señal a una respuesta, no es conductismo, sino justamente se trata de la indeterminación de la respuesta.

---

que es utilizada de manera sutilmente distinta por los usuarios son ellos mismos, esta actividad va produciendo tanto la construcción copiada de ciertos signos como la innovación permanente de los mismos. Hoy día el ejemplo es la wikipedia a la que tienen acceso todos los usuarios para agregar, modificar, eliminar información disponible y abierta.

<sup>3</sup> Sema en el diccionario de semiótica de Greimas y Courtés es la unidad mínima de significación en el plano del contenido que se define en relación con otros semas. El diccionario es un compendio de lexemas disponibles para ser usados como semas al articular unos con otros.

<sup>4</sup> Signo en el diccionario de semiótica de Greimas y Courtés es la unidad mínima que une el plano del contenido (significación) con el plano de la expresión (significante) que corresponde a la definición del lingüista Saussure, mientras que para el pragmático Peirce el signo es un elemento de tres ángulos que lo constituye el interpretante, el representamen y el objeto a interpretar.

<sup>5</sup> La primera lectura significativa será hecha con este saber promedio que es el sentido común y que nos permite entendernos con facilidad.

Siendo el aprendizaje condicionado una forma de acortar el tiempo de reacción del organismo frente a un estímulo, la semiosis es un proceso casi inverso si pensamos que debe hacer una serie de elecciones hasta encontrar una respuesta novedosa. Habría que preguntarse si la rígida respuesta dada por un mismo estímulo es un proceso semiótico o en cambio es un proceso reflejo que replica otros procesos. Este punto toca con el tema ya tratado por Freud de la compulsión a la repetición que caracteriza al inconsciente, el que al parecer, como una forma de no correr los riesgos semióticos de organizar un nuevo significado, se limita a replicar lo ya conocido y, como es sabido, Freud homologa esta actividad a lo desvitalizado, es decir, a lo que llama la pulsión de murete, tal vez justamente porque un organismo que no está presente en la construcción de significado sino que solo replica lo ya utilizado o conocido está con menos atención, interés, motivación; dicho de otro modo, está invirtiendo menos energía y por lo tanto está menos en Eros que en Tanatos.

El proceso semiótico, por tanto, agrega cierta novedad y ocurre cuando es necesario realizar un proceso de articulación que permite construir un sentido nuevo y actuar en consecuencia. Por ahora no definiremos sentido, solo diremos que el sentido otorga dirección, jerarquía y significado a la experiencia.

El proceso de articulación con el significado requiere para su avance de herramientas culturales que incorporen a la experiencia particular nuevos receptores de significado que permiten transformar la vivencia en un nuevo objeto posible de ser compartido y lo hace circulante, reutilizable en otras cadenas de significación. Las herramientas más utilizadas por nuestra cultura son la representación y la lógica.

En la representación hacemos una operación de sustitución donde un sonido o una imagen está en el lugar de un objeto material, es decir, no será necesaria la presencia *hic et nunc* del objeto para que se pueda operar como si estuviera presente. *Algo está en lugar de algo* para representarlo (esta es parte de la definición que hace Peirce de signo). Los sucesivos pasos que van transformando un estímulo que se impone al cuerpo como “algo” (podemos llamar a esto percepto) hacen perder parte de la experiencia para engrillarla a su instrumento. El proceso ocurre de tal forma que herramienta y experiencia se van fusionando de modo que no es posible distinguir una de otra. Así, cuando digo “rojo” pierdo en el cuerpo la vibración que esta experiencia me ha producido y la re-creo de un modo que pálidamente me recuerda la experiencia de rojo, pero que me permite que la herramienta-sonido en vez de la experiencia total pueda ser enlazada a otra

experiencia “flor”. La herramienta “reemplazar estímulo por sonido” y el estímulo mismo se funden en lo que llamamos palabra.

La palabra que es sonido y proceso de elaboración del fenómeno denota, es decir indica, una cualidad o, un estado, y por otra parte connota, es decir describe aspectos contextuales relevantes de esa palabra para la construcción del sentido. Saussure piensa que significante (imagen sonora) y significado son las dos caras de una hoja de papel, es decir, completamente inseparables e interdefinidas. Lacan invertirá la fórmula decretando la supremacía del significante, el que aparece como signo del inconsciente en la superficie del discurso, asunto que será central en los análisis del texto del paciente. Para Peirce, como veremos, la relación entre la experiencia y su significado es triádica y constituida por signos que toman valor pragmático al definirlo como *el signo es lo que este hace y lo que hace su significación o sea es una regla de acción*. De ahí el pragmaticismo con que Peirce define su postura semiótica.

Siguiendo con las palabras como representantes de la experiencia, estas son articuladas en proposiciones que permiten darle forma al pensamiento. El tema de la representación está ligado a la función simbólica y al lenguaje y como tal a cientos de autores y teorías tanto psicológicas, evolutivas y lingüísticas que dejaremos en suspenso para seguir con el razonamiento que estamos haciendo. Como decíamos, la forma que ocurre como resultado de esta articulación, es decir, de poner en relación partes, utiliza como herramienta central la lógica.

La Lógica es un método que *relaciona* una parte con otra. A la primera parte de una proposición se le llama sujeto y a la segunda predicado. Los modos en los cuales pueden ser relacionadas estas partes son llamados según su grado de certeza en: deducción, inducción y abducción, siendo esta última la más incierta de las tres. La deducción infiere (concluye) que si la parte viene del todo es igual a ese todo. La inducción en cambio infiere que si del todo se dicen ciertas características que se encuentran en estos elementos, estos deben venir de ese todo. La abducción es una hipótesis a probar.

Para Peirce, como decíamos, la semiosis ocurre en forma triádica y comienza al triangular un elemento relacionado con la percepción (objeto dinámico que pasa a ser objeto inmediato una vez entrado en el proceso semiótico) con otro elemento relacionado con la experiencia acumulada de la comunidad a la que pertenece ese ser vivo (representamen) y juntos construyen un tercer elemento, el signo, que es una realidad en la que se puede operar socialmente dado el consenso colectivo. El aglutinante de estos tres elementos es el

proceso de interpretación que recorre anudando cada uno de estos vértices y haciendo que uno y otro sean finalmente una unidad inseparable. Esta unidad es altamente inestable a menos que sea llevada al estatuto de creencia y se constituya en un hábito de anudamiento. Es decir, los procesos interpretativos a través de los cuales es posible distinguir un percepto (el impacto de un objeto en el aparato sensorial humano), un representamen (un signo que me ayuda a formar una imagen visual o auditiva) y un interpretante, que es a la vez signo de esta relación triádica y que ha utilizado para realizarla una organización lógica –inferencial (es decir ha usado la deducción, inducción o abducción como movimientos predictivos que anticipen los eventos de la realidad<sup>6</sup>). Estos enlaces suceden continuamente y se influyen uno al otro de modo que no es posible distinguir dónde empieza y termina uno u otro como en un nudo borromeo<sup>7</sup>.

La inferencia, que es la operación lógica por excelencia, es una palabra griega del epicúreo Filodemo. Los epicúreos y los estoicos ven la lógica y la semiótica como la misma cosa. Filodemo escribe *De Signis* en los llamados *Papiros Herculeanos*<sup>8</sup>. Los epicúreos sostienen que los signos se conocen empíricamente, es decir, nosotros sabemos “hacer signos” o sea hacer

interpretaciones por inferencias a través de hacerlas en pruebas de ensayo error.

Hay una relación entre el signo así construido y la cosa significada. Los estoicos exigen para certificar esta relación una prueba de contraposición. Esta prueba es un modo de construir información a través de oponer conceptos y ver sus diferencias. Se trataba para ellos de distinguir si el signo es común o particular. Si es común el objeto puede existir o no, si es particular el objeto debe existir. Estos últimos dan prueba fiable a la inferencia. Los epicúreos en cambio piensan que la relación entre el signo y la cosa significada es aprendida percibiendo y haciendo una analogía. Por ejemplo, si percibo una melodía eso puede corresponder a piano tanto como si percibo un ritmo a un tambor. Es decir, busco el enlace de un signo haciendo una misma operación de enlace en diferentes percepciones.

La semiosis como un proceso que utiliza la lógica puede ser entendida como una operación de enlace que construye un objeto llamado signo, que para Peirce tiene tres elementos no descomponibles entre sí, así como para Saussure solo tiene dos: significado y significante.

En palabras de Peirce se puede decir que un representamen es el sujeto de una relación triádica con un segundo llamado Objeto para un tercero llamado interpretante. El representamen obliga a su interpretante a establecer la misma relación triádica con el mismo objeto para cualquier interpretante. Es decir, el representamen sería lo que Eco ha llamado la enciclopedia, es decir, un conjunto de saberes que utilizamos para ejercer la semiosis en la comunidad donde nos desenvolvemos y llegar a acuerdo. Esta enciclopedia es a su vez un organismo vivo en constante cambio que no corresponde al diccionario sino más bien al uso del lenguaje, es decir, está más bien en el campo de la pragmática del lenguaje que de la semántica pura.

Ahora, el mismo término puede ser interpretante de un signo o representamen en otro. Lo que cambia es la función no el término. Por ejemplo “humo” puede ser el representante de comunicación (por las señales de humo) o el interpretante de fuego (cuando actúa como indicio de). Justamente esto nos señala que en verdad cada uno de los términos puede desempeñar nueve funciones diferentes y diez tipos de semiosis. Por esto podemos decir que se trata de una experiencia transitiva, no sustantiva.

Inferir es una manera de pensar; en el proceso de inferencia, como decíamos, la deducción indica alta probabilidad de que el suceso enunciado ocurra; la inducción muestra que esta probabilidad es menor y en la abducción apenas una de tantas posibilidades. La

<sup>6</sup> La operación lógica de inferencia se realiza a través de tres movimientos. Uno que va de lo particular a lo general –la inducción. Otro de lo general a lo particular –la deducción– y otro al fin que toma la menos probable llamada abducción y que fue introducida por Peirce.

<sup>7</sup> El nombre del Nudo borromeo tiene su origen en la familia nobiliaria italiana apellidada *Borromi* que adoptó los tres círculos unidos en un nudo como principal emblema heráldico de su blasón. Se trata de tres circunferencias entrelazadas de tal forma que si se corta una se cortan todas. Lacan lo utilizó para explicar la relación entre los registros de lo real, lo imaginario y lo simbólico.

<sup>8</sup> Se trata de un grupo de rollos de papiro escritos en griego y que han sido traducidos al latín y otros idiomas que se conservan en Oxford en regulares condiciones, ya que hay columnas que están borradas o tachadas y no es posible leerlas. Es tal vez el escrito más antiguo acerca de qué son los signos occidentales. Estos rollos fueron encontrados en Ercolano, una ciudad cerca de Pompeia en la región de la Campania (capital Nápoles) en Italia entre los años 1750 y 1765 en una villa que perteneció al padre de Julio Cesar, donde había una biblioteca con 1785 rollos de papiro que posiblemente pertenecieron al propio Filodemo (epicúreo) quien nació en el año 110 a.C., y al parecer habría vivido allí. La villa quedó sepultada por la lava del Vesuvio en el año 79.

primeridad<sup>9</sup> es la abducción, la secundaridad es la inducción y la terceridad es la deducción.

Entonces, hablar de semiótica es algo más que discutir acerca de un análisis formal, es más bien tomar una posición que dé cuenta de cómo construimos los objetos que nos permiten pensar y en ese sentido se trata más bien de epistemología. La semiótica responde a la pregunta ¿cómo pensamos? Y responde que pensar no es solo hacer una operación del tipo conjuntiva o disyuntiva sino que es “buscar”, “hacer como si fuera” y probar si resulta. En este sentido el proceso semiótico es una actividad de tipo científico donde se plantea una hipótesis, se actúa y prueba si se ajusta a mi predicción. Sin embargo, a diferencia de la ciencia que va acumulando saberes a los que suele llamar verdad una vez que pasan las pruebas matemáticas, la semiótica es una búsqueda sin fin, una cadena que no acaba, un movimiento caracterizado por su inexactitud y carácter parcial que, a diferencia de la ciencia, no le interesa “acumular” conocimiento sino deslizarse por la superficie de los discursos que lo organizan. Se trata de un proceso de desplazamiento continuo que va creando puentes, redes, nodos que unen saberes evitando su dispersión. Tal vez por esto la semiótica es una disciplina nueva que está en desarrollo y es difícil definir porque es una disciplina que se mueve en los bordes de la filosofía, la lingüística, la neurociencia, las ciencias cognitivas, la psicología y la sociología además de la antropología. No se trata de interpretar sino de rastrear la generación del sentido y por eso es que se toca con la lógica, las ideas de individuo, sujeto, sociedad y finalmente llega a un campo que parece común con la psicología: la intersubjetividad, esa vocación más social que monádica.

Greimas ha postulado un modelo estratificado que da cuenta de cómo se genera el sentido en un texto, ya sea este escrito o filmico o incluso actuado en una práctica cotidiana como comprar o ver televisión o ir al médico. Sin embargo su instrumento de análisis sirve

cuando el objeto está completo. Nosotros nos estamos preguntando cómo ocurre *hic et nunc* el proceso semiótico, es decir, cómo dos seres humanos construyen juntos el sentido en ese momento y para una finalidad común que puede tener para cada cual objetivos diferentes. Por ejemplo, puede que en la práctica de crianza el objetivo de la madre sea alimentar de su cultura al hijo y el del niño agrada a la madre, verla sonreír. Aunque ambos están en la misma acción conjunta, lo hacen desde roles complementarios y por lo tanto cumpliendo con objetivos distintos. Habría que postular un modelo de generación de sentido *a priori*, pues rastrear el sentido *a posteriori*<sup>10</sup> es realizar una tarea en un objeto acabado como es el texto. El desafío sería ir *construyendo-deconstruyendo* sentido, mientras hay un proceso en acción.

La semiosis busca la verdad de una realidad que se construye al mismo tiempo que ella. En ese sentido se puede distinguir de la ciencia, la que busca una verdad demostrable a través de la prueba matemática. Si lo vemos desde la semiosis no es que la realidad nos dé señales de algo incognoscible sino que nosotros producimos interpretantes que se convierten en signos que serán por momentos una verdad provisional propensa a ser desmentida, endeble y falible infinitamente.

## REFERENCIAS

1. Greimas Algiras J, Courtés J (1979) (1986). (tr. esp. Diccionario razonado de la Teoría del Lenguaje, Madrid, Gredos, 2006)
2. Eco U. (1975). Trattato di semiotica generale, Milano Bompiani
3. Eco U. Il Segno. Milano: ISEDI Istituto editoriale internazionale, (tr. esp. Signo. Barcelona, Editorial Labor, 1994)
4. Eco U. (1997). Kant e l'ornitorrinco. Milano, R.C.S. Libri S.p.A (tr. esp. Kant y el ornitorrinco. Barcelona, Lumen, 1999)
5. Sebeok T (1994). Signs, and introduction to semiotics University of Toronto Press Toronto y Buffalo (tr. esp. Signos: una introducción a la semiótica. tr. Pilar Torres Franco, 1996)
6. Peirce CS (1931-35). Collected Papers, Cambridge: Harvard University Press

<sup>9</sup> Primeridad es para Peirce todo lo posible real o imaginario, es decir, es lo universal, el todo, el significante unario para Lacan; secundaridad es lo realizable, lo que ocurre, es lo más concreto y particular; terceridad es la ley, es decir, la norma, la regla que hace posible se unan la primeridad con la secundaridad. Es lo más general.

<sup>10</sup> Kant habla del conocimiento *a priori* como aquel que ocurre al determinar algo previamente a que ocurra y por lo tanto pueda trascender el carácter particular que ellos poseen como objetos apegados a la experiencia, es decir, el conocimiento *a priori* busca leyes independientes de la experiencia de fundamento racional y que son los principios organizativos de la conciencia. El conocimiento *a posteriori*, en cambio, es dependiente de la experiencia.

ENSAYO

# LA GUERRA, FREUD, EL FIN DE LA HISTORIA Y LA NECESIDAD DE DIOS

(Rev GPU 2014; 10; 4: 395-400)

Javier Barriá<sup>1</sup>

El presente ensayo nace al encontrarse el autor con una Liga de científicos y escritores por la paz, que tenía como finalidad que grandes científicos de principio del siglo XX expusieran sus visiones a grandes temas humanos, en este caso: Freud y Einstein, sobre la guerra (1). Es curioso que esta intención propuesta por Platón en su libro *La Republica* hace 2.500 años, que la humanidad sea gobernada por los sabios y que ellos determinen los designios de esta, aparezca de nuevo 1.900 años después. Freud menciona en su presentación autobiográfica (1934) que solo participó en esa instancia propuesta por Einstein; luego la enfermedad cancerígena y el agotamiento lo alejaron de las correspondencias (2). La primera impresión es que la respuesta que entregan estos gigantes de la historia es insuficiente, pero en lecturas posteriores se siente la grandeza de dos genios que se anticiparon a sus generaciones y tal vez a la nuestra también. El presente ensayo es, a su vez, un pretexto para tratar el sentido del Hombre hacia su inexorable historia destructiva. Es un intento de preguntarse qué hubieran dicho Freud y Einstein de los cuestionamientos del mundo Posmoderno, apocalíptico para los religiosos y místicos, o sin sentido para la mayoría. Por tanto dividiremos el presente ensayo en dos partes: primero trataremos el tema de la guerra, luego, en una segunda parte, la muerte de Dios y de la religión occidental.

## IDEAS PRELIMINARES: OCASO DE LA HISTORIA, DE DIOS Y DE LA ECONOMÍA

**E**l hombre vive una encrucijada entre la guerra que se avecina en forma inminente y su desgarradora vida moderna sin sentido.

¿Muerte de la Historia, de Dios y de las Ideologías?

¿Hacia dónde se dirige el hombre? ¿Tiene sentido su existencia? Estas preguntas cobraron sentido con más fuerza el martes 11 de septiembre de 2001 cuando se presenció el atentado terrorista al Centro Mundial del Comercio y del Pentágono a nivel mundial y en televisión abierta, lo que hace más palpable la pregunta, cuando las fechas coinciden con otros dolores

<sup>1</sup> Doctor en Psicoterapia y Etiología Clínica Universidad de Chile-Pontificia Universidad Católica de Chile. Psicólogo y Trabajador Social. javier.barria@ucv.cl

enterrados (o que se niegan al callarse) de nuestro Chile y sus cicatrices todavía abiertas (3).

¿Hacia dónde se dirige el hombre? La pregunta suena como un eco.

Victor Frankl, en su libro autobiográfico sobre su estadía en los campos de concentración, como prisionero de guerra, nos enfrenta a la ignominia, a la brutalidad, a la destrucción de los valores humanos (4). Cómo podemos explicar las guerras, las masacres y los atentados –si son expresiones de la misma cultura creada por el hombre– ¿Cómo se puede guardar tanto odio? Al parecer la historia nos ha dado como una receta constante que la única forma de mantener la estabilidad y la paz (aunque sea temporal) es la guerra. Ya Nietzsche planteaba que a partir de la corriente nihilista lo único que queda es la destrucción constante y permanente de los valores humanos (5). En cambio, la búsqueda de sentido trascendental ha sido solo una antesala de soñadores y buscadores de salvación, un sin sentido de hippies, adictos y hooligans.

Hoy en la encrucijada del siglo 22 y tercer milenio después de Cristo y del nacimiento de la cultura de occidente, nos enfrentamos a tres disyuntivas paradójicas sin salida aparente, o por lo menos hasta ahora sin salida posible:

La primera es la muerte de las ideologías: existe una sola ideología económica imperante, ya que al separarse la Unión Soviética, Rusia le entregó la hegemonía política y económica a Estados Unidos y al capitalismo. Algunos podrían señalar que existen bastiones de la antigua órbita comunista como China o Cuba, pero ambos países han entrado en la lógica del mercado y, por lo tanto, han renunciado a lo esencial del comunismo y que los hacía distintos al capitalismo, el estatismo y la economía no capitalista.

La segunda encrucijada es la planteada por Nietzsche ya en 1800, la muerte de Dios (6), la muerte inevitable de la religión occidental y del Cristianismo, solo queda el gran elefante blanco, institucionalizado y político del Vaticano. El Dios antropomórfico (el anciano con barba pintado por Miguel Ángel) ha muerto, es insuficiente para el humano que busca desesperadamente explicaciones a su miseria humana y espiritual (7).

La tercera encrucijada es la muerte de la Historia: la cultura occidental ha llegado a un punto de evolución entrópico, debe reinventarse e inventar su historia colectiva. Algunos analistas sociales como Giddens (2007) plantean el tema de las migraciones y los problemas que conllevan: el racismo, la pobreza, el tráfico de drogas, y las rencillas no resultas, tanto históricas, como religiosas y étnicas. Las migraciones latinas, africanas, de los países soviéticos y de los países árabes alteran

la configuración sociopolítica de Europa e introducen una nueva categoría de humano, el de cuarta clase en países desarrollados (8).

## LA SOMBRA: EL SEÑOR DEL CAOS

Aunque el panorama parezca sombrío y que la sombra que asola a la Tierra es la proyección de su propia psicología del hombre. Jung (1998) menciona que el tercer anticristo anunciado por el Apocalipsis es una ley Psicológica inexorable, consecuencia de la desintegración de los países, auge y caídas de imperios y el nacimiento de nuevas épocas, es el desprenderse de todo ego para creer que el hombre es solo polvo (9).

El anticristo es la sombra del Cristo, es el lado oscuro, donde sintetizamos todo lo maligno, inferior, primitivo e inadaptado de la conciencia humana, pero que somos nosotros mismos proyectado en otro, en el otro yo. El yo agrandado que quiere identificarse con un Sí-mismo endiosado aumenta peligrosamente de tamaño como queriendo ser Dios. El yo agrandado proyecta su sombra irracional en los demás y considera que ellos son el mal.

La psicosis colectiva y sus genocidios de la Alemania nazi sucedieron, menciona Jung, porque el ego alemán que identificó con la “raza aria” proyectó su sombra colectiva en los judíos. Así mismo, observamos que para los musulmanes el presidente Bush era la personificación de la Bestia y el Anticristo, y para los norteamericanos las religiones musulmanas y países musulmanes son la irracionalidad, el terrorismo, a quienes hay que combatir para mantener el poder político en el mundo.

La creación de las nuevas maquinarias de guerra nos obliga a pensar en nuevas estrategias y tácticas de guerra y protección de los países. ¿Quién es el enemigo presente en los atentados a Estados Unidos (2001), o de España (2004), o de Inglaterra (2005)? (3). Nos enfrentamos a una nueva forma de hacer guerra con un enemigo invisible, desconocido, desconcertante, arriesgado. Al observar la televisión abierta se asimila el acto terrorista a las acciones kamikazes de los aviadores japoneses, ¿Cómo se lucha contra la propia muerte y el suicidio? ¿Quién es el enemigo físico al cual culpar y agredir o bombardear? ¿Qué hubiera dicho Jesús con respecto de dar la otra mejilla? ¿Qué hubiera dicho Jung con respecto a la sombra y la búsqueda de espiritualidad?

## EL ORIGEN DEL ODIO: LA GUERRA

Después de hacer una presentación preliminar, podemos conjeturar que toda época caótica y de fin y principio de milenio produce una visión apocalíptica de la

misma. La segunda conjetura es que la guerra no es una consecuencia directa y una reacción, sino un pretexto para fines políticos o imperialistas.

Lanzadas nuestras saetas hipotéticas, explicaremos el porqué de las conjeturas planteadas. En el texto “¿Por qué la guerra?” (1932) que es una carta que Einstein envía a Freud para que entregue una visión psicológica del tema, hace tres preguntas.

¿Qué factores psicológicos paralizan al poder a favor de la paz mundial?

¿Cómo es posible que una minoría exalte a las masas hacia algo que puede depararles su propia destrucción?

¿Sería posible controlar la evolución del hombre como para ponerlo a salvo de la psicosis de odio y destructividad?

Preguntas hechas con antelación a la segunda guerra mundial. Gay (1996) (10) menciona que Freud había hablado anteriormente de la guerra en dos ensayos “Consideraciones de actualidad sobre de guerra y muerte” (11), y en “sobre enfermedades de guerra” (12), pero sus ensayos centrales para dar respuesta a las inquietudes de Einstein habían sido expuestos en *Malestar de la cultura* (13), *Más allá del Principio del Placer* (12), y en *El porvenir de una ilusión*. Strachey en sus notas a pie de página hace referencia también a *Tótem y Tabú*.

Ya Freud a principios del siglo veinte había planteado la idea del impulso de muerte. Un Freud de posguerra (primera guerra mundial) que ve desmoronarse el imperio Austro-húngaro, desilusionado del hombre, y con una enfermedad de cáncer, señala que existe en la naturaleza humana un impulso irreversible hacia la muerte.

Esta idea, tan oscura a primera vista, se asemeja a la idea de entropía sistémica, al Ying-Yang chino, y a la sombra jungiana. Es un principio Físico y Psicológico inexorable de lo imperecedero, de lo inmanente. Pero es insuficiente para explicar el principio de la guerra (14).

Pero Freud va más lejos del principio de Tanathos y plantea el punto central del conflicto actual y de nuestra conjetura. Hace mención a lo que Foucault posteriormente llamaría dispositivo de poder (15). Establece una diferencia entre poder y estructura social, señala que el poder está controlado por estructuras sociales que son verdaderas hegemonías económicas y políticas donde los muchos “son víctimas” de las decisiones de unos pocos.

¿Será acaso que la guerra es un principio de poder político y económico antes que un hecho beligerante ocasional? Analicemos la guerra de Afganistán (2001 al presente). De acuerdo con los comentarios descritos en

la prensa (de la época), la guerra por parte de Estados Unidos se justifica, de algún modo, lo que no se justifica es que el país que ocasiona la guerra, que fue Estados Unidos, controle las principales entidades mundiales como la ONU y OTAN, y además las utilice para controlar la información y la capacidad de reconocer quién está en la razón y quién en contradicción, y también los pozos de petróleo (3).

No se puede justificar el terrorismo, pero lo podemos ver como una nueva forma de guerra donde el “pequeño” puede ocasionar daño al “grande”. Es una nueva arquitectura de guerra, donde no existe un enemigo claro a quien atacar.

Entonces leemos a Freud entre líneas, que al parecer se anticipa a la idea de la ineficacia de los organismos internacionales al servicio de las potencias mundiales y de su incapacidad para ser neutrales ante los hechos beligerantes. Como señala Freud:

“Solo es posible impedir con seguridad las guerras si los hombres se ponen de acuerdo en establecer un poder central, al cual se le conferiría la solución de todos los conflictos de intereses. Esta formulación involucra, sin duda, dos condiciones: la de que sea creada semejante instancia superior, y la de que se le confiera un poderío suficiente. Cualquiera de las dos, por sí sola, no bastaría. Ahora bien: la Liga de las Naciones fue proyectada como una instancia de esta especie, pero no se realizó la segunda condición: no posee poderío autónomo, y únicamente lo obtendría si los miembros de la nueva unidad, los distintos Estados, se la confiriesen” (Freud, 1934, p. 188).

Que planteamiento más lúcido se estaba anticipando que para crear una institución real como la ONU u OTAN, deben a su vez tener capacidad de resolución e independencia y solo un nombre.

Pero volvamos a los hechos psicológicos. Freud plantea que la violencia es un impulso reprimido ocasionado por la frustración o la imposibilidad de satisfacer una necesidad: “los conflictos de intereses entre los hombres son solucionados mediante el recurso de la fuerza... este objetivo se alcanza en forma más completa cuando la fuerza del enemigo queda definitivamente eliminada, es decir, cuando se lo mata” (Freud, 1934, p. 188).

Hobbes había planteado algo similar: que el uso de las armas, la fuerza y violencia de aniquilación permite el exterminio del otro. Idea animalesca para explicar la maldad innata del hombre. Freud menciona: “Cuando la pulsión de muerte supera a la pulsión de vida, la autodestrucción es inminente”.

Es decir, cuando se denota la destrucción el proceso es irreversible.

¿Pero cómo detenemos este proceso?

Podemos anticipar varias soluciones y estar de acuerdo primero con Freud y verla como una calamidad necesaria; como Malthus, como control de la especie; como Darwin, sobrevivencia entre especies; como Foucault, desmembramiento de las estructuras de poder (15).

¿Queremos ver a la guerra como una calamidad necesaria? No podemos, tendríamos que llegar a la conclusión que el hombre es malo por naturaleza. Tal vez, quizás, no lo sabemos.

Por lo tanto, nos parece más atractiva la idea de Foucault, que el desmembramiento de las estructuras de poder, como todo imperio en decadencia, y como todo choque de culturas entre occidente y oriente, produce un quiebre de intereses, una crisis religiosa y de la Cosmovisión de mundo y por tanto, conflicto.

Efectuando una síntesis preliminar, la guerra parece ser más que un impulso animalesco. Más bien es un quiebre del poder estructural, un choque de intereses económicos, políticos y hegemónicos. Pero por sobre todo presenta la antítesis de la naturaleza pulsional humana de controlar al otro y, si es necesario, someterlo, dañarlo y destruirlo.

Todo intento cultural, humano y social para evitar los desenlaces en una guerra es necesario. La idea de la autoaniquilación del hombre es un eco que suena cada vez más fuerte o la idea tibetana del holocausto y de una nueva raza. Pero el hombre debe encontrar un espacio pacífico para la solución de los conflictos. Mas, no tenemos una respuesta clara para dar una solución.

## LA MUERTE DE DIOS

La guerra y la muerte de Dios están íntimamente relacionadas. La razón llevó al hombre a una encrucijada donde Dios quedó fuera. La ciencia como opuesto especular del misticismo perdió su alma, se la vendió a Mefistófeles por dinero y prestigio, por lo cual el hombre de occidente no es capaz de experimentar lo sobrenatural y su propio principio humano hacia el Sí-mismo jungiano y su propia conciencia superior.

El puente de la experiencia espiritual que permitía cruzar la línea divisoria de los opuestos se perdió porque no pudo pasar la prueba empírica de la causa y efecto de la ciencia. El mundo mitopoético jungiano agoniza en la espera de crear nuevos arquetipos explicativos de la naturaleza humana. Incluso podríamos hablar de nuevas religiones, nuevos mitos de la creación, del pecado, de lo bueno y de lo malo.

La idea nietzschiana de la muerte de Dios es una realidad palpable, pero que lleva a una falta de respuestas de vida y de cuestionamientos éticos necesarios

para su sobrevivencia (5). La religión es necesaria, como menciona Jung, el hombre siempre buscará un principio directriz que explique lo que no se puede explicar, o como dice Freud, es una neurosis colectiva, donde el hombre regresa a una etapa oral maternal. Sea como sea, es necesario que la vida fluya como un principio incognoscible, donde no pierda su ministerio, para conservar la creencia en un futuro que, incierto y peligroso, nos diga qué es mejor.

Sin embargo, Jung en *Psicología y Religión* (9), enfatiza la idea que las religiones cristianas, extrañamente o intencionadamente, perdieron la noción de la maldad, al diablo, lo extraviaron. Como indica Jung, todas las religiones ancestrales y politeístas plantean la dualidad permanente e insistente de la materia: el bien y el mal, la vida y la muerte, esta eterna rueda que gira, este tan misericordioso en eterno equilibrio. Al parecer, al negar la imagen destructiva del humano se niega su esencia, o es más fácil acercarnos a la idea pueril que el hombre es bueno por naturaleza y por lo tanto no requiere una redención tan elaborada.

Extrañamente, dice Jung, las tres religiones más belicosas de la historia y que imponen su religión por la fuerza son el Islam, el cristianismo y el judaísmo; las tres religiones tienen una cualidad en común, ser monoteístas (9). Todas las religiones politeístas son pacíficas, no han declarado la guerra a ningún país y han impuesto sus creencias. Tenemos el ejemplo del budismo, el sintoísmo o la religión que se pierde en el tiempo como los vedas.

La pregunta es por qué el diablo quedó afuera, había para Freud una asociación entre lo pecaminoso y el sexo, como si todas las maldades y obscenidades del mundo se hubiesen generado por el sexo. Freud plantea que la religión castra a la mujer y la hace virgen, sin sexo, sin penetración. Y, por lo tanto, el diablo no tiene cabida, ¿a quien tentar entonces? Pero esta castración no es gratuita: para Freud la castración que produce la religión fabrica agresividad, como no puedo canalizar la realidad como dual tal como es, bueno y malo, sexo y placer, la agresividad se encarga de mostrar el lado insatisfecho de la sociedad.

Este es el lado sexual del cuestionamiento. Para el ensayista es mucho más profundo. Al presenciar la guerra de Afganistán e Irak se nos abrió un mundo desconocido para el mundo occidental, que es el Islam. Buscando información encontramos que la religión católica, judía y el Islam comparten los cinco primeros libros de la Biblia (Pentateuco) y proclaman el monoteísmo y la imposición de la religión como una necesidad de evangelización o sencillamente aniquilación del infiel o pagano. Tanto la Iglesia Católica como el Islam

han impuesto su religión por la fuerza, cada una en los mundos en que les ha correspondido vivir.

La pregunta es ¿Dónde quedó el diablo? No lo sabemos.

Pero podemos hipotetizar que el diablo siempre es el otro, el ignorante, el pagano, el de otra religión, el extraño, el occidental o el oriental, el inmigrante, el árabe o el sudaca.

Alguien es el diablo, pero yo no soy.

Distinta es la visión oriental. En el libro tibetano de los muertos (1998) (16) se expresa la idea del karma como principio de la dualidad humana. Esta idea básica del budismo se puede asimilar como la idea básica de Freud, el Eros y Tanathos, que están en nuestro interior y cada uno pulsa para satisfacer sus intereses. El problema es cuando la “conciencia moral” desaparece, o sea Dios no existe.

## ENTONCES ¿QUÉ HACEMOS SI DIOS NO EXISTE?

Inventar nuevos dioses a nuestra imagen y semejanza, o inventar formas nuevas de superar la ignorancia. Hemos supuesto erróneamente que el chamanismo y animismo son la antesala de la ciencia; aquí existe una falsedad intencional, porque la ciencia es solo un invento de la racionalidad, en cambio la religión es intrínseca al hombre. Pero ¿podemos suponer que sean una necesidad?, no lo sé.

La hipótesis es que la ciencia como opuesto especular es tan destructiva como la ausencia de Dios, y la ausencia de Dios es tan destructiva como el endiosamiento de la ciencia. Por lo tanto, en la guerra de Estados Unidos con Afganistán e Irak nos enfrentamos a la otra contradicción: el fetiche de la tecnología producto evolutivo de la ciencia y unos pueblos religiosos cuatro o cinco siglos retrasados del mundo occidental, pero donde la fe mueve la convicción que la guerra es más que intereses económicos, sino la lucha contra el anticristo, contra la bestia y el diablo.

Extraña la forma cómo encontramos al diablo en forma de país y cultura. Extraña es también la desembocadura de nuestro análisis.

Pero no desfallezcamos, el planteamiento es que la guerra de Afganistán nos muestra que la antesala de la destrucción es el camino inminente de la muerte de Dios. ¿Y cómo puede ser esto? Simple: la ciencia como opuesta especular rompe todo proceso de crecimiento igualitario o conservador de la vida, con falacias como el crecimiento sostenido de la economía, el hombre máquina, y la enfermedad del poder mundial. La denuncia de la guerra no es solo la psicosis de un loco, sino las desigualdades de los países, y el desequilibrio

mundial donde los pocos tienen la mayor parte de las riquezas y los muchos se mueren de hambre.

El Dios que requiere el hombre occidental es ver qué quiere para el futuro. Por ejemplo: un mundo en paz. Es irrevocable que primero debe terminar con los desequilibrios mundiales, la pregunta es ¿Cómo será posible hacerlo, sin guerra? Habría tal vez que cambiar el capitalismo por una economía sin usura. Habría que inventar una modalidad en que los ricos acumulen ciertas tasas de riquezas, que no sean reconocidas las deudas de los países en quiebra, o por los que mueren de hambre. Que los países con mayores niveles de contaminación indemnicen a los otros países afectados.

Aquí es donde aparece con más fuerza la tercera pregunta de Einstein a Freud: ¿cómo controlamos la evolución mental del hombre, para que no se destruya? Freud tampoco da una respuesta. Nosotros menos lo haremos.

Una reflexión: Francisco de Goya y Lucientes (1746-1828) plasmó, tras la invasión napoleónica a la Península Ibérica, un dramático retrato de la guerra: “los fusilamientos del 3 de mayo de 1808”. El punto de vista de Goya difiere totalmente del de muchas otras obras pictóricas, en las que la guerra aparece con matices de heroísmo anodino. Cada vez con mayor lucidez, el mundo ha comprendido que la guerra impone terribles sufrimientos a personas inocentes, incluyendo a jóvenes combatientes que nada tienen que ver con las pendencias de sus líderes.

## CONCLUSIONES

Concluir este ensayo es muy complejo porque todas las posibilidades quedan abiertas. El libro *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea* (17) parece juego de niños ante la inminente aniquilación del hombre, y la idea apocalíptica de San Juan recobra más fuerza.

Lo único que podemos sugerir es que la necesidad de Dios es una prioridad, el hombre occidental debe buscar nuevas formas de religión más acorde con sus tiempos, donde las respuestas esenciales repetidas por todas las religiones, con el amor, paz, misericordia, recobren fuerza y la eterna lección de las religiones, que para cambiar el mundo debemos empezar por nosotros mismos.

La ciencia es necesaria, pero no es la finalidad del hombre. El opuesto especular impide el equilibrio necesario con el mundo, o naturaleza; los fetiches del progreso y el crecimiento son artilugios economicistas que sirven a los intereses de los pocos que producen los principales desequilibrios mundiales.

Cerraremos con una idea del viejo Freud: “Es difícil decirlo, pero quizás no sea una esperanza utópica la de

que la influencia de estos dos factores –la actitud cultural y el fundado temor a las consecuencias de la guerra futura– ponga fin a los conflictos bélicos en el curso de un plazo limitado. Nos es imposible adivinar a través de qué caminos o rodeos se logrará este fin. Por ahora solo podemos decirnos: todo lo que impulse la evolución cultural obra contra la guerra. Lo saludo cordialmente y le ruego me perdone si mi exposición lo ha defraudado.” Suyo SIGMUND FREUD (Freud, 1934 p. 198).

## REFERENCIAS

1. Rodriqué E. Sigmund Freud: El siglo del psicoanálisis. Editorial Sudamericana, 1996
2. Freud S. ¿Por qué la guerra? Obras completas. 1933; 22
3. Hobsbawm EJ, Fazi J. Historia del siglo XX: Crítica. Grijalbo Mondadori, 1998
4. Frankl V. El hombre en busca de sentido: un psicólogo en un campo de concentración. El hombre en busca de sentido. 2004: 27-34
5. Nietzsche F, Nietzsche FW. La voluntad de poder. Edaf, 1981
6. Nietzsche F. Así habló Zaratustra. E-FOCUS, 2014
7. Nietzsche FW. El anticristo. iUniverse, 1999
8. Giddens A, Griffiths S, De Bustillo FM. Sociología. Alianza, 2007
9. Jung C. Psicología y religión. 5ª reimpresión. Barcelona: Paidós, 1998
10. Gay P. Freud: una vida de nuestro tiempo. 1989
11. Freud S. Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte. Obras completas. 1915; 6: 2101-18
12. Freud S. Psicología de las masas: Más allá del principio del placer; El porvenir de una ilusión 1996
13. Sigmund F. El malestar en la cultura. 1997
14. Jacobi J. La Psicología de CG Jung. Espasa-Calpe, SA: Madrid, 1963
15. Foucault M. El poder psiquiátrico. Ediciones AKAL, 2005
16. Rimpoché S. El Libro de los tibetanos de la vida y la muerte. 1994
17. Fromm E. Psicoanálisis de la sociedad contemporánea: hacia una sociedad sana. 1964

## FILOSOFÍA

# ORIGEN Y MODOS DE ASUMIR LA FILOSOFÍA<sup>1</sup>

(Rev GPU 2014; 10; 4: 401-409)

Jorge Acevedo Guerra<sup>2</sup>

### 1

La filosofía requiere siempre de una autodefinition. Es necesario saber, en cada caso, cuando se habla de ella o desde ella, qué entiende alguien por filosofía, sea o no filósofo. Su concepto es, pues, clave en todo quehacer que se autodenomine como filosófico. Para esclarecer la idea de filosofía recurro, principalmente, al pensamiento de Ortega. En especial, abordo el origen de la tarea filosófica y las diversas maneras en que es posible asumir esa tarea. Para el pensador español la duda vital juega un papel decisivo en el origen del filosofar. Al respecto, pone sobre el tapete –entre otros– los casos de Descartes y de Aristóteles y, por cierto, el de él mismo. Sin embargo, junto con la duda es necesario que concurran otros factores para dar lugar a la filosofía en su prístina manifestación. Por ejemplo: factores sociales, como las crisis históricas; factores epistémicos, como la fe en el pensamiento humano. Por otra parte, cuando el filosofar ya ha surgido y llega a “resultados”, es posible asumir la filosofía misma y sus resultados de diferentes modos. Por ejemplo, como una manera de ganarse la vida, como una ocupación felicitaria que encanta y ayuda a pasar por la existencia, como un arma en la lucha ideológica, como un arsenal

de conceptos al servicio de otros modos del saber –la teología, en la Edad Media; las ciencias, en la Época Moderna–; como conjunto estructurado de ideas que apoyan las conductas: religiosas, políticas, etc. Procuero precisar los conceptos de duda, crisis, fe en el pensar del hombre. También la “legitimidad” de diversos modos de asumir la filosofía.

### 2

Según Ortega, “no podemos auténticamente ocuparnos en filosofía si no sabemos qué es filosofía”<sup>3</sup>. No sería, pues, superfluo ocuparse de algo que muchas veces se considera comprensible de suyo, sobre todo en los ámbitos en que se cultiva esta disciplina, suponiendo que, primariamente, sea una disciplina y no algo diferente.

La filosofía –como todo lo humano– tiene un carácter histórico. La historicidad de la filosofía se manifiesta de varias maneras. Por lo pronto, de este modo: nació en cierto momento y se ha desarrollado hasta ahora, sin que haya garantía de su continuidad. En su «Prólogo a la *Historia de la Filosofía* de Émile Bréhier», señala “que la definición más verídica que de la filosofía puede darse –y hartamente más rica en contenido de lo que

<sup>1</sup> Ponencia presentada en el «Congreso internacional: IV Congreso Iberoamericano de Filosofía: Filosofía en Diálogo», Santiago, organizado y patrocinado por la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Profesor Titular del Departamento de Filosofía de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile.

<sup>3</sup> «Prólogo a *Historia de la Filosofía*, de Émile Bréhier.– (Ideas para una historia de la filosofía)». § ‘La historia de la filosofía como regreso’. *Obras Completas*, Vol. VI, Fundación Ortega y Gasset / Ed. Taurus, Madrid, 2006, p. 159. En lo que sigue, continúo citando por esta edición, poniendo entre corchetes las referencias a la antigua edición [O. C., Vol. VI, Ed. *Revista de Occidente*, Madrid, p. 404].

al pronto parece, pues parece no decir casi nada— sería esta de carácter cronológico: la filosofía es una ocupación a que el hombre occidental se sintió forzado desde el siglo VI a. de J. C. y que con extraña continuidad sigue ejercitando hasta la fecha actual”<sup>4</sup>.

Precisando su postura al respecto, indica que “la filosofía propiamente tal empieza con Parménides y Heráclito. Lo que inmediatamente la precede —«fisiología» jónica, pitagorismo, orfismo, Hecateo— es preludio y nada más”<sup>5</sup>. “Parménides y Heráclito —añade en otro lugar—, debieron nacer en torno al año 520 antes de Cristo. Empiezan, pues, a pensar hacia el año 500”. Y en nota: “Lo decisivo para nosotros —y lo sorprendente— es que las obras de ambos fueron simultáneas y pertenecen a los años en torno a 475”<sup>6</sup>.

¿Qué tuvo que suceder para que esa ocupación que llamamos filosofía surgiera «en plenitud» con Parménides y Heráclito? Como no nos interesan especialmente los aspectos historiográficos de esta historia, daremos una brevísima versión de lo que habría ocurrido. Según Ortega, “hacia 600 antes de Jesucristo gran parte de las minorías griegas más alerta comenzaron a dudar grave y extensamente de las opiniones recibidas, tradicionales, sobre «lo que hay» y de que hasta entonces se había vivido; esto es, comenzaron a no creer que «efectivamente hay lo que» aquellas opiniones decían que «hay». Por ejemplo, los Dioses y todo lo que de ellos viene: los derechos políticos «por la gracia de Dios», los deberes y las normas, los consejos oraculares, etcétera. Esta duda respecto a los contenidos concretos de muchas opiniones «establecidas» les llevó pronto a funcionalizar la duda, esto es, a dudar, por principio, de toda opinión tradicional sobre «lo que hay». Es la «duda metódica» que, expresa o sin nombre, actúa siempre que la filosofía va a nacer o a renacer”<sup>7</sup>.

Lo anteriormente expuesto indica que la filosofía —tarea *personal*— surge en el contexto de una crisis *histórica*, sin la cual no sería posible. Más aún: la filosofía —tarea *pensante*— tiene raíces *vitales*. El pensamiento filosófico no es solo pensamiento. Está, de partida, entrelazado con la historia de la sociedad en que el filósofo ha nacido y vive; y también se entrelaza con la

existencia personal del filósofo, con su biografía. Lo uno y lo otro forman parte, intrínsecamente, del pensamiento filosófico, y este se va tornando inteligible solo al ir tomando en cuenta esos dos ingredientes suyos, entre otros.

### 3

Desde ya, sin embargo, hay que ponerse en guardia frente a una mala interpretación de lo dicho. La historia de que hablamos tiene poco que ver con lo que los historiadores llaman hechos históricos. Sacar a colación tales «hechos» normalmente perturba la intelección de la filosofía que estaría presuntamente condicionada por ellos. Algo semejante ocurriría —y de peor manera aún— cuando se saca a colación una multitud de anécdotas que constituirían la vida del filósofo y que presuntamente serían determinantes del núcleo de su pensamiento.

A propósito de la contextualización histórica y social de la filosofía, es fácil caer en la bagatela o en el *chin chin* (*Krimskrams*) de que hablaba despectivamente el conde York para referirse a cierto tipo de «historiografía» en el *Epistolario* con Dilthey<sup>8</sup>. No es difícil tampoco caer en la actitud que Ortega ve en Sainte-Beuve, crítico literario que “nos lleva de la obra al autor, y luego pulveriza a este con una llovizna de anécdotas”<sup>9</sup>, pulverizando, de paso, la obra estudiada, con lo cual no nos queda entre las manos nada que valga la pena. La crítica —más precisamente, en nuestro caso, la hermenéutica filosófica— tendría que ser “un fervoroso esfuerzo para potenciar la obra elegida. [...] Procede orientar la crítica en un sentido afirmativo y dirigirla, más que a corregir al autor, a dotar al lector de un órgano visual más perfecto”<sup>10</sup>. Para lograr tal objetivo es preciso dejar de lado, radicalmente, la recolección de anécdotas, la elaboración de listas de pecados a que los autores, tal vez, se dejaron ir en las horas menos nobles de su existencia; hay que concentrarse en la captura sistemática de los orígenes de sus creaciones, en la acumulación de variaciones lexicográficas, en la reconstrucción de las porciones egregias

<sup>4</sup> *Ibid.*, § ‘La filosofía es una tradición’ [*Ibid.*, p. 404 s.].

<sup>5</sup> *Epílogo de la Filosofía*, O.C., VI, p. 616 [*Origen y epílogo de la filosofía*, Cap. V. O.C., IX, p. 384].

<sup>6</sup> «Fragmentos de *Origen de la Filosofía*», O.C., VI, p. 849, nota 2 [*Ibid.*, Cap. VIII, p. 399].

<sup>7</sup> «Apuntes para un comentario al *Banquete* de Platón», O.C. IX, p. 746 [«Comentario al *Banquete* de Platón», II parte. O.C., IX, p. 770].

<sup>8</sup> Citado por Heidegger en *Ser y tiempo*, Ed. Universitaria, Santiago, 1997, p. 415. Trad. de Jorge Eduardo Rivera (*GA 2*, p. 529). También citado en *El concepto de tiempo* (*Tratado de 1924*), Ed. Herder, Barcelona, 2008, p. 20. Trad. de Jesús Adrián Escudero. (*GA 64*, p. 11).

<sup>9</sup> *Meditaciones del Quijote*, O.C., I, p. 759 [O.C., I, p. 325].

<sup>10</sup> *Ibid.*, pp. 759 s. [*Ibid.*].

de sus almas, aconseja el joven Ortega en 1911, antes de cumplir los 30 años<sup>11</sup>.

#### 4

Retomemos nuestro planteamiento inicial. De lo que se trata es de hacer resaltar que la filosofía surge o resurge vigorosamente cuando hay alteraciones en la estructura de la vida humana misma, tanto en su dimensión histórica y social como en su dimensión personal. A la primera de estas alteraciones Ortega la llama crisis histórica; a la segunda, caer en la duda. Aludamos en primer término a esta última.

Desde cierta perspectiva, la vida humana –la realidad radical– está configurada por ideas y por creencias. Desde otra, por un yo y su circunstancia. Podríamos aumentar estas perspectivas, pero por ahora solo nos interesa la primera. Ha sido expuesta por Ortega en varios lugares de su vasta obra y su complejidad nos impide entrar detalladamente en ella. Baste, en esta oportunidad, con lo siguiente.

“Las ideas –según él– son pensamientos que nosotros tenemos, bien porque hayan sido producidas por nosotros, bien porque las hayamos recibido. Son ocurrencias individuales para las que buscamos y encontramos razones de suerte que incluso puedan ser demostradas”<sup>12</sup>.

Con base en las ideas-ocurrencias –o, simplemente, ideas–, hay en el ser humano otro estrato de «ideas», “diferentes de todas aquellas que se le ocurren o que adopta”<sup>13</sup>. Se trata de las ideas-creencias o, simplemente, creencias. Ellas “no surgen en tal día y hora *dentro* de nuestra vida, no arribamos a ellas por un acto particular de pensar, no son, en suma, pensamientos que tenemos, no son ocurrencias ni siquiera de aquella especie más elevada por su perfección lógica y que denominamos razonamientos. Todo lo contrario: esas ideas que son, de verdad, «creencias» constituyen el continente de nuestra vida y, por ello, no tienen el carácter de contenidos particulares dentro de esta. Cabe decir que no son ideas que tenemos, sino ideas que somos”<sup>14</sup>.

Resume Ortega: “Hay, pues, ideas *con* que nos encontramos –por eso las llamo ocurrencias– e ideas *en* que nos encontramos, que parecen estar ahí ya antes

de que nos ocupemos en pensar”<sup>15</sup>. Estas últimas son las creencias. Recurriendo a lo que denomina razón histórica, narrativa, etimológica o semántica, Ortega ve una confirmación de su planteamiento en el hecho de que “el lenguaje vulgar ha inventado certeramente la expresión «estar en la creencia». En efecto –añade–, en la creencia se está, y la ocurrencia se tiene y se sostiene. Pero la creencia es quien nos tiene y sostiene a nosotros”<sup>16</sup>.

Al concentrar nuestra atención en las creencias como tales, podemos descubrir “los diversos estados por que pasan. Un mismo contenido de fe –advierte Ortega– puede actuar en épocas sucesivas de modos diferentes. Sin meternos en más finuras topamos, desde luego, con estos tres estados de una misma creencia: cuando es fe viva, cuando es fe inerte o «muerta» y cuando es duda”<sup>17</sup>. Tengamos presente, pues, que la duda –por lo pronto–, es un modo de la creencia. Como veremos, es la superfetación del creer.

Recordando un texto ya citado, la duda puede entenderse al menos de dos grandes maneras: como duda vital o existencial y como «duda metódica» o intelectual. La filosofía nace de la duda vital, decía tácitamente Ortega allí, aunque a continuación se convertía en «duda metódica». Precisamente, esta transformación acontece cuando los que han caído en la duda son llevados por la duda existencial “a funcionalizar la duda, esto es, a dudar por principio de toda opinión tradicional sobre «lo que hay»”<sup>18</sup>.

¿En qué consiste la duda vital, fundamento de la «duda metódica» y condición de posibilidad del más genuino filosofar? Partamos de la siguiente afirmación de Ortega: “El hombre, en el fondo, es crédulo, o lo que es igual, el estrato más profundo de nuestra vida, el que sostiene y porta todos los demás, está formado por creencias. Estas son, pues, la tierra firme sobre que nos afanamos”<sup>19</sup>.

Insistamos en que las creencias de que hablamos no son algo externo a la vida, que cada persona podría tomar o dejar. Estas creencias forman parte de la estructura misma de la vida humana. En la terminología de Heidegger, las creencias serían *Existenzialen*: existenciales, en la versión de Jorge Eduardo Rivera;

<sup>11</sup> «Alemán, Latín y Griego», O.C., I., p. 451 [O.C., I, 206 s.].

<sup>12</sup> «Un capítulo sobre la cuestión de cómo muere una creencia», O.C., X, p. 421 [O.C., IX, p. 720].

<sup>13</sup> *Ibid.* [*Ibid.*].

<sup>14</sup> *Ibid.* [*Ibid.*, 720 s.].

<sup>15</sup> *Ibid.*, p. 422 [*Ibid.*, 721].

<sup>16</sup> *Ibid.* [*Ibid.*].

<sup>17</sup> *Ibid.* [*Ibid.*].

<sup>18</sup> «Apuntes para un comentario al *Banquete* de Platón», § 2, O.C. IX, p. 746 [O.C., IX, p. 770].

<sup>19</sup> *Ideas y creencias*, Cap. I, § 3. O.C., V, p. 669 [O.C., V, p. 302].

existenciarios, en la versión de José Gaos<sup>20</sup>. En la terminología de Ortega, son formalidades de la vida<sup>21</sup>.

Las creencias a que nos referimos no son, normalmente, en cuanto tales creencias, algo objetivable y tematizable; no son, en principio, algo que podría exponerse en un mostrador junto a creencias diferentes, respecto de las cuales se podría discutir sobre su verdad o falsedad. Si se llegara a una situación en que pudiera ocurrir tal debate, es –con máxima probabilidad– porque las creencias ya no serían *en plenitud* creencias. Serían, posiblemente, fe inerte o duda, o estarían en la pendiente para serlo.

Insiste Ortega: “Las creencias constituyen la base de nuestra vida, el terreno sobre que acontece. Porque ellas nos ponen delante lo que para nosotros es la realidad misma. Toda nuestra conducta, incluso la intelectual, depende de cuál sea el sistema de nuestras creencias auténticas. En ellas «vivimos, nos movemos y somos». Por lo mismo, no solemos tener conciencia expresa de ellas, no las pensamos, sino que actúan latentes, como implicaciones de cuanto expresamente hacemos o pensamos. Cuando creemos de verdad en una cosa no tenemos la «idea» de esa cosa, sino que simplemente «contamos con ella»<sup>22</sup>.

Estar en la creencia respecto de algo, *contar con* ese algo y tener fe en algo son para Ortega expresiones equivalentes. Cuando hablamos de estar en la creencia, esto es, contar con algo, no nos estamos refiriendo solo ni principalmente a la fe religiosa en sentido restringido, sino a la fe en su más amplio sentido: aquella que nos pone delante “lo que para nosotros es la realidad misma”. Y, claro está, la realidad, con sus múltiples dimensiones, es más abarcadora que el ámbito de la religión en sentido estricto.

Para retomar en particular el tema del origen de la filosofía es preciso tomar en cuenta, de manera muy especial, que “en esa área básica de nuestras creencias se abren, aquí o allá, como escotillones, enormes agujeros de duda. Este es el momento de decir que la duda, la verdadera duda, la que no es simplemente metódica ni intelectual, es un modo de la creencia y pertenece al mismo estrato que esta en la arquitectura de la vida. También en la duda *se está*. Solo que en este caso el estar tiene un carácter terrible. En la duda se está como

se está en un abismo, es decir, cayendo”<sup>23</sup>. En esta situación puede surgir la filosofía. No es necesario que esto ocurra. A partir de ella se puede ir a dar a otras posibilidades, menos satisfactorias que la filosofía o francamente adversas para la vida humana. Algo diremos acerca de ello más adelante.

Es necesario, pues, distinguir nítidamente entre duda vital –la verdadera duda, que pertenece a la estructura misma de la vida humana en su nivel más radical–, de la duda metódica o intelectual. Esta es derivada de aquella, y pertenece al estrato metafísico de nuestras ideas-ocurrencias, mientras que la duda existencial pertenece al estrato metafísico más profundo de la vida, el de las creencias. Ortega advierte, en nota, que “deja intacta la cuestión de si bajo ese estrato más profundo no hay aún algo más, un fondo metafísico al que ni siquiera llegan nuestras creencias”<sup>24</sup>. También dejamos intacto este complicado asunto.

De nuevo recurre Ortega a la razón histórica, narrativa, semántica o etimológica<sup>25</sup>, diciéndonos que “todas las expresiones vulgares referentes a la duda nos hablan de que en ella se siente el hombre sumergido en un elemento insólido, infirme. Lo dudoso es una realidad líquida donde el hombre no puede sostenerse, y cae. De aquí el «hallarse en un mar de dudas». Es el *contrapuesto* al elemento de la creencia: la tierra firme. [En nota: La voz *tierra* viene de *tersa*, seca, sólida]. E insistiendo en la misma imagen, nos habla de la duda como una fluctuación, vaivén de olas. Decididamente, el mundo de lo dudoso es un paisaje marino e inspira al hombre presunciones de naufragio. La duda, descrita como fluctuación, nos hace caer en la cuenta de hasta qué punto es creencia. Tan lo es, que consiste en la superfetación del creer. Se duda porque se está en dos creencias antagónicas, que entrechocan y nos lanzan la una a la otra, dejándonos sin suelo bajo la planta. El *dos* va bien claro en el *du* de la duda”<sup>26</sup>.

También en la lengua alemana encontramos algo parecido. El *Zwei* (dos) va bien claro en el *Zwei* de *zweifeln* (dudar). Y lo mismo hallamos en latín. Señala Ortega: “Dudar es *dubitare*, de *duo*, dos –como *zweifeln*, de

<sup>23</sup> *Ibid.*, Cap. I, § 3, O.C., V, p. 669 [*Ibid.*, p 392].

<sup>24</sup> *Ibid.* [*Ibid.*].

<sup>25</sup> Véase mi libro *La sociedad como proyecto. En la perspectiva de Ortega*, Ed. Universitaria, Santiago de Chile, 1994, p. 175. Allí indico en qué fuentes me baso para utilizar esos “sinónimos” a propósito de la razón histórica.

<sup>26</sup> *Ideas y creencias*, cap. I, § 3, O.C., V, p. 670 [O.C., V, pp. 393 s.].

<sup>20</sup> Cfr., *Ser y tiempo*, § 9.

<sup>21</sup> *La idea de principio en Leibniz*, § 30. O.C., IX, p. 1134, en nota [O.C., VIII, p. 290, en nota].

<sup>22</sup> *Ideas y creencias*, Cap. I, § 2, O.C., V, p. 665 [O.C., V, pp. 387 s.].

Zwei<sup>27</sup>. Y ese mismo *Zwei* va también en *Verzweiflung*, desesperación. Duda y desesperación son vinculadas por Ortega, y precisamente a propósito del origen de la filosofía. Diremos algo al respecto a continuación.

## 5

Consideremos ahora la duda vital en directa conjunción con la crisis histórica, pues, como ya lo insinuamos, la una con la otra se potencian mutuamente para originar o reoriginar el quehacer filosófico. “La filosofía es una posibilidad histórica, como todo lo humano –advierte Ortega–, y en consecuencia *es algo a que se llega viniendo de otra cosa*. Historia es «venir de», «llegar a» y «dejar de». La filosofía solo puede brotar cuando han acontecido estos dos hechos: que el hombre ha perdido una fe tradicional y ha ganado una nueva fe en un nuevo poder de que se descubre poseedor: el poder de los conceptos o razón. La filosofía es duda hacia todo lo tradicional; pero, a la vez, confianza en una *vía* novísima que ante sí encuentra franca el hombre. Duda o *aporía*, y *euporía* o camino seguro, *méth-odos*, integran la condición histórica de la histórica ocupación que es filosofar. La duda sin *vía* a la vista no es duda, es desesperación. *Y la desesperación no lleva a la filosofía sino al salto mortal*. El filósofo no necesita saltar, porque cree tener un camino por el cual se puede andar, avanzar, y salir a la Realidad por propios medios<sup>28</sup>.

Según esto, la duda vital sería imprescindible para el surgimiento de la filosofía. Pero no basta con ella. Además, *y entre otros factores*, sería decisiva una nueva fe frente a la tradicional, quebrada o rota: la fe en el poder de los conceptos, la fe en la razón. Si la duda en que cae el filósofo es *aporía*, la *vía* para salir a tierra firme es *euporía*, camino seguro, *méth-odos*.

La duda existencial conjugada con la creencia en el poder de la razón lleva a la filosofía. La duda sin *vía* de salida a la vista no es, simplemente, duda, es desesperación. Se ve, pues, que la duda vital no lleva necesariamente a la filosofía. Puede inducir al hombre hacia derroteros que –desde nuestra perspectiva–, son una derrota, o algo así como eso.

Pero la desesperación no lleva necesariamente al salto mortal. “La pérdida de la «fe» –precisa Ortega– no lleva forzosamente a la filosofía. El hombre puede no hallar modo de sostenerse sobre el mar de dudas en

que ha caído y, en efecto, caer hasta el fondo. El fondo es la desesperación. Existe una «cultura de la desesperación», constituida por lo que el hombre hace cuando se queda en ella. Un ejemplo de esa cultura desesperada es la «literatura sapiencial» que por caso curioso y desazonador es la *más antigua que existe* (asiria, egipcia, griega, hebrea). Nunca se ha escrito nada formal sobre ella y yo espero en breve tocar con cierta abundancia el virgíneo y pavoroso tema<sup>29</sup>.

Por lo que a mi conocimiento concierne, Ortega no tuvo tiempo para abordar *en detalle* ese tema, el de la literatura sapiencial, aunque en su obra hay consideraciones relativamente extensas sobre la *vida como desesperación*. Por ejemplo, en su libro *En torno a Galileo*. Tal vez esas consideraciones un tanto indirectas reemplacen eficazmente las que, al parecer, no alcanzó a efectuar. Allí nos indica que la desesperación puede llevar al hombre al extremismo como forma de vida. El extremismo es otra posibilidad que surge en las crisis históricas, posibilidad que, por cierto, es muy diferente de la auténtica filosofía.

Por otro lado, en nota al texto citado agrega algo que complica aún más este asunto: “La desesperación está siempre cualificada por aquello de que se desespera. Cuando la «fe» muere se produce una cierta desesperación que suele llevar a una u otra forma de conocimiento. Pero también hay una «desesperación del conocimiento» que suele llevar a una nueva época de fe. Cicerón expresa el estado en que él y sus afines (los «Académicos») se hallaban, diciendo que [...] «estamos poseídos por la desesperación de no poder conocer. La brecha que esta desesperación representaba abrió al cristianismo la entrada en la historia»<sup>30</sup>.

Se puede transitar, pues, de una fe de carácter religiosos a una «fe» en la razón, y desde esta a una fe religiosa. Lo que nos interesa ahora es lo primero. No obstante, agreguemos que en su libro *En torno a Galileo* Ortega se extiende sobre lo recién indicado. Por otra parte, tal como dijimos anteriormente, allí nos proporciona otros elementos para entender la vida como desesperación y el *extremismo como forma de vida*.

Hagamos resaltar el hecho de que en estos tránsitos hay fenómenos *históricos* que posibilitan la actitud *personal* y el modo en que se dan. Las conductas filosóficas, por ejemplo, son más radicales en la medida en que las crisis históricas que hay en su base sean más

<sup>27</sup> «Kant. Reflexiones de Centenario», § 2, O.C., IV, p. 259 [O.C., IV, p. 30].

<sup>28</sup> *La idea de principio en Leibniz*, O.C., IX, § 28, p. 1115 [O.C., VIII, p. 268].

<sup>29</sup> «Prólogo a *Historia de la Filosofía*, de Émile Bréhier». § ‘La filosofía es una tradición’. O.C., VI, p. 160 [O.C., VI, pp. 405 s.].

<sup>30</sup> *Ibid.*, nota 2 [*Ibid.*, nota 2].

profundas. “Filogenéticamente –dice Ortega–, la filosofía nace cuando la helenía tradicional yace decrepita”<sup>31</sup>. Con Descartes habría sucedido algo «semejante». Al respecto, el siguiente párrafo de *En torno a Galileo* es muy esclarecedor en varios sentidos: “La confusión va aneja a toda época de crisis. Porque, en definitiva, eso que se llama «crisis» no es sino el tránsito que el hombre hace de vivir prendido a unas cosas y apoyado en ellas a vivir prendido y apoyado en otras. El tránsito consiste, pues, en dos rudas operaciones: una, desprenderse de aquella ubre que amamantaba nuestra vida –no se olvide que nuestra vida vive siempre *de* una interpretación del Universo– y otra, disponer su mente para agarrarse a la nueva ubre, esto es, irse habituando a otra perspectiva vital, a ver otras cosas, a atenerse a ellas. Estas dos rudas faenas cumplen las generaciones europeas de 1350 a 1550. [...] Cuando esa faena subterránea se ha cumplido –hacia 1560– en la generación de Galileo, Klepero y Bacon, la historia toma decidida una recta, avanza día por día sin pérdida, y hacia 1650, cuando muere Descartes, puede decirse que está ya hecha la nueva casa, el edificio de cultura según el nuevo modo. Esta conciencia de ser de un nuevo modo frente a otro vetusto y tradicional es la que se expresó con la palabra «moderno»”<sup>32</sup>.

El pensamiento de Descartes –a quien Ortega considera padre de la época moderna– es posibilitado y «exigido» por la crisis histórica aludida en el párrafo recién citado. La duda metódica cartesiana es antecedida y suscitada por la duda vital que afecta a Descartes, y esta se inscribe en la crisis histórica que comienza hacia 1350 y culmina hacia 1650. Al considerar la filosofía de Descartes hay que tomar en cuenta estos tres niveles de la duda; los dos primeros –de carácter personal– se entrelazan inextricablemente con el tercero –de carácter histórico– y, en rigor, serían inexplicables sin este. Pero, viceversa, la duda inherente a la crisis histórica solo puede decantar en un perfilado pensar filosófico a través de un individuo; en este caso, Descartes. Tal vez no sobre hacer presente que el individuo es histórico. No hay individuos «puros».

Sea dicho de paso: cuando a veces se pregunta si en Hispanoamérica ha habido un filósofo de la talla de Descartes y se llega a una respuesta negativa, habría que recordar que en estas tierras no ha habido todavía –en la perspectiva de Ortega–, crisis históricas comparables con la decrepitud de la helenía tradicional, con

la crisis vivida por Roma en la época de Cicerón o con la crisis que dio lugar a la época moderna europea. Ni el talento, ni la dedicación ni otros factores personales de los pensadores hispanoamericanos pueden suplir la ausencia de esa condición histórica de posibilidad de una filosofía tan radical como la cartesiana u otra de ese nivel de radicalismo.

## 6

Cuando el filósofo da a luz su filosofía, esta queda disponible para que otros la asuman de las más diversas maneras. Ortega se refiere a algunas de ellas. Desde ya, habría que decir que estos modos «secundarios» de hacer filosofía son los más habituales y numerosos.

“La filosofía –dice– que se origina como menester de un incrédulo, una vez creada se convierte en dimensión normal de la vida que traspone los límites de su motivación inicial y extiende su eficacia a muchos otros «lados de la vida». De aquí que haya menester de la filosofía *hecha* los que nunca hubieran de suyo necesitado *hacerla*. [...] Acontece con la filosofía como con las demás artes o técnicas que el hombre creó por haber necesitado de ellas en una cierta fecha, y es que acaban por emanciparse de su oriundeidad utilitaria, pierden el carácter de menesterosidad, se declaran autónomas y valiosas por sí. Llegadas a este punto se transforman, de humildes instrumentos para humanas urgencias que fueron, en actividades suntuarias, en superfluos primores, que es delicia manejar y preciado poseer. De aquí que sea el modo más normal de existir la filosofía –no hay por qué incriminarlo– el de ser una afición, una ocupación felicitaría que encanta a muchos hombres y les ayuda a pasar la vida”<sup>33</sup>.

Es posible que varios de nosotros estemos asumiendo ahora la filosofía como ocupación felicitaría, aunque no necesariamente solo en ese modo.

En cuanto a la filosofía como algo que es preciado poseer, Ortega señala que en ciertas épocas la filosofía ha gozado “de gran prestigio en Occidente y convenía ¡qué diablo! prestigiarse”<sup>34</sup>. Pero no siempre las cosas han sido así. Se piensa filosóficamente –advierte Ortega–, “no solo estando en una fecha determinada y en preciso lugar, sino desde un puesto social –que unas veces es el centro de la sociedad, otra es arriba, otras es

<sup>31</sup> *La idea de principio en Leibniz*, O.C., IX, p. 1115 [O.C., VIII, p. 269].

<sup>32</sup> O.C., VI, p. 412 [O.C., V, p. 58 s.].

<sup>33</sup> *La idea de principio en Leibniz*, § 27, O.C., IX, p. 1109 [O.C., VIII, p. 262].

<sup>34</sup> «Apuntes para un comentario al *Banquete* de Platón», § 2, O.C., IX, p. 749 [O.C., IX, p. 773].

abajo y, en ocasiones, es un puesto *fuera* de ella: cárcel o destierro<sup>35</sup>.

De ahí, entonces, la necesidad imperiosa que se cierne sobre el filósofo en ciertos momentos históricos de desarrollar su tarea de manera subrepticia. Tal vez esos momentos sean más frecuentes de lo que se podría imaginar a primera vista. “Los otros hombres –advierte Ortega– hablan de los principios de la ciencia o de la civilización. Son las verdades establecidas, las verdades asentadas. Pues bien, el destino del filósofo es ir por detrás, y por debajo de estos llamados «principios», para verles la espalda y el asiento. [...] De aquí [...] la inquietud de las gentes que quieren estar tranquilas y sentarse seguras, cuando ven que el filósofo envuelve su retaguardia y se les pone a la espalda. [...] Por eso siempre, en cuanto el filósofo se descuida, ha corrido el riesgo de que le envíen a la cárcel como a un malhechor, como a un ser peligroso, y le hagan beber la cicuta o le sometan a un proceso de letal cirugía<sup>36</sup>.”

La actuación subrepticia del filósofo tendría por finalidad no usurparle el puesto al mártir, señala Ortega. En un párrafo en que dice varias cosas de gran envergadura, declara: “La filosofía no es demostrar con la vida lo que es la verdad, sino estrictamente lo contrario, demostrar la verdad para, gracias a ello, poder vivir auténticamente. Lo demás es pretender que dos y dos son cuatro a fuerza de asesinar o de dejarse asesinar. No, no; el filósofo no puede dejar «sin trabajo» al mártir usurpándole el oficio. El martirio es testimonio del hecho que es la «creencia» pero no de la utopía sutilísima que es la Verdad<sup>37</sup>.”

También la filosofía puede asumirse como actividad que “alimenta a su hombre”, en expresión de Ortega. “El profesor de filosofía –nos dice el pensador– no tiene a lo mejor nada de auténtico filósofo: enseña filosofía para ganarse la vida<sup>38</sup>”. Por cierto, puede ocurrir que el «profesional» de la filosofía tenga algo –o más de algo–, de auténtico filósofo, además de ganarse el

pan con ella. Esto ocurriría cuando esa persona se aboca a “combinar el aprendizaje de la filosofía socialmente constituida y recomendada con un perenne esfuerzo por negar todo eso y *volver a comenzar* o, lo que es igual”, se aboca “a reprimar la situación en que la filosofía se originó<sup>39</sup>”. Ortega explicita su planteamiento a continuación:

“Aquellos primeros filósofos que en absoluto la hicieron porque en absoluto no la había, que, en rigor, no llegaron a hacer una filosofía, sino que meramente la iniciaron, son el auténtico profesor de filosofía a que es preciso llegar perforando el cuerpo de todos los profesores de filosofía subsecuentes.

Todo gran filósofo lo fue porque acertó a reproducir en su persona, siquiera aproximadamente, aquella situación originaria en que la filosofía nació. Por eso nos importa también mucho intimar con esos renovadores del pensamiento filosófico que no pudiendo ya originarlo lograron reoriginarlo<sup>40</sup>.”

## 7

A continuación presento algunas breves consideraciones sobre la filosofía asumida por el hombre religioso y el científico.

En principio, el hombre religioso como tal no tiene ninguna necesidad de la filosofía. Desde la perspectiva de Ortega, si su fe es firme y vigorosa –es decir, si no ha caído en la duda vital respecto de sus creencias religiosas–, la filosofía le resulta superflua. Peor aún, a veces la considera enemiga de la religión<sup>41</sup>.

Sin embargo, puede ocurrir que estando asentado en una fe viva y compacta, el hombre religioso tenga algunas dudas de importancia. En tal caso puede recurrir a la filosofía. La duda dentro de la fe no menoscaba a esta –advierte Ortega–, sino al contrario. Afirma: “Filósofo solo puede ser quien no cree o cree que no cree”, agregando en nota: “Ni qué decir tiene, este no creer cabe y hasta es una aventajada virtud dentro de la fe<sup>42</sup>.”

Hay otra situación –tal vez es una variante de aquella a que aludimos recién–, en que desde la religión se

<sup>35</sup> «Prólogo a *Historia de la Filosofía*, de Émile Bréhier». § ‘Filosofía y sociedad’. O.C., VI, p. 154 [O.C., VI, p. 398]. Este prólogo lo escribió Ortega el año 1942 en Buenos Aires, es decir, en el destierro.

<sup>36</sup> «En torno al “Coloquio de Darmstadt, 1951”». Apartado ‘El especialista y el filósofo’. O.C., VI, p. 803 [O.C., IX, p. 631].

<sup>37</sup> *La idea de principio en Leibniz*, § 32, O.C., IX, p. 1157 [O.C., VIII, p. 316].

<sup>38</sup> «Prólogo a *Historia de la Filosofía*, de Émile Bréhier». § ‘Autenticidad e inautenticidad de la filosofía’, O.C., VI, p. 155 [O.C., VI, p. 399].

<sup>39</sup> *Ibid.*, § ‘La historia de la filosofía como regreso’, O.C., VI, p. 157 [O.C., VI, p. 402].

<sup>40</sup> *Ibid.* [Ibid.].

<sup>41</sup> Ortega sale al paso de esta idea equivocada en el «Prólogo a la *Historia de la Filosofía*, de Émile Bréhier», § La filosofía es una tradición, O.C., VI, p. 160. [O.C., VI, p. 405].

<sup>42</sup> *La idea de principio en Leibniz*, § 27, O.C., IX, p. 1109 [O.C., VIII, p. 261].

echa mano de la filosofía. Se trata de la fe que busca entender, de la fe que se procura inteligencia, tal como lo planteó San Anselmo<sup>43</sup>. Ortega recogió su “famosa frase programática” –que la fe se procure inteligencia<sup>44</sup>– para plantear que puede darse una fecunda conjunción entre religión y filosofía. “La *fides quaerens intellectum* de San Anselmo –nos dice– es acaso el lema más fértil que se ha inventado y el que más agudamente define la mente del hombre. La fe que siente su propia plenitud en forma de enorme sed de intelecto”<sup>45</sup>.

Convendría agregar que también en el caso de San Anselmo hay un factor histórico actuando. Es lo que aborda Ortega en la Lección X de *En torno a Galileo*, titulada «Estadios del pensamiento cristiano»<sup>46</sup>. Así como no es fácil resumir eso, tampoco lo es resumir la visión de Ortega sobre la escolástica cristiana, o lo que plantea respecto de un musulmán como Abenaldún, a quien dedica especial atención. Dejamos esos temas para otra ocasión.

## 8

Dentro de la ciencia la filosofía se asume de una manera peculiar, si es que se asume de un modo expreso, lo que habitualmente no ocurre. Ortega se ha referido a las ciencias físico-matemáticas y a las disciplinas emparentadas con ellas, a las ciencias de humanidades y a la teología. En todos estos casos el científico recurre a la filosofía cuando necesita revisar los conceptos fundamentales de la disciplina correspondiente y cuando requiere definir o redefinir tal disciplina, incluyendo en ello su alcance y sus límites. Por cierto, los científicos que acometen estas tareas son muy pocos.

Ortega se preocupó especialmente de la física de su tiempo. Nos limitaremos a recoger algunas apreciaciones suyas al respecto. En su curso *¿Qué es filosofía?*, de 1929, hacía notar que en los últimos cincuenta años la física crecía “y llegaba a una amplitud y perfección tales [...] que fue preciso reformar sus principios. [...] Esto ha traído –añade– la «crisis de principios» –la *Grundlagenkrise*– que hoy padece la física y que es una venturosa enfermedad de crecimiento. [...] No hay

mejor síntoma de la madurez en una ciencia que la crisis de principios. Ella supone que la ciencia se halla tan segura de sí misma que se da el lujo de someter rudamente a revisión sus principios, es decir, que les exige mayor vigor y firmeza. [...]. Los principios físicos –sigue diciendo– son el suelo de esta ciencia, sobre ellos camina el investigador. Pero cuando hay que reformarlos no se pueden reformar desde dentro de la física, sino que hay que salirse de esta. Para reformar el suelo es preciso evidentemente apoyarse en el subsuelo. De aquí que los físicos se viesen obligados a filosofar sobre su ciencia, y en este orden el hecho más característico del momento actual es la preocupación filosófica de los físicos. Desde Poincaré, Mach y Duhem hasta Einstein y Weyl con sus discípulos y seguidores se ha ido constituyendo una teoría del conocimiento físico debida a los físicos mismos. Claro es que han recibido todos ellos grandes influencias del pasado filosófico, pero lo curioso del caso es que mientras la filosofía misma exageraba su culto a la física como tipo de conocimiento, la teoría de los físicos concluía descubriendo que la física es una forma inferior de conocimiento –a saber, que es un conocimiento simbólico”<sup>47</sup>.

La epistemología de la física elaborada por los físicos mismos no es física sino filosofía. Esa epistemología no ha sido elaborada con los métodos de la física –que apuntan a calcular–, sino con modos de pensar propios de la filosofía. Los físicos que descubrieron que el conocimiento físico es solo de carácter simbólico no se redujeron a calcular, es decir, no actuaron solamente como físicos, sino que pensaron en un estilo filosófico. Y en lo que a esto se refiere, según Ortega, aventajaron a los filósofos previos a ellos, que elaboraron epistemologías en que se exageraba el culto a la física.

Hay que advertir, no obstante, que la visión que tiene Ortega de la física actual es complicada. Para mostrar esa complejidad baste por ahora con traer a colación un planteamiento suyo que *parece* –al menos *parcialmente*–, entrar en conflicto con otras apreciaciones suyas y que, por lo mismo, es sorprendente. Dice: “La constitución de la física es, sin duda, el hecho más importante de la historia *sensu stricto* humana”. Y con un “laconismo irritante” –según su propia expresión–, fundamenta su afirmación en pocas palabras, que ahora acortamos aún más: “El hombre es el ente infeliz y, por lo mismo, su destino es la felicidad. Por eso, todo lo que el hombre hace lo hace *para* ser feliz.

<sup>43</sup> Cfr., *La razón histórica [Curso de 1944]*, Lecc. III, O.C., IX, p. 665 [*Sobre la razón histórica*. «La razón histórica (Lisboa, 1944)», O.C., XII, p. 286].

<sup>44</sup> *Ibíd.*

<sup>45</sup> *Espíritu de la letra*. «Un diálogo», O.C., IV, p. 163 [O.C., III, p. 566].

<sup>46</sup> Cfr., *En torno a Galileo*, O.C., VI, pp. 473 ss. [O.C., V, pp. 128 s.].

<sup>47</sup> *¿Qué es filosofía?*, O.C., VIII, Lecc. II, pp. 257 s. [O.C., VII, Lecc. III, pp. 301 s.].

Ahora bien: el único instrumento que el hombre tiene para transformar este mundo es la técnica, y la física es la posibilidad de una técnica infinita. La física es, pues, el *organon* de la felicidad, y por ello la instauración de la física es el hecho más importante de la his-

toria humana. Por lo mismo, radicalmente peligroso. La capacidad de construir un mundo es inseparable de la capacidad para destruirlo<sup>48</sup>. Un texto que deja pensando y que obliga a meditar más a fondo todos estos asuntos<sup>49</sup>.

---

<sup>48</sup> *La idea de principio en Leibniz*, § 5, O.C., IX, p. 951 [O.C., VIII, p. 86. En esta versión hay dos erratas: *organon* en vez de *organon* y *constituir* en vez de *construir*].

<sup>49</sup> Véase, de Jorge Acevedo, *Heidegger: existir en la era técnica*, Ediciones de la Universidad Diego Portales, Santiago de Chile, 2014.

## REVISIÓN

# EXPERIENCIAS TEMPRANAS DE ESTRÉS PSICOSOCIAL EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA Y LA ASOCIACIÓN CON SALUD GENERAL Y SALUD MENTAL

(Rev GPU 2014; 10; 4: 410-418)

Macarena Pi Davanzo<sup>1</sup>

En este trabajo se presenta una revisión de estudios realizados en distintos países, que investigan la asociación de las experiencias de estrés en la infancia y adolescencia, con posibles efectos en la salud física y mental. Dentro de los resultados, uno de los aspectos más relevantes es la alta presencia de estrés psicosocial en la población infantojuvenil. Dependiendo del estudio, se observa que entre 32% y el 75% de los individuos habría presentado al menos una ACE (Adverse Childhood Experiences – experiencias adversas tempranas). Asimismo, en los estudios incorporados se constata un alto nivel de evidencia que identifica asociación entre la presencia de estrés psicosocial y efectos negativos en la salud, sobre todo cuando se cuenta la presencia múltiples ACEs en la vida del niño o adolescente. Entre las dificultades en la salud que más resaltan se encuentran el deterioro en la salud general y la presencia de conductas de riesgo y trastornos psiquiátricos, como los ligados al ánimo (depresión) y conducta; algunos trastornos de la personalidad, uso y abuso de alcohol y sustancias ilícitas y mayor uso de servicios, con el consecuente costo que esto involucra.

## ESTRÉS PSICOSOCIAL Y SU IMPACTO EN LA SALUD GENERAL Y SALUD MENTAL

A continuación se presentan diversas investigaciones que estudian la relación entre experiencias adversas tempranas que se relacionan con estrés psicosocial y sus consecuencias en la salud general, salud mental, conductas de riesgo y cambios neurobiológicos.

Uno de los estudios de cohorte con la mayor muestra y de los primeros en estudiar la asociación entre la experiencias adversas tempranas sufridas en la infancia y adolescencia y la salud en general, es el estudio ACE siglas de Adverse Childhood Experiences llevado a cabo en EE.UU. en colaboración entre el CDC: Center for Disease Control y la Kaiser Permanente's Health Appraisal Clinic de San Diego. El estudio ACE continúa llevándose

<sup>1</sup> Psicóloga Universidad Autónoma de Madrid, Alumna de Magíster en Psicología Clínica Infantojuvenil y del Postítulo en Intervenciones en Clínica Infantil y de la Adolescencia, Universidad de Chile. Correspondencia: mpidavanzo@gmail.com

a cabo, pero existen resultados generales publicados de mediciones realizadas entre 1995 y 1998 (Felitti *et al.*, 1998). En este estudio se cruzaron los datos de evaluaciones médicas y de una encuesta sobre experiencias adversas tempranas, en una población de 9.508 adultos (actualmente se cuenta con una muestra de alrededor de 17.000 personas). Se midieron experiencias de maltrato y abuso sexual, físico y psicológico, así como disfunción familiar medida en si hubo experiencias de tener algún miembro de la familia encarcelado, que sufra de alguna enfermedad mental, abuso de sustancias, o que hayan observado violencia contra la madre. Más de la mitad de los 9.508 adultos que respondió a la encuesta reportaron haber sufrido por lo menos una experiencia adversa y un cuarto de ellos reportó haber sufrido dos o más experiencias adversas. Las personas que habían experimentado cuatro o más experiencias adversas presentaban diferencias significativas para riesgos en las medidas de alcoholismo, uso de drogas, depresión, intentos de suicidio, fumar tabaco, autopercepción de la salud general, enfermedades de transmisión sexual, inactividad física y obesidad severa. Y el número de experiencias adversas experimentadas mostró una relación con la presencia de enfermedades adultas como enfermedad cardíaca isquémica, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, fracturas al esqueleto y enfermedad del hígado. Es decir, los resultados encontrados mostraron una fuerte relación entre experiencias adversas vividas en la infancia y adolescencia con conductas de riesgo para la salud, y potencialmente muerte más temprana que aquellos participantes que no relataron este tipo de experiencias. Los autores concluyeron que el efecto de las ACEs era acumulativo.

Estudios más recientes siguen analizando los efectos de las ACEs en la salud general; por ejemplo la relación entre la acumulación de ACEs y las enfermedades autoinmunes (Dube *et al.*, 2009). Utilizando la misma muestra del estudio anterior, concluyeron que las hospitalizaciones por enfermedades autoinmunes aumentaban al aumentar el número de ACEs. Al compararlo con personas que no habían sufrido ninguna ACE, las personas que habían sufrido dos o más tenían entre un 70% y un 100% más de riesgo de ser hospitalizadas por alguna de esas enfermedades.

De la misma manera, son numerosos los estudios que muestran asociación entre los ACEs y distintos resultados en el desarrollo. Un estudio de 701 niños y adolescentes de entre 0 y 20,9 años, en su mayoría pertenecientes a minorías en EE.UU., encontró que el 51,2% había experimentado 4 o más ACEs y estos tenían mayor probabilidad de tener trastornos de aprendizaje, de conducta y obesidad (Burke, Hellman, Scott, Weems y Carrion, 2011).

Ramiro, Madrid y Brown (2010) aplicaron cuestionarios a 1.068 adultos mayores de 35 años en comunidades urbanas de Metro Manila, Filipinas. El 75% había experimentado al menos un ACE y el 9% había experimentado 4 o más ACEs. Este último grupo presentaba mayores conductas de riesgo como fumar, uso de alcohol y conductas sexuales de riesgo. Las personas que había sufrido abuso sexual tenían 12 veces más posibilidades de iniciarse sexualmente a temprana edad, 9 veces más probabilidades de embarazarse precozmente y 5 veces más probabilidades de presentar intentos suicidas. La relación también se relacionaba con la salud, ya que a mayor número de ACEs había mayor probabilidad de desarrollar Asma, enfermedad isquémica al corazón, enfermedades de la piel, digestivas y enfermedades mentales. Además, la percepción de la salud general estaba directamente relacionada con el número de ACEs.

En Ciudad de México (Benjet *et al.*, 2009) estudiaron la prevalencia de las ACEs una muestra de 3.005 adolescentes de entre 12 y 17 años y observaron que el 68% presentaba uno más ACEs crónicos y el 7% cuatro o más ACEs. Los ACEs más frecuentes eran la adversidad económica, presenciar violencia doméstica, sufrir abuso físico, divorcio y pérdida de un padre. En las mujeres se observó mayor prevalencia de abuso sexual y en los hombres de negligencia. Las adversidades relacionadas con disfunción familiar tendían a darse juntas.

Bellis, Lowey, Leckenby, Hughes y Harrison (2013) estudiaron el impacto de los ACEs entre los residentes de una zona étnicamente diversa y relativamente vulnerable de Inglaterra. Aplicaron cuestionarios a una muestra de 1.500 personas de entre 18 y 70 años y describen que el 47% presenta al menos una ACE y el 12,3% presenta 4 o más ACEs. Al comparar con los que tienen cero ACEs, los del grupo de 4 o más ACEs presentaban mayor tabaquismo, alto uso de alcohol, mayores tasas de encarcelamiento y obesidad mórbida. Además tendría más riesgos de tener peor educación y peores trabajos, reportar baja satisfacción con la vida y bienestar mental, estar involucrados en una situación reciente de violencia, haber sufrido una hospitalización reciente y tener alguna condición crónica de salud. Mayores ACEs se asociaban a embarazo adolescente y haber nacido de una mamá menor de 20 años.

En una encuesta de población general en Holanda de 7.076 personas encontraron que el 46,4% había sufrido uno o más ACEs (Cuijpers *et al.*, 2011). Calcularon el peso de la discapacidad en cada persona y los años que han vivido con la enfermedad. Los ACEs (a excepción de la muerte de un padre) aumentan significativamente el peso de la discapacidad y la categoría de abuso y

negligencia se asocia a mayor peso de la discapacidad, seguido de psicopatología parental. Determinaron que los ACEs se asocian con 20,7 años vividos con discapacidad, lo que supera a todos los desórdenes mentales juntos, por lo que concluyen que los ACEs son más importantes para la salud pública que todos los trastornos mentales más comunes y que, por lo tanto, deberían ser una prioridad para las intervenciones públicas.

Mersky, Topitzes y Reynolds (2013) tomaron una muestra de 1.142 sujetos de entre 22 y 24 años del estudio de cohorte longitudinal de Chicago y encontraron que el 79% había sufrido al menos un ACE y que el 48% había sufrido múltiples ACEs. Al compararlos con los que no habían sufrido ninguna ACE, los del último grupo reportaron peor salud general, baja satisfacción con la vida, síntomas depresivos y ansiedad frecuentes y uso frecuente de marihuana y tabaco. Habría además un efecto acumulativo de las ACEs sobre los resultados generales.

Utilizando una muestra de 9.953 personas de 15 años o mayores de la Ontario Health Survey, en Canadá, Chartier, Walker y Naimark, (2010) encontraron que el 72% había sufrido al menos un ACE y un 37% dos o más ACEs. Por cada ACE que se agregaba se reportó más problemas múltiples de salud, mala evaluación de la salud general, dolor, discapacidad, uso del médico general, uso de los servicios de hospitalización de emergencia y uso de profesionales de la salud.

Teniendo en cuenta la relevancia que tienen las ACEs en la salud general, se han realizado estudios que buscan determinar si existe asociación entre las ACEs y la psicopatología. Clark, Caldwell, Power y Stansfeld, (2010) explican que se han definido diferentes caminos o modos en que se relacionan las experiencias adversas y la psicopatología de tal manera que "la adversidad sería un factor distal de vulnerabilidad para la aparición de depresión en la edad adulta, contribuyendo a la etiología al influenciar la ocurrencia de otros factores de riesgo próximos como las relaciones interpersonales, o a través de mecanismos biológicos como la sensibilización del eje hipotálamo-pituitario-adrenal". Además explican que se podría dar la asociación debido a que la exposición a los estresores aumentaría la psicopatología que a su vez aumentaría la exposición a estresores.

Existe un mayor número de estudios que relacionan las ACEs con trastornos del ánimo y uso de alcohol y sustancias. En un estudio realizado en Japón participaron 1.722 personas mayores de 20 años y encontraron que el 32% había sufrido al menos un ACE (Fujiwara y Kawakami, 2011). En este estudio los trastornos de ánimo se asociaron de manera significativa a enfermedades

mentales de alguno de los padres, que la presencia de 3 o más ACEs tendría un efecto sobre cualquier trastorno mental y que el número de ACEs se asoció a la aparición de trastornos ansiosos.

Tomando la muestra de 3.005 adolescentes de Ciudad de México expuesta en un estudio presentado anteriormente, Benjet, Borges, Méndez, Fleiz y Medina-Mora (2011) encontraron que habría una asociación general entre disfunción familiar y psicopatología. La disfunción general (a excepción de la pérdida de un padre), el divorcio de los padres y adversidad económica, correlacionaron de manera individual y específica con alguna de las psicopatologías medidas. Entre los adolescentes que tenían un trastorno psiquiátrico, el abuso sexual y la violencia familiar se asociaban a tener un trastorno que produjera discapacidad severa (Bipolar I, dependencia de sustancias, intento suicida y discapacidad severa en dos áreas). Además encontraron que la probabilidad de tener un trastorno psiquiátrico aumenta al aumentar el número de las ACEs.

En otro estudio, pero tomando la misma muestra Benjet, Borges y Medina-Mora (2010) concluyeron que la disfunción familiar y abuso fueron los más fuertes predictores de la aparición de psicopatología de las cuatro clases de psicopatología estudiadas (trastornos afectivos, ansiosos, uso de sustancias y trastornos externalizantes) a través del curso de la vida, lo que sería consistente con la evidencia de los efectos del estrés crónico en las estructuras cerebrales involucradas en muchos trastornos psiquiátricos y con los modelos de sensibilización al estrés.

En un estudio en Holanda se tomaron las respuestas de 2.288 participantes mayores de 18 años con al menos un trastorno mental de depresión o ansiedad y los compararon con un grupo control de 498 personas sanas (Spinoven *et al.*, 2010). Encontraron que la asociación de ACEs con trastornos afectivos fue mayor que para eventos negativos ocurridos en la vida con trastornos afectivos. La negligencia emocional se asoció específicamente con trastorno depresivo, distimia y fobia social y las personas que habían sufrido negligencia emocional y abuso sexual tenían más probabilidades de desarrollar más de un trastorno afectivo en sus vidas.

Lu, Mueser, Rosenberg y Jankowski (2008) evaluaron a 254 adultos con trastornos de ánimo mayores (depresión mayor o trastorno bipolar tipo I) y buscaron retrospectivamente ACEs. El 17% de la muestra había tenido solo un evento y el 50%, tres o más ACEs. Encontraron que al aumentar la exposición a ACEs se asocia a conductas de alto riesgo (como conductas sexuales de riesgo, uso de sustancias, compartir jerin-

gas), diagnóstico de abuso de sustancias, exposición a trauma en la adultez, problemas psiquiátricos, edad más temprana de la primera hospitalización, número de intentos suicidas, diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, mayor utilización de servicios y quedarse sin hogar. Los ACEs más comunes encontrados fueron el abuso físico y la exposición a violencia doméstica. La psicopatología parental se asoció al mayor número de ACEs co-ocurriendo con un promedio de tres eventos.

Otro estudio que evalúa la relación entre ACEs y trastornos depresivos es el de (Chapman *et al.*, 2004) que tomando los datos de 9.460 adultos del "Estudio ACE" encontraron que el 20,8% de las mujeres y el 14% de los hombres habían experimentado tres o más ACEs, excluyendo enfermedad mental de un miembro de la casa. Las mujeres que reportaron abuso emocional tenían 2,7 más probabilidades de tener una historia de depresión y 3,1 más probabilidades de tener un episodio depresivo reciente. En los hombres, la mayoría de las ACEs se asociaron a historia de depresión, con excepción de vivir con un miembro convicto por un acto criminal y separación o divorcio de los padres. En los hombres el abuso emocional en la infancia supone el mayor riesgo para historia de depresión (OR: 2,5) y episodio depresivo reciente (OR: 3,3).

Un estudio interesante es el que se realizó en Holanda con 1.364 personas adoptadas que fueron sacadas de sus casas cuando niños o adolescentes por considerarse ambientes problemáticos (Van der Vegt *et al.*, 2009). Encontraron que los niños que experimentaron múltiples adversidades antes de ser adoptados tenían un riesgo mayor de trastornos de ansiedad (OR: 2,22), trastornos del ánimo (OR: 2,20) y abuso/dependencia de sustancias en la adultez. Por lo tanto concluyeron que adversidades severas contribuyen al riesgo de psicopatología adulta, aun cuando hayan sido sacadas de sus ambientes problemáticos.

Para estudiar si existía mayor asociación específica entre algunos ACEs y algunos trastornos psicopatológicos (Tiet *et al.*, 2001) tomaron una muestra de 1.285 niños y adolescentes de entre 9 y 17 años de un estudio epidemiológico del instituto nacional de salud mental de EE.UU. y examinaron la relación de 25 ACEs con trastornos psicopatológicos. Al controlar las variables sociodemográficas se vio que los trastornos psiquiátricos (según criterios del DSM-III) que más correlacionaban con estas ACEs eran el trastorno de conducta (se asociaba a 22 ACEs), trastorno opositorista desafiante (21), depresión mayor (19), distimia (17), el trastorno "sobre ansioso" (11) y el trastorno de ansiedad de separación (8). El trastorno de déficit de atención con hiperactividad, la agorafobia y la fobia social solo se

asociaron a 3, 3 y 1 ACE respectivamente. Para estos autores los análisis permitirían determinar que habrían ciertos grados de trastornos psiquiátricos que se asocian más de cerca con ACEs que otros y que serían los agrupados como trastornos disruptivos (trastornos de conducta y trastorno opositorista desafiante) y trastornos depresivos (depresión mayor y distimia).

La desregulación emocional se asocia a diferentes trastornos psiquiátricos. En un estudio longitudinal de corto plazo, con una muestra de 1.065 adolescentes, alumnos de 6º y 8º básico en EE.UU., McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin y Nolen-Hoeksema, (2011) concluyeron que los eventos pasados estresantes en la vida de los adolescentes contribuían a perturbar el procesamiento emocional adaptativo y que la desregulación emocional representaría un mecanismo intrapersonal que asociaría, mediaría, el estrés con problemas de salud mental.

El uso y abuso de sustancias ilegales y de alcohol y su asociación con las ACEs también ha sido estudiado. Pilowsky, Keyes y Hasin (2009) tomaron los datos de la encuesta nacional de epidemiología de alcohol y condiciones relacionadas de EE.UU. y de una muestra de 43.093 sujetos de 18 años o más, encontraron que al analizar las ACEs de manera separada solo el divorcio o separación parental se asocia significativamente con la dependencia al alcohol, pero cuando controlaron los factores sociodemográficos y las variables de alcoholismo familiar, ingesta de alcohol compulsiva (*binge drinking*) y comienzo temprano de beber alcohol, que se han considerado variables que pueden confundir en este tipo de estudios, apareció que dos o más ACEs se asocian con un aumento en la probabilidad de dependencia al alcohol, comparado con ningún efecto adverso. Los autores concluyeron que es el número de ACEs más que ningún ACE en particular que se asocia más fuertemente con la dependencia al alcohol.

En relación con el uso y abuso de alcohol y drogas, otro estudio del equipo de Benjet en México (Benjet, Borges, Medina-Mora y Méndez, 2013) estudió, en la muestra de 3.005 adolescentes, que los ACEs se asociaron con oportunidades para beber alcohol y consumir drogas ilícitas, y tener más adversidades se asoció a un mayor involucramiento con las drogas. Las variables que más se asociaron con la oportunidad, uso y abuso/dependencia de alcohol y drogas fueron para el alcohol la conducta criminal de alguno de los padres, violencia en la familia, abuso sexual y pérdida de un padre. Para las drogas fueron problemas con sustancias de alguno de los padres, conducta criminal de alguno de los padres, violencia en la familia, negligencia, abuso físico y muerte de alguno de los padres.

También se han estudiado los posibles efectos que tendrían las ACEs sobre los trastornos de personalidad. En una muestra de 34.653 personas mayores de 20 años, representativa de la población de EE.UU., obtenida de una encuesta nacional de epidemiología (Afifi *et al.*, 2011) encontraron que el 30% de los sujetos había sufrido abuso o negligencia, el 40% había sufrido disfunción familiar y el 52% había sufrido cualquier adversidad temprana. Entre las personas con trastorno de personalidad había una alta prevalencia de ACEs y que las ACEs están asociadas de manera más consistentes con trastornos de personalidad esquizotípico, antisocial, borderline y narcisista. Después de controlar diferentes variables los autores encontraron que la asociación más fuerte era para abuso y negligencia con trastornos de personalidad de los cluster A y B.

Para conocer mejor la asociación entre las ACEs y la psicopatología futura se ha incluido a los análisis variables específicas como el divorcio. Afifi, Boman, Fleisher y Sareen (2009) tomaron una muestra representativa de EE.UU. de 5.159 personas entre 15 y 54 años, de las cuales un 65% no había experimentado el divorcio de sus padres o abuso cuando niño, el 13% solo había experimentado divorcio de sus padres, el 15% solo abuso y el 8% divorcio de los padres y abuso. En este estudio encontraron que el divorcio de los padres, en comparación a vivir en un hogar "intacto", se asoció a un aumento en la probabilidad de todos los tipos de abuso infantil. El haber experimentado abuso y divorcio de los padres aumentaba de manera significativa la probabilidad de cumplir con los criterios para trastorno por estrés postraumático y trastorno de conducta en comparación con haber sufrido solo una de estas situaciones. Cuando se controlaron variables sociodemográficas y de psicopatología parental, además se encontró que haber sufrido divorcio se asoció a distimia y trastorno por estrés postraumático y haber sufrido de las dos experiencias se asoció a todos los trastornos internalizantes a excepción de GAD, trastorno de pánico y agorafobia. Cuando solo había habido divorcio de los padres no aumentaron los casos de intentos e ideación suicida, lo que sí ocurrió cuando se agregaba un abuso. Cuando se ajustó la variable de psicopatología parental, los resultados de estas asociaciones se atenuaron pero siguieron siendo significativos.

Se ha buscado, también, conocer la relación entre las ACEs y los eventos vitales recientes. En un estudio de 1.887 personas entre 55 y 85 años en Amsterdam encontraron que el 14,4% de la muestra había experimentado ACEs y el 35,4% había experimentado eventos negativos recientes. En este estudio los efectos de los eventos recientes no se modificaron con las ACEs,

aunque habría limitaciones en el tipo de preguntas, pero tanto las ACEs como las dificultades vividas recientemente se asocian a síntomas depresivos más tarde en la vida, especialmente aquellos que habían sufrido una enfermedad física severa en la infancia y problemas serios en la casa, como discordancia entre los padres o con los padres y abuso de alcohol por algún cercano. Otro estudio (Korkeila *et al.*, 2010) examinó a una muestra de 16.877 personas de entre 20 y 54 años de un estudio longitudinal finlandés en que se excluyeron los que tenían síntomas depresivos a la base y donde encontraron que el 58% presentaba al menos una ACE. En este estudio las ACEs se asociaban con un mayor riesgo de experimentar eventos negativos en la adultez, por ejemplo la probabilidad de experimentar una experiencia negativa del ámbito interpersonal como aumento en problemas maritales, divorcio, separación, terminar con una amistad importante, severos conflictos con supervisores y compañeros y violencia sexual, física o emocional era de entre un 1,14 y 1,22 (95% IC = 1,10 – 1,28), Los únicos eventos que no mostraron tener asociación con las ACEs fueron la muerte de un cónyuge, de un hijo y abortos espontáneos e inducidos. Además los participantes que sí habían experimentado ACEs reportaban mayor carga (agobio) de 8 de las 21 experiencias negativas medidas. En comparación con los que tenían cero ACEs, lo que presentaban de 3 a 6 ACEs tenían 2,7 veces más posibilidades de tener puntajes en el cuestionario BDI de depresión en rangos moderados y severos. Los autores de este estudio concluyeron que las ACEs se asocian con un aumento en la probabilidad de experimentar un número mayor de experiencias negativas en la vida adulta y de percibir las como una carga, que tanto las ACEs como las experiencias negativas de vida en la adultez predijeron depresión en autorreportes y que la exposición a experiencias negativas de vida en la adultez medía parcialmente la asociación entre las ACEs y la depresión en la vida adulta.

## EFFECTOS NEUROBIOLÓGICOS DEL ESTRÉS.

Son bien conocidos los efectos que tiene el estrés sobre la salud general. Se sabe que el estrés produce efectos metabólicos adversos durante la infancia y la adolescencia, relacionándose con obesidad, síndrome metabólico y diabetes, además de afectar el momento de inicio de la pubertad, la estatura final y la composición de la forma del cuerpo. Estas consecuencias metabólicas del estrés, especialmente la obesidad, promoverían procesos sistémicos de inflamación que pueden a su vez estimular de manera crónica al estrés (Kyrou y Tsigos, 2009).

Además el estrés tiene consecuencias importantes sobre otras funciones: por ejemplo, se encontró que ACEs se asociaron con déficits en funciones cognitivas como el desempeño cognitivo general, la memoria y funciones ejecutivas, así como también se ha asociado a déficits en funciones afectivas como el procesamiento de recompensas, procesamiento de estímulos sociales y afectivos y regulación emocional (Pechtel y Pizzagalli, 2011). Otro estudio, utilizando resonancia magnética funcional, encontró que los sujetos (N=33) que habían sufrido ACE tenían cierta discapacidad en el control cognitivo en relación con los que no las habían sufrido (Mueller *et al.*, 2010). Todo esto tiene importantes implicancias para el aprendizaje y el desarrollo de psicopatología futura.

Se ha dado importancia al estudio sobre los cambios que produce el estrés, entendido como los circuitos neurobiológicos que se activan frente a situaciones adversas. En un informe del departamento de salud y servicios humanos y el centro para el control de enfermedades y prevención de EE.UU. (Middlebrooks y Audage, 2008) se resumen los hallazgos de los efectos que tiene el estrés tóxico y crónico sobre el desarrollo del cerebro en los niños, y exponen cómo el estrés puede impedir la conectividad de ciertos circuitos neuronales lo que resultaría en cerebros más pequeños; además puede interrumpir el desarrollo de ciertos circuitos lo que causaría un umbral bajo para el estrés haciendo que esas personas sean sobrerreactivas a las experiencias adversas a lo largo de sus vidas. En este mismo informe exponen que el estrés sostenido afectaría la respuesta inmune del cuerpo dejando al individuo más vulnerable a una serie de infecciones y enfermedades crónicas y dañaría el hipocampo, que es en parte responsable del aprendizaje y la memoria.

Del "Estudio ACE" con un N=17,337 personas, (Anda *et al.*, 2006) se concluyó que dado que el maltrato infantil, entendido como abusos y experiencias adversas, se ha asociado a una serie de cambios en la estructura y funcionamiento cerebral, así como en la respuesta al estrés del sistema neurobiológico, el riesgo en los dominios afectivos, somático, de abuso de sustancias, memoria, sexo y agresión, aumenta de manera acumulativa a medida que aumentan las ACEs.

De manera más específica Teicher *et al.*, 2003, concluyeron que el estrés severo temprano y el maltrato producen una cascada de eventos neurobiológicos que tienen el potencial de causar cambios permanentes en el desarrollo del cerebro, especialmente en el eje hipotálamo, pituitario, adrenal, así como cambios estructurales y funcionales, y estas secuelas neurobiológicas jugarían un rol significativo en la emergencia

de trastornos psiquiátricos durante el desarrollo. El estrés tóxico entonces produciría cambios permanentes en el aprendizaje, afectando habilidades lingüísticas, cognitivas y socioemocionales, cambios en la conducta, promoviendo respuestas maladaptativas a las adversidades futuras y cambios fisiológicos antes mencionados, que al aumentar la prevalencia de ciertas enfermedades crónicas relacionadas con el estrés y de hábitos de vida poco saludables, aumentaría también las desigualdades en salud (Shonkoff, Garner, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, & Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, 2012).

Un estudio del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Harvard demostró cómo la negligencia sufrida en la infancia se asoció a cuerpos callosos reducidos (Teicher *et al.*, 2004). Se utilizó la técnica de resonancia magnética para estudiar el cerebro de 51 niños que habían sido admitidos para evaluación psiquiátrica, de los cuales 28 habían sufrido abuso o negligencia y se comparó con 115 sujetos sanos. Los resultados mostraron que, de manera significativa, la negligencia era la experiencia que más se asociaba con una reducción del cuerpo calloso (15%-18%) en los niños y en las niñas era el abuso sexual. El cuerpo calloso es la parte del cerebro que permite las conexiones entre los hemisferios izquierdo y derecho. En este estudio la negligencia se describía como una "falla crónica de un padre o cuidador de proveer a un menor sus necesidades básicas, como ropa, comida, vivienda, atención médica, oportunidades educativas, protección y supervisión".

Como exponen Ramiro *et al.*, 2010, el tema de los efectos de la negligencia, entendida de esta manera, sobre la salud general y mental, cobra especial importancia en países pobres y países en desarrollo, donde la "línea entre la pobreza y la negligencia es ambigua". Para estos autores el tema del estrés temprano tiene gran relevancia, ya que existiría una tendencia a que las personas que están en riesgo constante de abusos "focalizarían los recursos del cerebro en mecanismos de supervivencia y evitación de los peligros, en detrimento de otras partes del cerebro que estarían involucradas en actividades más productivas como desarrollo del lenguaje y aprendizaje activo" (pg. 852). Explican que cuando los niños están en un estado constante de hiperarousal e hipervigilancia, debido a las circunstancias que los rodean, tendrían más dificultades para responder de manera adecuada a los estímulos diarios.

Se han estudiado también los efectos a nivel genético y epigenético de las ACEs. Ventura-Junca y Herrera

(2012) revisaron estudios empíricos sobre la exposición temprana al estrés y encontraron resultados que mostraban alteraciones epigenéticas asociadas al estrés temprano, que afectaban la regulación neuroendocrina, la neurotransmisión y la neuroplasticidad, especialmente metilación del ADN, modificaciones en las histonas y cambios en la expresión del microRNA.

Además se ha estudiado el largo de los telómeros en asociación a experiencias psicosociales adversas en la infancia. El largo de los telómeros, que se asocia al envejecimiento celular, se ha utilizado como un biomarcador para el estrés crónico (Drury *et al.*, 2012; Mitchell *et al.*, 2014) y en estos estudios se encontró que los niños que se encontraban expuestos a mayor adversidad psicosocial presentaban telómeros más cortos.

## DISCUSIÓN

En este trabajo se revisaron estudios sobre experiencias adversas tempranas, consideradas como factores de estrés psicosocial y la asociación que tendrían con la salud en general y la salud mental en particular. Las ACEs (experiencias adversas vividas en la infancia y adolescencia) que se estudiaron se relacionaban con abuso, negligencia y disfunciones familiares.

En las investigaciones revisadas que exploraron la prevalencia de ACEs en la población se describió que, dependiendo del estudio, entre el 32% y el 75% de la muestra estudiada había presentado al menos una ACE (antes de los 18 años), por lo que se consideraría que existe una alta prevalencia de ACEs. Los porcentajes también variaban para la acumulación de ACEs: por ejemplo, entre un 25% y un 37% para haber experimentado dos o más ACEs y entre un 7% y un 51% para haber experimentado 4 o más ACEs. En la mayoría de los trabajos se encontró un efecto acumulativo lineal de las ACEs en relación con la salud general y la salud mental.

Una limitación que tiene este trabajo y que se relaciona con estos resultados es que no existe homogeneidad en los estudios presentados en cuanto a población y metodología, habiendo estudios longitudinales, retrospectivos, de encuesta, de cohorte, etc. Otra limitación es que en la mayoría de los estudios, las ACEs se reportaban de manera retrospectiva por lo que podrían influir efectos de la memoria y, en algunos estudios con población infanto juvenil, fueron los padres los que reportaron ACEs, de manera que se podrían haber infrareportado por temor a las consecuencias o haberlos sobrestimado. Pero parecería haber consenso en que los ACEs son una realidad común y que afectan a un número significativo de personas en las distintas poblaciones estudiadas.

Según los resultados de estas investigaciones, haber experimentado experiencias adversas en la infancia y adolescencia se asociaría de manera significativa con diferentes efectos negativos físicos, metabólicos, en la estructura y funcionamiento cerebral y en el desarrollo de diferentes conductas de riesgo, síntomas y trastornos de salud mental en esta misma etapa y a lo largo de la vida. En las personas que experimentaron ACEs se asocia un mayor número de enfermedades físicas, trastornos de aprendizaje, trastornos de personalidad, desregulación emocional, síntomas de depresión y ansiedad, uso y abuso de alcohol y sustancias ilícitas, así como también mayor utilización de servicios. Es por esto que se debería considerar también el costo social y económico de las ACEs y pensar en estrategias de prevención de estas experiencias y en los factores que influyen en la aparición de ACEs (no incluidos en este trabajo).

A causa de la alta prevalencia de las ACEs y los efectos negativos a las que se asocian, se debería considerar realizar también estrategias comunitarias de prevención, que tendrían, entre otros, el beneficio de alcanzar a un número mayor de personas y actuar directamente en el ambiente natural donde se busca prevenir, permitiendo a la comunidad aprender estrategias que se puedan generalizar más fácilmente. Además habría que reforzar los esfuerzos por detectar e intervenir de manera temprana cuando han existido ACEs.

El estrés psicosocial vivido en la infancia afectaría el desarrollo, y esto habría que tenerlo en cuenta cuando se diseñan estrategias educativas, de intervención, de salud general y de salud mental, ya que incluso habría diferencias en el desarrollo de estructuras cerebrales, y como plantean Ramiro *et al.* (2010), no se podría esperar que un niño viviendo en un estado crónico de estrés vaya a desarrollar de la misma manera habilidades de otro niño que no se encuentra en esta situación. Estos mismos autores hablan sobre cómo la pobreza se relaciona estrechamente con las ACEs, hecho que está siendo considerado y, por ejemplo, dos asociaciones de pediatría de EE.UU. el año pasado crearon un grupo de trabajo sobre la pobreza infantil, para seguir estudiando los efectos del estrés en el cerebro y la salud, y pensar en intervenciones eficaces que ayuden a mitigar los efectos y a prevenir los factores de riesgo más asociados a las ACEs<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Academic Pediatric Association (APA), The American Academy of Pediatrics (AAP). *APA task force on childhood poverty*: [http://www.academicpeds.org/public\\_policy/pdf/APA\\_Task\\_Force\\_Strategic\\_Road\\_Mapver3.pdf](http://www.academicpeds.org/public_policy/pdf/APA_Task_Force_Strategic_Road_Mapver3.pdf)

## REFERENCIAS

1. Afifi TO, Boman J, Fleisher W, Sareen J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 139-147. doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.009
2. Afifi TO, Mather A, Boman J, Fleisher W, Enns MW, MacMillan H, Sareen J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 814-822. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.11.008
3. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, ... Giles WH. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186. doi:10.1007/s00406-005-0624-4
4. Bellis MA, Lowey H, Leckenby N, Hughes K, Harrison D. (2013). Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health (Oxford, England)*. doi:10.1093/pubmed/ftd038
5. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. (2010). Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: childhood, adolescence and adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 44(11), 732-740. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.01.004
6. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Méndez E. (2013). Chronic childhood adversity and stages of substance use involvement in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1-2), 85-91. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.12.002
7. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Cruz C, Méndez E. (2009). Descriptive Epidemiology of Chronic Childhood Adversity in Mexican Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 45(5), 483-489. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.03.002
8. Benjet C, Borges G, Méndez E, Fleiz C, Medina-Mora ME. (2011). The association of chronic adversity with psychiatric disorder and disorder severity in adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(9), 459-468. doi:10.1007/s00787-011-0199-8
9. Burke NJ, Hellman JL, Scott BG, Weems CF, Carrion VG. (2011). The impact of adverse childhood experiences on an urban pediatric population. *Child Abuse & Neglect*, 35(6), 408-413. doi:10.1016/j.chiabu.2011.02.006
10. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217-225. doi:10.1016/j.jad.2003.12.013
11. Chartier MJ, Walker JR, Naimark B. (2010). Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse & Neglect*, 34(6), 454-464. doi:10.1016/j.chiabu.2009.09.020
12. Clark C, Caldwell T, Power C, Stansfeld SA. (2010). Does the Influence of Childhood Adversity on Psychopathology Persist Across the Lifecourse? A 45-Year Prospective Epidemiologic Study. *Annals of Epidemiology*, 20(5), 385-394. doi:10.1016/j.annepidem.2010.02.008
13. Cuijpers P, Smit F, Unger F, Stikkelbroek Y, ten Have M, de Graaf R. (2011). The disease burden of childhood adversities in adults: A population-based study. *Child Abuse & Neglect*, 35(11), 937-945. doi:10.1016/j.chiabu.2011.06.005
14. Drury SS, Theall K, Gleason MM, Smyke AT, De Vivo I, Wong JYY, ... Nelson CA. (2012). Telomere length and early severe social deprivation: linking early adversity and cellular aging. *Molecular Psychiatry*, 17(7), 719-727. doi:10.1038/mp.2011.53
15. Dube SR, Fairweather D, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB. (2009). Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosomatic Medicine*, 71(2), 243-250. doi:10.1097/PSY.0b013e3181907888
16. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, ... Marks JS. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258
17. Fujiwara T, Kawakami N. (2011). Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Japan: Results from the World Mental Health Japan, 2002-2004. *Journal of Psychiatric Research*, 45(4), 481-487. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.08.002
18. Korkeila J, Vahtera J, Nabi H, Kivimäki M, Korkeila K, Sumanen M, ... Koskenvuo M. (2010). Childhood adversities, adulthood life events and depression. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 130-138. doi:10.1016/j.jad.2010.04.031
19. Kyrou I, Tsigos C. (2009). Stress hormones: physiological stress and regulation of metabolism. *Current Opinion in Pharmacology*, 9(6), 787-793. doi:10.1016/j.coph.2009.08.007
20. Lu W, Mueser KT, Rosenberg SD, Jankowski MK. (2008). Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders. *Psychiatric Services (Washington D.C.)*, 59(9), 1018-1026. doi:10.1176/appi.ps.59.9.1018
21. McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, Mennin DS, Nolen-Hoeksema S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 544-554. doi:10.1016/j.brat.2011.06.003
22. Mersky JP, Topitzes J, Reynolds AJ. (2013). Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: A cohort study of an urban, minority sample in the U.S. *Child Abuse & Neglect*. doi:10.1016/j.chiabu.2013.07.011
23. Middlebrooks JS, Audage N. (2008). *The Effects of Childhood Stress on Health Across the Lifespan*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control
24. Mitchell C, Hobcraft J, McLanahan SS, Siegel SR, Berg A, Brooks-Gunn J, ... Notterman D. (2014). Social disadvantage, genetic sensitivity, and children's telomere length. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(16), 5944-5949. doi:10.1073/pnas.1404293111
25. Mueller SC, Maheu FS, Dozier M, Peloso E, Mandell D, Leibenluft E, ... Ernst M. (2010). Early-life stress is associated with impairment in cognitive control in adolescence: An fMRI study. *Neuropsychologia*, 48(10), 3037-3044. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2010.06.013
26. Pechtel P, Pizzagalli DA. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, 214(1), 55-70. doi:10.1007/s00213-010-2009-2
27. Pilowsky DJ, Keyes KM, Hasin DS. (2009). Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. *American Journal of Public Health*, 99(2), 258-263. doi:10.2105/AJPH.2008.139006
28. Ramiro LS, Madrid BJ, Brown DW. (2010). Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 842-855. doi:10.1016/j.chiabu.2010.02.012
29. Shonkoff JP, Garner AS, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, & Section on Developmental

- and Behavioral Pediatrics. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-246. doi:10.1542/peds.2011-2663
30. Spinhoven P, Elzinga BM, Hovens JGFM, Roelofs K, Zitman FG, van Oppen P, Penninx BWJH. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126(1-2), 103-112. doi:10.1016/j.jad.2010.02.132
  31. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP, Kim DM. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27(1-2), 33-44
  32. Teicher MH, Dumont NL, Ito Y, Vaituzis C, Giedd JN, Andersen SL. (2004). Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological Psychiatry*, 56(2), 80-85. doi:10.1016/j.biopsych.2004.03.016
  33. Tiet QQ, Bird HR, Hoven CW, Moore R, Wu P, Wicks J, ... Cohen P. (2001). Relationship between specific adverse life events and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(2), 153-164
  34. Van der Vegt EJM, Tieman W, van der Ende J, Ferdinand RF, Verhulst FC, Tiemeier H. (2009). Impact of early childhood adversities on adult psychiatric disorders: a study of international adoptees. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(9), 724-731. doi:10.1007/s00127-009-0494-6
  35. Ventura-Junca R, Herrera LM. (2012). Epigenetic alterations related to early-life stressful events. *Acta Neuropsychiatrica*, 24(5), 255-265. doi:10.1111/j.1601-5215.2012.00683.x

## PSICOANÁLISIS

# PSICOANALISTAS TRAS EL ESPEJO: LA PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA MODIFICADA POR LA EXPERIENCIA

(Rev GPU 2014; 10; 4: 419-426)

Josefina Figueroa<sup>1</sup> y Lorena Seeger

**En este trabajo expondremos el funcionamiento del Programa de Formación en Psicoterapia Focal Psicoanalítica de la Corporación Psicoterapéutica Salvador y el contexto en que este se desarrolló. Se describe la evolución de un grupo de psicoanalistas, docentes del programa, en cuanto a la forma de abordar a los pacientes en relación con el diagnóstico y la técnica psicoterapéutica, evolución en la que ha sido significativo el impacto que ha tenido en cada uno el observar y ser observado trabajando a través del espejo de visión unidireccional. Se describen además aspectos del modelo de psicoterapia psicoanalítica desarrollado por el grupo que ha permitido extender más allá de la docencia la rama asistencial de la corporación, que ha ido en constante expansión. También es de interés comentar la evolución del perfil de los pacientes que nos consultan.**

## INTRODUCCIÓN

La Corporación Salvador se constituyó hace 10 años para formalizar un programa de formación de psicoterapeutas focales que se inició hace 20 años en el contexto del entrenamiento de alumnos practicantes de psicología y residentes de psiquiatría en un hospital universitario de Santiago de Chile y que prosiguió como programa de formación de postítulo en esta institución privada constituida para este objeto. En el hospital, la participación de los residentes de psiquiatría y de los psicólogos en práctica en las actividades de la Unidad estaba circunscrita a un año. Esta situación fue

uno de los factores que nos impulsó a trabajar con un modelo de psicoterapia de tiempo limitado. Otro factor determinante lo constituyeron las características de la población consultante que pertenecía a un nivel socioeconómico bajo, donde sus motivos de consulta variaban entre cuadros depresivos, ansiosos, adaptativos y trastornos de personalidad. Generalmente llegaban a consultar aquejados por intensa sintomatología y por un ajuste psicosocial inadecuado requiriendo de intervenciones efectivas en el corto plazo.

Con el tiempo nos fuimos dando cuenta que en nuestro medio existía una creciente necesidad de programas de especialización para terapeutas que

<sup>1</sup> Corporación de Salud Mental Salvador. Santiago de Chile, Psicoanalistas APCH. jotafigue@hotmail.com.

buscaban un entrenamiento que los capacitara en el manejo de técnicas focales e intervenciones breves. Todavía en ese momento predominaba la enseñanza de un modelo de terapia de larga duración que no se condecía con los intereses de los terapeutas que querían formarse ni con la realidad de un gran porcentaje de la población consultante y sus necesidades. Es así como decidimos ampliar los objetivos de nuestra Unidad y organizar un programa de entrenamiento formal de Postítulo en Psicoterapia Focal Psicoanalítica.

En el ínterin, y debido a cambios en la política del Ministerio de Salud, solo los pacientes más graves llegaban al nivel hospitalario, el resto de los casos se resolvían en los consultorios de atención primaria. Fue así que decidimos retirarnos del hospital y constituir la Corporación. Nuestro grupo de 11 docentes está compuesto en su mayoría por psicoanalistas de la Asociación Psicoanalítica Chilena (APCH-IPA) y el énfasis del programa formativo está, por una parte, en las actividades clínicas que se desarrollan tras el espejo de visión unidireccional tales como primeras entrevistas y psicoterapia; y por la otra, en observar sistemáticamente lo que hacemos y cómo lo hacemos, estudiando a la vez lo que se está pensando en el psicoanálisis actualmente, incluyendo los hallazgos de la investigación empírica. Es decir, ha sido un camino anclado en la experiencia concreta y compartida en vivo pero estudiada y reflexionada sistemáticamente. Esta forma de trabajar nos ha influenciado de diversas maneras, las que pretendemos compartir en este trabajo.

El programa docente nos llevó a crear un consultorio para proveer de pacientes a nuestros alumnos de postítulo. Este ha tenido que ser ampliado, con terapeutas graduados de nuestro programa, para dar respuesta a una demanda en constante crecimiento. De esta manera, también hemos sentido cumplida una inquietud social, compartida por el grupo, que lamentábamos sacrificar al retirarnos del hospital: poder ofrecer, más allá de nuestras consultas, terapia psicoanalítica. Para ello era fundamental el bajo costo.

Comentaremos más adelante sobre esta rama de la Corporación, pero adelantamos que, sin haberlo presupuestado, se ha desarrollado la rama asistencial de nuestro proyecto. Nos proponemos exponer también cuál es el modelo psicoterapéutico que está en la mente de los terapeutas que practican psicoterapia psicoanalítica en la Corporación, cómo se llegó a él y cómo ha resultado en la práctica.

Realizamos este programa en conjunto con el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Chile, enseñando psicoterapia psicoanalítica y psiquiatría dinámica a sus residentes de psiquiatría, por lo que con-

tamos con la certificación de la Escuela de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

## REFLEXIONES EN TORNO A LA EXPERIENCIA DE ENSEÑAR CLÍNICAMENTE PSICOANÁLISIS EN UNA INSTITUCIÓN USANDO EL ESPEJO DE VISIÓN UNIDIRECCIONAL

Pacientes “reales” abordados por psicoanalistas “reales” en contraste a materiales clínicos relatados. Hallazgos surgidos del trabajo en vivo y en directo.

### Los psicoanalistas “reales”

Hace varios años uno de nosotros bautizó al espejo como “el horno microondas”: Lo que se chamusca y lima dentro de él es la paranoia y el narcisismo. La situación de exposición, al principio muy temida, al ser realizada dentro de un equipo estable y en actitud de colaboración, nos ha llevado a una mayor disposición a mostrar nuestro trabajo. Por su parte, el equipo se fue consolidando justamente por esta exposición y apertura. Ello redundó en una búsqueda activa de intercambio con los pares para enriquecer el trabajo propio, despertándose en nuestra práctica privada una cierta nostalgia por estar acompañados y recibir los aportes de colegas en el trabajo clínico. Por cierto, todo esto a pesar de que la situación de mostrarse no es sin dolor. La práctica clínica, si bien conserva su lugar de intimidad y privacidad, se abre a la mirada de otros. Actualmente el espejo es sentido por muchos de nosotros ya no como el “horno” sino como un lugar deseado, por la compañía y ayuda que significa. Incluso se da el fenómeno de “pelearnos” por hacer la psicoterapia en espejo.

El exponer el propio trabajo a la observación del grupo marca una esencial diferencia entre “hablar acerca de” lo que hacemos en la intimidad de nuestras consultas (como ocurre con la mayoría de las presentaciones clínicas) y exponer lo que hacemos a la observación del grupo. Además, es saludable contar con la “comunidad psicoanalítica”, presente concretamente a través de nuestros colegas, y no solo simbólicamente a través del encuadre, lo cual nos protege de un aislamiento riesgoso.

La apertura lograda permite compartir con los colegas las diversas experiencias subjetivas en torno al trabajo terapéutico, lo cual ha permitido un mayor goce en nuestro quehacer, con menos sentimientos de soledad, al comprobar, a través de la observación, las coincidencias y diferencias de las experiencias como terapeutas. Nuestro encuadre, que incluye al grupo observador presente, ha llegado a ser así más un elemento

que facilita y protege el trabajo terapéutico, que un depósito de elementos superyoicos primitivos.

Nos fuimos dando cuenta que, *in vivo*, los análisis hacemos, aparte de la labor interpretativa, muchas otras intervenciones las que en soledad son generalmente sentidas culposamente como “trabajo sucio”. Así, fuimos reduciendo la idealización de la “pureza” de la técnica analítica dada por el “ideal” del uso exclusivo de la interpretación transferencial, reconociendo que la técnica en la práctica clínica “real” contempla un espectro de intervenciones posibles, bajo el denominador común de lo psicoanalítico. Este sistema de trabajo ha traído consigo una democratización saludable para el grupo lo que ha redundado en un estilo de liderazgo no autoritario entre nosotros.

Las similitudes en la forma de trabajo, que no oscurecen las diferencias entre nosotros, han ido perfilando con claridad una identidad psicoanalítica compartida que admite diversidad. Esto nos ha permitido hasta ahora tramitar nuestras diferencias teóricas sin que ellas se hagan insalvables.

### Los pacientes “reales”

#### *El abordaje teórico frente a un paciente: mitos y realidades*

Al cambiar el foco de atención hacia el trabajo concreto con pacientes, su diagnóstico e indicación, y reflexionar sobre el abordaje teórico que utilizamos para el análisis de cada caso, fuimos constatando que, contrariamente a lo que creíamos en abstracto, en la práctica utilizamos diferentes teorías dependiendo del paciente o de los distintos momentos de las sesiones de tratamiento.

En términos generales, el peso de lo vincular es cada vez mayor en nuestras observaciones y discusiones, acorde con la evolución del psicoanálisis en general. Cada cierto tiempo nos sirve recordar que, aunque el inconsciente y lo intrapsíquico fueron las estrellas en psicoanálisis durante muchos años, y lo vincular quedó más en la sombra, el registro de la dimensión transferencial fue un descubrimiento revolucionario de Freud y no una invención actual. Ello nos ayuda a contrarrestar los inevitables estrellatos conceptuales en nuestra mente.

Más específicamente entonces, reconociendo la importancia de la relación diádica, no olvidamos el modelo del conflicto intrapsíquico (modelo del impulso-defensa), que operacionalmente podríamos traducir como atención al diálogo interno del paciente y al trabajo sobre este. Por cierto utilizamos también modelos relacionales, y hemos aprendido a distinguir entre

patología por déficit o por conflicto (Killingmo, 1989; Kohut, 1971; Winnicott, 1965). Así como pensamos en los patrones relacionales como verdaderas huellas dactilares procedurales, no olvidamos la parte de esa huella dactilar representada por la fantasía inconsciente como un aporte igualmente imprescindible.

El enfoque de ciclo vital o contexto evolutivo personal (bastante abandonado en psicoanálisis), como contexto general, ha resultado ser muy útil para ubicarse rápidamente en focos naturales de conflicto y de trabajo para cada grupo etario. Utilizamos también dimensiones de diferente nivel de abstracción como, por ejemplo, el concepto de módulos motivacionales de Bleichmar (2001, 2005), como una forma útil de describir los conflictos entre deseos y las dimensiones planteadas por Blatt (1998) para la depresión, que agrupa a los pacientes en introyectivos y anaclíticos, según si su preocupación básica tiene que ver con la autodefinition o con la afiliación.

Así, distintas dimensiones del paciente son vistas desde diferentes modelos teóricos y distintos tipos de pacientes son abordados desde diferentes modelos. La primera impresión del grupo frente a este hecho, que se daba en la práctica, fue de cierta preocupación acerca de estar siendo confusos e incoherentes. Nos propusimos entonces ahondar en el estudio de los distintos modelos en psicoanálisis en el grupo de estudios del equipo docente, de manera de intentar explicitar con claridad en la discusión desde donde estábamos mirando a un determinado paciente, buscando la máxima coherencia dentro de un marco pluralista. Ello se ve favorecido, como ya lo mencionamos, debido a que constituimos un grupo que comparte una cultura psicoanalítica. Actualmente el grupo asume la diversidad de modelos en la mente del analista como una realidad que enriquece nuestras discusiones siempre que se explicita desde qué modelo se está analizando la información. Hemos asumido así una epistemología pluralista que nos mantiene alertas en contra del quizás inevitable “enactment teórico”: una relación idealizada con la teoría que en determinado momento ocupa el centro de nuestra atención y que conduce a la reificación de los conceptos. Es saludable recordar que son modelos y no dogmas.

Hemos concedido progresiva importancia a la situación desencadenante del problema que el paciente trae, que pasa a formar parte de la hipótesis psicodinámica y del foco, de manera de no alejarse a niveles teóricos metapsicológicos abstractos que alejen demasiado el conocimiento del analista del conocimiento del paciente. Así, hemos aprendido a dar valor e integrar en los objetivos terapéuticos las quejas conscientes,

manifiestas, que el paciente trae, además de estar atentos a desentrañar lo que el paciente no comunica expresamente. La búsqueda activa con el paciente de la situación desencadenante es un aporte en cuanto a construir en conjunto con él una teoría subjetiva acerca de lo que le está ocurriendo y por qué le está ocurriendo que permita comprometer activamente al paciente en su terapia.

En este camino nos hemos visto necesitados, tal como lo plantea Fonagy y Target (2003) de definiciones operacionales en psicoanálisis, que tiendan un puente entre los altos niveles de abstracción de las teorías y las observaciones y el trabajo clínico concreto. La carencia de tales definiciones puede conducir a la fragmentación y oscurecer diferencias importantes entre los distintos enfoques teóricos. Nos dimos cuenta que, en altos niveles de abstracción, suele instalarse la sensación de que todos los pacientes terminan siendo semejantes y se pierde la especificidad de descripciones y explicaciones (Fonagy y Target, 2003). Lo mismo sucede cuando empezamos a utilizar un enfoque operacional (que solo describa) en forma rígida. Ocurre también que distintos autores se refieren a prácticamente el mismo fenómeno pero lo denominan distinto, dificultando la construcción de un cuerpo coherente de conocimientos. En nuestras discusiones clínicas intentamos puntualizar estas coincidencias y las diferencias.

Todo lo anterior nos acerca a la idea de un enfoque pluralista, según lo plantea Jiménez siguiendo a Carlo Strenger: "El pluralista (contrariamente al relativista) no plantea que la misma proposición pueda ser verdadera o falsa; supone en vez que ciertas teorías son inconmensurables, es decir, no son comparables entre sí [p.160]" (Jiménez, 2005, p. 621). El hecho es que en la práctica, pareciera que utilizamos no solo más de un marco teórico sino también diferentes niveles de abstracción en el análisis de los casos.

### *El vínculo (como predictor de resultados en psicoterapia)*

Luego de una larga historia de búsqueda de criterios de selección de pacientes para psicoterapia breve, re-descubrimos a Michael Balint, al observar que un buen predictor de la adherencia a la psicoterapia era la calidad del vínculo que se establecía entre el entrevistador y el paciente en las entrevistas (que también podría plantearse como efectividad de la pareja terapéutica) y no solo a factores diagnósticos del paciente como se pensó en algún momento. Evolucionamos así hacia una indicación adaptativa (Thomä y Kächele, 1989) que fue ampliando nuestro rango de aplicación de la técnica

psicoanalítica. La evaluación del vínculo se refiere a las variaciones y la evolución observadas en la relación terapéutica, durante la primera entrevista, esencialmente respecto del grado de intimidad y cercanía alcanzados, como también respecto de la posibilidad de reparación de rupturas de tal cercanía. Específicamente, observamos la evolución del nivel de intimidad en la dupla terapéutica en cuanto a:

- Tránsito desde una desconfianza inicial a una apertura posterior;
- Cambios en la narrativa del paciente en términos de ir desde contenidos superficiales a contenidos más profundos y anteriormente resguardados. Por ejemplo, "confesiones": "...esto no se lo he contado a nadie".
- Expresión de sentimientos conectados con los contenidos (la atmósfera de la entrevista progresivamente se va impregnando con lo emocional).
- Adopción, por parte del paciente, de analogías o metáforas propuestas por el terapeuta durante la entrevista, algo así como creación de un lenguaje común idiosincrático de ese encuentro.
- Consistencia de los puntos anteriores con el sentimiento contratransferencial del terapeuta de haberse acercado emocionalmente al paciente.
- Posibilidad de reparar las microrrupturas en la alianza terapéutica que siempre ocurren en una entrevista, más que un vínculo linealmente positivo (Horvath, Gaston y Luborsky, 1993).

El vínculo como factor predictor es avalado por nuestra estadística (Corporación, 2005) que exhibe una curva de adherencia de los pacientes al tratamiento considerablemente mayor que la que fue planteada por diversos estudios estadísticos (Horvath, Gaston y Luborsky, 1993; Howard, Vessey, Lueger y Schank, 1992) que muestran que, después del primer contacto, cerca del 50% de los pacientes abandona el tratamiento. Entre el segundo y tercer contacto, un 10% deja de asistir y después de cada una de las sesiones sucesivas se pierde alrededor de un 10% adicional de los pacientes. En nuestro consultorio (Corporación, 2005), del 100% de pacientes entrevistados, el 3,5% abandona el tratamiento después del primer contacto; el 21% interrumpe el tratamiento (incluido el 3,5% que deserta después del primer contacto), y el 77% termina su tratamiento, de una duración promedio de entre siete meses y un año, con una frecuencia de una vez por semana. En el consultorio atendido por nuestros terapeutas formados en la corporación las cifras son similares, con el agregado de que hemos tenido que poner un límite de dos años a estas terapias que origi-

nalmente no lo tenían, ya que los pacientes tienden a desear quedarse en terapia. El factor de conveniencia del terapeuta no se aplica acá porque los terapeutas saben que, por el constante flujo de pacientes, rápidamente van a poder ocupar las horas vacantes.

## METODOLOGÍA DE TRABAJO DEL PROGRAMA DE POSTÍTULO Y DEL CONSULTORIO. ENCUADRE Y TÉCNICA

La metodología de trabajo en el programa de postítulo que utilizamos se inscribe dentro de la psicoterapia focal con una duración del tratamiento limitada a un año para el postítulo y dos años para el consultorio, y una frecuencia de una vez por semana, en la mayoría de los casos.

La técnica utilizada en las entrevistas y psicoterapias realizadas tras el espejo ha ido evolucionando en forma natural hacia la interpretación frecuente de la interacción terapeuta-paciente en el aquí y ahora de la relación.

En realidad, no consideramos que las interpretaciones de la interacción sean lo mismo que las interpretaciones de transferencia, pero tienen un parentesco. En estas últimas el analista tiene en su mente una hipótesis de por qué está sucediendo una determinada interacción y qué fantasía inconsciente o relación transferencial se está actuando en ese momento. En la interpretación de la interacción el analista no necesariamente "sabe" por qué está ocurriendo aquello. Pero la señala y la presenta para la observación de la dupla. Esta dimensión de la técnica se acerca a lo que ha incorporado a la observación y técnica psicoanalíticas el enfoque intersubjetivo, en cuanto a traer a escena lo experiencial y la mirada fenomenológica, pero también las contribuciones de la terapias psicodinámicas con pacientes gravemente perturbados, como la focalizada en la transferencia y la basada en la mentalización; ambos enfoques destacan la importancia de clarificar con el paciente las emociones emergentes en el aquí y ahora antes de cualquier intervención posterior. En este sentido, el terapeuta tiende a incorporar el "nosotros" a las intervenciones, trae al escenario aquello que está ocurriendo "entre nosotros", agregando este tipo de intervención al enfoque más clásico de interpretación de la transferencia que tiende a ser verbalizado como "usted pone en mí..."; dejando fuera la participación del terapeuta en lo que ocurre. Pensamos que el aporte de la intervención terapéutica acerca de la interacción se relaciona con la posibilidad de mostrar con más claridad el efecto que las actitudes u ofertas relacionales del paciente tienen en el otro señalando

con más viveza el patrón relacional disfuncional que ha traído al paciente a consultar. Por otra parte, ayuda a sortear defensas narcisísticas en el paciente, pues sitúa al terapeuta en una posición más cercana y menos omnisciente que el otro tipo de intervención. Se trata de momentos de énfasis en la fenomenología más que en la causa o la explicación. En este sentido, además del trabajo en el inconsciente dinámico (develar aquello que ha sido simbolizado previamente y luego ha sido reprimido), incorporamos como igualmente importante la intervención sobre el inconsciente "procedural" que nunca ha sido simbolizado o "hecho consciente" y que se expresa en "modos complejos de estar con el otro" (Stern *et al.*, 1998; Bleichmar, 2001).

Hemos evolucionado también desde una postura condenatoria de los "enganches" que ocurren en sesión o entrevista (enunciada como un "tú contractuaste") que surge, entre otras cosas, de una idealización de la neutralidad posible, hacia la aceptación de la inevitabilidad del "enactment" (Schafer, 1999) en la relación terapéutica y de su uso como valiosa fuente de información, pensando la relación analítica contenida y regulada por el encuadre. Es decir, nuestro concepto de neutralidad también ha cambiado a partir de esta práctica clínica conjunta, reconociendo la imposibilidad de la observación objetiva y sosteniendo en cambio la posibilidad de un contrapunto entre participar experiencialmente en la interacción con el paciente y poder salirse de ella y observar lo que está ocurriendo. Algo así como lo que Sidney Blatt plantea en uno de sus últimos artículos: "...Equilibramos nuestro involucramiento a través de la identificación empática, con nuestra capacidad para desengancharnos emocionalmente y evaluar el proceso terapéutico en forma relativamente realista y objetiva" (Blatt, 2013, p. 145).

Nuestra postura acerca de factores curativos en psicoterapia analítica, que tradicionalmente ha diferenciado entre interpretación y relación, nos acerca a la posición de autores que plantean que tal diferencia es bastante artificial. Las interpretaciones solo son efectivas en el contexto de una alianza terapéutica efectiva y la relación terapéutica emerge y se consolida a partir de que los pacientes se sienten comprendidos y considerados, sentimientos experimentados con mayor efectividad gracias a las intervenciones que construyen relación y alianza terapéutica (Blatt, 1998). En este sentido, la técnica psicoanalítica básica proporciona estas dos dimensiones fundamentales, la interpretación y la relación, como dos grupos de experiencias difíciles de separar. Dada la evolución de la teoría psicoanalítica, en la que el peso de lo relacional ha aumentado cada vez más, pareciera que, por periodos, la única estrella

posible en nuestra discusión es la relación, el vínculo, la regulación afectiva y la interacción. Pero, como en un movimiento pendular dialéctico constante, invariablemente empezamos a echar de menos el psicoanálisis del inconsciente dinámico, de los significados, de los diálogos internos, del conflicto intrapsíquico que volvemos a traer a escena.

### Foco y metas terapéuticas

Ha sido nuestro constante intento acercar las grandes abstracciones teóricas a las quejas concretas que traen nuestros pacientes, lo que nos condujo a estudiar el concepto de foco y si bien el programa se denomina "postítulo en psicoterapia focal", dicho concepto resultó un enigma para todos nosotros y algo así como la búsqueda del santo grial para nuestros alumnos, la promesa del término de la incertidumbre.

Lo central en este punto es que evolucionamos desde la idealización de la idea de un foco que resolvería toda incertidumbre, a la importancia de, primero, nosotros aprender, y después enseñar a nuestros alumnos la acción de focalizar. Valoramos la búsqueda de distintos modos de organizar el cúmulo de información que recibimos en cada contacto con un paciente. Es decir, entre un sinnúmero de teorías e hipótesis psicodinámicas de diferentes niveles de abstracción, poder enseñar a nuestros alumnos a configurar, organizar, construir, por ejemplo, un patrón relacional que de fondo tendría una relación con una fantasía inconsciente o teoría implícita que anima la problemática más destacada del paciente. Es más importante el proceso de diferenciar, seleccionar, de fijar la mirada en un punto relevante que se repite en la interacción presente con el terapeuta y en las relaciones presentes y pasadas, que la definición de foco a la que se llega.

Debido a lo anterior se ha hecho necesario agregar el concepto de meta terapéutica como un término más operacional y menos idealizado.

Aprendimos de Hohage (2000) que es imposible separar la motivación del paciente de la fijación de la meta terapéutica. En este sentido, puede ocurrir que el paciente busque ayuda para solucionar determinados problemas y que el terapeuta defina como problemas otros temas a tratar. Un objetivo de las primeras entrevistas será, justamente, definir las metas terapéuticas, es decir, aquellos aspectos en que haya mayor acuerdo entre paciente y terapeuta sobre los cambios buscados. Este acuerdo surge como una proposición razonable desde ambos miembros de la diada terapéutica y no como una prescripción de parte del terapeuta, o un objetivo tal vez irrealista planteado por el paciente.

Para ello es importante diferenciar entre metas terapéuticas y metas de vida, pues estas últimas van a orientarse a alcanzar utopías o ideales generales que exceden los campos de la psicoterapia (Ej. "Quiero ser amado", "quiero ser libre"). Hohage (2000) aclara que las metas terapéuticas de alguna manera tienen que relacionarse con las metas de vida, y que parte de los objetivos de las entrevistas es ayudar al paciente a formular metas de vida y luego ver de qué manera estas metas generales se engarzan con metas terapéuticas alcanzables. Por ejemplo, una meta razonable para un paciente específico puede ser establecer una relación de pareja más duradera (en que se pueda satisfacer su deseo de ser amado) con un grado de dependencia relativa (en que su deseo de ser libre se incluya, pero con la consideración de que si quiere tener una relación más cercana, debe renunciar en parte a su utopía de libertad). El foco aquí será el conflicto que se plantea entre sus deseos de libertad y sus deseos de intimidad afectiva.

Podemos decir, en palabras simples, que la meta terapéutica consiste en el lugar adonde queremos ir junto con nuestro paciente, el foco es aquel conflicto o patrón relacional que impide llegar a esa meta y la hipótesis dinámica será la teoría explicativa del "por qué" del foco.

Un buen ejemplo de este proceso es el uso del sistema "Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado" (Grupo de Trabajo OPD, 2008) que introdujimos hace varios años para construir un foco. Claro que luego de un par de años de utilizarlo muy concretamente para el análisis de primeras entrevistas y construcción de foco, nos dimos cuenta que la manualización tiende a reducir la posibilidad de enriquecer la visión particular y específica de cada paciente, no dando cuenta de la complejidad del mundo interno individual; en especial, los alumnos tienden a usarlo de manera mecánica. Concluimos que la aplicación tipo manual, aunque alivia porque todo parece estar quedando claro, inevitablemente sobresimplifica el análisis, aplanando y barre con la tan buscada especificidad. Y se produce el mismo efecto que cuando se usan los altos niveles de abstracción de las grandes teorías para el análisis, donde todos los pacientes resultan muy parecidos. Por ejemplo, el conflicto "ser cuidado vs autarquía" parece estar presente en todos los pacientes y en todos los seres humanos. Como trabajamos en la "vida mínima", donde el detalle es esencial, es más importante el proceso de seleccionar, de fijar la mirada en un punto relevante que se repite en la interacción presente con el terapeuta y en las relaciones presentes y pasadas, que la definición de foco a la que se llega, diferenciando o manteniendo lo específico y distinguible de cada paciente. Es una

constante dialéctica: seleccionar lo más básico pero sin olvidar lo específico.

### LA EXTENSIÓN DE LA RAMA ASISTENCIAL: NUESTRO CONSULTORIO INDEPENDIENTE

Contamos con 17 terapeutas. Cada uno atiende un promedio de 10 horas semanales. La manera como se trabaja allí es una expresión concreta del modo de trabajar que ya hemos descrito para el postítulo. Hay algunos miembros del equipo docente que trabajan con los terapeutas en el consultorio realizando recepciones y supervisión en grupo. Aparte de que nos une la pasión por este trabajo, ello constituye también una forma de sostener la línea o estilo de trabajo terapéutico propio de la Corporación: la fenomenología como punto de partida, estudio sistemático y teorización en un segundo tiempo, y una forma particular de organizar la información en ejes: conflicto, relación y estructura para llegar a un intento de foco que contemple estos ejes.

La formación entonces ya no termina con el postítulo, la manera de trabajar en conjunto a los pacientes y la forma de organizar la información, propia de la Corporación, se replica con el grupo de terapeutas. Es muy interesante para nosotros que lo descrito en cuanto a nuestra evolución como grupo de analistas se reproduce con los terapeutas. En las supervisiones grupales todos quieren mostrar su trabajo a la mirada del grupo y lo mismo ocurre en la recepción de pacientes en espejo.

El flujo de pacientes, siempre en aumento, lo tomamos como una evidencia de que nuestro enfoque está funcionando, ya que la mayoría de los pacientes que consultan lo hace por recomendación de otros pacientes que ya han hecho tratamiento. Por lo mismo, pensamos que es el tipo de atención que entregamos lo que ha moldeado a los pacientes que consultan, que llegan con un encuadre muy específico. Pareciera que los pacientes no recomiendan solo un lugar, sino un modo de trabajar, vienen directamente a buscar “psico” terapia. La derivación es muy específica. En este sentido, ningún paciente se sorprende de la indicación. Más bien la traen incorporada. Y, más específicamente, buscan claramente una psicoterapia de un cierto tipo: para pensar acerca de ellos mismos y no otra cosa, es decir, vienen a trabajar de manera esencialmente psicoanalítica y parece que esa forma sirve.

La psicoterapia que ofrece el consultorio es generalmente de frecuencia semanal, la duración es de dos años y es el terapeuta el que trata todos los arreglos de tiempo y dinero con su paciente.

También pensamos que tiene mucha importancia el cuidado en cuanto a nuestro encuadre físico. Un

lugar físicamente sencillo pero bien cuidado, agradable y bonito, del cual nos preocupamos especialmente. El respeto a los horarios, la discreción respecto de la información acerca de los terapeutas, el orden, la capacitación al personal de apoyo para que tenga presente lo que significa recibir, en los pacientes, al “extraño que sufre” (Orange, 2011). Son los terapeutas los que se ocupan de las horas de su paciente y no un *call center* y las sesiones a las que el paciente no asiste, se cobran. Pensamos que se trata de una institución de orientación psicoanalítica, no solo en cuanto al enfoque psicoterapéutico, sino en cuanto al encuadre general que ella provee al paciente, en el sentido que lo plantea Winnicott cuando, hablando sobre el encuadre, considera el ambiente físico cuidado, ordenado y acogedor que el analista tendría que proveer al paciente. Un ambiente protegido pero no condescendiente. En este caso, esta provisión parte desde la institución como lugar. Quizá lo anterior explica en parte que nuestros pacientes establecen una relación con la institución y no con un terapeuta en particular. La transferencia es con la Corporación.

### CONCLUSIONES

La evolución descrita ha tenido estrecha relación con 1) la experiencia de verse y ver a otros analistas trabajando en vivo, 2) la práctica clínica del psicoanálisis modificada por la experiencia concreta compartida; y 3) la observación y el estudio sistemático acerca de lo que hacemos a la luz de lo que está pasando mundialmente en el psicoanálisis y en la investigación empírica. Esta experiencia influye en nuestra noción de la técnica psicoanalítica en su conjunto, siendo algunos de sus efectos la “des-idealización” de la técnica, el pluralismo teórico y el respeto a los resultados de la investigación empírica.

Así, nuestra aproximación a la enseñanza de la psicoterapia psicoanalítica ha evolucionado cada vez más desde lo clínico a lo teórico y viceversa, intentando disciplinadamente acercar los niveles clínico y metapsicológico, por más tentador que resulte retirarse a la altura de la teoría o bien ahorrarse el esfuerzo y el conocimiento y dedicarse simplemente a utilizar “lo que funciona” en psicoterapia (Fonagy y Target, 2003), que sería desconocer que en psicoanálisis “lo que funciona” está basado en un determinado encuadre mental del analista que incluye aquello que nos hace compartir una identidad a pesar de la diversidad teórica: la consideración tanto de lo inconsciente como de lo maniifiesto (rescate de la fenomenología y de la situación desencadenante), la búsqueda de la comprensión y el

significado (interpretación), la ampliación de la función reflexiva y simbólica y la consideración, en la práctica clínica, de las dos dimensiones básicas y, en nuestra opinión, inseparables: la relación y el *insight*.

## REFERENCIAS

- Blatt SJ (1998). Contributions of Psychoanalysis to the Understanding and Treatment of Depression. *J American Psychoanalytic Association*, 46: 723-752
- Blatt SJ (2013). The Patient's Contribution to the Therapeutic Process: A Rogerian-Psychodynamic Perspective. *Psychoanalytic Psychology* 30: 139-166
- Bleichmar H (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamiento inconscientes. *Aperturas psicoanalíticas* [en línea]. 5 de noviembre de 2001, nº 9. Disponible en: <<http://www.aperturas.org>>
- Bleichmar H (2005). Consecuencias para la terapia de una concepción modular del psiquismo. *Aperturas psicoanalíticas* [en línea]. 5 de diciembre de 2005, nº 21. Disponible en: <<http://www.aperturas.org>>
- Corporación Salvador (2005). Estadísticas de la corporación. Documento de trabajo
- Fonagy P, Target M (2003). *Psychoanalytic Theories: Perspectives from Developmental Psychopathology*. London: Brunner-Routledge
- Grupo de Trabajo OPD (2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder
- Hogage R (2000). *Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis: Diagnostik, Behandlungsplanung, Kassenanträge*. [Analytically oriented psychotherapy in practice]. Stuttgart: Schattauer Verlag
- Horvath A, Gaston L, Luborsky L (1993). The Therapeutic Alliance and Its Measures. En Miller NE *et al.* (eds), *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice*, (pp. 247-273). New York: BasicBooks
- Howard H, Vessey J, Lueger R, Schank D (1992). The Psychotherapeutic Service Delivery System. *Psychotherapy Research*, 2(3): 164-180
- Jiménez JP (2005). The Search for Integration or How to Work as a Pluralist Psychoanalyst. *Psychoanalytic Inquiry*, 25: 602-634
- Killingmo B (1989). Conflict and Deficit: Implications for Technique. *Int. Journal of Psycho-Analysis*, 70: 65-79
- Kohut H (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press
- Orange D (2011). *The Suffering Stranger: Hermeneutics for Everyday Clinical Practice*. New York: Routledge
- Schafer R (1999). Some Reflections on the Concept of Enactment. En: Fonagy P, Cooper A, Wallerstein R (Eds.), *Psychoanalysis on the Move. The Work of Joseph Sandler* (pp. 68-74). London: Routledge
- Stern D *et al.* (1998). Non-Interpretative Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The 'Something More' Than Interpretation. *Int. Journal of Psycho-Analysis*, 79:903-921
- Thomä H & Kächele H (1994). *Psychoanalytic Practice 1*. [(1989) *Teoría y Práctica del Psicoanálisis. I Fundamentos*. Barcelona: Herder]
- Winnicott DW (1965). *Ego Integration in Child Development. En The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. London: Hogarth Press

## PSICOANÁLISIS

# TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE: CLAVES DE LECTURA DESDE LA TEORÍA ANALÍTICA DE C.G. JUNG

(Rev GPU 2014; 10; 4: 427-436)

Matías Méndez<sup>1</sup>

**El trastorno de personalidad borderline (TPB) es una condición psiquiátrica severa, caracterizada por un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, acompañado por impulsividad, y que tiende a presentarse al principio de la edad adulta. Si bien no existe información estadística concluyente sobre la prevalencia del trastorno en población chilena, estudios indican que se trata de un diagnóstico habitual en pacientes que ingresan a través de los servicios de urgencia, principalmente debido a intentos suicidas. Numerosos investigadores se han aproximado al TPB con el objetivo de describir sus principales características clínicas y psicodinámicas, destacando en este campo los aportes de Otto Kernberg y Marsha Linehan. En este artículo abordaremos algunas propuestas formuladas por autores adscritos a la corriente analítica fundada por Carl Gustav Jung, ofreciendo algunas claves de lectura a propósito del funcionamiento psicodinámico de los pacientes diagnosticados con TPB. Ilustraremos estas propuestas aplicando dichas nociones al análisis de un caso clínico**

## INTRODUCCIÓN

**E**l trastorno de personalidad borderline (TPB) es una condición psiquiátrica severa, caracterizada por un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, acompañado por una marcada impulsividad, y que tiende a presentarse al principio de la edad adulta (APA, 2002). Los pacientes diagnosticados con este trastorno

tienden a manifestar diferentes grados de disfunción en múltiples áreas de su personalidad y su conducta, configurando un grupo heterogéneo cuyas características clínicas particulares permiten establecer un continuo de acuerdo a la gravedad de su sintomatología (Zanarini, 2005).

Los nueve criterios definidos en el DSM-IV-TR para diagnosticar el TPB son: 1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado; 2) Un patrón

<sup>1</sup> Psicólogo Clínico UDP. Mg© en Psicología Clínica de Adultos UCH. Docente Escuela de Psicología UDP. Contacto: matias.mendez@mail.udp.cl

de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación; 3) Alteración de la identidad: imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable; 4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo; 5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación; 6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado del ánimo; 7) Sentimientos crónicos de vacío; 8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira; y 9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves (APA, 2002). Gunderson (2008) agrega para el último criterio la presencia de episodios de despersonalización, desrealización e ilusiones hipnagógicas.

Datos epidemiológicos sugieren que entre el 1 y el 3% de la población general padecería TPB, siendo el trastorno de personalidad más diagnosticado en los Estados Unidos (Carpenter, Tomko, Trull y Boomsma, 2013). Si bien no existe a la fecha información estadística concluyente sobre la prevalencia de este trastorno en población chilena, un estudio realizado por Riquelme *et al.* (2011) determinó que el 52% de los pacientes ingresados entre los años 2006 y 2008 a la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital del Salvador en Santiago presentaban este diagnóstico. Asimismo, Escobar, Beltrán, Riquelme y Núñez (1991) indican que de un total aproximado de 17.800 consultas anuales que se atienden en el Servicio de Urgencia del Instituto Psiquiátrico “José Horwitz Barak” de Santiago, alrededor del 10% corresponden a pacientes diagnosticados con TPB. Según afirma Martínez (2005), un alto porcentaje de pacientes que presentan TPB ingresan al sistema de atención psiquiátrica a través de los servicios de urgencia, principalmente debido a intentos suicidas.

El término “borderline” fue introducido originalmente por Stern (1938) en un intento por describir a un grupo de pacientes que si bien presentaban características clínicas propias de la neurosis, tendían a manifestar a su vez experiencias psicóticas de corta duración en forma reiterada y eran por lo general refractarios a la intervención psicoterapéutica. En este sentido, se trataba de pacientes ubicados “al borde” de la psicosis. Este tipo de pacientes suele ser visto por los profesionales de la salud mental como personas difíciles de tratar, cuyo abordaje terapéutico reporta altos montos de frustración (Freeman, Stone, Martin y Reinecke, 2005). Según advierten Freeman, Stone, Martin y Reinecke (2005), “cuando un paciente es difícil de tratar, a veces psicótico, resistente, inestable o que insulta al

terapeuta, el término borderline, preciso o no, viene a la mente” (p. 1, cursiva en el original, trad. propia).

Si bien no se conoce con exactitud cuáles serían las causas exactas del TPB, diversos autores tienden a destacar el papel que cumplen factores etiológicos de tipo genético, psicológico y ambiental en el desarrollo del cuadro (Cartwright, 2008; Freeman, Stone, Martin y Reinecke, 2005; Minzenberg y Siever, 2005; Paris, 1994, 1996, 2003). La historia vital temprana de estos pacientes suele estar marcada por episodios de violencia física y psicológica, abandono y negligencia parental, abuso sexual reiterado, entre otras experiencias traumáticas (Hernández, Arntz, Gaviria, Labad y Gutiérrez-Zotes, 2012; McLean y Gallop, 2003; Pereda, Gallardo-Pujol y Jiménez, 2011; Silk, Wolf y Ben-Ami, 2005). Dichas experiencias, sumadas a una posible predisposición genética, sentarían las bases para la génesis del TPB.

Numerosos autores se han aproximado al TPB con el objetivo de describir sus principales características clínicas y el funcionamiento psicodinámico que subyace al cuadro. Los aportes de Kernberg (e.g. Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006; Kernberg, 1979; Kernberg y Caligor, 2005) a este respecto son habitualmente considerados una referencia obligada para quienes intentan comprender el fenómeno borderline, atendiendo a la constitución psíquica de estos pacientes. El concepto de “estructura de personalidad borderline” definido por Kernberg “centra su atención en la naturaleza de la integración de elementos intrapsíquicos que son estables a lo largo del tiempo y que se encuentran a medio camino en un continuo entre la neurosis y la psicosis” (Riquelme *et al.*, 2011, p. 86), donde están presentes una marcada difusión de la identidad y el uso de defensas primitivas, sobre un trasfondo de un adecuado juicio de realidad. Clarkin, Yeomans y Kernberg (2006) describen las principales características de la organización borderline, destacando la presencia de:

“[una] identidad difusa, el uso de defensas primitivas, criterio de realidad generalmente intacto pero frágil, dificultades en la regulación de afectos y de la expresión sexual y de la agresividad, valores internalizados inconsistentes y una calidad empobrecida de las relaciones con otros” (p. 17, trad. propia).

Al considerar las diferentes propuestas teóricas que se han elaborado para explicar la génesis y las características propias del TPB, es posible constatar que gran parte de los investigadores se basan preferentemente en la obra de Klein, Mahler y otros autores adscritos a la escuela de las relaciones objetales. La propuesta de

Kernberg es un ejemplo de lo anterior. Por otra parte, Linehan (1993; Chapman y Linehan, 2005; Linehan y Koerner, 1993) ofrece una lectura sobre el trastorno desde la perspectiva cognitivo-conductual, señalando que el TPB es básicamente “una disfunción de la regulación emocional, que se produce como resultado de una tendencia genética más un entorno invalidante en que los padres fracasan en ayudar al niño a manejar las emociones” (Riquelme *et al.*, 2011, p. 87). Pese a la diversidad de enfoques que convergen en esta área del conocimiento, podemos afirmar que prácticamente todos los modelos tienden a destacar el rol que cumplen las disfunciones en la relación cuidador-infante en la génesis del trastorno.

Desde la perspectiva jungiana, autores como Whitmont (1996), Faria (2006) y Schmidt (2012) han propuesto un análisis sobre las características psicodinámicas del TPB. Dicho análisis permite comprender los procesos psicológicos que subyacen al funcionamiento inestable que es característico del trastorno, ahondando en el modo en que se estructura la psique en estas personas. Consideramos que estas propuestas constituyen un valioso complemento a los modelos que han sido desarrollados desde otros marcos teóricos sobre el TPB, toda vez que permiten ampliar el enfoque con que habitualmente se intenta comprender los procesos psicológicos que configuran el trastorno al integrar la dimensión arquetípica-colectiva de la psique. En este artículo ofrecemos una síntesis de estas propuestas, proponiendo algunas claves de lectura sobre el TPB desde el prisma analítico-jungiano. Ilustraremos estas propuestas aplicando dichas nociones al análisis del caso de una paciente adulta diagnosticada con TPB.

## **ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE: FACTORES DE RIESGO BIOPSIICOSOCIAL**

Así como ocurre con la gran mayoría de los trastornos psiquiátricos, la etiología del TPB se caracteriza por ser compleja y multifactorial. Si bien no ha sido posible establecer con claridad cuáles son las causas específicas del trastorno, la evidencia científica apunta a la concurrencia de factores biológicos y ambientales en la génesis del cuadro (Cartwright, 2008; Freeman, Stone, Martin y Reinecke, 2005; Minzenberg y Siever, 2005; Paris, 1994, 1996, 2003), con una muy alta prevalencia de traumatización infantil asociada a episodios reiterados de violencia física y psicológica y abuso sexual (Hernández, Arntz, Gaviria, Labad y Gutiérrez-Zotes, 2012; McLean y Gallop, 2003; Pereda, Gallardo-Pujol y

Jiménez, 2011; Silk, Wolf y Ben-Ami, 2005). Paris (1994, 1996, 2003) ha propuesto un modelo biopsicosocial para comprender la etiología, el curso y el pronóstico de los trastornos de personalidad en general y del TPB en particular. De acuerdo con este modelo, la ocurrencia del TPB estaría asociada a la presencia de factores de riesgo biológico, psicológico y social.

En primer lugar, los factores de riesgo biológico refieren a la existencia de una predisposición genética a desarrollar ciertos rasgos de personalidad que estarían asociados al TPB. Según explican Minzenberg y Siever (2005), la evidencia científica disponible sugiere que los factores genéticos jugarían un importante rol en la expresión de algunas de las características clínicas del trastorno. Si bien no se ha podido establecer con claridad si los trastornos de este tipo son hereditarios, sí existe evidencia de que ciertos rasgos de personalidad son heredables, toda vez que se ha observado que “aproximadamente la mitad de la varianza en la mayoría de las dimensiones de la personalidad puede ser atribuida a la influencia genética” (Paris, 1996, p. 32, trad. propia). En este mismo sentido, autores como Linehan y Koerner (1993) han sugerido que en la base del trastorno existiría una predisposición biológica heredada a presentar dificultades en la regulación de afectos. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que la existencia de una predisposición genética no constituye una causa suficiente para la expresión del TPB, pues la aparición del cuadro supone siempre una compleja interacción entre factores genéticos y ambientales (Carpenter, Tomko, Trull y Boomsma, 2013).

En segundo lugar, los factores de riesgo psicológico incluyen principalmente la ocurrencia de experiencias infantiles de privación emocional, negligencia y abandono parental, y violencia física y psicológica (Hernández *et al.*, 2012; Lobbestael, Arntz y Bernstein, 2010). Según afirma Faria (2006), resulta extremadamente común encontrar en la anamnesis de estos pacientes episodios de “abuso sexual infantil, muchas veces acompañados de abuso físico y verbal, en un ambiente de violencia familiar” (p. 172, trad. propia). Esta clase de experiencias traumáticas infantiles tienden a ser reiteradas y persistentes, muchas veces perpetradas por los propios padres o cuidadores primarios a edades muy tempranas. En este contexto, McLean y Gallop (2003) encontraron que mujeres que habían sufrido abusos sexuales reiterados a temprana edad tendían a ser diagnosticadas con mayor frecuencia como padeciendo TPB y trastornos por estrés postraumático que aquellas que habían sufrido abusos de similares características posterior a los 15 años de edad. De acuerdo con Faria (2006),

“varios estudios indican que el abuso sexual infantil es el factor de riesgo más específico para adultos borderline; aunque no sea condición necesaria ni suficiente para la presentación de la patología, está presente como un factor que supone un riesgo particularmente alto” (p. 172, trad. propia).

En tercer lugar, los factores de riesgo social tienen que ver con las condiciones provistas por el contexto sociocultural en que vive la persona, más allá de su entorno familiar inmediato. Paris (1996) señala que la estructura y las dinámicas sociales ejercen una influencia significativa sobre la salud mental de las personas, pudiendo prevenir o fomentar la aparición de trastornos mentales dependiendo de sus características. En este sentido, el tejido social puede llegar a afectar al individuo, por ejemplo, influyendo en el grado de disfuncionalidad de su grupo familiar. En palabras del autor (Paris, 1996),

“una de las principales maneras en que las estructuras sociales influyen en el riesgo de [desarrollar] psicopatología es a través de sus efectos sobre el funcionamiento familiar. Primero, los factores de riesgo social hacen que la disfunción familiar sea más probable. Segundo, cuando existe disfunción familiar, los riesgos sociales amplifican considerablemente sus efectos. Tercero, los factores de protección social amortiguan los efectos de la disfunción familiar” (p. 78, trad. propia).

Desde este punto de vista, si la persona cuenta con un entorno social capaz de proveer contención y protección a pesar de la disfuncionalidad de su sistema familiar inmediato, es posible que las consecuencias del abuso y la negligencia parental no lleguen a afectar tan profundamente el desarrollo de su personalidad. En el caso contrario, si el individuo no logra articular una red de apoyo social que provea esta clase de cuidados, los efectos del maltrato pueden verse amplificados en vista de la situación de aislamiento y soledad en que se desenvuelve la persona. Faria (2006) llama la atención sobre este punto, señalando que el tejido social en los grandes centros urbanos ya no es capaz de atenuar los efectos de la falta de contención que experimentan las personas que crecen en entornos familiares disfuncionales, toda vez que valores como el individualismo y la competitividad han prevalecido por sobre la cooperación, la comunidad y la formación de lazos sociales significativos. Sin embargo, Elzy (2011) aporta evidencia que desestima esta hipótesis, señalando que el hecho de contar con una red de apoyo

social cuando se es abusado sexualmente a una edad precoz no garantiza necesariamente una moderación en los efectos adversos del abuso sobre la constitución de la personalidad adulta.

## ASPECTOS PSICODINÁMICOS DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE

Los pacientes diagnosticados con TPB configuran un grupo heterogéneo en cuanto a sus características clínicas, registrándose una gran variabilidad en relación a sus síntomas preponderantes y la gravedad de los mismos (Faria, 2006; Zanarini, 2005). Asimismo, considerando que esta población tiende a presentar un alto índice de comorbilidad psiquiátrica (Cartwright, 2008; Gunderson, 2008; Pfohl, 2005), intentar delimitar en forma precisa las características del cuadro se torna una tarea difícil de llevar a cabo. Sin embargo, es posible identificar ciertos elementos comunes en relación con el modo en que se estructura el psiquismo de estos pacientes, atendiendo a los procesos psicodinámicos que son propios de este trastorno.

De acuerdo con Faria (2006), los pacientes borderline presentan “una identidad compuesta por un ego frágil, amenazado constantemente por núcleos psicóticos paranoides o cuadros disociativos graves, debido a una confusión de estados psicológicos oscilatorios” (p. 168, trad. propia). Dicha confusión se ve reflejada en la presencia de una marcada oscilación afectiva, inestabilidad en las relaciones interpersonales y una extrema sensibilidad o reactividad emocional vinculada a una constante sensación de amenaza y miedo al abandono (real o imaginado). Según explica el autor, en aquellos momentos en que la persona se siente amenazada, esta tiende a manifestar “un gran aumento de ansiedad, acompañado muchas veces por una marcada impulsividad, relacionada a comportamientos como abuso de sustancias, sexo compulsivo, gastos compulsivos y comer compulsivo, en el intento de aliviar esta ansiedad extrema” (p. 168, trad. propia). Cuando la ansiedad, el miedo y demás estados emocionales negativos se tornan intolerables, estos pacientes suelen presentar conductas suicidas o de automutilación (Paris, 2005). Sin embargo, según advierte Gunderson (2008), muchas veces la presencia de de esta clase de conductas autoagresivas responde a otros factores, como son la expresión de ira o enojo, la necesidad de llamar la atención de otras personas significativas o bien sobrellevar el “entumecimiento” (*numbness*) emocional.

Diversos autores coinciden en identificar como un rasgo común a este tipo de pacientes la presencia de una estructura psíquica frágil, gravemente fragmentada,

caracterizada por una marcada discontinuidad en la vivencia del sí mismo (Faria, 2006; Freeman, Stone, Martin y Reinecke, 2005; Hofmann y McGlashan, 2003). Esta configuración psíquica se sostendría sobre la utilización de mecanismos de defensa primitivos (escisión, fusión, disociación, negación, idealización e identificación proyectiva) (Faria, 2006; Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006). Según explica Faria (2006), “la fragmentación psíquica que se constela a través de los mecanismos de defensa citados no permite una integración de los diversos componentes de la psique, impidiendo una conformación adecuada del concepto del ‘yo’” (p. 169, trad. propia). Y de acuerdo con Clarkin, Yeomans y Kernberg (2006), “si bien las defensas primitivas constituyen un primer intento por lidiar con la ansiedad, estos son rígidos e inflexibles y no permiten una adaptación exitosa a la realidad externa” (p. 18, trad. propia).

Los pacientes diagnosticados con TPB suelen presentar con frecuencia síntomas disociativos, los que tienden a aumentar en situaciones de estrés (Korzekwa, Dell y Pain, 2011). El uso de la disociación como mecanismo de defensa suele estar asociado a la ocurrencia de experiencias traumáticas, operando como un intento por mantener la regulación afectiva frente a estados extremos de ansiedad y sufrimiento psicológico (Pastucha *et al.*, 2009). Según explican Barnow *et al.* (2011), la disociación supone una separación (*detachment*) del contenido emocionalmente abrumador del trauma, y en casos de TPB tiende a volverse una reacción automática y habitual en respuesta incluso a estresores menores. De este modo, teniendo en cuenta la fragilidad del Yo en estos pacientes, aquellas experiencias dolorosas que son disociadas tienden a irrumpir en la conciencia durante episodios de estrés, dando paso muchas veces a experiencias psicóticas o pseudo-psicóticas con contenido paranoide.

En este sentido, una de las manifestaciones más dramáticas de la fragmentación psíquica en estos pacientes tiene que ver con la ocurrencia de síntomas psicóticos o pseudopsicóticos, incluyendo delirios y alucinaciones (Grenyer, 2013; Zanarini, Frankenburg, Wedig y Fitzmaurice, 2013; Zanarini, Gunderson y Frankenburg, 1990). Los estudios de Zanarini, Gunderson y Frankenburg (1990) y Zanarini, Frankenburg, Wedig y Fitzmaurice (2013) han demostrado que la presencia de experiencias cuasi-psicóticas en pacientes diagnosticados con este trastorno alcanza el 40% de los casos. En este contexto, de acuerdo con la evidencia aportada por Yee, Korner, McSwiggan, Meares y Stevenson (2005), es posible establecer que al menos 30% de los pacientes borderline tienden a presentar episodios persistentes de alucinosis auditiva. Por su parte,

Hepworth, Ashcroft y Kingdon (2013) han demostrado que no existen diferencias significativas entre las alucinaciones reportadas por pacientes borderline y pacientes esquizofrénicos, salvo en relación con la respuesta afectiva. Sin embargo, estos autores afirman que la presencia de síntomas productivos de este tipo en pacientes borderline ha sido un tema largamente descuidado en la literatura médica.

## TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE: UNA LECTURA ANALÍTICA

Autores como Whitmont (1996), Faria (2006) y Schmidt (2012) han propuesto un análisis detallado sobre las características del TPB desde la teoría analítica-jungiana. La descripción propuesta por estos autores coincide en gran medida con lo que ha sido presentado por otros investigadores desde diferentes perspectivas teóricas, incluyendo lo que hemos descrito en los apartados anteriores. Sin embargo, el abordaje jungiano del TPB ofrece ciertas claves de lectura que permiten ampliar significativamente nuestra comprensión sobre el trastorno, pues incluye aspectos que los demás enfoques no toman en cuenta. Específicamente, la visión jungiana ofrece una aproximación a la psicopatología que incorpora la noción de que los factores que intervienen en la configuración de los trastornos psicológicos no se remiten exclusivamente a la psique individual-biográfica del paciente, sino también a la dimensión colectiva de lo inconsciente.

El mapa psicológico desarrollado por C.G. Jung contempla la existencia de un núcleo consciente en torno al cual se constelan las diversas experiencias relativas a uno mismo: el complejo del Yo. El Yo es el asiento de la identidad individual y constituye el centro organizador de la psique consciente. Esta instancia psíquica surge a partir de un proceso de diferenciación de la conciencia individual respecto del trasfondo indiferenciado de la psique colectiva, proceso que Jung llamó “individuación”. A través del proceso de individuación, el Yo “despunta” de la conciencia oceánica indiferenciada para reconocerse como una entidad separada y distinta. De acuerdo con Stein (2005),

“el principio de individuación define la esencia del ser humano. Es absolutamente fundamental que los seres humanos se distingan a sí mismos respecto de su entorno. Esta es la naturaleza esencial de la conciencia individual: para ser ella misma, debe crear distinciones y separatidad [*separateness*].” (p. 3, trad. propia).

Whitmont (1996) explica que en la base de la personalidad borderline existe un fallo en la diferenciación del complejo del Yo. Según señala el autor,

“en la patología borderline la corporización o encarnación a través de la desintegración del Self transpersonal hacia un complejo de identidad capaz de tolerar el influjo de polos opuestos es inadecuada. Como consecuencia de una traumatización ambiental o prenatal severa o la retardación del desarrollo psicobiológico, un centro de identidad consciente inicialmente adecuado falla en solidificarse fuera de lo psicoide, lo semi-animal, es decir, del estado inconsciente determinado por el afecto” (p. 370, trad. propia).

Dado que en este caso el individuo no logra formar un núcleo de identidad cohesionado, distinto y funcionalmente autónomo respecto del trasfondo indiferenciado de la psique, la vivencia del Yo se torna frágil y discontinua. En otras palabras, en los pacientes borderline las fronteras del Yo existen solo en forma incipiente, incompleta, configurándose como una barrera psíquica sumamente permeable (Faria, 2006; Schmidt, 2012). En este sentido, de acuerdo con Faria (2006), el núcleo central del TPB sería una indiferenciación fundamental entre sujeto (Yo) y objeto (No-Yo).

Schmidt (2012), siguiendo a Anzieu (1989), emplea la metáfora de “piel psíquica” al describir este proceso. Según el autor, las fronteras del Yo cumplen una función similar a la de la piel física, al conformar un contenedor que permite (o no) retener y aglutinar experiencias, pensamientos y afectos, constituyéndose además como “una interfaz que protege contra la penetración” y un “medio de comunicación con el mundo exterior” (p. 23, trad. propia). Siguiendo este modelo, en el paciente borderline la “piel psíquica” del complejo del Yo aparece como extremadamente fragilizada, permeable y difusa. Al no cumplir su función de contenedor, las fronteras del Yo no logran delimitar en forma clara aquello que forma parte de la identidad personal respecto de lo ajeno, dando paso a las alteraciones de identidad que son típicas en estas personas. Asimismo, dado que la barrera que separa el Yo de lo ajeno resulta en estos casos discontinua, la persona experimenta una vivencia permanente de amenaza debido a la posible (y probable) irrupción de elementos y objetos provenientes del entorno físico-social y psíquico-inconsciente.

En este sentido, la cualidad paranoide que caracteriza gran parte de la sintomatología del paciente borderline vendría dada por la configuración de este Yo frágil y el consiguiente empleo de los mecanismos

de defensa primitivos anteriormente citados. Dada la precariedad del complejo del Yo, el individuo recurre a estos mecanismos en un intento desesperado, si bien inconsciente, por sostener la cohesión interna y mantener intacta su vivencia de sí mismo. Sin embargo, en vista de la escasa efectividad de este tipo de mecanismos, el paciente borderline experimenta recurrentemente episodios en los que percibe la irrupción efectiva de contenidos psíquicos disociados de la actitud consciente. Según Schmidt (2012), durante estos episodios la piel defensiva que protege el Yo es penetrada violentamente y las fuerzas inconscientes terminan por “rasgar” la personalidad.

Jung (1934) describió la existencia de otros complejos en la psique, los que se configuran a modo de “pequeñas psiques secundarias con raíces afectivas propias, habitualmente reprimidas o disociadas de la conciencia” (Sassenfeld, 2008, p. 27). Estos complejos psicológicos disponen de una relativa autonomía respecto de la actitud consciente de la persona, llevando “una vida inconsciente paralela” (Sassenfeld, 2008, p. 27). Según explica Jung (1934), los complejos cuentan con un núcleo arquetípico arraigado en la dimensión colectiva de lo inconsciente, y consisten en un conglomerado de experiencias y afectos personales biográficos que se disocian de la conciencia y se constelan en torno a una temática arquetípica específica (e.g. la figura arquetípica del Padre en el complejo paterno, el arquetipo de la Gran Madre en el complejo materno, etc.). En este sentido, por dar un ejemplo, las experiencias biográficas que un sujeto tenga en relación con figuras que encarnan la función paterna tenderán a constelarse y conformar el complejo paterno. Lo mismo aplica para los demás complejos.

La génesis del complejo suele estar asociada a la influencia de un shock emocional que determina la disociación de un fragmento de la psique. Según afirma Sassenfeld (2008), parafraseando a Frey-Rohn (1969), “los traumas infantiles, por ejemplo, pueden ser entendidos como fuentes de complejos de extraordinaria intensidad emocional que Jung posteriormente calificó de agresiones a la personalidad” (p. 29). En este sentido, podemos sugerir que el material psíquico inconsciente que emerge durante las experiencias psicóticas o pseudopsicóticas de los pacientes borderline refiere al contenido de complejos marcadamente disociados de la conciencia, producto de las vivencias traumáticas infantiles que a menudo abundan en la historia temprana de estas personas. Cuando un complejo se constela, su influjo sobre la actitud consciente puede llegar a asimilar al Yo, dando paso a esta clase de experiencias disociativas.

Si tenemos en cuenta que la biografía de los pacientes diagnosticados con TPB suele incluir episodios de traumatización infantil perpetrados por ambos padres, podremos ver en qué medida la configuración de los complejos materno y paterno en estos casos estará marcada por la inclusión de experiencias desastrosas y sumamente amenazantes. Esto sería así en los casos donde el infante es violentado en forma directa, tanto como en aquellos pacientes que han sufrido experiencias de abandono parental a edades tempranas. A este respecto, Faria (2006) propone la siguiente lectura:

“la experiencia infantil de estos individuos se da de tal modo que tanto la experiencia de constelación del arquetipo de la Gran Madre como de la constelación del arquetipo del Padre han sido desastrosas, sin que sea posible que ninguna persona tenga constelado para sí un maternaje/parentaje mínimamente adecuado, llevando al niño a una vivencia de negligencia y abandono completos” (p. 174, trad. propia).

En síntesis, atendiendo a lo que hemos presentado hasta aquí a propósito del aporte de la psicología analítica a la comprensión del TPB, podemos proponer que la estructura psíquica de estos pacientes está marcada por la constelación de complejos materno y paterno de signo negativo y de origen traumático, sumada a la configuración de un complejo del Yo frágil, cuyas fronteras se caracterizan por ser discontinuas, amenazadas persistentemente por elementos ajenos provenientes del entorno físico y psíquico-inconsciente. Esta acusada fragilidad, junto con la sensación constante de amenaza, lleva a que el sujeto recurra a mecanismos de defensa primitivos, en un intento desesperado por mantener la cohesión del Yo y protegerse del embate de las fuerzas de lo inconsciente. Por lo general, tarde o temprano estas defensas no logran mantener a raya estos contenidos psíquicos, dando paso a vivencias psicóticas o pseudopsicóticas debido a la constelación de los complejos disociados. Estos fenómenos de “inundación psíquica” traen consigo altos montos de sufrimiento, confusión y angustia, configurando una vivencia del Yo y de los otros sumamente caótica e inestable.

### APLICACIÓN A UN CASO CLÍNICO

Jessica tenía 37 años de edad al momento de consultar. Vivía con su hijo de 14 años en un pequeño departamento en una comuna periférica de Santiago de Chile y mantenía una relación de pareja hacía un año con un hombre de su misma edad. Si bien no contaba con

estudios superiores, había logrado formar una exitosa empresa de servicios industriales. Sin embargo, cinco meses antes de consultar había disuelto su negocio con el objetivo de dedicarse a trabajar como terapeuta alternativa.

Jessica nació con una enfermedad osteomuscular congénita que la obligaba a utilizar aparatos ortopédicos en ambas piernas para poder mantenerse en pie y caminar. Dicha condición no le impedía desplazarse en forma autónoma, si bien lo hacía con bastante dificultad. La paciente se mostraba abiertamente descontenta con su apariencia y su discapacidad física, asegurando que su cuerpo no representaba el “bello ser” que en realidad era.

Al referirse a su historia vital, la paciente señala que en su infancia vivió numerosos episodios de abandono y violencia física y psicológica. Al momento de nacer su padre y su madre la abandonaron en el hospital durante 20 días debido a su discapacidad, y a la edad de 4 años fue violada por su padre. Su madre la golpeaba en forma sistemática, sin motivo aparente. Según relata: “Mi mamá nunca me aceptó, nunca me defendió, nunca me dio amor, me maltrató”, “mi mamá me golpeaba como un animal, me rompió la cabeza a zapatazos”, “mi infancia se sale del límite normal del sufrimiento”. A los 14 años su padre trató de ahorcarla, lo cual llevó a que fuera retirada de su hogar para ser internada en una casa de acogida, donde vivió hasta cumplir los 18 años. Este patrón de violencia intrafamiliar se repitió posteriormente en diferentes relaciones de pareja durante la adultez.

Jessica consulta debido a una serie de experiencias de desrealización y despersonalización que había sufrido durante las semanas previas a la primera entrevista, las cuales le habían causado un estado de profunda confusión y ansiedad. Según explicó durante la primera sesión, una semana antes había sufrido lo que denominó una “crisis del ser”, donde “no sabía si las cosas eran reales o si eran un producto de mi mente... ¿existió o no existió?”. Este tipo de experiencias no le resultaban desconocidas, pues había presentado episodios similares con cierta frecuencia durante los últimos cinco años.

Junto con estos episodios, Jessica reportaba una serie de vivencias que significaba como “experiencias espirituales”, durante las cuales decía establecer contacto con diversos “seres” y entidades de otra dimensión que le transmitían mensajes relativos a su persona y su misión en la vida. Por ejemplo, en una ocasión relató una experiencia durante la cual “los seres que me hablan me dijeron que vine a este mundo a trabajar la pereza”. En otra ocasión relata el siguiente episodio: “Hace dos semanas me descompensé. Me hice Reiki y

luego se manifestó la Fuente Madre y me mostró quién yo era, cómo elegí venir a esta tierra, mi género, mi discapacidad". Esta clase de experiencias ocurrían por lo general en forma espontánea, si bien a veces eran gatilladas por el consumo de Cannabis sativa. Vivencias similares tenían lugar durante sus prácticas de meditación, habiendo o no consumido alguna sustancia psicoactiva.

Otros fenómenos de similares características tenían lugar durante las sesiones de psicoterapia. En una ocasión, hacia el final de la entrevista, Jessica afirmó sentir que sus chakras superiores (tercer ojo y coronilla) se abrían, experimentando un flujo de energía que le "atravesaba" la cabeza. En ese momento se detuvo con la mirada fija, clavada en el terapeuta, y comenzó a hablar lentamente y en un tono solemne: "veo un judío... te veo con el pelo crespo, moreno... sabio. No trates de entenderlo todo, usa tus sentidos". Luego permaneció en silencio por aproximadamente cinco minutos hasta que finalmente despertó de su trance. Al consultarle inmediatamente sobre este episodio, Jessica dijo sentirse avergonzada por lo que consideró una conducta inapropiada, fuera de su control.

Hacia el segundo mes de tratamiento Jessica comenzó a manifestar ideaciones suicidas, sin llegar nunca a intentar quitarse la vida. Presentaba una conducta sumamente errática y las experiencias disociativas seguían presentándose en forma persistente. Pese a la indicación de suspender el consumo de Cannabis, la paciente continuaba fumando en forma regular con el objetivo de "conectarse" con "la Fuente Madre" y los "seres" de la otra dimensión. En vista del riesgo que suponía su condición tanto para sí como para su hijo adolescente, se realizó una interconsulta con un psiquiatra para la administración de psicofármacos como apoyo a la psicoterapia. Sin embargo, la paciente se rehusó a consultar con un médico, lo que finalmente motivó un cierre abrupto del proceso psicoterapéutico.

En el caso de Jessica podemos ver cómo la fragilidad del complejo del Yo y los fenómenos disociativos que son característicos del TPB se actualizan en forma dramática. Al considerar la anamnesis de la paciente, podemos rastrear los orígenes de esta disfunción, toda vez que su incipiente estructura psíquica fue abatida violentamente durante su infancia, generando una importante disociación producto del trauma temprano.

La historia de Jessica ilustra en forma clara aquello que hemos expuesto en los apartados anteriores a propósito de los factores etiológicos del TPB y el funcionamiento psicodinámico que subyace a este cuadro clínico. Al crecer en un entorno familiar gravemente

disfuncional, haber sido víctima de constantes abusos y agresiones físicas y psicológicas de parte de sus padres, haber sido abandonada y desprovista de experiencias de apego al nacer, entre otros factores relevantes, la configuración de su complejo del Yo se vio gravemente interferida, dando paso a una estructura psíquica sumamente frágil y marcadamente disociada.

En la paciente, los complejos materno y paterno se habrían constelado a partir de la incorporación de estas vivencias traumáticas, donde el shock emocional habría sido tan extremo que ambos complejos estarían gravemente disociados respecto de la actitud consciente. En este sentido, si atendemos a la sintomatología reportada por Jessica, podemos observar en qué medida el contenido de sus experiencias disociativas referirían a temáticas relacionadas con el arquetipo de la Gran Madre. En el caso de Jessica, la Gran Madre se manifestaba como "La Fuente Madre", una entidad omnipresente y omnisciente, dotada de todas aquellas cualidades que su madre biológica no logró actualizar en la relación con la paciente: una madre amorosa, preocupada, sabia y compasiva, que cuida, enseña y guía a su retoño.

En el relato de la paciente no se registran referencias directas al complejo paterno, lo cual resulta llamativo considerando que su padre biológico había fallecido solo semanas antes de la primera entrevista. Esto nos lleva a pensar que la constelación del complejo materno, en la forma de la Fuente Madre, cumpliría una función compensatoria frente a la muerte del padre. Sin embargo, podemos sugerir que las experiencias de abuso sexual sufridas por la paciente a manos de su padre habrían dejado una marca profunda en la representación del propio cuerpo, el cual aparece como sombrío, dañado, feo y repulsivo. Esta percepción se sostiene además sobre la base de su discapacidad física. En este sentido, uno de los aspectos más sombríos de la psique de Jessica tiene que ver con su propio cuerpo, que siendo un cuerpo de mujer, también nos remite al arquetipo de lo femenino sombrío.

Finalmente, tener en cuenta la metáfora de la "piel psíquica" (Schmidt, 2012) nos permite señalar algunos puntos interesantes sobre el caso de Jessica. Según vimos, la piel cumple una doble función, por cuanto contiene y a la vez protege el cuerpo de las amenazas externas. Asimismo, la piel es aquello que es visible a los otros, el medio a través del cual los demás nos reconocen como quienes somos. Según Schmidt (2012), esto también se aplica a la "piel psíquica" del complejo del Yo, donde sus fronteras permiten contener y aglutinar experiencias, afectos, etc., a la vez que protege y proyecta una imagen hacia el exterior (lo que en

términos jungianos podríamos llamar la “máscara”). La función de contención nos remite una vez más al arquetipo materno, mientras que la función de distinción y protección nos recuerda el arquetipo paterno. En el caso de Jessica, ambas funciones se muestran hipotróficas, toda vez que su “piel psíquica” no permite dar cohesión a sus experiencias relativas al Yo, ni tampoco funciona como una demarcación clara respecto de lo ajeno, dejándola crónicamente desprotegida.

## REFLEXIONES FINALES

Al presentar las principales características del TPB, dando cuenta de los factores etiológicos del cuadro y sus manifestaciones clínicas más relevantes, hemos intentado entregar un marco general para comprender la configuración del trastorno. Y al incluir en nuestro análisis la lectura que los autores analíticos han propuesto sobre esta condición psiquiátrica, hemos querido entregar algunas claves que permitan al clínico profundizar dicha comprensión, ampliando el repertorio conceptual con que puede aproximarse a la evaluación y tratamiento de este tipo de pacientes.

Reconociendo el valor de los aportes realizados por Kernberg y otros autores a la descripción del TPB, consideramos necesario contar con diferentes perspectivas al momento de trabajar con personas que presentan esta condición, toda vez que se trata de pacientes cuyo abordaje terapéutico resulta muchas veces extremadamente complejo y difícil. Si bien no hemos profundizado en las implicancias que el abordaje analítico tiene para el tratamiento del TPB, esperamos que el lector pueda desprender del texto algunas hipótesis que iluminen su trabajo clínico.

Finalmente, consideramos necesario transmitir la idea de que los pacientes diagnosticados con TPB, con todas las dificultades y complejidades que implica su tratamiento, pueden ser acompañados y orientados en su proceso de individuación. Se trata de un camino arduo, muchas veces frustrante, toda vez que el sendero que su propia individualidad ha tenido que recorrer ha estado marcado por incontables obstáculos y amenazas. Esas son las dificultades que tendrá que enfrentar también el clínico al trabajar con estos pacientes en la consulta o el hospital. Sin embargo, consideramos que un terapeuta que logre actualizar las condiciones de contención, protección y delimitación que se presentan como deficientes en la propia estructura psíquica del paciente, mostrándose empático y firme en la relación terapéutica, podría brindar un inestimable apoyo para el desarrollo y el bienestar de estas personas.

## REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association (APA) (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson
2. Anzieu D. (1989). *Le moi-peau*. Paris: Dunod
3. Barnow A, Limberg A, Stopsack M, Spitzer C, Grabe HJ, Freyberger HJ, Hamm A. (2011). Dissociation and emotion regulation in borderline personality disorder. *Psychological Medicine* 4, 783-794
4. Carpenter RW, Tomko RL, Trull TJ, Boomsma DI. (2013). Gene-environment studies and borderline personality disorder: a review. *Current Psychiatry Reports*, 15(1), 336. doi: 10.1007/s11920-012-0336-1
5. Cartwright D. (2008). Borderline personality disorder: what do we know? Diagnosis, course, co-morbidity and aetiology. *South African Journal of Psychology*, 38(2), 429-446
6. Chapman AL, Linehan MM. (2005). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. En: MC Zanarini (Ed.), *Borderline personality disorder* (pp. 211-242). New York, NY: Taylor & Francis
7. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing
8. Elzy MB. (2011). Examining the relationship between childhood sexual abuse and borderline personality disorder: does social support matter? *Journal of Child Sexual Abuse* 2, 284-304
9. Escobar E, Beltrán S, Riquelme L, Núñez C. (1991). Estructura de la demanda al servicio de urgencia del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 2, 274-282
10. Faria A. (2006). Trastorno de personalidad borderline. En M. Saiz (Ed.), *Psicopatología psicodinámica simbólico-arquetípica: una perspectiva jungiana de integración en psicopatología y clínica analítica* (pp. 163-186). Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana
11. Freeman A, Stone M, Martin D, Reinecke M. (2005). A review of borderline personality disorder. En: A Freeman, M Stone, F Martin (Eds.), *Comparative treatments for borderline personality disorder* (pp. 1-20). New York, NY: Springer
12. Frey-Rohn L. (1969). *De Freud a Jung*. México, DF: Fondo de Cultura Económica
13. Grenyer BFS. (2013). Improved prognosis for borderline personality disorder: ew treatment guidelines outline specific communication strategies that work. *Medical Journal of Australia*, 198(9), 464-465
14. Gunderson JG. (2008). *Borderline personality disorder: a clinical guide*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press
15. Hepworth CR, Ashcroft K, Kingdon D. (2013). Auditory hallucinations: a comparison of beliefs about voices in individuals with schizophrenia and borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2, 239-245
16. Hernandez A, Arntz A, Gaviria AM, Labad A, Gutiérrez-Zotes JA. (2012). Relationship between childhood maltreatment, parenting style, and borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 727-736
17. Hofmann P, McGlashan TH. (2003). *A developmental model of borderline personality disorder: understanding variations in course and outcome*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing
18. Jung CG. (1934). Consideraciones generales sobre la teoría de los complejos. En: CG Jung (2004), *La dinámica de lo inconsciente O.C. 8* (pp. 97-109). Barcelona: Trotta
19. Kernberg OF. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Paidós

20. Kernberg OF, Caligor E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. En: MF Lenzenweger, JF Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 114-156). New York, NY: The Guilford Press
21. Korzekwa MI, Dell PF, Pain C. (2011). Dissociation and borderline personality disorder: an update for clinicians. *Current Psychiatry Reports* 1, 82-88
22. Linehan MM. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Publications
23. Linehan MM, Koerner KA. (1993). A behavioral theory of borderline personality disorder. En: J Paris (Ed.), *Borderline personality disorder and treatment* (pp. 103-121). Washington, DC: American Psychiatric Press
24. Lobbestael J, Arntz A, Bernstein DP. (2010). Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 285-295
25. Martínez C. (2005). Intervención en crisis en pacientes con trastornos de personalidad límite. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(1), 151-158
26. McLean L, Gallop R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 369-371
27. Minzenberg MJ, Siever LJ. (2005). Biochemical endophenotypes in borderline personality disorder. En: MC Zanarini (Ed.), *Borderline personality disorder* (pp. 103-125). New York, NY: Taylor & Francis
28. Paris J. (1994). *Borderline personality disorder: a multidimensional approach*. Washington, DC: American Psychiatric Press
29. Paris J. (1996). *Social factors in the personality disorders: a biopsychosocial approach to etiology and treatment*. New York, NY: Cambridge University Press
30. Paris J. (2003). *Personality disorders over time: precursors, course, and outcome*. Washington, DC: American Psychiatric Press
31. Paris J. (2005). Suicidality in borderline personality disorder. En: MC Zanarini (Ed.), *Borderline personality disorder* (pp. 181-193). New York, NY: Taylor & Francis
32. Pastucha P, Prasko J, Diveky T, Grambal A, Latalova K, Sigmundova Z, Tichackova A. (2009). Borderline personality disorder and dissociation –comparison with healthy controls. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 51(3-4), 146-149
33. Pereda N, Gallardo-Pujol D, Jiménez R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 131-139
34. Pfohl B. (2005). Comorbidity and borderline personality disorder. En: MC Zanarini (Ed.), *Borderline personality disorder* (pp. 135-153). New York, NY: Taylor & Francis
35. Riquelme R, Luengo J, López P, Ávila C, Hernández L, Quiñones M. (2011). Estudio descriptivo de 64 pacientes con estructura límite de personalidad. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 7(1), 85-91
36. Sassenfeld A. (2008). El complejo, los orígenes relacionales de la subjetividad y lo inconsciente. En: M Ábalos (Ed.), *Aportes en psicología clínica analítica jungiana* (Vol. 1) (pp. 25-40). Santiago de Chile: Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez
37. Schmidt M. (2012). Psychic skin: psychotic defenses, borderline process and delusions. *Journal of Analytical Psychology* 5, 21-39
38. Silk KR, Wolf TL, Ben-Ami DA. (2005). Environmental factors in the etiology of borderline personality disorder. En: MC Zanarini (Ed.), *Borderline personality disorder* (pp. 41-62). New York, NY: Taylor & Francis
39. Stein M. (2005). Individuation: inner work. *Journal of Jungian Theory and Practice*, 7(2), 1-13
40. Stern A. (1938). Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489
41. Whitmont EC. (1996). Alchemy, homeopathy and the treatment of borderline cases. *Journal of Analytical Psychology* 4, 369-386
42. Yee L, Korner AJ, McSwiggan S, Mearns RA, Stevenson J. (2005). Persistent hallucinations in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 4, 147-154
43. Zanarini MC. (2005). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder. En: MC Zanarini (Ed.), *Borderline personality disorder* (pp. 19-40). New York, NY: Taylor & Francis
44. Zanarini MC, Frankenburg FR, Wedig MM, Fitzmaurice GM. (2013). Cognitive experiences reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 170, 671-679
45. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR. (1990). Cognitive features of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 57-63

## PSICOTERAPIA BUDISTA

# EL BUDA SENTIENTE<sup>1</sup>

(Rev GPU 2014; 10; 4: 437-442)

David Brazier



**David Brazier, PhD, es autor, poeta, viajero y profesor espiritual. También es psicoterapeuta y creador del método teatral de improvisación conocido como “pandramatics”. Ha publicado ocho libros (ver al final de este artículo) y muchos capítulos en obras colaborativas. Ha fundado numerosos proyectos en distintos países en áreas educacionales, sociales y de salud mental. Es sacerdote budista y crítico social y cultural, y fue destacado por Huffington Post como uno de los doce comentaristas budistas más seguidos en Twitter junto al Dalai Lama y otros.**

### NO EXISTEN PERLAS SIN ARENA

Vivimos en un mundo que está específicamente adaptado a nuestras necesidades. Sobre nuestras cabezas el cielo está permanentemente renovando su inspiradora belleza. Aquí, sobre la superficie, la tierra provee todo lo que la especie humana podría necesitar. Los sonidos, los colores y los sabores abundan. Somos

extraordinariamente afortunados, o podríamos serlo, si no fuera por algunas de nuestras inclinaciones que introducen dificultades aparentemente insuperables en este Jardín del Edén. La vida no es fácil. Incluso en medio de la plenitud colectiva, las personas podemos vivir nuestra existencia individual como desesperación y vacío. El sufrimiento y la aflicción son parte de lo que significa estar vivos.

<sup>1</sup> Este artículo consta de dos apartados del libro *The Feeling Buddha*, los que publicamos con la autorización del autor. Traducción y notas a cargo de César Ojeda. Para quienes deseen tener un marco breve y general del budismo, sugerimos el artículo: “Psicología budista: los caminos de la Ególisis”, GPU, vol 9, n° 3, 2013.

El problema del sufrimiento ha sido siempre un impulso para las pasiones humanas en toda su extensión, que van desde los mayores logros del arte, el espíritu y la cultura hasta las más sórdidas degradaciones como la guerra, la miseria y la adicción. A menudo nos dirigimos a la religión o a la espiritualidad con la esperanza de tener respuestas que nos den seguridad. El camino enseñado por el Buda<sup>2</sup>, sin embargo, empieza con el reconocimiento del hecho de que esta vida maravillosa está también llena de innumerables dificultades. Nos encontramos con obstáculos e impedimentos, cargando con muchos de ellos nosotros mismos. Generalmente el budismo es presentado como una vía para superar el sufrimiento. Es formulado como un remedio para el dolor de la vida. Este libro no presenta el budismo de esa manera. El mensaje del Buda, como ustedes comprobarán en estas páginas, no es un escape, sino una manera de lograr una vida noble y satisfactoria, en la cual la aflicción y los problemas son tan esenciales como la arena lo es a las perlas.

No diré a ustedes aquí que la iluminación del Buda es un estado en el cual ustedes no tendrán a la larga experiencias de sufrimiento. Muchas cosas en la propia vida del Buda fueron lo suficientemente dolorosas y su iluminación no lo hizo insensible al sufrimiento.

Lo que haré será intentar llevarlos a las enseñanzas primeras que el Buda dio. Esto es llamado "la puesta en movimiento de la Rueda del Dharma" (the Setting in motion of the Wheel of the Dharma). *Dharma* es la palabra para las enseñanzas del Buda<sup>3</sup>. De este modo, este libro es una reflexión sobre la manera en que el Buda explicó por primera vez su iluminación cuando esta era muy nueva y fresca. El "Poner en Movimiento" es así un discurso inmensamente gratificante si uno está interesado en conocer lo que el Buda ofreció y continúa ofreciendo al mundo.

El problema del sufrimiento está en el corazón de toda pregunta espiritual. En las religiones monoteístas como el cristianismo, el islamismo y el judaísmo, siempre se presenta la difícil cuestión siguiente: si Dios es bueno y Dios hizo el mundo, ¿por qué lo hizo tan lleno de sufrimiento? ¿Por qué los niños mueren? ¿Por qué vemos ejércitos quemando civiles inocentes, volcanes asfixiando pueblos y animales comiéndose vivos unos

a los otros? Si el desastre ha caído sobre alguien que amamos y nosotros somos creyentes en Dios, perfectamente bien podemos preguntar: ¿A Él no le importa? ¿Cómo puede Dios ser llamado bueno cuando el mundo funciona de esta manera? El sufrimiento es un problema que ha estado por un largo tiempo en el corazón de los asuntos de fe de los occidentales. Al no ser posible resolverlo, en los últimos años muchos han abandonado la religión y dirigido sus esperanzas hacia el avance de la ciencia como una nueva ruta para la salvación humana.

La ciencia, sin embargo, no ofrece mejores respuestas. Ella podrá decirnos cómo hacer algo, pero no qué hacer. La ciencia nos otorga tanto los medios para exterminarnos unos a otros más eficientemente, como los medios para alimentarnos unos a otros. En sí misma, la ciencia es indiferente. El antiguo Dios religioso ha sido puesto en tela de juicio a partir de las preguntas acerca de si Él tenía o no preocupación por sus criaturas. El nuevo Dios, la ciencia, evidentemente no la tiene ni debería tenerla, pues la ciencia no es un Dios, aunque muchas de las personas modernas pueden querer transformarla en uno. La aplicación continua de la ciencia no resuelve dilemas morales y no se dirige a las contradicciones del corazón humano.

Considerando que ni el antiguo ni el nuevo Dios parecen responder a la cuestión del sufrimiento, un número creciente de personas ha tornado su mirada hacia el budismo, buscando una nueva fórmula. En este libro introduciré a la enseñanza del Buda, mostrando cómo ella está centralmente preocupada con la cuestión de vivir significativamente en un mundo afligido. Y también, a la pasada, intentaré hacer manifiestas algunas de las formas en las cuales el budismo ha sido comúnmente mal entendido.

Cada uno de nosotros tiene una historia y en esa historia hay sufrimiento. El sufrimiento es terrible, pero una historia sin sufrimiento es intrascendente. La palabra espíritu tiene algo que ver con la manera en que enfrentamos la adversidad. Una vida espiritual debiera tener espíritu. El planeta en el cual vivimos es bello, una especie de paraíso, sin embargo en medio de las más sorprendentes bendiciones el sufrimiento cae como una inesperada tormenta de granizos en un día de verano o como un invierno de severidad inesperada. No es solo el momento de la herida lo que duele, el dolor continúa. La madre que pierde un hijo puede permanecer en duelo el resto de su vida. Las pérdidas y separaciones con las que todos nos encontramos nos marcan y nos hacen. Nadie está verdaderamente maduro si no ha sufrido.

Cuando sufrimos, buscamos a alguien para culpar y el culpabilizar da origen a un estado de mutuo y prolongado hostil resentimiento, y el resentimiento, a su

<sup>2</sup> Recordemos que la expresión Buda es un adjetivo que significa "iluminado" y no un nombre propio. De allí que se escriba "el" Buda (el iluminado) (N del T.)

<sup>3</sup> Las metáforas visuales son parte de la tradición intelectual de occidente (desvelar, claridad y distinción, teoría (mirar atentamente) y muchas más (N del T.).

vez, genera más y más sufrimiento. Gran parte de la estructura social de nuestra civilización históricamente se ha desarrollado para inhibir (controlar) los terribles efectos destructivos de la hostilidad y la amargura. Esta estructura externa, sin embargo, es a menudo inadecuada para tal tarea. No es fácil reunir a los seres humanos para vivir en real armonía, tanto con sus vecinos como con su medio natural.

No obstante, no solo culpamos a los otros, sino también nos culpamos a nosotros mismos. Y esto puede ser incluso más destructivo. La angustia y vergüenza que las personas portan dentro de sí mismas llegan a ser difíciles de llevar y, por lo tanto, usamos mecanismos de represión psicológica, dejamos de mirar lo que nos hemos hecho a nosotros mismos. Nosotros vendamos nuestras heridas con una fábrica de verdades a medias. La vida se transforma en superficial e inauténtica. La sociedad como un todo empieza a transformarse en una fachada.

La psicología moderna ha profundizado en muchos de los mecanismos de la represión mental y esto es bueno. No obstante, conociendo un poco acerca de cómo algo funciona, no impide que eso mismo ocurra. En la medida en que el mundo está más poblado necesitamos saber algo más que la manera en la que los mecanismos funcionan: fundamentalmente necesitamos cierta guía acerca de cómo vivir. Es en esta atmósfera en la que el budismo genera atracción en muchas personas occidentales que carecen de una historia familiar de espiritualidad oriental.

El budismo no es un paliativo superficial. No es infrecuente la interpretación que toma el mensaje del budismo como si el estar las personas lo suficientemente desapegadas hará que sean inmunes al sufrimiento, puesto que nada les importará lo suficiente como para sufrir por ello. Esta interpretación no funciona. Si el mensaje budista fuera simplemente que usted no sufrirá si no le importa, difícilmente habría significado la inspiración que ha sido en la historia de la civilización humana.

No. El Buda no enseñó a escapar. El Buda enseñó acerca de una vida noble. Una vida noble no está libre de dolor sino que es significativa y verdadera, es decir, es absolutamente opuesta al escape. La persona noble no es un cobarde. El Buda enseñó que un cambio radical es posible en la manera en que una persona vive la vida y ve el mundo. Este cambio radical es llamado iluminación (*enlightenment*). La iluminación es una experiencia catártica. Uno no debiera engañarse por la palabra y pensar que se trata de un asunto intelectual. La iluminación es un sentimiento de corazón. Las experiencias de iluminación pueden ser menores o masivas.

La persona que sinceramente busca verdadera espiritualidad perfectamente bien puede tener algunas experiencias de iluminación mayor a lo largo de su vida y muchas experiencias de iluminación menor. Ellas no pueden ser creadas ni controladas artificialmente porque su verdadera naturaleza es ser un quiebre que conduce a una nueva autenticidad.

¿Qué es lo que hace quien busca la iluminación? Esa persona busca sin temor en el fundamento de los problemas. Allí donde el sufrimiento es más fuerte, la duda más perturbadora, la confusión más opaca, la ignorancia más oscura, allí es el lugar en el que la iluminación aparecerá. La flor de loto solo crece en los charcos. Sin embargo, muchas personas se fustigan tratando de conseguir ese estado de inmediato, aquí y ahora. En esa premura, finalmente se impone la idea de que la iluminación es muy lejana y que no pueden esperar tenerla y establecerla por el cultivo de unas cuantas virtudes que sean inmediatamente recompensadas.

Entonces el destino nos toma de una mano. Sorpresivamente las cosas en las cuales nos hemos sostenido están amenazadas. La persona amada muere, o peor, de pronto se torna no confiable o el acuerdo que nosotros hemos hecho con el destino se destruye. No se puede hacer acuerdos con el destino. Un hombre vino a verme contándome la terrible carga bajo la cual estaba trabajando. Eso era suficientemente real. Su esposa había muerto diez años antes. Él había renunciado a una promisoriosa carrera para dedicarse a sus hijos. Como consecuencia, él estaba ahora empobrecido. Pero no solo eso: uno de sus hijos desarrolló una enfermedad física degenerativa. Otro había recientemente sido diagnosticado de esquizofrenia, y el tercero era sospechoso de estar ingiriendo drogas. La cuarta estaba intentando estudiar para los exámenes escolares mientras el estrés familiar circulaba alrededor de ella. Él se sentía agotado.

Este hombre estaba cerca de sus límites y sus aflicciones eran reales. Efectivamente, objetivamente, la situación había sido extraordinariamente mala durante muchos años. ¿Por qué era ahora el momento de crisis? Porque él se había preparado internamente para hacerse cargo de sus hijos hasta que ellos dejaran el hogar. Él había acordado consigo mismo manejar la difícil situación sostenido en la creencia de que esto terminaría en cierta fecha en la que él sería entonces libre. Ahora se hacía obvio que el destino no mantendría su lado del acuerdo: al menos dos y quizás tres de los hijos no podrían volar fuera del nido en el tiempo fijado. Un tipo similar de pensamiento mágico a menudo ocurre cuando alguien cercano está muriendo. Entonces pensamos “si yo soy lo suficientemente bueno o me preocupo lo

suficiente (o lo que sea), él no morirá". Nosotros hacemos el esfuerzo y él muere de todas maneras. Entonces nos desesperamos y perdemos la fe. Realmente es en este momento de desesperación cuando tenemos la mayor oportunidad para una real iluminación. La iluminación se encuentra más allá de la desesperación.

En forma similar, el practicante espiritual que está regularmente instalándose sobre un lugar en el Nirvana o en el Paraíso a través de meditar, postrarse, rezar, recitar, hacer ofrendas, llevando a cabo actos de caridad y siendo mirado por todos como un miembro sólido de la congregación, puede ser una excelente persona, pero, sin embargo, todavía está delirando. Su oportunidad para la iluminación es cuando él se da cuenta que esta estrategia no funcionará y que ha estado fundada insanaamente desde el principio.

En el budismo no existe un dios a quien pedir cuentas. El sufrimiento simplemente es. No hay negación y no hay a quién culpar. El presente es lo que es. No hay escape. Sin embargo nosotros hacemos nuestros mejores esfuerzos para escapar. El mismo Buda hizo los más extremos esfuerzos para escapar del sufrimiento que llevaba dentro de él: abandonó a su mujer y a su hijo, renunció a sus derechos de nacimiento, dejó a un maestro tras otro. Practicó la automortificación hasta el límite. Fue muy duro y tuvo muchas dificultades con él mismo en aquel tiempo. Nada podía borrar el inolvidable conocimiento de que su madre había muerto al darle nacimiento: nunca podría deshacerse de ese dolor que subyacía en su corazón. Lo importante que el Buda descubrió fue que ninguno de sus intentos para escapar funcionó. La iluminación vino después de que él se desesperara de esos intentos. Esto ocurrió en el medio de la más terrible de las noches de su vida en la cual no pudo dormir ni por un instante porque todos los tormentos que estaban dentro de él lo acosaban por todos lados. Hay abundantes reportes de la noche de la iluminación del Buda que nos presentan un cuadro de una digna y triunfal procesión con el Buda ganando cada encuentro. Sin embargo la realidad debe haber sido una pesadilla.

Al final se encontró a sí mismo adulto y solo. Si esto suena o parece como una perspectiva terrible para usted, pare de leer ahora, sin embargo es la puerta de entrada de toda real satisfacción. En este nuevo despertar él experimentó la más profunda dicha que existe. En su soledad él se encontró a sí mismo en comunión con todos los seres existentes.

## PSICOTERAPIA

De acuerdo con lo dicho, la fuente de todo sufrimiento es el deseo y la totalidad del intento de la psicoterapia

bajo esa teoría sería la eliminación del deseo. La meta perseguida sería ayudar a la persona a renunciar a sus apegos. El objetivo y los medios para ello son aquí vistos como procesos mentales. La manera para alcanzar esta meta sería la aplicación del Camino Óctuple el que podría ser sintetizado como consistiendo en una disciplina conductual, en la práctica de la meditación y el cultivo de la introvisión y sabiduría. Incluso en su forma tradicional pienso que está claro que el budismo es, con independencia de que otra cosa puede ser también, una forma de psicoterapia. Es una terapia en el sentido de que posee una teoría acerca de la manera cómo el sufrimiento surge y posee un espectro de prácticas diseñadas para aliviar esa condición. Además, es específicamente una psicoterapia que ve la mente como jugando un rol crucial en este proceso. Tres áreas en las cuales las personas tienden a ver una diferencia entre el budismo y la psicoterapia —a la manera en que este último término es habitualmente entendido— es que el objetivo del budismo es más amplio; que el budismo es prescriptivo acerca de la moralidad y que la psicoterapia es vista como referida a los sentimientos, mientras que comúnmente se cree que el budismo no da un lugar destacado a los sentimientos en el esquema de las cosas.

Efectivamente, la meta del budismo es mucho más desafiante. La psicoterapia busca una mejoría relativa donde el budismo busca un cambio radical en todos los aspectos de una persona. La psicoterapia se preocupa del ajuste de una persona en la sociedad. El budismo busca una renovación de la civilización a través del trabajo de individuos transformados. Para mí esto simplemente significa que el budismo es una psicoterapia más ambiciosa que la mayoría. Muchos de los grandes psicoterapeutas como Sigmund Freud o Carl Rogers, terminaron rompiendo con los límites de la terapia que ellos habían creado y pasaron sus últimos años buscando las mismas cuestiones de una manera mucho más global. Jacob Moreno, el fundador del psicodrama, siente esta limitación especialmente estimulante y escribió en 1934 en el prólogo de su mayor trabajo titulado *Who Shall Survive*: "un procedimiento terapéutico verdadero no puede tener un objetivo menor que la totalidad de la especie humana".

El budismo es prescriptivo acerca de la moralidad. Algunos psicoterapeutas piensan en una especie de relativismo moral en el cual el terapeuta no expone sus posiciones éticas personales como parte esencial de su arte. Sin embargo, podemos decir que esto no es verdadero para ninguna forma de psicoterapia y agregar que es algo imposible de alcanzar. Por ejemplo, las terapias cognitivas están directamente preocupadas del cambio

de las creencias del cliente, y todas las terapias, abierta o encubiertamente, inducen al cliente a una particular manera de mirar la condición humana. Pienso que un relativismo moral completo es destructivo de la salud mental. Si nosotros no tenemos estándares en nada, nuestras vidas se desarmarían; estaríamos a merced del viento. La ética es una parte importante de *Nirodha*<sup>4</sup>: la estructura que erigimos para protegernos de las fuerzas de la destrucción. Los dilemas éticos a menudo subyacen en la raíz de lo que lleva a las personas a buscar ayuda psicoterapéutica. El budismo ve la conducta ética como sosteniendo el bienestar mental y por lo tanto ve la adopción de conductas éticas como saludable.

Del mismo modo, acerca de la relación entre el budismo y los sentimientos, uno de los propósitos de este libro es afirmar que la visión corriente sobre esto está equivocada. La historia del budismo está llena de personas entusiastas y valientes. La idea de que el budismo es emocionalmente “blando” es incorrecta. El budismo ofrece “El camino del Medio” en relación a los sentimientos. El budismo no es un ejemplo de la escuela del “haz lo que quieras”, tampoco está a favor de la represión. Lo que busca es conducir nuestras pasiones más profundas hacia el servicio de todo lo que es bueno y valioso y que hace significativo y positivamente consecuente nuestra breve estancia en esta Tierra. Para alcanzar esto necesitamos cultivar (*nurturing*) nuestras pasiones y controlarlas.

Mientras algunas personas están desconectadas u ocupadas en suprimir sus sentimientos, otros están anonadados por ellos. A veces esto ocurre porque el sufrimiento (*Dukkha*)<sup>5</sup> que estas personas han experimentado es tan terrible que en cualquier momento en que la memoria es gatillada llegan a estar extremadamente afectados. A veces no es tan claro que el sufrimiento sea terrible como para que la persona se haya colocado a sí misma en una posición de víctima de una situación vital, en la cual su dolor está constantemente reestimulado. A veces este es el caso de una persona que no sabe cómo mantener sus sentimientos propor-

cionados porque ellos están constantemente impulsados por los vientos del ego: ellos toman todo de una manera personal y no tienen el sentido de la persistencia de un propósito, otro que el siempre autofracasado propósito de tratar de sentirse bien.

Los sentimientos son normales y apropiados y algo bueno. Sin embargo esto no significa que son la única cosa buena. Las acciones son incluso más importantes. Si yo me siento peligrosamente violento, esto no justifica que yo actúe como un asesino. Es importante reconocer el sentimiento violento, no solo porque si no lo hago puedo actuarlo inadvertidamente, sino porque reconociendo este aspecto de mí mismo me da una base para la compasión, incluso hacia aquellos que realmente han asesinado personas. La compasión consiste en ser capaz de reconocer algo de los otros en nosotros mismos, incluso la energía de la ira una vez que se ha desenganchado de su objeto actual, es algo intrínsecamente maravilloso. Potencialmente es el fuego de la iluminación. Sin embargo, necesita ser domada. Es importante para mí no actuar sobre este sentimiento de una manera irracional.

Hay muchas figuras en la iconografía budista que representan esta transformación, esta energía furiosa al servicio de la iluminación. *Shiva* es la diosa destructora en el hinduismo. En las manos de los budistas *Shiva* se transforma en *Achala*, la guardiana del *Dharma*. Ella tiene un aspecto feroz con la espada en la mano y rodeada de llamas, con un collar de calaveras. Los budistas piden ayuda a *Achala* en la gran misión de traer paz al mundo. Hay muchas de estas figuras en la práctica budista, meditar sobre ellas nos ayuda a alcanzar la alquimia interna necesaria.

Como ser humano, yo soy capaz de percibir las consecuencias de mis acciones. Yo no necesito verlas con detalles específicos, yo sé que asesinar a alguien no va a hacer que este mundo sea un lugar más feliz. Es necesario tomar razón de mí mismo, dar un continente educativo y cultural a mis sentimientos. Si todos realizamos este control de la rabia, es como mantener a un perro salvaje con una correa. Tarde o temprano la correa se romperá. Si yo controlo los sentimientos pero continúo identificándome con ellos, yo solo estaré construyendo resentimiento. Es aquí donde la religión y la sociedad pueden equivocarse. La moralidad solo como un sistema de reglas, como un mero legalismo, no tendrá eficacia. Los sentimientos deben ser respetados, no suprimidos.

Si no queremos que el fuego se salga de control, debe ser protegido del viento. Esto significa desenganchar nuestro deseo de su objeto inmediato, de modo que nosotros podamos sentirlo de una manera pura.

<sup>4</sup> *Nirodha* es tercera Noble Verdad: “El contenido de la noble verdad *Nirodha* es este: Es el completo control de esa sed. Es desasirse, liberarse y rehusar morar en el objeto de ese deseo” [des-apegarse]. (*Samyutta Nikaya* 61.11.7) (N del T).

<sup>5</sup> “La noble verdad *Dukkha*, aflicción, es esta: el nacimiento, el envejecimiento, el enfermar, la muerte, la pena, la lamentación, el dolor, la depresión y la agitación, son *Dukkha*. *Dukkha* está asociado con lo que no se desea, separado de lo que sí se desea, no siendo posible alcanzar lo que se quiere” (*Samyutta Nikaya* 61.11.5) (N del T).

La rabia se puede transformar en ira en nosotros y nosotros podemos saberlo, pero no golpeamos a nadie. Así nosotros protegemos la emoción de los efectos del ego. Esto requiere cierto grado de desapego. Nosotros necesitamos aprender a ser capaces de decir: "esto es interesante, tal o tal sentimiento ha venido a mí". Esta habilidad es llamada *mindfulness*<sup>6</sup>. *Mindfulness* pone lo que nos está pasando en el contexto de un propósito de vida superior. Es lo opuesto a la actitud que solo tiene que ver con el self. Cuando pensamos "¿y yo qué?", generalmente hemos perdido visión sobre "para qué estoy aquí".

La psicoterapia nos provee de una situación en la que tal combinación de ser en el *fluir* y desapegarse llegan a ser posibles. Como dice el Buda, examinar el sentimiento mientras se está en el sentimiento, es la clave de una psicoterapia efectiva. La terapia nos provee de un tipo de ritual en el cual hay un espacio creado en el que es posible que los sentimientos puedan ser contenidos. Las fronteras del acto de relación terapéutica actúan como un dique protector. El espacio psicoterapéutico llega a ser un lugar donde el cliente se siente seguro para explorar sin mucho miedo lo que aparece como eventos peligrosos. Es un lugar donde el cliente puede aprender a manejar su fuego sin llegar a quemarse. Existe un paralelo directo entre la práctica de la psicología contemporánea y la advocación del Buda de contención y protección como la condición necesaria para la transformación psicológica.

El trabajo de crecimiento personal no es solo el llegar a estar en contacto con los sentimientos, es también considerar su adecuación. Frecuentemente puede ser necesario construir un dique de protección alrededor de una pasión particular, de modo que esta permanezca adecuada a la situación a la cual es aplicada y que no es inapropiadamente amplificadas por la energía que fluye de otros tiempos y otros eventos tempranos en la vida de la persona. Cuando alguien sobre-reacciona, generalmente es porque su experiencia de los eventos actuales está contaminada por la herida que ellos

portan, lo que añade una gran cantidad de combustible al fuego. El sentimiento que "esto siempre me pasa" por ejemplo, es un signo corriente de que nosotros no estamos solo respondiendo al asunto de que se trata.

De este modo, frecuentemente vemos casos de matrimonios que presentan conflictos extremos originados en situaciones triviales. Cuando algo va mal, inmediatamente los sentimientos escalan fuera de control. Pequeñas cosas son tomadas como grandes cosas. Las chispas son atrapadas por el viento. A menudo las chispas son muy pequeñas, pero la conflagración puede ser enorme. Para hacer que una relación sea exitosa necesitamos encender el fuego y controlar el incendio. Las relaciones cercanas son específicamente constructoras del carácter porque ellas nos otorgan felicidad y adversidad dentro de una proximidad muy grande. Todo importa más. Lo mismo ocurre en psicoterapia y en la compañía espiritual. A través de la mediación de una relación especial las chispas de la vida llegan a estar en un foco concentrado y ellas pueden ser tanto amplificadas como contenidas. Es a través de una relación e interacción íntima no amenazante con otro ser humano donde aprendemos muchas de las más importantes lecciones en el manejo de nuestras energías. Todos necesitamos amigos espirituales.

## OBRAS DE DAVID BRAZIER

- Beyond Carl Rogers: Towards a Psychotherapy for the 21st Century. (1993) London: Constable ISBN 0-09-472610-8
- A Guide to Psychodrama (out of print)
- Zen Therapy: Transcending the Sorrows of the Human Mind. (1995) New York: John Wiley & Sons ISBN 0-471-19283-X
- The Feeling Buddha: A Buddhist Psychology of Character, Adversity and Passion. (2002), Ribinson, London, ISBN 0-312-29509-X
- The New Buddhism. New York, Palmer, (2002) ISBN 0-312-29518-9
- Who Loves Dies Well. (2007) O Books. New York, ISBN 1-84694-045-1 ISBN 978-1-84694-045-3
- Love and its Disappointment. (2009), New York, O Books

<sup>6</sup> Hoy la palabra *mindfulness* no se traduce, pues ha pasado a ser universal (N. del T.).

PSICOTERAPIA Y LITERATURA

# PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FERNANDO PESSOA, ENCUENTROS Y DIÁLOGOS

(Rev GPU 2014; 10; 4: 443-450)

Álvaro Wolfenson<sup>1</sup>

...preguntarle a los poetas"  
(S. Freud)

**Se realiza un acercamiento a la teoría de Eugene Gendlin en relación con la psicoterapia Experiencial; a su vez, se analizan algunos de los tópicos principales de la obra poética de Fernando Pessoa, en su heterónimo Alberto Caeiro. Desarrollando un diálogo a partir de cuatro puntos de encuentro, descritos por el presente, la vuelta a la corporalidad, el valor de lo preconceptual, concepciones respecto del proceso de creación de significado y la postura existencialista de ambos autores.**

## INTRODUCCIÓN

El llamado paradigma Experiencial plantea un profundo cambio en la forma de acercarse a los fenómenos, con el *experiencing* como su concepto fundamental. En la filosofía radicalmente relacional de Eugene Gendlin se determina que la realidad se construye en la relación Gendlin (1999) plantea una nueva forma de acercamiento, un modelo de primera-persona al cual llama Procesal, con lo que se refiere a un proceso vivo de interacción. Gendlin (1992) plantea que el cuerpo no es solo un centro orientando de la percepción, tampoco un centro de movimientos, sino también de acción

y discurso en las situaciones. Así la experiencia corporalmente sentida de significado implícito es inherentemente una interacción. Gendlin supuso una reflexión existencial a los planteamientos de Carl Rogers con respecto de la terapia y de la personalidad. Propone el concepto de *experiencing*, el que corresponde a un proceso concreto, sentido corporalmente, el cual constituye la preocupación básica del fenómeno psicológico y de la personalidad (Gendlin, 1992).

Terapéuticamente la técnica y el método de Gendlin (1999) corresponden al Focusing, además del abordaje de los contenidos de la experiencia de manera fenomenológica. Como plantea Gendlin (1999), cuando

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría y salud mental Oriente Universidad de Chile. alvarojwr@gmail.com  
Extracto modificado de Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica, "Psicoterapia Experiencial a través de Fernando Pessoa, un encuentro procesal".

las personas aprenden a contactar el nivel corporal, lo pueden “utilizar” para múltiples propósitos, pero especialmente para vivir y hablar “desde allí”.

En la psicoterapia Experiencial se debe lograr el contacto (y trabajo) con la sensación corporal procesal existencial en movimiento, llamada sensación sentida; solo así se facilita en el cliente una percepción más completa y precisa de su *experiencing*. Es fundamental el énfasis en lo relacional, así como el compromiso afectivo emocional desde la sensación sentida, que permite el proceso de reconstitución del *experiencing*, en donde los datos sentidos implícitos y difusos se diferencian y simbolizan, produciendo como efecto que algunas zonas rígidas se pongan en movimiento.

Por otro lado, una búsqueda y encuentro con la corporalidad se puede vincular estrechamente con la obra poética de Fernando Pessoa, quien es uno de los mayores escritores de la literatura europea. Pessoa fue un personaje enigmático, que desarrolló su obra a través de la creación de escritores imaginarios, quienes recibieron la denominación de heterónimos. Cabe aclarar que los heterónimos, a diferencia de los pseudónimos, son personalidades poéticas completas: identidades “falsas”, se vuelven “verdaderas” a través de su manifestación artística propia y diversa del autor original. Entre los más importantes heterónimos de Pessoa están: Alberto Caeiro, Álvaro de Campos y Ricardo Reis. Usando estos personajes, Pessoa escribió su poesía; y a través de aquellos diversos autores ficticios, diferentes en estilo, historia, personalidad, representaba diferentes cosmovisiones.

Como señalé, uno de sus principales heterónimos fue Alberto Caeiro, a quien llamó su maestro. Caeiro fue el único que no escribió en prosa, ya que argumentaba que solamente la poesía sería capaz de dar cuenta de la realidad. Como refiere Moya (2009), el universo de Pessoa puede dividirse entre un antes y un después de Caeiro. Él poseía un lenguaje estético directo y concreto, pero aun así bastante complejo desde el punto de vista reflexivo. Como un místico de las sensaciones sus planteamientos quizás pueden resumirse en el siguiente verso: “Hay suficiente metafísica en no pensar nada”.

Aquí Pessoa plantea una vuelta radical hacia lo corporal. En su heterónimo Alberto Caeiro siente que la excesiva defensa del pensamiento, que se hace en nuestra cultura, trae la enfermedad. Como se plantea en Moya (2009), para Pessoa el mundo no existe para ser pensado, las cosas solo existen. Existen para ser percibidas, el pensamiento puede ser un obstáculo.

Así Fernando Pessoa en el II canto del “Guardador de Rebaños” (Moya, 2009), escribe:

Creo en el mundo como en una margarita  
porque lo veo. Pero no pienso en él  
pues pensar es no comprender...  
El mundo no se ha hecho para que pensemos en él  
(pensar es estar enfermo de los ojos)  
sino para que lo miremos y estemos de acuerdo...

No tengo filosofía: tengo sentidos...  
Si hablo de la naturaleza no es porque sepa qué es,  
Sino porque la amo, y la amo por eso.

Y en el IX canto agrega:

Soy un guardador de rebaños,  
El rebaño son mis pensamientos,  
Y mis pensamientos son todas sensaciones.  
Pienso con los ojos y con los oídos,  
Con las manos y con los pies,  
Con la nariz, con la boca.  
Pensar una flor es verla y olerla  
Y comer una fruta es encontrar su sentido.

Pero ¿existen similitudes entre el paradigma experiencial y la poesía de Fernando Pessoa? El encuentro teórico que proponemos apunta hacia la epistemología y a la profundización de la teoría experiencial, con una búsqueda de mayor explicación-comprensión y desarrollo de esta; explorando como vertiente en común entre ambos autores el valor que se le da a la corporalidad y a la experiencia procesal, relacional, y en interacción con los elementos del ambiente. Aquello nos invita a explorar cómo puede la poesía (*poyesis*) ayudar al entendimiento de la psicoterapia, al cambio terapéutico, al abrirse a la vida; y a su vez, nos da la oportunidad de ver cómo con la ayuda de la poesía se puede llevar adelante una mirada experiencial de la psicoterapia.

Así, partiendo de elementos tales como la supremacía de lo corporal y la experiencia de significado, sentida y existencial, el presente artículo pretende desarrollar un posible diálogo-relación entre de la psicoterapia Experiencial y la poesía de Fernando Pessoa.

## DESARROLLANDO UN DIÁLOGO ENTRE LA PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FERNANDO PESSOA

### La vuelta a la corporalidad

Se propone un primer punto de encuentro –acercamiento, relacionado con el valor que se da a la Corporalidad– experiencia corporal. Para ambos autores, nuestro cuerpo es capaz de conocer nuestras decisiones antes de que aquello sea consciente (Gendlin, 2000).

Así, para Gendlin la persona reflexiva y corporalmente sintiente es más que el llamado “control consciente” Gendlin refiere:

Las personas se focalizan y hablan desde (llevan adelante) más de lo que ellas están enfrentando, lo cual sienten físicamente pero que al principio no pueden decir. Los nuevos pasos y frases, que son más intrincadas que el lenguaje usual, ‘surgen’ desde la lóbrega ‘sensación’ corporal (p. 236).

Por su parte, Fernando Pessoa radicaliza aquello renegando del pensamiento, ya que plantea que el mundo solo puede ser realmente descubierto a través de la experiencia del cuerpo; que para él se relaciona directamente (y quizás únicamente) con la experiencia de los cinco sentidos. En *El Guardador de Rebaños* (II poema, Moya, 2009), escribe:

Creo en el mundo como en una margarita  
porque lo estoy viendo. Pero no pienso en él  
pues pensar es no comprender...  
El mundo no se ha hecho para pensarlo  
(pensar es estar enfermo de los ojos)  
sino para mirarlo...

En el poema V escribe:

Quien está al sol y cierra los ojos,  
comienza a no saber qué es el sol  
y a pensar en muchas cosas que dan calor,  
pero al abrir los ojos, ve el sol  
y ya no puede pensar en nada,  
pues la luz del sol cuenta mucho más que todos los  
pensamientos  
de todos los filósofos y de todos los poetas.

Recalcando nuevamente, en el poema IX, que el mundo solo puede ser revelado por los sentidos:

Pensar una flor es verla y olerla  
Y comer una fruta es encontrar su sentido.

Debemos plantear que para Gendlin (2000) a pesar de la existencia de múltiples y diversos índices, la complejidad de la psique-cuerpo no puede ser reducida a estos, ya que la persona es un proceso auto-organizador, con aspectos conscientes e inconscientes, que a su vez destina, reestructura, y reemplaza sus propios componentes necesitados. Así el proceso es en sí mismo vivo, y no se reduce a los componentes, sino también a cómo son usados para mantener la organización.

Aquello se plantea más claramente con el desarrollo del concepto del *experiencing* (Gendlin, 1992), que entrega en su esencia el carácter procesal del organismo en interacción incesante con los símbolos del medio ambiente, valorando radicalmente el elemento de lo corporal. Tener consciencia del propio *experiencing* implica implícitamente acceder a todas las experiencias propias. El *experiencing* es un proceso concreto, sentido corporalmente; un proceso vivo de interacción y, como plantea Gendlin (1999), cuando las personas aprenden a contactar el nivel corporal, lo pueden “utilizar” para múltiples propósitos, pero especialmente para vivir y hablar “desde allí”.

Hay que destacar que si bien ambos autores proponen una radical vuelta a lo corporal, sus posturas o planteamientos tienen matices y diferencias claras.

Por una parte Fernando Pessoa, en su heterónimo Alberto Caeiro, reniega del lenguaje como instrumento de conocimiento, volcándose hacia los sentidos, como única vía válida para descubrir y comprender el mundo, En *Poemas inconjuntos* (Caeiro, 1997) escribió:

He comprendido que las cosas son reales y  
todas diferentes unas de otras; He  
comprendido esto con los ojos, nunca con el  
pensamiento. Comprenderlo con el  
pensamiento sería encontrarlas iguales a  
todas.

Para Alberto Caeiro el comprender es un proceso de los cinco sentidos y no del pensamiento; y aquel proceso corporal es el que permite acceder a la diversidad del mundo. Caeiro atribuye al pensamiento la connotación de obstáculo, que nos aleja de la verdad del mundo y de la experiencia, distorsionando la realidad, no permitiendo que fluya el torrente de sabiduría de los sentidos, al cual él le entrega un valor absoluto.

En el II poema de *El guardador de rebaños* (Moya, 2009) escribe:

No tengo filosofía: tengo sentidos...  
Si hablo de la naturaleza no es porque sepa qué es,  
Sino porque la amo, y la amo por eso...

Fernando Pessoa reivindica la corporalidad, pero llega hasta el punto de plantear que la experiencia se descubre-conoce (únicamente) a través de los sentidos, lo cual marca una diferencia con los planteamientos de Eugene Gendlin, ya que él refiere que la experiencia corporal va más allá de los cinco sentidos, llamando aquello la primacía del cuerpo por sobre la percepción (Gendlin, 1992).

Eugene Gendlin (1992) plantea:

Nuestros cuerpos se sienten a sí mismos viviendo en nuestras situaciones. Nuestros cuerpos hacen nuestro vivir. Nuestros cuerpos son interacciones en el ambiente; ellos interactúan como cuerpos, no solo a través de los cinco sentidos. Nuestros cuerpos no acechan en aislamiento detrás de las cinco mirillas de la percepción (p. 344).

Pero claramente la relación que ambos autores hacen entre corporalidad, percepción y lenguaje es distinta. Por una parte, para Alberto Caeiro el lenguaje no es capaz de decir la realidad, ni de ofrecer las adecuadas claves para relacionarse con el mundo. Para Caeiro el pensamiento niega a los sentidos (Pessoa en Moya, 2009); mundo de percepción que es defendido radicalmente por él, dada su postura de que solo la vuelta a los sentidos nos entregaría una comprensión amplia de la existencia.

Por su parte, Gendlin (1992) concibe un cuerpo que después de y con el lenguaje, se mueve más allá del lenguaje. No niega la importancia del lenguaje ni lo considera una limitante, sino más bien un estado o momento, que al igual que las cinco mirillas de la percepción, tienen un valor como experiencia, pero son solo una parte de la experiencia corporal misma. Gendlin (1992) refiere:

El cuerpo antes del lenguaje continúa viviendo también más allá del lenguaje ahora, mientras usted me escucha. Mientras usted oye mis palabras, usted no está pensando sus propias palabras. No obstante, su cuerpo vivo retiene quién usted es, su pasado y todo lo que usted sabe. Lo que yo digo entra en todo eso.

Gendlin no rechaza la percepción de los sentidos, ni niega su importancia, pero destaca que el cuerpo va más allá, entregándole siempre un profundo sentido relacional con el entorno y sí mismo:

Las percepciones no son el fondo. Hay una complejidad corporal-interaccional implícita que está primero, y permanece con nosotros ahora. No es el cuerpo de la percepción que está elaborado por el lenguaje, más bien es el cuerpo del vivir interaccional en su ambiente. El lenguaje elabora cómo el cuerpo implica su situación y su próxima conducta. Nosotros sentimos nuestros cuerpos no como elaboradas percepciones sino como el sentido corporal de nuestras situaciones, el entero cuerpo interaccional por el que nos orientamos y sabemos por qué estamos haciendo eso.

Es observable que la radical introducción de lo corporal realizada por Gendlin incorpora elementos similares a lo planteado por Fernando Pessoa en su heterónimo Alberto Caeiro, pero la postura de Gendlin radicaliza y profundiza el valor de la corporalidad, ya que Caeiro solo llega hasta la defensa de los sentidos, en una eterna novedad y relación con el mundo; pero no reconoce una corporalidad que vaya más allá, como lo es para Gendlin, donde el cuerpo no es solo un centro orientando de la percepción o movimientos, sino es acción y discurso en las situaciones. Siendo la experiencia corporalmente sentida inherentemente una interacción.

### Acerca de lo pre conceptual

Gendlin (1962) reconoce ciertos elementos que dificultan la evaluación o acceso a la experiencia corporal. En relación con aquello, plantea que los fenómenos están cambiando siempre, siendo muy difícil generalizar de una forma que sea realmente útil; además, frecuentemente cuando algún nuevo producto creado o conducta ocurre esta no se ajusta a lo planteado con anterioridad, también una completa multitud de factores siempre se interrelacionan e interpenetran de tal manera, que cada uno afecta y limita el uso de cualquiera de ellos, observándose que ningún vocabulario de palabras o variables es capaz de acercarse a la sensibilidad del observador humano. A su vez, el observador puede investigar y observar mucho de lo que debe ser estudiado, pero de esta forma se provee de un observador sesgado.

Como alternativa a esto propone el concepto de *experiencing* (Gendlin, 1962), el que permitiría “un mayor acceso” a la experiencia corporal, ya que en su esencia reconoce el carácter procesal del organismo en interacción incesante con los símbolos del medio ambiente. Para Gendlin este es un guía digno de confianza, ya que contiene preconceptualmente todas las experiencias del individuo. Debemos reconocer las características mismas del *experiencing* como su capacidad de ser cambiante, no generalizable, relacional, capaz de desarrollar y acoger distintas interpretaciones y/o simbolizaciones y no siendo posible su reducción a sistemas explicativos; así el carácter básico del *experiencing* es ser preconceptual (Gendlin, 1962).

Por su parte, en la obra de Fernando Pessoa se parecía, ampliamente en Alberto Caeiro, la valorización de una experiencia corporal que se encuentra previamente a la reflexión o a la creación de conceptos; y que es evidentemente una experiencia cambiante, no generalizable, capaz de ser y recibir distintas interpretaciones o simbolizaciones.

Nuevamente el poema llamado El guardador de rebaños, nos permite ilustrar el encuentro entre estos autores. Este poema fue escrito, según la historia, en una sola noche, frente a la experiencia pessoana de vivir la llamada explosión creativa (Moya, 2009).

En el II canto (en Moya, 2009), dice:

Creo en el mundo como en una margarita  
porque lo estoy viendo. Pero no pienso en él  
pues pensar es no comprender...

El mundo no se ha hecho para pensarlo  
(pensar es estar enfermo de los ojos)  
sino para mirarlo y quedarse conforme.

No tengo filosofía: lo que tengo son sentidos...  
Si hablo de la naturaleza no es porque sepa qué es,  
sino porque la amo, y la amo por eso,  
porque el que ama nunca sebe lo que ama  
ni por qué lo ama, ni lo que es amar...

Amar es la eterna inocencia,  
y la única inocencia consiste en no pensar...

En el canto V agrega:

¿Cuál es mi idea de las cosas?  
¿Qué opinión tengo sobre las causas y los efectos?  
¿Qué he meditado yo sobre Dios y el alma  
y sobre la Creación del Mundo?  
No lo sé. Para mí, pensar en eso es cerrar los ojos  
y no pensar. Es como correr los visillos  
de mi ventana (que no tiene visillos).

Tanto Eugene Gendlin como Fernando Pessoa valoran lo preconceptual de la experiencia corporal. Por su parte Gendlin (1962) refiere que:

Cualquier aspecto del *experiencing* posee infinitas categorías de gran complejidad. De cualquier forma en que sea simbolizado también provee la posibilidad de muchas otras simbolizaciones. Este puede completarse con eventos, conductas o símbolos verbales. Podemos aplicar un set de símbolos después de otro y así sucesivamente diferenciarlo. En parte dependerá del punto de vista que tomemos, de los aspectos a los cuales atendamos, las preguntas que formulemos, el esquema que apliquemos, las conductas que sucedan, el significado que será simbolizado, si bien cada uno de estos proporciona solo el significado presente en ese momento preciso (pp. 17-18).

Así, él plantea que los significados, en cualquier aspecto del *experiencing*, son potencialmente tantos que no es posible agotarlos; no importando cuán finalmente lo hayamos simbolizado o diferenciado. Aquellos significados incompletos o inacabados son a su vez preconceptuales.

Por su parte Fernando Pessoa deja clara su postura respecto a lo inagotable, cambiante y preconceptual de la experiencia, cuando escribe Alberto Caeiro (en Moya, 2009):

Yo me siento acabado de nacer a cada instante  
a la eterna novedad del mundo...

y exclamando posteriormente:

Hay metafísica bastante en no pensar en nada.

Como plantea Soberó (2006), para Alberto Caeiro las cosas solo existen para ser percibidas, para ser sentidas sin la intromisión del pensamiento; para Caeiro el pensamiento es un engaño, que altera la realidad; que por lo anterior, podríamos afirmar se incorporaría de una forma más auténtica desde un punto de vista preconceptual.

### Concepciones sobre la creación de significado

Como se ha mencionado, para Gendlin (1962) el conocimiento no solo está formado por dimensiones lógicas y operacionales, existiendo una dimensión experiencial directamente sentida. Para Gendlin los conceptos, eventos o sucesos son significativos solo en la medida que interactúan con el *experiencing* sentido. Formándose los significados a través de la interacción entre el, los símbolos y el *experiencing*. Para Gendlin es necesario ampliar los métodos científicos usuales, no solo analizando como un constructo lógico. Tampoco no es conveniente dejar el sentido concreto siempre presente de la "experiencia" en forma vaga y en tierra de nadie. El desafío está en estudiar el comportamiento humano aprendiendo a captar los conceptos que pueden relacionarse con la experiencia sentida y cómo los conceptos de este tipo se pueden, a su vez, relacionar con conceptos y mediciones objetivas. Gendlin (1992) se refiere directamente a la experiencia, con el desarrollo del concepto de *experiencing*, definiéndolo como una corriente de sensaciones parcialmente formada y sostenida en cada momento, que se puede atender interiormente, siendo para él básico en la formación de significados.

Gendlin afirma que para saber lo que “significa” un concepto o utilizarlo significativamente debemos primero “obtener” la “sensación” de su significado. No es posible comprender el concepto en su globalidad, si no poseemos el significado sentido del mismo. Por lo que los conceptos solo son significados cuando están en relación con la experiencia corporal sentida.

Similares concepciones se manifiestan también en la obra de Fernando Pessoa, cuando Alberto Caeiro, en *El guardador de rebaños*, refiere (en Moya, 2009):

Soy un guardador de rebaños  
el rebaño son mis pensamientos,  
y mis pensamientos son todas sensaciones.  
Pienso con los ojos y con los oídos,  
con las manos y con los pies,  
con la nariz, con la boca.

A lo que agrega:

Pensar una flor es verla y olerla  
y comer una fruta es encontrar su sentido.  
Por eso, cuando en un día de calor  
me siento triste de tanto haber disfrutado  
y metiendo a mis anchas en la hierba,  
y cierro los ojos calientes,  
siento todo mi cuerpo tendido sobre la realidad,  
conozco la verdad y soy feliz.

Como podemos apreciar, para Caeiro los conceptos o experiencias solo existen, se construyen o tienen sentido cuando implican una experiencia corporal. Por lo que para Caeiro como para Gendlin, conceptos no son significados, excepto en relación a la experiencia corporal sentida. Además, parece evidente que para ambos autores la creación de un significado que permite conocer, vivir o experimentar la realidad, la existencia, implica necesariamente una experiencia corporal.

Esto es claro en Alberto Caeiro cuando manifiesta que (en Moya, 2009):

...cierro los ojos calientes,  
siento todo mi cuerpo tendido sobre la realidad,  
conozco la verdad y soy feliz.

No obstante las similitudes, en este caso, Caeiro va más allá, en el sentido de que la creación de significado a partir de la experiencia corporal no solo nos permite acceder al significado de los conceptos, sucesos o experiencias, sino que tiene a su vez una connotación mística, o sea de conexión con lo calificado como divino. En el V canto de *El guardador de rebaños*, Caeiro (en Moya, 2009) dice:

...si Dios es los árboles y las flores,  
y los montes y el resplandor de la luna y el sol,  
¿a qué llamarle Dios?  
Le llamo flores y árboles y luz de luna y sol  
Porque si está hecho para que lo vea,  
sol, luz de luna, flores, árboles y montes,  
si se me aparece siendo árboles y montes  
y luz de luna y sol y flores,  
es porque quiere que yo lo conozca  
a través de los árboles y los montes y las flores y el  
resplandor de  
la luna y el sol.

A su vez, posteriormente en el mismo canto agrega:

...le obedezco viviendo espontáneamente  
como quien abre los ojos y ve,  
y le llamo luz de luna y sol y flores y árboles y  
montes,  
y así es como lo amo, sin pensar en él,  
lo pienso al ver y al oír,  
y voy con él a todas horas.

Así, Alberto Caeiro, como un místico de la percepción, plantea también que una experiencia con lo divino depende e implica a su vez la subyugación de la experiencia misma a los sentidos.

### El valor de la existencia

La obra de ambos autores posee un marcado tinte existencial. Para ellos la existencia es anterior a cualquier esencia, y la existencia se concretiza (implica) en la experiencia corporalmente sentida, de significado implícito, y que es siempre una interacción. Así, para Gendlin (1962) los cuerpos son siempre complejas interacciones con sus ambientes. Él ejemplifica esto, mostrando que con un hueso antiguo se puede reconstruir no solo el cuerpo entero, sino que, también, a partir de su cuerpo, el tipo de ambiente en el que vivió. Así, la existencia es inherentemente una interacción-relación, en-el-mundo.

Como fue desarrollado, los planteamientos Merleau-Ponty (1964) influyeron fuertemente las ideas de Gendlin. Merleau-Ponty dio al cuerpo viviente las características que los filósofos anteriores atribuían a la experiencia y existencia (no en un sentido corporal). Para Merleau-Ponty (1964) y así para Gendlin (1962, 1966, 1973) lo real está siempre en movimiento, y es al mismo tiempo subjetivo y objetivo; planteando a su vez una conceptualización del hombre que reconoce la existencia de una experiencia mundana que inaugura

al hombre en el mundo antes que este lo reflexione. Hay que destacar que en Merleau-Ponty (1964), y en Gendlin (1973) no existe la conceptualización de interioridad o exterioridad humana; el hombre existe entrelazado al mundo, de la manera que la singularidad y universalidad coexisten de forma reversible en el hombre y en el mundo. Así, para Gendlin (2003) "ser-en" las situaciones se aplica a la persona corporizada y sintiente.

Por su parte, para Fernando Pessoa, fundamentalmente en Alberto Caeiro, la existencia implica una experiencia que es corporal, siempre en relación con los cinco sentidos, y en relación constante con el mundo; con la naturaleza que para él también tiene una connotación mística, siendo en la interacción con ella no solo la experiencia de la existencia mundana, sino también con lo divino.

En relación con lo anterior, en el Canto II de *El guardador de rebaños* (en Moya, 2009) exclama:

Mi mirada es clara como un girasol.  
Tengo por costumbre andar por los caminos  
mirando a un lado y a otro,  
y de vez en cuando hacia atrás...  
Y lo que veo a cada momento  
es lo que jamás antes había visto  
y me doy cuenta de eso...  
Sé tener el asombro de mí  
que un niño tendría si, al nacer,  
se diese cuenta de que estaba naciendo de verdad...  
Yo me siento acabado de nacer a cada instante  
a la eterna novedad del mundo...

Y en el canto V (en Moya, 2009), escribe:

...si Dios es las flores y los arboles  
y los montes y el sol y el resplandor de la luna,  
entonces sí que creo en él,  
entonces estoy creyendo en él a todas horas,  
y mi vida entera es una oración o una misa,  
y es una comunión de ojos y de oídos.

## CONCLUSIONES

Tanto la Psicoterapia Experiencial de Eugene Gendlin así como la obra poética de Fernando Pessoa, en su heterónimo Alberto Caeiro, nos entregan la posibilidad de contactarnos (dar un giro – una vuelta) hacia una experiencia – sabiduría que es corporal.

Debo señalar que el aporte de Eugene Gendlin se relaciona principalmente con su reflexión respecto a los planteamientos de Carl Rogers y a las teorías de

la personalidad, junto con un sentido existencial, pensando en la personalidad como la forma de abrirse a la vida. Lo que tiene una gran implicancia en la práctica de la psicoterapia, permitiendo dar pasos hacia el desarrollo de una psicoterapia más allá de la persona. Como se ha dicho, con su concepto de *experiencing*, introdujo radicalmente el elemento de lo corporal, que para él implica contactarse con este proceso interno, que en el contexto de una relación interpersonal en marcha determinaría el cambio terapéutico (Wolfenson, 2012).

Para Alberto Caeiro hemos convertido lo real en una distorsión intelectual, que nos aleja de las cosas mismas, de la verdadera experiencia. Para Caeiro cada cosa tiene una existencia independiente del pensamiento que vertamos sobre ella (Moya, 2009), el cual, para el autor, es un obstáculo. Para Caeiro la única alternativa a esto es volver al cuerpo, al contacto directo con la naturaleza y la naturaleza de la percepción corporal. Alberto Caeiro afirmó en el canto XXIV de *El guardador de rebaños*:

Lo que vemos de las cosas son las cosas mismas  
¿Por qué habríamos de ver una cosa cuando lo que  
hay es otra?

Versos que a mi juicio evidentemente tienen una cercanía con la fenomenología.

Dados los puntos comunes entre ambos autores, es posible plantear que un encuentro con la obra de Alberto Caeiro podría facilitar la mayor incorporación y comprensión de la Psicoterapia Experiencial.

Pensando en un contexto amplio de integración, hay que destacar que varias líneas de investigación en psicoterapia refieren que la transformación de la dimensión implícita corresponde en esencia a la aparición gradual de "diálogos somáticos implícitos" cada vez más participativos, inclusivos, colaborativos, coherentes y espontáneos entre paciente y terapeuta (Beebe, 2004; Lyons-Ruth, 1999; en Sassenfeld, 2008).

A su vez, es posible decir que ambos autores reconocerían (al igual que otros autores más contemporáneos y/o de otros enfoques terapéuticos) que los procesos fundamentales de comunicación intersubjetiva en la relación psicoterapéutica son mucho más que solo contenidos mentales; correspondiendo a fenómenos no-verbales corporales implícitos, que median estados emocionales conscientes e inconscientes compartidos (Schore, 2005; en Sassenfeld 2008); y que se actualizan en el contexto del vínculo de la relación psicoterapéutica (Wolfenson, 2012).

## REFERENCIAS

1. Caeiro A, Poemas inconjuntos en Pessoa F. (1997). Antología poética. Madrid: Ed. Espasa Calpe
2. Gendlin E. (1962). Experiencing and the creation of meaning. A philosophical and psychological approach to the subjective. New York: Free Press of Glencoe
3. Gendlin E. (1966). Existentialism and experiential psychotherapy. En: C Moustakas (Ed.), *Existentialism child therapy*, pp. 206-246. New York: Basic Books
4. Gendlin E. (1969). Focusing. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Vol.6, n°1, pp. 4-15
5. Gendlin E. (1973). *Experiential Psychotherapy*. En: Corsini R. (ed.) *Current Psychotherapies*, 1st. Ed. Itasca, IL.: F.E. Peacock, pp. 317-352
6. Gendlin E. (1992). "The primacy of the body, not the primacy of perception: How the body know the situation and philosophy". [Extracto de las páginas 343-353]. *Man and World*, 25(3-4), 341-353. Traducción de Luis Robles Campos
7. Gendlin E. (1999). "El Focusing en Psicoterapia. Manual del método experiencial". Barcelona: Paidós
8. Gendlin E. (1999). "A New Model!". *Journal of Consciousness Studies*, 6(2-3), 232-237. Traducción de Luis Robles Campos
9. Gendlin E. (2000). "The 'mind'/'body' problem and first person process: Three types of concepts". In R.D. Ellis & N. Newton (Eds.), *Advances in consciousness research: Vol. 16. The caldron of onsciousness: Motivation, affect and self-organization – An anthology*. pp. 109-118. Ámsterdam/Philadelphia: John Benjamins. Traducción de Luis Robles Campos
10. Gendlin E. (2003). "Beyond Postmodernism: From concepts to experience". En: Roger Frie (Ed.) "Understanding Experience: Psychotherapy and Postmodernism" pp. 100-115. Routledge. Traducción de Luis Robles Campos
11. Moya M. (2009). *Poesía completa de Alberto Caeiro*. Barcelona: DVD Ediciones
12. Merleau-Ponty M. (1964). *L'oeil et l'esprit*. Paris: Gallimard
13. Lourenco E. (2006). *Pessoa Revisitado*. Valencia: Pre-Textos
14. Sassenfeld A. (2008). *Una concepción contemporánea de la dimensión no-verbal: Lenguaje corporal, comunicación afectiva e interacción implícita*. Manuscrito inédito
15. Soberó F. (2006). Nietzsche, Borges y Caeiro Lenguaje y poesía. *Espéculo*, 32. Rev. de estudios literarios. Universidad Complutense de Madrid
16. Wolfenson A. El paradigma Experiencial a propósito del problema mente-cuerpo. *Rev GPU* 2012; 8; 4: 453-456

## PRÁCTICA CLÍNICA

# EVALUACIÓN Y MANEJO DE PACIENTES CON SÍNTOMAS FÍSICOS SIN EXPLICACIÓN MÉDICA: ACEPTAR EL SUFRIMIENTO Y SUPERAR LA FRUSTRACIÓN

(Rev GPU 2014; 10; 4: 451-457)

Angélica Vargas<sup>1</sup> y Maritza Bocić<sup>2</sup>

Los síntomas físicos sin explicación médica a menudo son atribuidos a patologías de salud mental puesto que carecen de correlato fisiopatológico evidenciable en los estudios de rutina. Estos síntomas son causa de malestar e importante motivo de consulta en atención primaria, donde los médicos perciben una falta de herramientas prácticas para su manejo. En esta revisión se plantean estrategias generales, reforzando la idoneidad del médico general para la ayuda y acompañamiento de estos pacientes. Se concluye que el enfermar constituye un fenómeno complejo; su abordaje exige abandonar la separación artificial de los mecanismos psicológicos y físicos detrás de las quejas del paciente. Sugerimos que en vez de enfocarnos en el “¿por qué?” nos enfoquemos en cómo el paciente experimenta y se relaciona con sus síntomas, con el fin de ofrecer un manejo más humano y efectivo.

## INTRODUCCIÓN

Antes de hablar de síntomas físicos y explicación médica y salud mental es necesario establecer un acuerdo respecto a qué corresponde este último concepto; esta es definida por la OMS como una parte indivisible de la salud y los fundamentos para el bienestar, se refiere a la capacidad de adaptarse a cambios, enfrentar crisis, establecer relaciones significativas con

otros miembros de la comunidad y encontrar sentido a la vida (1). Aparece entonces la salud mental como una interacción estrecha del individuo (su biología, su historia y sus expectativas) con su contexto social, económico y político, tal y como propuso Engel en su modelo biopsicosocial de la salud (2).

Esto contrasta con la visión que existe de la enfermedad como producto de una lesión anatómica, como una disfunción o como efecto de un agente externo

<sup>1</sup> Interna de Séptimo año Universidad de Los Andes, Santiago de Chile [alvargas@miuandes.cl](mailto:alvargas@miuandes.cl)

<sup>2</sup> Médico Psiquiatra, Docente Escuela de Medicina Facultad de Ciencias Médicas Usach. [dra.maritzabocić@gmail.com](mailto:dra.maritzabocić@gmail.com)

(microbio o veneno). Se reduce entonces la complejidad del mundo a interacciones de neurotransmisores y receptores que explican el origen del dolor, dejando al sufrimiento psíquico fuera de cualquier evaluación (3). Respecto a lo anterior Manuel Desviat en su artículo “El error de Descartes” (4) resalta la incompreensión que existe en la práctica clínica de las repercusiones psicológicas que ocasionan enfermedades del cuerpo y la ignorancia de la patología orgánica que puede ocasionar conflictos psíquicos.

Sin embargo, estas asociaciones son claras y se encuentran plasmadas en las cifras publicadas en la literatura; estudios internacionales evidencian una prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados del 17 al 35% y de un alto nivel de ansiedad en el 27,5% (5, 6). Asimismo los portadores de cuadros psiquiátricos tienen estadías hospitalarias más largas (7) y consultan 1,5 a 2 veces más a los servicios médicos.

Las cifras chilenas también muestran esta asociación, encontrándose entre un 36,3% y un 62,2% (8-10) de comorbilidad psiquiátrica en Servicios de Medicina Interna. Asimismo, en un estudio realizado en el Hospital Barros Luco, se encontró que alrededor de un 13% de las interconsultas a psiquiatría corresponden a pacientes sin patología psiquiátrica o con patología ligada al estrés producido por la enfermedad o la hospitalización (7, 11).

Considerando esto, cabe explorar también cuál es el rol de los usuarios de los servicios de salud en la disociación antes expuesta. Según Galende (12), el individuo hoy presenta serias dificultades con la representación de la palabra, configurándose un pensamiento operatorio que impide la reflexión respecto a sus vivencias y la relación de estas con su historia personal. Así, la persona externaliza sus experiencias negativas negando su responsabilidad en el propio malestar. En este escenario, expone Moya (13), el usuario se presenta en la consulta médica como un cliente en un supermercado, donde mira, compara y elige un tratamiento conveniente, que le permite curar este malestar del cual es víctima.

En este contexto, la interacción entre la oferta del sistema de salud y los requerimientos de los usuarios ha evolucionado hacia la consolidación de un modelo que reduce la búsqueda del individuo del bienestar, anulando las molestias provocadas por la frustración propia de vivir, a un conjunto de síntomas que configuran entidades diagnósticas y para las cuales debe existir un tratamiento ¿Pero qué ocurre cuando el malestar no puede ser clasificado, o cuando la ciencia médica no es capaz de eliminarlo?

Es en este territorio gris donde se encuentran los llamados síntomas sin explicación médica, es decir, los síntomas físicos que llevan al paciente a consultar a los servicios de salud y que luego de una evaluación clínica apropiada no pueden ser atribuidos a causa orgánica (14). Al verse frente a un paciente polisintomático y multiconsultante, el médico intenta determinar si estos síntomas físicos tan variados como pertinaces se originan en un malestar psíquico que no se sabe manifestar como tal (que pertenece al ámbito de la “salud mental”), o si la enfermedad es realmente somática, lo cual es conflictivo también para el paciente. Entonces, la relevancia del conocimiento de este tema por el médico general radica en la importante carga de trabajo que representan estos pacientes en la práctica clínica, y la percepción de carencia de herramientas para su manejo (15-17).

### ¿SOMATIZACIÓN, SÍNTOMAS SIN EXPLICACIÓN MÉDICA O TRASTORNOS CON SÍNTOMAS SOMÁTICOS?

Hoy el DSM-5 ha eliminado la categoría de síndromes somatomorfos y no utiliza el término “somatización”. En su lugar se crea la categoría “Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados”, la cual incluye a entidades diagnósticas que comparten una característica común: “la prominencia de síntomas somáticos asociados a distrés y discapacidad significativos” (18).

El diagnóstico más importante en esta categoría es el de “trastorno de síntomas somáticos” caracterizado por la presencia de síntomas físicos asociados a pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales ante estos síntomas; y no menciona la ausencia de explicación médica requerida para el diagnóstico del antiguo trastorno de somatización.

Esto, pues resulta muy difícil afirmar con seguridad que los síntomas referidos no tienen una explicación médica y que corresponden a una expresión de conflictos psíquicos; se corre el riesgo de tildar al enfermo de “somatizador” sin acogerlo y realizar los estudios médicos necesarios.

¿Quiénes son los llamados “somatizadores”?

Son personas que pueden estar médicamente enfermas, pero el estadio inicial de su enfermedad no permite pesquisarla, o las técnicas disponibles son aún insuficientes para diagnosticarla.

Por otro lado, puede existir somatización en casos de evidente enfermedad orgánica, coexistiendo con ella, como es el caso de las presentaciones de pseudocrisis en pacientes con diagnóstico de epilepsia (19).

Otros pacientes pudieran estar expresando algún grado de estrés emocional mediante molestias físicas, sin llegar a presentar una enfermedad psiquiátrica. Y finalmente están aquellos pacientes que tienen un desorden psiquiátrico que se disfraza de somatización.

Las personas que presentan estos síntomas tienen características heterogéneas sin un claro predominio

Dentro de los diagnósticos diferenciales para el trastorno de síntomas somáticos está la fibromialgia, la cual es considerada una patología médica desde 1990 por el Colegio Americano de Reumatología (20).

Se sabe que factores psicosociales tienen influencia en el comienzo y evolución de los síntomas físicos (21), sin embargo, la etiología y fisiopatología de la fibromialgia aún no han sido aclaradas completamente, por lo que se sostiene como un constructo clínico sin test diagnósticos ni confirmatorios (22). En los últimos años se han realizado múltiples investigaciones para desarrollar tratamientos efectivos, pero por muchos años los pacientes con este diagnóstico fueron tildados de somatizadores, o portadores de un padecimiento "inexistente".

## LA FIBROMIALGIA

La fibromialgia es un síndrome caracterizado principalmente por fatiga, dolor, trastornos del sueño y manifestaciones afectivas (23), de curso crónico, que afecta a alrededor del 2% de los estadounidenses (24). Surge como entidad nosológica en los últimos 20 años, siendo hoy una de las causas más frecuentes de dolor muscular generalizado.

## PATOGÉNESIS

La fibromialgia es considerada un desorden de la regulación del dolor a nivel central, pero su fisiopatología específica aún no ha sido dilucidada (25). Múltiples estudios han fallado en localizar anomalías musculares histológicas o bioquímicas significativas (26, 27), pero se sabe que existe agregación familiar (28) y se han encontrado diversas alteraciones en pruebas funcionales que podrían orientar respecto a los mecanismos implicados.

Dentro de los hallazgos más destacables están los relativos a alteraciones en el procesamiento del dolor (29), como la disminución del umbral perceptivo y el aumento significativo de este ante la estimulación repetida o en áreas aumentadas (30). Este hallazgo es congruente con las diferencias en la activación de las áreas sensibles al dolor en neuroimágenes funcionales (31-33). Asimismo, se han identificado factores

cognitivos y afectivos asociados a esta entidad, los cuales también influyen en la percepción del dolor a nivel del sistema nervioso central.

En cuanto a las alteraciones del sueño, se ha evidenciado un patrón de ondas alfa fásicas como característico de los pacientes con fibromialgia; estos patrones alternantes han sido relacionados con la severidad de los síntomas (34).

También se ha postulado la implicancia de vías metabólicas de la serotonina y/o las catecolaminas (35), debido a la buena respuesta a fármacos antidepresivos que presentan algunos pacientes. Otros estudios han constatado anomalías en el eje hipotálamo-hipófisis, así como también diversas alteraciones inespecíficas del sistema inmune, puntos gatillo dolorosos miofasciales y ligamentosos, neuropatía periférica de fibras pequeñas y cambios metabólicos en el tejido muscular. Así como también se ha visto asociación de fibromialgia y acontecimientos vitales desfavorables, trastornos ansiosos y del ánimo y la tendencia a la somatización.

Esta multicausalidad y la escasa respuesta que estos pacientes presentan a los esfuerzos terapéuticos provoca en el médico una sensación de frustración al intentar dar sentido y paliar un sufrimiento tan resistente, lo que encierra una gran dificultad en la relación terapéutica (36).

## ¿EXISTE LA FIBROMIALGIA?

Este cuestionamiento está muy vigente. Cabe mencionar, por ejemplo, que en el CIE-10 la neurastenia se encuentra clasificada como "Otros trastornos neuróticos". Respecto a este hecho, María Dieguez en su artículo "Enfermedad identidad y fibromialgia" (37), dice: "es como si el empeño en delimitar el territorio entre lo orgánico y lo psicológico fuera un signo de los tiempos actuales donde lo que no viene acompañado de 'evidencia científica' no existe y que los enfermos corren el riesgo de resultar invisibles o de ser tomados como inventores o simuladores".

Lo cierto es que no existe un tratamiento eficaz para el manejo del dolor; la psicoterapia, antidepresivos y analgésicos son los más estudiados y solo dan alivio a algunos de los síntomas.

## CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE ENFERMO

El síntoma corresponde fundamentalmente a una vivencia del paciente, cuyo origen puede o no ser una alteración anatómica o funcional demostrable por la ciencia médica actual. Ante la falla en demostrar organicidad se tiende a aceptar explicaciones psicológicas,

apoyándose en la asociación que existe entre fibromialgia y trastornos emocionales. Este razonamiento se desprende de la visión de que las enfermedades o molestias pueden tener origen en el cuerpo o en la psiquis, sin posibilidad de una etiología compartida, o con influencias mutuas.

Así, el paciente con fibromialgia busca validar su padecimiento comenzando un círculo de búsqueda y reatribución de síntomas que confirmen y sostengan en el tiempo su rol de enfermo. Dieguez se refiere a la teoría de Bowlby postulando que desde un apego ansioso, estas personas buscan ser cuidadas, encontrándose con el rechazo (e incluso el maltrato) por parte del personal de salud, lo que solo aumenta su demanda por atención. Así es como la persona termina por construir su identidad como alguien que sufre y que debe ser salvado, validado por un sistema que no está preparado para atender enfermedades cuya existencia no puede ser demostrada mediante pruebas.

## ¿QUÉ PUEDE HACER EL MÉDICO GENERAL?

Debido a que estos pacientes son grandes usuarios de los dispositivos de atención primaria, son los médicos que allí trabajan los encargados de recibirlos y tratarlos. Esta tarea puede ser bastante frustrante, generando la solicitud de estudios diagnósticos demasiado complejos y caros, tratamientos potencialmente iatrogénicos o, peor aún, negligencia y maltrato.

Para evitar estas actitudes es necesario tener en cuenta ciertos principios generales (38) que permitan evaluar y abordar las necesidades del paciente.

### 1. Primera consulta, acercamiento inicial

La anamnesis debe ser completa y minuciosa; es necesario acoger las molestias del paciente, generando una relación de respeto y confianza. Por esto, se aconseja evitar atribuir todas las molestias a causas psíquicas o decir que “está todo en su cabeza”.

El examen físico debe ser detallado, sistemático y guiado por la anamnesis (39). El diagnóstico sindromático debe ser construido alrededor del hallazgo más relevante, y este debe ser el eje de la exploración etiológica. Al plantear la hipótesis diagnóstica “Pensar siempre en lo frecuente, sin olvidar lo raro” (39).

### 2. Estudios complementarios

Estos deben limitarse a aquellos relacionados con el cuadro clínico, a aquellos que sepamos interpretar y siguiendo una secuencia lógica de complejidad (39).

La incerteza del diagnóstico puede conducir a la indicación de exámenes costosos e innecesarios que a menudo solo aumentan la frustración, tanto del paciente como del médico (40). A esto se refiere Sadler (un psiquiatra que ha escrito sobre el tema de los diagnósticos psiquiátricos) cuando plantea que un buen diagnóstico es aquel que es clínicamente útil (41).

Entonces, recordar mantenerse centrado en el paciente y no centrado en el diagnóstico.

### 3. Interconsultas

Las interconsultas deben limitarse a las necesarias, consignando los datos clínicos que sean apropiados. Muchos médicos creen que la búsqueda de una “segunda opinión” es menos dañina que el sobre-estudio, sin embargo se corre el riesgo de caer en una “colusión del anonimato”, concepto descrito por Balint en los años 50 (42), que consiste en un espiral de referencias y contra-referencias, donde ningún médico asume la responsabilidad por el paciente como persona.

### 4. Evitar las etiquetas: validar al paciente

Aceptar el sufrimiento de quien nos pide ayuda implica respetar su dignidad y es el primer paso para poder ayudarlo. Al obtener los resultados de los exámenes, se debe informar al paciente que los sistemas estudiados no muestran alteraciones, pero que eso no quita validez a sus síntomas. Esto evita que el paciente se sienta abandonado (43), despojado por el médico de un significado para sus síntomas (44) o “sin permiso para estar enfermo” (45) como muchos estudios muestran.

Muchas veces hemos escuchado a algún clínico decir: “Si los estudios están normales, debe ser psiquiátrico”; esto, pues se suele recurrir al diagnóstico psiquiátrico para obtener un nombre y posible cura al padecimiento del paciente; recordar que el poner etiquetas erróneas expone a las personas a la estigmatización (40).

### 5. Tratamiento: tomar responsabilidad

Previo al inicio de medidas terapéuticas, debe haber un claro acuerdo respecto a las metas del tratamiento; estas deben ser precisas, realistas e involucrar la participación activa del paciente mediante comportamientos observables (rutinas de ejercicios, programas de rehabilitación laboral, talleres, etc.). En general, se busca restablecer la funcionalidad y la reintegración de la persona a sus actividades habituales (38) más que eliminar completamente los síntomas.

Es importante que el tratante acepte la responsabilidad de coordinar el cuidado del paciente, lo que puede ser difícil, por lo que podría ser útil comunicar el caso a otros médicos o miembros del equipo de salud, que pudieran contribuir al tratamiento o ayudar al tratante a expresar sus preocupaciones y frustraciones. Es muy importante reconocer la contratransferencia.

## 6. Medidas específicas

**Farmacoterapia:** Un meta-análisis de 94 estudios controlados mostró la efectividad de los antidepresivos en el manejo de síntomas sin explicación médica (46) (NNT 3). Los antidepresivos tricíclicos tienen una eficacia más estudiada, pero los ISRS han sido utilizados con éxito y son una buena alternativa por sus menores efectos adversos. Para el manejo del dolor los antidepresivos más efectivos son aquellos que actúan sobre los receptores noradrenérgicos y serotoninérgicos, como los duales y tricíclicos (47-50).

**Psicoterapia:** La terapia cognitivo-conductual tiene una efectividad probada en el manejo de estos síntomas (51, 52).

Los estudios muestran que ocho sesiones de terapia tienen un efecto que perdura hasta por 24 meses (53, 54); en general los síntomas físicos tienen una respuesta más rápida que el malestar psicológico y la funcionalidad. El objetivo de la terapia es que el paciente reexamine sus creencias y expectativas en salud, para lograr salir del rol de enfermo y mejorar su funcionalidad.

En general, el manejo inicial de los síntomas psicológicos debe hacerse a la par con los físicos, ya que la derivación a psicoterapia es apropiada cuando el paciente reconoce su necesidad, y se establece un mutuo acuerdo para ello.

## 7. Seguimiento

Este es fundamental, por lo que se recomienda citar al paciente en forma regular. Esto busca reducir el estrés que generan las consultas motivadas por síntomas (55).

### *Estado emocional, contexto social y salud física*

Para el quehacer médico es útil recordar que lo que lleva a las personas a consultar no es el síntoma, sino lo que piensa respecto al síntoma (56).

Múltiples estudios han demostrado que estados de ánimo negativos tienen una gran incidencia en la forma en la que se perciben y se viven los síntomas físicos (57). Incluso, investigadores como Pennebaker han

evidenciado que la expresión de eventos traumáticos puede contribuir, por ejemplo, al desarrollo de anticuerpos posvacuna para hepatitis B y al tratamiento de enfermedades inmunológicas (58-60).

A esto se agrega el concepto de “modelo explicativo” de la enfermedad, planteado por Kleinman; este se refiere a los múltiples significados que las personas dan a sus síntomas, combinando sus experiencias pasadas con ideas propias y culturales, conformando el constructo social del “estar enfermo” (61).

## CONCLUSIONES

El “enfermar” es un proceso dinámico e individual, lo que a veces dificulta o hace imposible lograr una clasificación diagnóstica.

El rol del médico no es, entonces, decidir si el paciente está o no enfermo, sino acoger, explorar sus expectativas y ayudarlo a dar un sentido a sus síntomas, como una parte legítima de su percepción del mundo y de su propio cuerpo.

Asimismo, nos desafía a dejar de lado la explicación dualística del cuerpo y la mente, comprendiendo que la dicotomía de lo psicogénico versus lo somatogénico es artificial y, por sobre todo, poco beneficiosa para nuestros pacientes.

Finalmente, la capacitación del médico general, especialmente de aquellos que ejercen en la red de atención primaria, es fundamental, ya que ellos tienen la oportunidad de evaluar al paciente en el contexto de su comunidad, adquiriendo así una perspectiva biopsicosocial, muchas veces inaccesible para el especialista.

## REFERENCIAS

1. WHO | Mental health: a state of well-being [Internet]. WHO. [citado 2 de junio de 2014]. Recuperado a partir de: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)
2. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 8 de abril de 1977; 196(4286): 129-36
3. López-Ibor JJ, Ortiz T, López-Ibor MI. Perception, experience and body identity. *Actas Esp Psiquiatr* 2011; 39 Suppl 3: 3-118
4. Desviat, Manuel. El error de Descartes. *Atopos* 2013; 14
5. Diefenbacher A. Implementation of a psychiatric consultation service: a single-site observational study over a 1-year-period. *Psychosomatics* 2001; 42(5): 404-10
6. Lyne J, Hill M, Burke P, Ryan M. Audit of an inpatient liaison psychiatry consultation service. *Int J Health Care Qual Assur* 2009; 22(3): 278-88
7. Li Y, Gance LG, Cai X, Mukamel DB. Mental illness and hospitalization for ambulatory care sensitive medical conditions. *Med Care* 2008; 46(12): 1249-56
8. Florenzano Urzúa R. Interconsultas psiquiátricas en un hospital general. *Rev Méd Chile* 1981; 109(7): 661-7
9. Tapia Ilabaca P, Ibáñez M, Gloria C, Koppmann Attoni A. Morbilidad psiquiátrica en un hospital general. *Rev Psiquiatr Clín Santiago Chile* 1994; 31(2): 99-107

10. Hernández G G, Ibáñez H C, Kimelman J M, Orellana V G, Montino R O, Núñez M C. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de Santiago de Chile. *Rev Médica Chile* 2001; 129(11): 1279-88
11. Hernández G G, Gallardo-Zurita P, Sepúlveda J R, Morales de Sé-tien G P. Psiquiatría de enlace en servicios médico-quirúrgicos de dos hospitales de Santiago. *Rev Médica Chile* 2004; 132(6): 725-32
12. Galende E. De un horizonte incierto: psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.; 1997. 356 p
13. Moya i Ollé J. La salud mental en el siglo XXI. Una reflexión sobre el porvenir del malestar psíquico en el marco de las transformaciones sociales. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 1999; 19(72): 693-702
14. Van der Weijden T, Van Velsen M, Dinant G-J, Van Hasselt CM, Grol R. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak* 2003; 23(3): 226-31
15. Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms-GPs' attitudes towards their cause and management. *Fam Pract* 2001; 18(5): 519-23
16. Van Bokhoven MA, Koch H, Van der Weijden T, Weekers-Muyres AHM, Bindels PJE, Grol RPTM, *et al.* The effect of watchful waiting compared to immediate test ordering instructions on general practitioners' blood test ordering behaviour for patients with unexplained complaints; a randomized clinical trial (IS-RCTN55755886). *Implement Sci IS* 2012; 7: 29
17. Van Bokhoven MA, Koch H, Van der Weijden T, Grol RPTM, Kester AD, Rinkens PELM, *et al.* Influence of watchful waiting on satisfaction and anxiety among patients seeking care for unexplained complaints. *Ann Fam Med* 2009; 7(2): 112-20
18. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. 5 edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2013. 991 p
19. Alvarado L, Banderas J. Pseudocrisis y epilepsia: una contribución al estudio del problema. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2002; 40(1): 67-75
20. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, *et al.* The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33(2): 160-72
21. Häuser W, Henningsen P. Fibromyalgia syndrome: A somatoform disorder? *Eur J Pain Lond Engl* 2014;
22. Fitzcharles M-A, Ste-Marie PA, Pereira JX, Canadian Fibromyalgia Guidelines Committee. Fibromyalgia: evolving concepts over the past 2 decades. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicales Can* 2013; 185(13):E645-651
23. Bellato E, Marini E, Castoldi F, Barbasetti N, Mattei L, Bonasia DE, *et al.* Fibromyalgia Syndrome: Etiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. *Pain Res Treat [Internet]*. 2012 [citado 3 de junio de 2014]; 2012. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3503476/>
24. Vincent A, Benzo RP, Whipple MO, McAllister SJ, Erwin PJ, Saligan LN. Beyond pain in fibromyalgia: insights into the symptom of fatigue. *Arthritis Res Ther* 2013; 15(6): 221
25. Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Mease PJ. Chronic widespread pain: from peripheral to central evolution. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2011; 25(2): 133-9
26. Meeus M, Nijls J. Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Clin Rheumatol* 2007; 26(4): 465-73
27. Simms RW, Roy SH, Hrovat M, Anderson JJ, Skrinar G, LePoole SR, *et al.* Lack of association between fibromyalgia syndrome and abnormalities in muscle energy metabolism. *Arthritis Rheum* 1994; 37(6): 794-800
28. Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, Ware AE, Fritz DA, Auchenbach MB, *et al.* Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2004; 50(3): 944-52
29. Buskila D, Sarzi-Puttini P. Biology and therapy of fibromyalgia. Genetic aspects of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther* 2006; 8(5): 218
30. Staud R, Koo E, Robinson ME, Price DD. Spatial summation of mechanically evoked muscle pain and painful aftersensations in normal subjects and fibromyalgia patients. *Pain* 2007; 130(1-2): 177-87
31. Kwiatek R, Barnden L, Tedman R, Jarrett R, Chew J, Rowe C, *et al.* Regional cerebral blood flow in fibromyalgia: single-photon-emission computed tomography evidence of reduction in the pontine tegmentum and thalami. *Arthritis Rheum* 2000; 43(12): 2823-33
32. Emad Y, Ragab Y, Zeinoh F, El-Khouly G, Abou-Zeid A, Rasker JJ. Hippocampus dysfunction may explain symptoms of fibromyalgia syndrome. A study with single-voxel magnetic resonance spectroscopy. *J Rheumatol* 2008; 35(7): 1371-7
33. Lutz J, Jäger L, De Quervain D, Krauseneck T, Padberg F, Wichnalek M, *et al.* White and gray matter abnormalities in the brain of patients with fibromyalgia: a diffusion-tensor and volumetric imaging study. *Arthritis Rheum* 2008; 58(12): 3960-9
34. Rizzi M, Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Capsoni F, Andreoli A, Pecis M, *et al.* Cyclic alternating pattern: a new marker of sleep alteration in patients with fibromyalgia? *J Rheumatol* 2004; 31(6): 1193-9
35. Ablin JN, Bar-Shira A, Yaron M, Orr-Urtreger A. Candidate-gene approach in fibromyalgia syndrome: association analysis of the genes encoding substance P receptor, dopamine transporter and alpha1-antitrypsin. *Clin Exp Rheumatol* 2009; 27(5 Suppl 56):S33-38
36. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999; 354(9182): 936-9
37. María Dieguez Porres. Enfermedad, identidad y fibromialgia. Deconstruir el rol de enfermo: puerta de entrada a la subjetividad. *Atopos* 2000; 33-48
38. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 1999; 130(11): 910-21
39. José Díaz Novás, Bárbara Gallego Machado, Aracelys León González. El diagnóstico médico: bases y procedimientos. *Rev Cuba Med Integr [Internet]*. 20 de abril de 2006 [citado 13 de junio de 2014]; 22. Recuperado a partir de: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22\\_1\\_06/mgi07106.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi07106.htm)
40. Stone L. Reframing chaos—a qualitative study of GPs managing patients with medically unexplained symptoms. *Aust Fam Physician* 2013; 42(7): 501-2
41. RACGP - On botany and gardening - Diagnosis and uncertainty in the GP consultation [Internet]. [citado 11 de junio de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.racgp.org.au/afp/2012/october/on-botany-and-gardening/>
42. Balint M. The doctor, his patient, and the illness. International Universities Press; 1957. 376 p
43. Nettleton S, Watt I, O'Malley L, Duffey P. Understanding the narratives of people who live with medically unexplained illness. *Patient Educ Couns* 2005; 56(2): 205-10
44. Kirmayer LJ. Improvisation and authority in illness meaning. *Cult Med Psychiatry* 1994; 18(2): 183-214
45. Nettleton S. «I just want permission to be ill»: towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Soc Sci Med* 1982 2006; 62(5): 1167-78

46. O'Malley PG, Jackson JL, Santoro J, Tomkins G, Balden E, Kroenke K. Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. *J Fam Pract* 1999; 48(12): 980-90
47. Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Do antidepressants have an analgesic effect in psychogenic pain and somatoform pain disorder? A meta-analysis. *Psychosom Med* 1998; 60(4): 503-9
48. Fallon BA. Pharmacotherapy of somatoform disorders. *J Psychosom Res* 2004; 56(4): 455-60
49. Onghena P, Van Houdenhove B. Antidepressant-induced analgesia in chronic non-malignant pain: a meta-analysis of 39 placebo-controlled studies. *Pain* 1992; 49(2): 205-19
50. Pae C-U, Park M-H, Marks DM, Han C, Patkar AA, Masand PS. Desvenlafaxine, a serotonin-norepinephrine uptake inhibitor for major depressive disorder, neuropathic pain and the vasomotor symptoms associated with menopause. *Curr Opin Investig Drugs Lond Engl* 2000 2009; 10(1): 75-90
51. Thomson AB, Page LA. Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (4):CD006520
52. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007; 369(9565): 946-55
53. Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom* 2000; 69(4): 205-15
54. Moreno S, Gili M, Magallón R, Bauzá N, Roca M, Del Hoyo YL, *et al.* Effectiveness of group versus individual cognitive-behavioral therapy in patients with abridged somatization disorder: a randomized controlled trial. *Psychosom Med* 2013; 75(6): 600-8
55. Levenson JL. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine*. 1 edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2004. 1120 p
56. Nunes J, Ventura T, Encarnacao R, Pinto PR, Santos I. What do patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS) think? A qualitative study. *Ment Health Fam Med* 2013; 10(2): 67-79
57. Influencia del Estado Emocional en la Salud Física. *Terapia Psicológica* [Internet]. [citado 13 de junio de 2014]. Recuperado a partir de: <http://teps.cl/2003/influencia-del-estado-emocional-en-la-salud-fisica>
58. Petrie KJ, Booth RJ, Pennebaker JW, Davison KP, Thomas MG. Disclosure of trauma and immune response to a hepatitis B vaccination program. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63(5): 787-92
59. Paradisi A, Abeni D, Finore E, Di Pietro C, Sampogna F, Mazzanti C, *et al.* Effect of written emotional disclosure interventions in persons with psoriasis undergoing narrow band ultraviolet B phototherapy. *Eur J Dermatol EJD* 2010; 20(5): 599-605
60. Frattaroli J. Experimental disclosure and its moderators: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2006; 132(6): 823-65
61. Bhui K, Bhugra D. Explanatory models for mental distress: implications for clinical practice and research. *Br J Psychiatry* 2002; 181(1): 6-7

## PRÁCTICA CLÍNICA

# PERSONAS TRANSEXUALES Y DISCURSOS ACERCA DE LO TRANS: DESAFÍOS A LA CLÍNICA PSICOLÓGICA

(Rev GPU 2014; 10; 4: 458-467)

Cristián Bosco, Tomás Cano, Tomás Ojeda y Jacqueline Serra<sup>1</sup>

**El siguiente trabajo realiza una reflexión acerca del trabajo en la clínica psicológica con personas transexuales. La pregunta central es: ¿cuál es el impacto que tienen los discursos acerca de lo transexual sobre los principios que orientan la clínica de personas transexuales? Esta reflexión se hará a partir de la vivencia transexual experimentada por un paciente, presentada en un caso clínico, la que se pondrá en diálogo con las distintas aproximaciones teóricas a la temática transexual. Dentro de estos abordajes teóricos se hará una focalización en dos grandes grupos, los que tienen que ver con el discurso médico acerca de la realidad transexual –como el descrito por Harry Benjamin– y los que tienen que ver con el discurso reivindicatorio de los derechos de las minorías sexuales –emparentados con las teorías feministas, trans y queer–. La línea de reflexión nos lleva a pensar, primeramente, en una aproximación al paciente transexual como un caso particular atravesado por una multiplicidad de factores encarnados históricamente, y no solo definido en su identidad a partir del “ser” transexual. Secundariamente, pensamos que la tendencia de concebir la transexualidad como fenómeno unitario limita a las personas transexuales en sus posibilidades de subjetivación.**

## INTRODUCCIÓN

Las movilizaciones sociales y sus múltiples expresiones han explicitado parte del malestar social que ha convocado a miles de personas. De manera particular, nos interesan las demandas que han articulado las

distintas organizaciones civiles que, en Chile, luchan por los derechos de la diversidad sexual, en específico, los que refieren a las personas transexuales.

A partir de este contexto, creemos relevante reflexionar sobre las maneras en que aparece la cuestión transexual, tanto en el discurso que articulan las

<sup>1</sup> Cristián Bosco Ralph: Psicólogo clínico, docente y supervisor de práctica clínica Universidad del Pacífico. cristianbosco@gmail.com;  
Tomás Cano Christiny: Psicólogo clínico en PRM fundación COANIL. tomascanoch@gmail.com;  
Tomás Ojeda Güemes: Psicólogo clínico. tiojeda@gmail.com;  
Jacqueline Karen Serra Undurraga: Psicóloga clínica, Mg © Psicología clínica adultos, Universidad de Chile. ps.karenserra@gmail.com.

agrupaciones que abogan por los derechos de las personas transexuales, en adelante, discurso reivindicatorio, como en el discurso médico.

En términos generales, ambos discursos se debaten en torno a cómo conceptualizar la vivencia de las personas transexuales. Para efectos de este trabajo se limitará la discusión a dos de sus modalidades discursivas, y a su impacto sobre la práctica clínica. Por una parte el discurso médico, que clasifica el relato de la persona como correspondiente con una etiqueta diagnóstica, a saber, la del Trastorno de identidad de género; por otra, el discurso reivindicatorio que aboga por la no patologización de la experiencia transexual.

Situar el problema en el nivel de los discursos permitirá ilustrar los efectos que ello tendría sobre las maneras en que la sociedad se relaciona con las personas transexuales. Una forma de ejemplificarlo sería pensar en aquellos que, adscribiendo a la no patologización de la experiencia transexual, comprenden que el relato de una persona trans no es el de quien padece una enfermedad. En caso que el relato fuese distinto, y la persona explicara su vivencia desde una determinada etiqueta diagnóstica, podríamos suponer que se produciría un desencuentro, ya que quienes adhieren al discurso reivindicatorio esperarían que la persona transexual no conceptualice su vivencia como patológica.

Estas dos modalidades discursivas apelan a una dimensión de lo universal que permitiría pensar que existe "LA" transexualidad como un fenómeno separado de las personas, y del cual se podrían esperar distintas conductas y rasgos que serían coherentes con los supuestos de uno u otro discurso. Esto, finalmente, impactaría sobre los distintos contextos en que dicha realidad aparece como relevante, entre los cuales destacarían el político, educativo y el de salud.

En contraste con lo anterior, este artículo busca cuestionar la premisa que circula como implícita en el párrafo precedente, a saber, que solo existirían dos maneras de ser transexual. Para ello presentaremos parte del trabajo psicoterapéutico realizado con una persona transexual. La situación concreta de esta persona sitúa como eje problemático la tensión que supone entender su experiencia dentro de los márgenes de sentido que ofrecen tanto el discurso médico como el reivindicatorio, sugiriéndose, con ello, que en el esfuerzo por comprenderse en la afirmación o negación de la patología, habría algo de su propia vivencia que queda fuera de los límites que ambos discursos pretenden acoger.

La referencia al caso y la vivencia particular sugieren preguntarse por el sujeto y los efectos de sujeción a contextos discursivos que pretenden hegemonizar las posibilidades de existencia de las personas

transexuales. Con todo, ¿cuál es el impacto que tienen los discursos acerca de lo transexual sobre los principios que orientan la clínica de personas transexuales?

La importancia que hoy tiene preguntarse sobre los discursos que atraviesan lo transexual responde, primeramente, a la necesidad de problematizar algunos supuestos de nuestro trabajo psicoterapéutico con personas trans, y los efectos de poder que se desprenden de toda práctica que pretenda suprimir las diferencias que singularizan la experiencia transexual. Dichos discursos sostienen una determinada mirada que, para el caso de Chile, incide concretamente sobre el lugar desde donde se ejecutan las políticas públicas que se ocupan de sus necesidades, muchas de las cuales se relacionan con el acceso a servicios de salud física y/o mental, destacando, en el último tiempo, el proyecto de ley de identidad de género que otorga, entre otras cosas, protección y reconocimiento legal a sus identidades.

En la actualidad sería posible sugerir que existen dos modelos explicativos del "problema" que instala la transexualidad (Polo y Olivares, 2010): por una parte, el modelo médico psiquiátrico comprende a la persona transexual como afectada por un determinado trastorno en su identidad de género, respondiendo desde esta premisa a la demanda de quienes desean acceder a una cirugía de re-asignación sexual o a un tratamiento hormonal. Por otro lado, y en veredas opuestas, se encuentran aquellos modelos comprensivos que relevan la dignidad de quienes se resisten a ser consideradas como personas enfermas y que sitúan la cuestión dentro del marco de los derechos humanos:

Ninguna persona será obligada a someterse a ninguna forma de tratamiento, procedimiento o exámenes médicos o psicológicos, ni a permanecer confinada en un centro médico, por motivo de su orientación sexual o identidad de género. Con independencia de cualquier clasificación que afirme lo contrario, la orientación sexual y la identidad de género de una persona no son, en sí mismas, condiciones médicas y no deberán ser tratadas, curadas o suprimidas (Principios de Yogyakarta, 2007).

Ambas posiciones, en apariencias irreconciliables, se encuentran en la "oferta" de discursos disponibles para el individuo que se descubre como persona transexual. Para el psicólogo clínico esto abre una interrogante significativa, en especial cuando a estos discursos les sobrevienen otros que se hacen escuchar desde lo singular de cada caso, y que se desmarcan de las pretensiones de verdad, poder y normalización de

los dos anteriores, pujando hacia nuevas valoraciones de la subjetividad transexual.

Las tensiones que hemos esbozado desafían a la clínica desde el punto de vista teórico, práctico y ético, interrogando nuestra posición como terapeutas, nuestra ineludible responsabilidad con el otro y su sujeción a un medio social normado.

Para efectos del análisis y discusión de este artículo creemos relevante introducir algunos conceptos que faciliten la comprensión del problema y que permitan situar en contexto el uso y sentido que le otorgaremos a los mismos. De manera especial, nos referiremos a los conceptos de sexo y género, transexualidad y discurso, aproximándonos a la cuestión desde el debate que instalan los estudios de género (Butler, 2007, Lamas, 2000, Irigaray, citada en Stone, 2006) y trans (Stryker y Whittle, 2006).

## SEXO Y GÉNERO: (DIS)CONTINUIDAD

### Naturaleza, esencialismo, biología

Una distinción que es importante hacer se relaciona con las tensiones que existen a nivel teórico respecto de la relación entre los conceptos sexo y género, apuntando hacia la noción del sujeto transexual como un sujeto evidentemente atravesado por estas categorías. Según Weeks (1998, citado en Amuchástegui y Rodríguez, 2005) las posturas que apoyan una visión esencialista de la sexualidad afirman que un hombre o una mujer se corresponde con aquello que expresa su sexo anatómico, siendo el sexo un aspecto determinante de las identidades sexuales y de género. Este esencialismo anclado en la biología y en la primacía de los genitales tendría sus raíces en el siglo XVI, momento en que el término “sexo” establecía la división de la humanidad en dos registros –el masculino y el femenino– bajo la lógica de la reproducción de la especie.

Stone (2006) realiza una lectura de los planteamientos de Lucy Irigaray y profundiza en una aproximación esencialista de esta última a los conceptos mencionados. Propone que la diferencia sexual sería natural ya que hay una esencia que facilita que el desarrollo curse de forma particular en un hombre y una mujer. Propone el concepto “multiplicidad natural” para dar cuenta de la dualidad sexual y multiplicidad de los cuerpos. Se apoya en la tradición filosófica naturalista y señala que la naturaleza está en un proceso de autodivisión en polaridades que continúa subdividiéndose, agregando que la cultura cumpliría el rol de permitir o no la manifestación de estas expresiones (Stone, 2006).

Las consecuencias sociales y políticas del avance de este tipo de modelos ha facilitado un marco de justificación ideológica para la desigualdad de género, la discriminación sexual y la violencia (Amuchástegui y Rodríguez, 2005). En respuesta a los planteamientos esencialistas, Lamas (2000) afirma que toda la investigación, reflexión y debate alrededor del género ha conducido progresivamente a sostener que las mujeres y los hombres no tienen esencias derivadas de la biología, sino que son construcciones simbólicas dependientes de un determinado código de lenguaje y representacional.

### Teorías de género, cuerpo e identidad

En contraposición a lo señalado anteriormente, estarían las posturas de quienes abogan por una discontinuidad entre las categorías de sexo y género. Tal es el caso de Judith Butler (2007), quien conceptualiza el género a partir de los significados culturales que refieren al cuerpo sexuado de un hombre y una mujer, agregando que la distinción sexo-género muestra, más bien, una discontinuidad radical entre cuerpos sexuados y géneros culturalmente contruidos. Siguiendo a la autora, el género sería el medio discursivo/cultural a través del cual la naturaleza sexuada o el sexo natural se forma y establece como prediscursivo, es decir, como superficie políticamente neutra sobre la cual termina actuando la cultura.

Butler (2007) critica la hipótesis de un sistema binario de géneros que sostenga una tal correspondencia entre las categorías sexo-género. A su juicio, aunque los sexos parezcan ser claramente binarios en su morfología y constitución, no hay motivos para creer que también los géneros seguirán siendo solo dos. Si el género es una construcción que cursa con independencia de su referencia unívoca a un determinado sexo, el género mismo pasa a ser un artificio ambiguo que supone pensar que los pares hombre y masculino pueden significar tanto un cuerpo de mujer como uno de hombre; mujer y femenino, tanto uno de hombre como uno de mujer. Por tanto, el cuerpo aparece como un medio pasivo sobre el cual se circunscriben los significados culturales asociados (Butler, 2007).

Lamas (2000) lleva la discusión al plano de la identidad, señalando que al ubicar la problemática identitaria en la cultura se derrumban, de paso, las concepciones biologicistas antes descritas. Tener identidad de mujer, posición psíquica de mujer, sentirse mujer y ser femenina, vale decir, asumir los atributos que la cultura asigna a las mujeres, no se explica, entonces, como un proceso natural e inherente al hecho de tener un determinado

cuerpo. Lo mismo ocurre con sus características psíquicas y/o rasgos de carácter: no existe, tampoco, una relación de exclusividad con un determinado sexo. En esta línea, Lamas (2000) se pregunta: ¿cómo viven la feminidad –mediada por el cuerpo– ciertos hombres que se sienten mujeres y que se comportan exhibiendo ciertos atributos femeninos; si carecen de la vivencia de los fenómenos que simbólicamente se asocian a la feminidad, como la sangre menstrual? ¿Establece eso una diferencia cualitativa con la vivencia de las mujeres?

## TRANSEXUALIDAD

### Sexo y divisiones

Lo descrito anteriormente permitirá revisar la evolución histórica del concepto transexualidad y las distinciones que el endocrinólogo Harry Benjamin (1966) propuso para aproximarse a la problemática trans, situando como eje de análisis la experiencia de discontinuidad entre las definiciones de sexo y género que, tradicionalmente, se han utilizado para clasificar los cuerpos de hombres y mujeres. Benjamin sugiere que existirían más de diez conceptos y manifestaciones del sexo que permiten explicar la experiencia subjetiva de aquellos que experimentaban cierta no correspondencia en los términos antes mencionados. Algunos de estos conceptos son: Sexo cromosómico (o genético); Sexo anatómico/morfológico; Sexo genital-gonadal; Sexo germinal y hormonal; Sexo legal; Sexo psicológico.

Respecto de este último, Benjamin señala que puede expresarse en oposición a los otros tipos de sexos, generando muchos problemas en aquellos pacientes que sienten que su mente y alma están atrapadas en un cuerpo equivocado. Un ejemplo claro de personalidades que presentan esta situación serían los transexuales. En estos casos, el sexo psicológico determina el sexo social que sigue al sexo asignado al momento de nacer y que depende de la crianza, ambos basados en el sexo anatómico y legal.

### Origen del término “transexualismo”

Harry Benjamin desarrolla el concepto transexualidad que el médico David Cauldwell (citado en Polo y Olivares, 2010) utilizó primeramente el año 1950, esforzándose por distinguir a las personas transexuales de los travestis. Benjamin (1966) propone que aquello que define a las personas que presentan el sexo dividido sería el deseo de pertenecer al otro sexo. Esto último producto de una sensación profunda de infelicidad en tanto miembros del sexo (o género) al que fueron asignados

en función de la estructura anatómica de sus cuerpos, particularmente sus genitales, situación que no se relacionaría con el hermafroditismo. En palabras del autor, los verdaderos transexuales sienten que pertenecen al otro sexo, desean ser y funcionar como miembros del sexo contrario, no solo parecer como tal, agregando que, para ellos, tanto sus órganos sexuales primarios como los secundarios son deformidades que deben ser transformadas a través de una cirugía plástica.

El deseo de cambio de sexo ha sido descrito antes que aparecieran los trabajos de Benjamin. Uno de los primeros en beneficiarse de esta intervención quirúrgica fue un fotógrafo americano conocido como George Jorgensen. Su deseo de cambio de sexo fue facilitado por un equipo de médicos fisiatras daneses, quienes permitieron llevar a cabo una intervención quirúrgica que lo transformó en Christine Jorgensen (Benjamin, 1966).

El caso de Christine Jorgensen fue publicado el año 1952. Harry Benjamin fue requerido para escribir un artículo sobre dicha experiencia de transformación quirúrgica, publicando su texto en la *Revista Internacional de Sexología* en agosto de 1953, utilizando, por primera vez, el término transexualismo (Benjamin, 1966).

### Usos del diagnóstico en la clasificación psiquiátrica internacional

La descripción inicial que realizó Harry Benjamin permitió articular un saber acerca de un nuevo tipo de patología que clasificó a aquellos que Foucault (2000) describió como anormales, ya sea por su desviación respecto a la norma o la transgresión de límites que la misma naturaleza imponía, situación que convocó a intervenir a la Psiquiatría en razón de un eventual peligro a evitar, constituyéndose como técnica de corrección y dispositivo disciplinario.

Las clasificaciones psiquiátricas internacionales desarrolladas en los manuales DSM y CIE optaron por ubicar a la transexualidad como diagnóstico en las denominaciones que dicen relación con los trastornos de tipo sexual e identitarios. Al respecto, resulta relevante mencionar que en 1980 apareció por primera vez el concepto transexualidad como diagnóstico, específicamente en la tercera edición del manual estadístico DSM (Polo y Olivares, 2010).

Años después, en la cuarta edición del DSM, se abandonó el término transexualidad y se utilizó el diagnóstico Trastorno de identidad de género, ampliando el espectro de sujetos incluidos en dicho cuadro bajo la lógica de que no sería necesario manifestar el deseo de transformación del cuerpo para ser rotulado como tal (Polo y Olivares, 2010).

El borrador de la quinta versión del manual DSM sustituyó el diagnóstico de Trastorno de identidad de género por el de Incongruencia de género, argumentándose para ello que el criterio diagnóstico central es el desajuste psicológico derivado de la incongruencia entre el género asignado a la persona tras su nacimiento, y la identidad de género que siente y manifiesta (Polo y Olivares, 2010).

## DISCURSOS SOBRE LA TRANSEXUALIDAD

### Discurso médico y discurso reivindicatorio

En términos generales, tanto el discurso médico como el reivindicatorio se articulan en torno a la (des)patologización de las expresiones sexuales no heterosexuales. Respecto a esto, tanto las agrupaciones que abogan por los derechos de la diversidad sexual como muchos organismos internacionales han situado la cuestión como materia de derechos humanos, garantizando su protección e interrogando el estatuto de patología que poseen las categorías orientación sexual e identidad de género (ONU, 2007; Polo y Olivares, 2010).

El movimiento reivindicatorio por la despatologización de la transexualidad tiene por objeto, entre otros, regular los requisitos necesarios para acceder al cambio de nombre de una persona en el Registro Civil en los casos en que dicha inscripción no se corresponda con su identidad de género, contemplando, también, la retirada del diagnóstico Trastorno de identidad de género de los manuales internacionales de clasificación diagnóstica, y el libre acceso a tratamientos hormonales y cirugías de reasignación sexual sin la mediación ni tutela de un médico o psicólogo clínico que diagnostique, previamente, la presencia de un trastorno en la identidad de género (Polo y Olivares, 2010).

## EL PODER DE LA PSIQUIATRÍA

En su revisión histórica del nacimiento de la Psiquiatría y de la conceptualización del término anormalidad, Foucault (2000) señaló que dicha disciplina, antes de constituirse como especialidad de la medicina, “se institucionalizó como dominio particular de la protección social, como higiene del cuerpo social en su totalidad” (p. 115), instituyéndose, así, como técnica de corrección y como elemento disciplinario.

Lo anterior supuso un giro en la organización epistemológica que la psiquiatría manejaba, ya que la locura comenzó a pensarse en términos de una perturbación entre los procesos voluntarios e involuntarios, interrogando, con ello, a los instintos y la sexualidad

humana. A partir de esto último, Foucault (2000) señaló que existiría una demanda política respecto a la Psiquiatría, que la hace intervenir proporcionando un discriminante psiquiátrico entre personas, grupos e ideologías. Dicho principio recae sobre el campo de la anomalía, el cual, a su vez, estaría atravesado por el problema de la sexualidad, específicamente los trastornos específicos de la anomalía sexual (Foucault).

## EL PODER DE LA PSICOLOGÍA: GOBIERNO Y SUBJETIVIDAD

Nikolas Rose (1998) profundiza en la obra de Foucault y se pregunta por el lugar de la Psicología –y las ciencias que utilizan el prefijo “psi”– en la organización y producción de subjetividades. En términos generales, Rose se aproxima a la palabra gobierno y las condiciones que posibilitan que determinados tipos de individuos se desarrollen e identifiquen con los ideales que las autoridades y el saber experto han definido como deseables.

En la medida en que el alma humana comenzó a ser objeto de la ciencia positiva, la subjetividad e intersubjetividad comenzaron a ser focos de gobierno. Para tales efectos fue necesario producir un conocimiento positivo acerca de los dominios que serán gobernados, articular un lenguaje que describa los objetos que serán administrados e inventar dispositivos que permitan inscribirlos dentro de una determinada lógica. Rose (1998) planteará que en cada una de estas dimensiones la psicología ocupará un lugar fundamental.

A propósito de lo anterior, Rose (1998) señala que lo psicológico ha jugado un rol clave en las tecnologías que producen al sujeto moderno como “self” de cierto tipo, superando el misterio que antaño apelaba a su carácter único e inefable, dando paso a un nuevo supuesto: conociendo al individuo, se puede predecir, cuantificar y manejar. Con todo, advierte que si es posible pensar a la psicología como tecnología, es decir, como medio para ejercer poder sobre los individuos, habría que atender a las consecuencias prácticas –y éticas– que supone la producción de nuevos modos de subjetivación, ya que, al mismo tiempo, genera nuevos modos de exclusión y nuevas prácticas para reformar a las personas excluidas.

## TEORÍAS TRANS

### Aportes desde la perspectiva narrativa y el trabajo con relatos autobiográficos

Whittle (2006) plantea que, junto a la producción teórica y clínica que han desarrollado las agrupaciones feministas, las teorías de género y los estudios sobre el sexo,

la articulación pública de un discurso acerca de lo trans (transexuales, transgéneros, entre otros) ha permitido enriquecer la discusión actual acerca del lugar de las identidades trans, facilitando material de tipo académico y experiencial que les ha permitido a muchas personas trans explicar de manera coherente su experiencia, habilitándola como genuina al margen de los discursos dominantes acerca de la transexualidad.

Bernise Hausman (citada en Stryker y Whittle, 2006) se pregunta por las producciones discursivas indicativas del establecimiento de un discurso oficial acerca de lo transexual, y sus efectos de regulación sobre las representaciones del sí mismo y los modos de subjetividad transexual que resultan posibles y legítimos. A propósito de esto último, se vale del estudio de "relatos autobiográficos de transexuales exitosos", señalando que estos relatos ayudan a instituir una cierta hegemonía discursiva en una comunidad particular, que supone la identificación de sus miembros con las modalidades de enunciación acerca de lo trans que se corresponden con aquellos que han logrado una exitosa transformación sexual. Con todo, el relato los autoriza como sujetos y los hace pertenecer a un grupo que comparte con ellos sus inquietudes, demandas y dificultades.

La pregunta por la historia oficial dice relación con aquellos relatos que coinciden con la descripción del cuadro, el Síndrome de Harry Benjamin. Si existe tal correspondencia, la experiencia trans sería posible gracias a la existencia de estos discursos autobiográficos: en la medida en que el relato de otros autoriza las propias identificaciones, la construcción de una identidad trans resulta posible y la demanda por la reasignación sexual se legitima (Hausman, 2006).

A partir de los relatos revisados, Hausman (2006) señala que existirían ciertas historias en tensión: la del sujeto como perteneciente a otro sexo, la de los métodos utilizados para hacer que el sujeto se represente a sí mismo como perteneciente al otro sexo y la que apela a la explicación etiológica de su sexualidad: en tanto desorden fisiológico (intersexualidad potencial) o como desorden del género (disforia).

Stone (1991, citada en Hausman, 2006) critica las la idea de "discurso oficial" acerca de lo trans y las producciones subjetivas que se desprenden a partir de los relatos autobiográficos. Señala que el sujeto trans ocupa una posición de no lugar, fuera de la oposición binaria del discurso de género. Por tanto, para un trans, generar un contradiscurso verdadero y efectivo supone hablar desde fuera de los límites del género y desafiar la paradoja que supone la demanda que se dirige hacia la medicina: operarse sería entrar en la lógica binaria

del género que su experiencia subjetiva viene a poner en cuestión (Hausman, 2006).

Con todo, Hausman (2006) concluye que los discursos autobiográficos podrían funcionar como posibilitadores de las representaciones del sí mismo que cada sujeto trans desee construir. Más que un relato auténtico acerca de lo transexual, o una idea subversiva sobre la sexualidad, lo que aparece sería, más bien, la idea de un sujeto transexual como subjetividad construida, fabricada.

## CASO CLÍNICO

Para efectos de la discusión y análisis de las preguntas que orientan el artículo, presentaremos un caso clínico:

Sebastián, 39 años, pertenece a un estrato social de clase media-alta y se relaciona en un círculo caracterizado por valores tradicionales y conservadores. Viene a consultar, por primera vez, debido a una crisis vital importante. Dice que tiene el síndrome de Harry Benjamin, ha leído muchos journals para saber qué le pasa. En su llamado telefónico expresa que ya no puede aguantar más, que este paso es un salto al vacío.

Le preocupa mucho ser prejudicado. Lee en la página web de la terapeuta un artículo donde habla del no-prejuicio hacia los pacientes, y eso lo anima a venir. Piensa que como la terapeuta es joven, puede tener menos prejuicios y tratarlo como persona particular, no como uno más de los casos transexuales. No quiere ser tratado como una persona más de la serie, por eso no va a un experto en atenciones de transexuales.

Sebastián toda su vida ha tratado de "ser un hombre": se metió al equipo de fútbol en el colegio, luego, en la adultez, se introduce en el mundo académico y de asuntos públicos logrando ser muy bueno en eso. Recalca la posición que ha alcanzado: "estoy en el 5% mejor". Tiene terror a ser catalogado de "freaky". Se considera convencional, quiere estar dentro de la media.

Sin embargo, según su relato, tiene esta enfermedad... "Si existiera una pastilla para quitarme esto, la tomaría sin pensarlo... pero no la hay." Resigna la esperanza de que esta sensación se vaya. Pero no sabe cómo afrontarlo sin perder lo que ha alcanzado. Tiene la idea de que si el resto lo supiera, lo tratarían de "freaky", no lo tomarían en cuenta para asuntos públicos y académicos como ahora. Piensa que su madre se moriría. Piensa que incluso estaría en riesgo su vida.

A Sebastián no le agradan los discursos reivindicatorios de algunas de las organizaciones de Chile. Declara que no está contento con su enfermedad, como él la denomina. No le agrada el tema del "orgullo gay" o de

“viva la diversidad”, para él es un problema. Se diferencia mucho de “las locas”. Se siente más identificado con el discurso médico, en el sentido de que le acomoda pensar que es una enfermedad, y ojalá con un sustrato biológico comprobable, para así poder explicárselo a las personas. Es difícil para él que no exista algo concreto al que adjudicar este trastorno. Si no existe eso, es como que fuera una idea de él, entonces no vale, mejor “no existir”.

Sebastián, en el transcurso de su psicoterapia, ha logrado aceptar que no va a dejar de ser transexual y ha comenzado a validar un poco más lo que le sucede. Ha conseguido comprender que tiene una parte de sí misma que ha dejado de lado para poder llevar una vida “normal”, y que esto le conlleva un sufrimiento diario, donde siente que “se disfraza”, que es “un personaje” y que su vida no es realmente su vida. Ha podido ir conectando su ambiente familiar de infancia con el modo de vivir su transexualidad: una familia donde no se sintió validado en sus emociones, donde el deber era lo más importante, “una educación para presidentes”, donde su particularidad era invisibilizada.

Actualmente, Sebastián ha logrado contarle lo que le pasa a varios amigos y a parte de su familia. Está muy aporreado con los pasos a seguir y no se siente capaz de lidiar con lo que se puede venir. Sin embargo, ha construido una red de apoyo significativa con sus amistades, donde puede hablar de lo que le pasa.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La vivencia de la transexualidad está cruzada necesariamente por una serie de variables que se desprenden de discursos que difieren epistemológica y políticamente entre sí. Por una parte, habría un modelo médico que, siguiendo a Foucault, tiene un propósito normativo de control del cuerpo, y se sostiene desde conceptos esencialistas que refuerzan una relación de continuidad entre las categorías de sexo y género (Foucault, 2009).

En línea con lo planteado por Judith Butler (2007), los géneros inteligibles son los que de alguna manera instauran y mantienen relaciones de coherencia y continuidad entre sexo, género, práctica sexual y deseo. Sin embargo, cuando el género se entiende como construcción y se teoriza como algo completamente independiente del sexo, el género mismo pasa a ser un artificio ambiguo. La “ambigüedad” solo surge cuando la pretensión de continuidad entre sexo y género se instala en referencia a un cuerpo discursivo hegemónico y normativizado. De otra forma, no lo conceptualizaríamos como ambiguo. En la experiencia del paciente que revisamos en el apartado anterior, lo que se describe

es su vivencia de sentirse inherentemente mujer. Sobre esto, para él no hay ambigüedad posible, aun cuando haya sido socializado en un contexto sociocultural particular que influyó sobre sus definiciones de los pares hombre-masculino y mujer-femenino.

Hay un aspecto más profundo, que se relaciona con el lugar que él ha intentado darle a la expresión de lo masculino –o bien lo femenino– en su propio vivir. En este sentido, la referencia al término *embodiment* nos parece atinente a la realidad del caso, ya que, con este, la subjetividad de un individuo se expresaría como un sentimiento corporeizado (Bourdieu, citado en Lamas, 2000). El concepto *embodiment* remite a la presencia concreta y material del cuerpo, a la par que su subjetividad sensorial. Según Bourdieu, lo determinante sería cómo se ha desarrollado el proceso de encarnación o *embodiment*, es decir, cómo se han organizado en el cuerpo de cada individuo, las prescripciones culturales que lo determinan (Lamas, 2000). La relevancia de este punto es que las personas no se identifican con este tipo de discursos en torno al cuerpo y los sistemas sexo-género mediante procesos meramente racionales, sino que lo hacen como parte de un proceso de encarnación en el cual lo que prima respecto de su vivencia subjetiva no es, necesariamente, una relación de tipo cognitivo.

En el caso descrito anteriormente, Sebastián evidencia concordancia con la definición que realiza Harry Benjamin (1966) sobre la transexualidad, quien define como verdaderos transexuales a aquellos que sienten que pertenecen al otro sexo, ya que desean ser y funcionar como miembros del sexo contrario, y no solo parecer como tal.

Esta visión esencialista parte concibiendo que el sexo biológico debe coincidir con el género, y que desear ser un “verdadero transexual” supone vivir según esta coherencia interna. De esta forma se dibuja para quien experimenta esta situación una sola salida admisible, la que se encuentra representada a través del acto de una operación de reasignación sexual que permitiría esta coherencia. Esto inhabilita otro tipo de vivencia, como las representadas por el movimiento queer y las teorías trans, en donde esta coherencia no es necesariamente deseada y condición de posibilidad para vivenciar la transexualidad. Con todo, pareciera que la descripción que propuso Harry Benjamin le entrega al individuo cierta certeza al concebir la problemática transexual como una enfermedad que se soluciona de una forma determinada.

En otro polo, los movimientos socioconstruccionistas –en sintonía con las teorías queer– se podrían pensar como intentos por resolver un problema que

no entrega una respuesta cerrada frente al problema que supone la transexualidad, lo que demandaría una respuesta de parte del sujeto trans para hacerse cargo del problema que supone el cómo vivirse. Sin embargo, también se podría concebir esta postura como una nueva forma de entregar certezas, facilitando la articulación de una respuesta que se caracterizaría por el vivirse libremente, cayendo en un discurso que podría calificarse como igualmente hegemónico que las pretensiones totalizantes del discurso médico.

Aplicando lo anterior al caso descrito, la propuesta planteada por el movimiento queer resultaría violenta para el sujeto ya que la vivenciaría como totalizadora, en el sentido que no acogería su forma particular de vivirse, a saber, desde una enfermedad que quisiera no tener. Sebastián no puede concebir la idea de haber decidido tener una vida así. Para él, si existiese una pastilla capaz de quitarle este vivenciar, se la tomaría inmediatamente y, de esta manera, “adiós terapia”. Entonces, claramente, resultaría violento e invasivo para él que un psicoterapeuta tratase de amoldarlo con el discurso queer.

En relación con la importancia del valor del discurso médico y la necesidad de ser operado para conseguir la concordancia entre sexo psicológico y sexo biológico, Hausman (2006) destaca lo importante que es para algunos sujetos transexuales convencer al personal médico de que su historia encaja con los criterios diagnósticos de los manuales estadísticos de enfermedades mentales, para así poder conseguir el tratamiento necesario. Una primera lectura de lo anterior permite entrever cierta manipulación estratégica del discurso médico-psiquiátrico por parte de algunos sujetos trans, quienes, al “hacer propios” los relatos aprendidos, obtienen la venia del personal médico que tiene el poder de autorizar o no la cirugía de reasignación sexual. Por lo tanto, podríamos desechar la idea de que esta identificación con el discurso médico psiquiátrico tiene como fin identificarse con un discurso cuya validez hegemónica les brinde un sentido de pertenencia y reconocimiento. La psicología, por su parte, operaría como garante de las clasificaciones diagnósticas designadas como más o menos válidas o sanas. De esta manera, las personas transexuales se ven claramente influidas por estas tecnologías aplicadas desde el discurso médico. La construcción de su subjetividad podría entenderse como anclada a estos discursos que designan lo que será un verdadero transexual (Rose, 1998).

La problemática esbozada anteriormente nos interpela como psicólogos en nuestra práctica clínica, a partir de la pregunta por el abordaje y atención clínica de un caso como el de Sebastián. Tal como se mencionó en la descripción de su situación, el paciente se mues-

tra preocupado ante la posibilidad de ser prejuiciado, ya que no quiere ser tratado como una persona más de la serie de transexuales que consultan por motivos parecidos a los que él manifiesta.

Postulamos como relevante que en la práctica clínica no se opere según clasificaciones que cierren o sujeten a la persona a ciertas categorías descriptivas y/o explicativas de la situación por la que consultan. Más bien proponemos que el terapeuta asuma que la persona que tiene al frente no es posible de abarcar desde los conceptos y la teoría.

La problemática anterior tiene como trasfondo la influencia cartesiana. Después de Descartes, la medicina ha operado –por lo general– haciendo una interpretación científica de la enfermedad. La medicina queda ubicada más bien en el área de la *res-extensa*: el cuerpo es concebido como una máquina y existe una despersonalización de la enfermedad, es decir, esta adquiere existencia fuera de las personas. Desde esta comprensión de la enfermedad, se concibe que hay causas específicas y soluciones determinadas asociadas directamente con esas causas (Miranda, 2013). Con todo, las ciencias naturales se erigen como una de las disciplinas de mayor validación, ya que trabaja con criterios de exactitud y objetividad. La psicología, por su parte, intentaría validarse como ciencia natural en su aproximación a la salud y enfermedad, siendo la figura del médico una sombra muy importante sobre la del psicólogo.

Esta postura se relaciona directamente con la diferenciación propuesta por Jung entre el modelo médico y el modelo de trabajo psicoterapéutico (2006 [1945]):

El presupuesto general de la medicina es que la exploración del paciente ha de concluir al diagnóstico de su enfermedad, en lo posible, y que al establecer el diagnóstico se ha tomado una decisión esencial de cara al pronóstico y a la terapia. La psicoterapia es una excepción llamativa de esta regla: el diagnóstico es en ella un asunto completamente irrelevante, pues con él no se gana nada de cara al pronóstico y la terapia, salvo dar un nombre más o menos afortunado a un estado neurótico. En claro contraste con el resto de la medicina, en el diagnóstico determinado puede llegar a tener como consecuencia cuasi lógica una terapia específica y un pronóstico relativamente seguro, el diagnóstico de una psiconeurosis significa a lo sumo que conviene llevar a cabo una terapia psicológica. Por cuanto respecta al pronóstico, es independiente del diagnóstico en un grado muy alto (Jung, 2006 [1945], pp. 88-89).

Retomando el caso, resulta interesante darse cuenta que el paciente está pidiendo esta certeza médica. Busca en los "journals"; quiere ser diagnosticado y que de ahí salga una dirección específica del tratamiento. En ese sentido se podría pensar a este paciente como un adherente al discurso médico, y efectivamente una parte importante de sí mismo lo asegura así. Sin embargo, tiene serias dificultades con la asunción de una posibilidad de respuesta. Por un lado, la descripción del síndrome de Harry Benjamin lo llevaría claramente hacia la operación, y eso pareciera ser lo que él quisiera. Pero no resulta tan simple: surge la angustia debido a que esa salida no es fácil de llevar, ya que hay otras partes importantes del paciente que temen concretar esa operación. Su identidad ha sido construida en función de su identificación con un determinado tipo de hombre, observándose en ello la existencia de lazos emocionales fuertes y primarios. El paciente ha orientado su vida desde un lugar donde se vincula con los demás a partir del ocultar una parte esencial de sí mismo, asociada a su lado vulnerable, débil, emocional y femenino. Esto último lo haría con la expectativa de cumplir con lo que se espera de él, concretando, en los hechos, el ideal paterno: una demanda de rectitud, altruismo, firmeza y coherencia.

El paciente no puede ser comprendido a partir de un solo aspecto de su vivencia, como es el ser transexual. El paciente es una persona que, como todos, vive inmerso en ciertos lazos afectivos que lo van constituyendo como sujeto, dentro de lo cual también se ve cruzado por la temática transexual, además de muchos otros temas que lo interpelan y lo van constituyendo.

Continuando con nuestra reflexión acerca de la clínica, podemos pensar que al acercamiento cartesiano se le opone uno de tipo fenomenológico-hermenéutico:

Así, la idea fenomenológica de la intersubjetividad surge como alternativa a la concepción del individuo como entidad aislada y separable de sus relaciones con el mundo y los demás. En este sentido, hace referencia a la irreductibilidad del hecho existencial de la relación del ser humano con otros seres humanos y explícita que el sujeto no puede existir y, de hecho, no existe con independencia de los otros —la existencia es, así, siempre co-existencia entre (inter-) sujetos (-subjetividad), con lo cual le es concebida una primacía ontológica a la dimensión interpersonal por sobre la dimensión personal e individual (Sassenfeld, s.f., p. 4).

De esta forma, pensar que se está haciendo una clasificación objetiva del otro como ente situado afuera de nosotros, sería no ser conscientes de que estamos siendo

parte de un proceso que es interaccional, donde el significado va emergiendo de acuerdo con esa relación, la cual está situada en un contexto particular. Esto resulta concordante con lo que describe Maurice Florence (1984), quien sería el mismo Foucault, pero con un seudónimo:

Los discursos de la enfermedad mental, la delincuencia o los de la sexualidad, no nos dicen qué es el sujeto excepto en el contexto de un juego de verdad muy particular. Pero estos juegos no se imponen al sujeto desde afuera, de acuerdo con una causalidad necesaria, o de acuerdo con determinantes estructurales: abren un campo de experiencias en el que el sujeto y el objeto se constituyen solo en ciertas condiciones simultáneas. Sin embargo, el sujeto y el objeto se modifican constantemente en su relación mutua y, por lo tanto, modifican el campo de la experiencia misma (p. 6).

La concepción enunciada sobre la psicoterapia nos parece aún más importante en el caso de los pacientes transexuales, debido a que, por lo general, tienden a ser objeto de prejuicios y estereotipos que terminan por anular su subjetividad. La instancia de la psicoterapia podría ser vista como una posibilidad de entrar en un marco de relación donde se dé la factibilidad de ser visto como un otro que no está aprehendido desde el principio, facilitando, de paso, el reconocimiento de su particular forma de existencia.

En este sentido, parece relevante referirnos al concepto de *Phronesis* que aporta Aristóteles, es decir, la capacidad del psicoterapeuta de acercarse a la persona desde la apertura a la novedad olvidando lo aprendido previamente. Esto podría ser similar al manejo que hace un pintor, que luego de saber todas las técnicas del arte, se para frente al lienzo en blanco y logra entrar en un diálogo creativo con él, más allá de lo previamente aprendido (Sassenfeld, 2013).

El gran factor curativo de la psicoterapia es la personalidad del médico, que no está dada *a priori*, sino que representa una gran prestación, no un esquema doctrinario. Las teorías son inevitables, pero no pasan de ser herramientas. Cuando hacemos de una teoría un dogma, estamos intentando ahogar una duda interior. Hacen falta muchos puntos de vista teóricos para crear una imagen aproximada de la diversidad anímica. Por eso, es completamente absurdo reprochar a la psicoterapia que ni siquiera sea capaz de alcanzar el consenso sobre sus propias teorías. El consenso solo podría significar unilateralidad y empobrecimiento. No se puede encerrar a la psique en una teoría, como tampoco al mundo (Jung, 2006 [1945], p. 90-91).

## REFERENCIAS

1. Amuchástegui A, Rodríguez Y. (2005). La sexualidad ¿una invención histórica? Recuperado de: [http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S\\_01\\_05\\_La%20Sexualidad.pdf](http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S_01_05_La%20Sexualidad.pdf)
2. Benjamin H. (1966). *The transsexual phenomenon*, New York, United States, Julian Press
3. Butler J. (2007). *El género en disputa*, Barcelona, España, Editorial Paidós
4. Foucault M. (2000). *Los anormales*, Buenos Aires, Argentina, Fondo de Cultura Económica de Argentina
5. Foucault M. (2009). *El Gobiernos de sí y de los otros*, Buenos Aires, Argentina, Fondo de Cultura Económica de Argentina
6. Hausman B. (2006). Body, technology and gender in transsexual autobiographies, En S. Stryker & S. Whittle (Eds.), *The transgender studies reader* (pp. 335-361), New York, United States: Routledge
7. Jung CG. (2006 [1945]). *Problemas Generales de la Psicoterapia*, Madrid, España, Editorial Trotta
8. Lamas M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual, *Cuicuilco*, 7(18) Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35101807>
9. Maurice F. (1984) *Dictionaire des philosophes* (Vol. I), Recuperado de: [http://naranjayverde.opendrive.com/files/64704531\\_BrKh/Maurice%20Florence%20\(1984\)%20Michel%20Foucault.pdf](http://naranjayverde.opendrive.com/files/64704531_BrKh/Maurice%20Florence%20(1984)%20Michel%20Foucault.pdf)
10. Miranda G. (2013). Bases Socioculturales de la psicología clínica [Apuntes], Santiago, Chile, Universidad de Chile, Magíster en Psicología Clínica Adultos
11. Polo C., Olivares D. (2010). Consideraciones acerca de la propuesta de despatologización de la transexualidad, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2011, 31 (110), 285-302, Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352011000200008&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352011000200008&script=sci_arttext)
12. *Principios de Yogyakarta*. Principios sobre la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. (2007), Recuperado de: [http://www.yogyakartaprinciples.org/principles\\_sp.pdf](http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.pdf)
13. Rose N. (1998). *Inventing our selves. Psychology, power and personhood*, New York, United States, Cambridge University Press
14. Sassenfeld A. (s.f). Consideraciones sobre la intersubjetividad en su contexto filosófico, evolutivo y clínico, Recuperado de: <Http://www.sassenfeld.cl/Andre/>
15. Sassenfeld A. (2013). *Teoría Clínica Humanista I* [Apuntes], Santiago, Chile, Universidad de Chile, Magister en Psicología Clínica Adultos
16. Stone A. (2006). *Lucy Irigary and the Philosophy of Sexual Difference*, Nueva York, Estados Unidos, Cambridge University Press

## INVESTIGACIÓN

# MUJERES INCENDIARIAS: UN ESTUDIO EN POBLACIÓN CHILENA

(Rev GPU 2014; 10; 4: 468-478)

Rodrigo Dresdner Cid<sup>1</sup>, Anakena Ibaceta Díaz<sup>2</sup>

**El objeto de esta investigación fue describir y analizar factores sociodemográficos, psiquiátricos, medicolegales y criminológicos en la población de incendiarias examinadas en el Servicio Médico Legal durante el periodo 1999-2012. Se obtuvo un perfil de incendiaria, correspondiente a una mujer en edad madura, baja escolaridad, sin profesión u oficio ni pareja, y con presencia de 78% y 61% de algún trastorno psiquiátrico en Eje I y en Eje II, respectivamente. Los trastornos psicóticos, intoxicación por sustancias y los factores motivacionales afectivos tendrían un peso gravitante en la comisión del incendio. En la comisión de los incendios si bien existió intencionalidad no fueron planificados, lo cual apunta a actos de naturaleza más bien reactiva y emocional. En su mayoría las mujeres (58%) obtuvieron opiniones periciales compatibles con algún grado de compromiso de la imputabilidad.**

## INTRODUCCIÓN

Algunos autores han publicado estudios que muestran un aumento de mujeres que cometen incendios (K Soothill, 2004), mientras que otros informan que el porcentaje de mujeres incendiarias varía entre 4% y 28% respecto de la población total en ese tipo de delincuentes (JM Bradford, 1982; D Bourget *et al.*, 1989; K Soothill *et al.*, 1993; P Räsänen *et al.*, 1994; P Räsänen, 1995; BK Puri *et al.*, 1993). También se advierte que existen pocas publicaciones internacionales sobre mujeres que cometen incendios y reportan señales de que poseerían características diferenciadoras respecto de los incendiarios varones (D Bourget, 1989; EM

Cunningham *et al.*, 2010; T Gannon, 2010). En Chile, salvo un estudio en población incendiaria en general (A Koppmann, 1998), no existen investigaciones centradas en este tipo de mujeres. Por tanto esta área de estudio representa a un segmento poblacional forense del cual se sabe relativamente poco, y de allí que resulta importante profundizar en el conocimiento científico enfocado en el área de salud mental y jurídico-penal e indagar sobre sus características.

## OBJETIVO Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio exploratorio fue investigar variables sociodemográficas, psiquiátricas, medicolegales,

<sup>1</sup> Perito Psiquiatra, Servicio Médico Legal Metropolitano Email: rf\_dresdner@yahoo.com.ar

<sup>2</sup> Docente, Universidad Andrés Bello.

**Tabla 1**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN ESTADO CIVIL

Estado civil o de pareja	n	%
Soltera	14	38,9
Casada	5	13,9
Conviviente	6	16,7
Separada	10	27,8
Viuda	1	2,8
Total	36	100,0

**Tabla 2**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN ESTADO CIVIL

Estado civil	n	%	% acumulado
Básica incompleta	11	30,6	30,6
Básica completa	6	16,7	47,2
Media incompleta	6	16,7	63,9
Media completa	8	22,2	86,1
Superior Completa	3	8,3	94,4
Analfabeta	2	5,6	100,0
Total	36	100,0	

criminológicas y forenses, en una población de mujeres incendiarias. Los datos fueron extraídos de los informes periciales psiquiátricos de mujeres imputadas por el delito de incendio, examinadas durante el periodo 1999-2012 en la Unidad de Psiquiatría Adultos del Servicio Médico Legal Metropolitano de Chile. Del universo de incendiarios peritados (N = 197) en ese periodo, el segmento correspondiente a mujeres (n= 36) ascendió al 18,2% respecto del total. Los datos se ordenaron en tablas de distribución de frecuencia y de contingencia, acorde con los objetivos específicos definidos en esta investigación. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0.

## POSICIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Las mujeres estudiadas aparecían uniformemente distribuidas en el rango etario entre los 19 y 66 años (= 39 y ds = ± 12,7). Poco más de dos tercios (69,5%) de las mujeres estudiadas se encontraba al momento de cometer el incendio, sin pareja y/o en calidad de jefa de una familia monoparental, lo cual

**Tabla 3**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN NIVEL DE CAPACITACIÓN LABORAL

Nivel de capacitación laboral	n	%	% acumulado
Oficio no calificado	7	19,4	19,4
Oficio calificado	1	2,8	22,2
Profesión	4	11,1	33,3
Sin oficio ni profesión	24	66,7	100,0
Total	36	100,0	

**Tabla 4**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN DIAGNÓSTICO PRINCIPAL EN EJE I

Principal diagnóstico Eje I	n	%
Delirium	1	2,8
Intoxicación por alcohol	6	16,7
Esquizofrenia paranoide	2	5,6
Esquizofrenia desorganizada	1	2,8
Esquizofrenia indiferenciada	1	2,8
Esquizofrenia residual/defectuosa	1	2,8
Trastorno delirante	2	5,6
Trastorno psicótico breve	1	2,8
Trastorno esquizoafectivo	2	5,6
Depresión mayor sin psicosis	2	5,6
Depresión mayor con psicosis	1	2,8
Trastorno disociativo	7	19,4
Dependencia por alcohol	1	2,8
Sin diagnóstico en Eje I	8	22,2
Total	36	100,0

concuera con resultados de un estudio anglosajón (D Bourget y JM Bradford, 1998) que reporta que la mayoría de las incendiarias eran solteras o se encontraban separadas.

Si bien la gran mayoría (94,4%) de las incendiarias poseía algún grado de escolaridad y eran alfabetas (Tabla 2), dos tercios (66,7%) carecían de oficio o profesión (Tabla 3). Prácticamente la mitad (47,2%) poseía estudios medios o superiores, no obstante solamente una minoría (13,9%) poseía un oficio calificado o profesión, y cerca de un quinto (19,4%) había adquirido un oficio no calificado. Lo anterior, sumado a la ausencia de pareja, configuraba una situación familiar y sociolaboral desventajosa.

**Tabla 5**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN SEGUNDO DIAGNÓSTICO EN EJE I

Segundo diagnóstico en Eje I	n	%
Sin diagnóstico	18	50,0
Demencia por alcohol	1	2,8
Delirium	1	2,8
Intoxicación de alcohol	5	13,9
Abuso de alcohol	4	11,1
Abuso de cannabinoides	2	5,6
Intoxicación de hipnótico-sedantes	1	2,8
Intoxicación por solventes orgánicos	1	2,8
Depresión mayor sin psicosis	1	2,8
Depresión mayor con psicosis	1	2,8
Trastorno disociativo	1	2,8
Total	36	100,0

**Tabla 6**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN TERCER DIAGNÓSTICO EN EJE I

Tercer diagnóstico Eje I	n	%
Sin diagnóstico	27	75,0
Abuso de alcohol	4	11,1
Dependencia de alcohol	1	2,8
Abuso de cannabinoides	2	5,6
Abuso de cocaína/pasta base	1	2,8
Abuso de solventes orgánicos	1	2,8
Total	36	100,0

Cuatro de cada cinco (78,8%) de las examinadas presentaban diagnósticos en el Eje I, dato que se sitúa entre lo reportado en una investigación británica (LA Stewart, 1993) donde la incidencia de trastornos mentales ascendió a un 92%, y otra nacional (A Koppmann, 1998) que reportó un 67,5% (Tabla 4).

Las psicosis y trastornos disociativos, en donde se sabe que existe compromiso del juicio de realidad y conciencia, y por ende de la imputabilidad, estaban presentes como diagnósticos principales en el 30,8% y 19,4% de los casos respectivamente.

La intoxicación por sustancias, que compromete en distintos grados la conciencia, percepción y psicomotricidad, estaba presente al momento de la comisión del incendio en la mitad (36,1%) de los casos –el efecto de sustancias sobre el sistema nervioso central si bien ejerce un efecto desinhibitorio de las pulsiones

**Tabla 7**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN CUARTO DIAGNÓSTICO EN EJE I

Cuarto diagnóstico Eje I	n	%
Sin diagnóstico	32	88,9
Abuso de cocaína/pasta base	1	2,8
Dependencia de cocaína/pasta base	2	5,6
Abuso de solventes orgánicos	1	2,8
Total	36	100,0

**Tabla 8**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN DIAGNÓSTICO PRINCIPAL EN EJE II

Diagnóstico principal Eje II	n	%
Psicopatía	1	2,8
Trastorno antisocial de personalidad	4	11,1
Trastorno límite de personalidad	7	19,4
Trastorno histriónico de personalidad	2	5,6
Trastorno dependiente de personalidad	1	2,8
Trastorno narcisista de personalidad	2	5,6
Trastorno de personalidad no especificado	2	5,6
Retardo mental leve	2	5,6
Retardo mental moderado	1	2,8
Sin diagnóstico en Eje II	14	38,9
Total	36	100,0

agresivas, no necesariamente tiene repercusiones médico-legales sobre la imputabilidad.

El diagnóstico de piromanía no se presentó en ninguno de los casos, lo cual es concordante con la escasa o nula frecuencia reportada en otras investigaciones (AE Plinsinga, 1997; A Koppmann, 1998, M Lindberg, 2005; R Shavindra, 2010).

Dos de cada tres (61,1%) de las examinadas presentaban diagnósticos en el Eje II, y de estos destacaban como principal diagnóstico y más frecuente (41,7%) los trastornos de personalidad del Clúster B (Tabla 8). Los trastornos de personalidad límite, antisocial e histriónico, respecto del total de diagnósticos en el Eje II, obtuvieron porcentajes acumulativos entre diagnóstico principal y secundario, de 25,0 %, 19,4% y 11,2% respectivamente (Tablas 8, 9 y 10). Otro estudio nacional reportó un 71% de trastornos de personalidad

**Tabla 9**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN SEGUNDO DIAGNÓSTICO EN EJE II

Segundo diagnóstico Eje II	n	%
Sin diagnóstico	29	80,6
Trastorno antisocial de personalidad	3	8,3
Trastorno límite de personalidad	2	5,6
Trastorno histriónico de personalidad	1	2,8
Trastorno de personalidad no especificado	1	2,8
Total	36	100,0

**Tabla 10**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN TERCER DIAGNÓSTICO EN EJE II

Tercer diagnóstico Eje II	n	%
Sin diagnóstico	32	88,9
Trastorno paranoide de personalidad	1	2,8
Trastorno histriónico de personalidad	1	2,8
Trastorno de personalidad no especificado	1	2,8
Inteligencia límite	1	2,8
Total	36	100,0

en mujeres incendiarias, sin especificar de qué tipo se trataban (A Koppmann, 1998).

Comparando los resultados de esta investigación con el estudio local de Koppmann (1998) se observa en el Eje I un aumento en las psicosis de un 22,6% a un 30,8% y en las intoxicaciones por sustancias psicoactivas de un 12,8% a un 36,1%, y un marcado descenso en las demencias de 9,6% a un 2,8%. Por su parte en el Eje II se observaron descensos de frecuencia en los retardos mentales de un 29,0% a un 8,4% y en los trastornos de personalidad de 70,9% a 52,8%. Considerando que ambas poblaciones estudiadas son metodológicamente idénticas, ello marca una importante tendencia en un relativamente corto lapso de tiempo (poco menos de década y media).

**Tabla 11**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN MODUS OPERANDI DEL INCENDIO

Modus operandi		n	%
Solitaria	Sí	35	97,2
	No	1	2,8
	Total	36	100,0

**Tabla 12**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN INTENCIONALIDAD DEL INCENDIO

Intencionalidad		n	%
	Sí	22	61,1
	No	14	38,9
	Total	36	100,0

**Tabla 13**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN LUGAR DEL INCENDIO

Lugar de ocurrencia del incendio	n	%
Vivienda propia	23	63,9
Vivienda ajena	10	27,8
Inmueble comercial-industrial	2	5,6
Espacio o inmueble social	1	2,8
Total	36	100,0

En cuanto a los datos de orden criminológico obtenidos de la población de incendiarias, se puede informar que en términos generales se trataban de mujeres que habían ocasionado el incendio en solitario (97,2%), en la mayoría de los casos lo habían provocado con intencionalidad (61,1%) y en el domicilio propio (63,9%) (Tablas 11, 12 y 13). Esto último evoca investigaciones que reportan que las mujeres tienden más bien a quemar propiedades con significancia emocional, como ser sus propias moradas (Tennant *et al.*, 1971; Bourget *et al.*, 1989). La escasa presencia de una planificación de solo un 13,9% (Tabla 14) apuntaría a actos de naturaleza reactiva, posiblemente asociado a vivencias emocionales o psicóticas –debe considerarse que más allá que el móvil pudiera ser de naturaleza psicótica, se puede

**Tabla 14**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN PLANIFICACIÓN DEL INCENDIO

Planificación		n	%
	Sí	5	13,9
No	31	86,1	
Total	36	100,0	

convenir que aún en esos casos puede existir intencionalidad o reactividad.

En la mitad de los casos, una vez cometido el incendio, las protagonistas intentaron ocultar su responsabilidad (41,6%) ya sea escabulléndose del lugar del incendio o presentando una coartada, mientras que en poco menos de un tercio de las veces (30,6%) colaboraron con la justicia e investigación policial. Un 25,0% desplegó posterior al incendio una conducta bizarra y desorganizada, lo cual apareció asociado con la motivación psicótica y los casos de inimputabilidad (Tablas 15 y 16).

El fuego provocado por las mujeres estudiadas ocasionó en un 100% de los casos daños a la propiedad incendiada, y algunas veces provocó lesiones a personas (11%), las que de ocurrir afectaban directamente a la incendiaria (autolesiones) y no a terceros.

Respecto de la muerte de terceros asociados al incendio, ocurrió en uno de cada diez casos (11%),

**Tabla 15**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN ACTITUD POSTERIOR A LA COMISIÓN DEL INCENDIO

Actitud posterior al incendio	n	%
Huida	7	19,4
Coartada	8	22,2
Colaboración justicia	11	30,6
Conducta incongruente/bizarra	9	25,0
Otra conducta no especificada	1	2,8
Total	36	100,0

y cuando ello ocurría afectaba casi exclusivamente (8,3%) a familiares de la autora del incendio, lo cual jurídicamente se tipifica legalmente como delito de parricidio. O sea, las víctimas o damnificadas correspondían tanto a las propias incendiarias como a personas de su entorno familiar.

En la provocación del incendio las motivaciones asociadas a factores afectivos (ira, frustración, rencor, venganza, estados depresivos, ánimos suicidas) ocuparon el primer lugar con el 52,8% de los casos, seguida de comportamientos de naturaleza psicótica con un 25% y en tercer lugar la conducta imprudente, con 13,9%. Las motivaciones culturales así como las delictivamente gananciales carecieron de peso relativo.

**Tabla 16**

DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES IMPUTABILIDAD Y ACTITUD POSINCENDIO SEGÚN MOTIVACIÓN DEL INCENDIO

Imputabilidad			Motivación del incendio										Total	
			Afectiva		Criminal		Imprudencia		Psicosis		Ideológico			
			%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Sí	Actitud posincendio	Huida	2	0	0			2	26,7%	4				
		Coartada	3	1	2		1	46,7%	7					
		Colaboración	2	0	2		0	26,7%	4					
	<b>Total</b>		<b>46,7%</b>	<b>7</b>	<b>6,7%</b>	<b>1</b>	<b>26,7%</b>	<b>4</b>	<b>0,0%</b>	<b>0</b>	<b>20,0%</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>
No	Actitud posincendio	Coartada	2				0	0	15,5%	2				
		Colaboración	1				1	1	23,1%	3				
		Conducta bizarra	0				5	0	38,5%	5				
		Otras conducta	1				1	1	23,1%	3				
<b>Total</b>		<b>30,8%</b>	<b>4</b>	<b>0,0%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>0</b>	<b>53,8%</b>	<b>7</b>	<b>15,4%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>	
Disminuida	Actitud posincendio	Huida	1							12,5%	1			
		Colaboración	5							62,5%	5			
		Otra conducta	2							25,0%	2			
	<b>Total</b>		<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>0,0%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>0</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>

**Tabla 17**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN MOTIVACIÓN DEL INCENDIO

Motivación del incendio	n	%
Afectiva	19	52,8
Finalidad económica/criminal	1	2,8
Conducta imprudente	5	13,9
Episodio psicótico	9	25,0
Ideológico/político/religioso/cultural	2	5,6
Total	36	100,0

El 58,3% de las mujeres estudiadas resultó tener una imputabilidad disminuida o ser inimputables, lo cual fue concordante con los diagnósticos principales hallados en el Eje I. Esto es llamativo ya que por lo general quienes cometen otros delitos de naturaleza violenta (agresiones sexuales, homicidios) en su gran mayoría no presentan compromiso de la imputabilidad (R Dresner *et al.*, 2005; R Dresner, 2010).

La inimputabilidad o falta de responsabilidad penal por razones de orden psiquiátrico, apareció asociada a un diagnóstico único en el Eje I en dos tercios de

**Tabla 18**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN LA MOTIVACIÓN EN LA COMISIÓN DEL INCENDIO

Condición	n	%
Imputable	15	41,7
Inimputable	13	36,1
Imputabilidad disminuida	8	22,2
Total	36	100,0

los casos (68%), distribuyéndose estos en trastornos psicóticos (76,9%), delirium (7,7%), depresión mayor (7,7%) y trastorno disociativo (7,7%) (Tabla 19). Este último trastorno, el cual clínicamente se acompaña de un estado crepuscular de conciencia, en los casos de mujeres consideradas inimputables estuvo presente, tanto como diagnóstico principal así como diagnóstico secundario. Por su parte, la depresión mayor, diagnóstico no muy frecuente, se constató que podía afectar de maneras diversas la imputabilidad. En un caso de depresión mayor sin síntomas psicóticos pero

**Tabla 19**

DISTRIBUCIÓN DE LA CONDICIÓN DE IMPUTABILIDAD EN MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN DIAGNÓSTICO EN EJE I

Primer Diagnóstico en Eje I	Imputabilidad						Total	
	Imputable		Inimputable		Imputabilidad disminuida			
	%	n	%	n	%	n	%	n
Delirium		0	7,7%	1		0	2,8%	1
Intoxicación alcohol	40%	6		0		0	16,7%	6
Esquizofrenia paranoide		0	15,4%	2		0	5,5%	2
Esquizofrenia desorganizada		0	7,7%	1		0	2,8%	1
Esquizofrenia indiferenciada		0	7,7%	1		0	2,8%	1
Esquizofrenia defectual		0	7,7%	1		0	2,8%	1
Trastorno delirante		0	15,4%	2		0	5,5%	2
Trastorno psicótico breve		0	7,7%	1		0	2,8%	1
Trastorno esquizoafectivo		0	15,4%	2		0	5,5%	2
Depresión mayor sin psicosis		0	7,7%	1	12,5%	1	5,5%	2
Depresión mayor con psicosis		0		0	12,5%	1	2,8%	1
Trastorno disociativo		0	7,7%	1	75,%	6	19,4%	7
Dependencia de alcohol	6,7%	1		0		0	2,8%	1
Sin diagnóstico	53,3%	8		0		0	22,2%	8
Total	100%	15	100%	13	100%	8	100%	36

concomitante con intoxicación de alcohol circunstancial (Eje I) y trastorno límite de personalidad de base (Eje II), la peritada fue considerada inimputable, y dicha condición médico-legal no se desprendió únicamente del diagnóstico principal (depresión mayor), sino de la confluencia de esos tres diagnósticos (comorbilidad).

En otro caso, si bien el diagnóstico principal fue esquizofrenia paranoide, el factor psiquiátrico que pesó sobre la condición de inimputabilidad fue el diagnóstico depresión mayor con síntomas psicóticos, ya que la mujer peritada se encontraba clínicamente compensada de su enfermedad psiquiátrica endógena de base, no así del estado depresivo severo intercurrente que la aquejaba. En este último caso bastó la presencia de sintomatología psicótica de tipo catatímico para considerar comprometida la capacidad y comprender la ilicitud del incendio. Por tanto, para fines de estimación pericial de imputabilidad, debe considerarse que en casos de depresión mayor, importan la severidad del cuadro, la presencia o no de síntomas psicóticos así como la comorbilidad. Esto último resulta interesante desde la perspectiva médico-legal, ya que ello implica que en las evaluaciones psiquiátricas de imputabilidad no existe una norma rígida en la ponderación de esta condición psíquica, por ser un examen de orden multifactorial y análisis bidimensional (psiquiátrico y médico-legal).

También resulta interesante observar la importancia de cuadros afectivos y psicóticos en incendiarias, lo cual rememora la relevancia de ese tipo de patologías mentales del Eje I, encontradas en mujeres que dan muerte a sus hijos (H Taguchi, 2007; M Craig, 2004; AC Lee *et al.*, 2006; SH Friedman *et al.*, 2006).

Los diagnósticos de trastornos de personalidad del Eje II no se exponen aquí, dado que carecieron de

**Tabla 20**

DISTRIBUCIÓN DE LA MOTIVACIÓN INCENDIARIA EN MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012

Motivación del incendio	n	%
Ira/frustración	13	36,1
Rencor/Venganza	3	8,3
Ganancia económica	1	2,8
Conducta imprudente	5	13,9
Intento Suicidio/Depresión	3	8,3
Episodio psicótico	9	25,0
Ideológico/Político	1	2,8
Cultural/Religioso	1	2,8
Total	36	100,0

relevancia en los pronunciamientos periciales de inimputabilidad, lo que concuerda con casos de otro tipo de delitos violentos como ser los homicidios y agresiones sexuales (R Dresdner *et al.*, 2005; R Dresdner, 2010).

Como se observa en la Tabla 20, los incendios fueron motivados principalmente por factores de naturaleza afectiva (ira, rencor, depresión etc.), sintomatología psicótica y conductas imprudentes.

Al subagrupar en nuevos conglomerados los factores motivacionales, y estudiar su distribución por la condición de imputabilidad (Tabla 21) se pudo constatar que en casos de inimputabilidad predominaron los factores de naturaleza psicótica, en la imputabilidad disminuida los factores emocionales y en los casos de imputabilidad existe una distribución entre factores de orden afectivo, criminal, la imprudencia y los factores

**Tabla 21**

DISTRIBUCIÓN DE LA MOTIVACIÓN INCENDIARIA (AGRUPADA) POR IMPUTABILIDAD EN MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012

Condición de imputabilidad		Motivación (agrupada)					Total
		Afectiva	Psicótica	Criminal	Imprudencia	Ideológica / cultural	
Imputable	n	7	0	1	5	2	15
	%	46,6%	0,0%	6,7%	33,3%	13,4%	100,0%
Inimputable	n	4	9	0	0	0	13
	%	30,8%	69,2%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Imputabilidad disminuida	n	8	0	0	0	0	8
	%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	N	16	6	8	5	1	36
	%	44,4%	16,7%	22,2%	13,9%	2,8%	100,0%

**Tabla 22**  
DISTRIBUCIÓN DE LA CONDICIÓN DE IMPUTABILIDAD EN MUJERES INCENDIARIAS PERITADAS EN SERVICIO MÉDICO LEGAL METROPOLITANO, 1999-2012, SEGÚN INTENCIONALIDAD CRIMINAL

Condición de imputabilidad			Intencionalidad		Total
			Sí	No	
Imputabilidad	Imputable	n	9	6	15
		%	60,0%	40,0%	100,0%
	Inimputable	n	6	7	13
		%	46,2%	53,8%	100,0%
	Imp. disminuida	n	7	1	8
		%	87,5%	12,5%	100,0%
Total		N	22	14	36
		%	61,1%	38,9%	100,0%

asociados a la visión del mundo, destacando la ausencia de conducta de raigambre psicótica.

No se encontró una tendencia asociativa entre la gradiente de imputabilidad y la intención de cometer el incendio (“a menor imputabilidad menor intencionalidad”), ya que si bien hubo menor cantidad de casos de intencionalidad en las inimputables (46,2%) y estos subieron en los casos de imputabilidad conservada (60,0%), sin embargo la mayor frecuencia de intencionalidad estuvo presente en los casos con imputabilidad disminuida (87,5%) (Tabla 22). Lo anterior, si bien puede aparecer como paradójico, no lo sería si se acepta que el factor accidental/imprudente, que de por sí no afecta la imputabilidad toda vez que jurídicamente solamente representa una aminorante que separa una acción ilícita culposa de una dolosa, si constituye una acción desprovista de intencionalidad.

Respecto de otros aspectos criminológicos, la planificación del incendio, presente en el 13,9% de la población estudiada, correspondió exclusivamente a mujeres imputables, representando a un tercio (33%) de dicho grupo. Y la conducta desplegada posterior a la comisión del incendio según la condición de imputabilidad mostró una tendencia a diferenciarse en los tres grupos según el tipo de imputabilidad. Las mujeres imputables mostraron mayor falta de colaboración con la justicia como ser huir del lugar del incendio y fabricar una coartada (73,4%), las con imputabilidad disminuida, por el contrario, colaboraron más con la justicia (62,5%), y las inimputables mostraron mayoritariamente ya sea un comportamiento bizarro y desorganizado, u otro tipo de conducta (61,6%).

Por último, y respecto de los aspectos metodológicos de los procedimientos periciales, los psiquiatras forenses del Servicio Médico Legal tendieron a solicitar

pocas evaluaciones complementarias, así como pedir los historiales médicos de las mujeres examinadas. Solamente en uno de cada cuatro casos (25%) se solicitó una evaluación psicológica de la examinada, y rara vez (8,3%) una pericia social o la ficha médica de las mujeres peritadas.

## COMENTARIOS, DISCUSIONES Y SESGOS

La subpoblación de mujeres que comete incendios en la Región Metropolitana representa un porcentaje importante (18%) de la población total de incendiarios, lo que concuerda con otros datos reportados del medio nacional e internacional. Se desprende la necesidad de un estudio comparativo de esta población aquí estudiada con sus homólogos masculinos, a fin de establecer similitudes y diferencias de género, investigación hasta ahora ausente en el medio nacional.

El perfil sociodemográfico de las mujeres incendiarias de esta investigación correspondió en términos generales al de una mujer promedio. En general, se distribuyeron en todos los grupos etarios, y la edad no apareció como una variable específica que fuera de utilidad para caracterizarlas. Ellas en su mayoría resultaron ser alfabetas y poseer algún grado de escolaridad. Al momento de cometer el incendio se encontraban sin pareja (soltera, separada de hecho o viuda), a cargo de una familia monoparental y carecían de oficio o profesión, lo cual configura una condición psicosocial desventajosa. Sería interesante investigar a futuro en qué medida esto último podría representar un factor de riesgo o vulnerabilidad individual para la comisión de incendios en mujeres.

Por otra parte, las incendiarias actuaron generalmente solas, tuvieron la intención de cometer el incendio pero no lo planificaron previamente, obrando

generalmente de modo reactivo o bajo un estado psicótico. Prendieron fuego de preferencia a la vivienda propia más que a un inmueble ajeno, y cuando el incendio ocasionó lesiones humanas, las afectadas fueron ellas mismas y no terceros, lo cual habla de posibles tendencias autodestructivas o autopunitivas. Lo anterior dista de aquel personaje piromaníaco serial antisocial, estereotipo de las crónicas rojas de los medios de comunicación.

Los datos anteriores podrían encuadrarse en el denominado “Modelo de Agresión Desplazada”, diseñado para población incendiaria femenina (Noblet, 2001), que postula que las condiciones psicosociales desventajosas sumadas a la falta de habilidades para confrontar directamente al otro, explicarían la quema de la vivienda, lo que representaría un acto extremo de la incendiaria tendiente a afianzar su autoestima y a la vez provocar un impacto comunicacional en el entorno cercano. Por otra parte, en otras investigaciones se ha informado de la alta incidencia de autoagresiones en mujeres que cometieron incendio intencional (J Coid, 2008), conductas que correlacionaron positivamente con los modos “integrativo” y “adaptativo” (S Miller *et al.*, 2007) del Modelo Sistémico de Acción Incendiaria de Canter y Fritzson (1998).

Las motivaciones principales para provocar el incendio (de naturaleza afectiva o psicótica) de la población de este estudio fueron concordantes con la psicopatología de los diagnósticos más frecuentemente observados (trastornos psicóticos, trastornos disociativos con estado de conciencia crepuscular, depresiones mayores con intento de suicidio y/o síntomas psicóticos-melancólicos).

Tres de cada cinco de las mujeres estudiadas presentaba algún grado de compromiso de la imputabilidad –dato llamativamente alto comparado con otro tipo de delitos violentos–, lo que también se correlacionó con los diagnósticos principales obtenidos en el Eje I y Eje II. Lo anterior sugiere que la comisión de incendios en mujeres podría ir asociada a perturbaciones psíquicas más severas que en mujeres que cometen otro tipo de delitos violentos. Comparado con datos locales anteriores, se observa, en el lapso de poco menos de una década y media, una tendencia al aumento de los diagnósticos psiquiátrico forenses en Eje I y una disminución en Eje II en mujeres incendiarias. Una línea interesante de investigación a futuro sería estudiar comparativamente a mujeres incendiarias versus mujeres autoras de delitos violentos no incendiarios. Otro dato clínico-forense digno de atención fue que el diagnóstico de depresión mayor apareció relacionado de diversos modos con el compromiso de la imputabilidad,

siendo relevante el grado de severidad del cuadro depresivo, la presencia o no de síntomas psicóticos y su comorbilidad en el Eje I.

En los trastornos de personalidad, que habitualmente desde el punto de vista médico legal carecen de relevancia en el compromiso de la imputabilidad –lo cual concuerda con los casos de otros delitos violentos no incendiarios, como ser homicidios y agresiones sexuales–, la imputabilidad conservada fue prácticamente la regla. La alta frecuencia de trastornos de personalidad es concordante con estudios locales e internacionales (A Koppmann, 1998; J Coid, 2010b, W Laubichler, 1996; JM Bradford, 1982; KJ Rix, 1994; J Smith, 1995; M Dolan, 2002), que incluso sugieren ser más frecuentes en incendiarias mujeres que en sus homólogos masculinos (J Coid, 2010a). Esto es interesante porque sugeriría que el desorden de personalidad si bien no sería una precondition, bien podría constituir un elemento clínico psiquiátrico relevante asociado, exigiría un plan de rehabilitación social específico de género en este tipo de pacientes y convictas, y quizás represente un factor de riesgo en mujeres para la comisión de incendios.

Las motivaciones de orden afectivo y psicótico aparecen como importantes en la comisión del incendio, de allí que sería de interés poder desarrollar investigaciones comparativas de esta población de mujeres con aquellas que han dado muerte a sus hijos (filicidas), particularmente las neonaticidas, donde se ha observado una importante presencia de cuadros depresivos y psicóticos pospartos, y que, al igual que en incendiarias, han comprometido la imputabilidad.

Del estudio surgen varias cuestiones de carácter polémico y semblante paradójico. La falta de planificación del incendio y la naturaleza reactiva (psicótica o afectiva) del mismo, contrapuesto con la presencia de la intencionalidad de cometer el incendio, representa una interesante materia de debate jurídico respecto si en estos casos se está ante la presencia o no de dolo. Por otra parte la llamativamente mayor presencia de intencionalidad en las incendiarias semiimputables que las plenamente imputables si bien surge como contradictoria, podría explicarse por el hecho de que cuando una persona reactivamente se ve emocionalmente comprometida, ello no afecta totalmente su estado de conciencia y por tanto el conocer el propósito de los actos, pero sí experimenta una mayor tensión psíquica (ira, celos) y a la vez desinhibición de las pulsiones agresivas, lo que actúa como un factor propulsor del acto violento e intencional; el sujeto actúa con intencionalidad y de modo desmesurado frente a un estímulo (infidelidad, provocación, menoscabo) al modo de arrebatado.

De acuerdo con este estudio sería esperable, luego de la comisión del incendio, observar en las incendiarias actitudes y conductas diferenciables según la condición de imputabilidad. Es probable que existan, y deban ser indagados, factores asociados a la condición de imputabilidad que pudieran estar mediando los comportamientos posincendio.

Respecto de los aspectos metodológicos de los procedimientos periciales observados en este estudio, y considerando que el incendio desde la dinámica psicológica y criminológica representa una conducta compleja, moralmente reprochable por la sociedad y un delito severamente penado por la ley, se pudo constatar que los peritos tendieron a solicitar pocas evaluaciones complementarias, así como el requerimiento de los historiales médicos de las mujeres examinadas. No contar con dicho tipo de información colateral, a fin de respaldar de modo más sólido las conclusiones periciales en materia de imputabilidad en este tipo de delitos, técnicamente representa un sesgo, lo cual de por sí constituye un motivo de reparo al procedimiento de la pericia psiquiátrica.

Si bien se incluyó al total de mujeres incendiarias peritadas en el periodo 1999-2012, debido al reducido tamaño de la población de estudio (N= 36), no se obtuvo datos estadísticamente significativos, lo cual permite interpretar los resultados solamente como tendencias. Así mismo, debe considerarse que a pesar que desde la doctrina procesal penal imperante, se estima como aconsejable solicitar pericias de facultades mentales en todas aquellas personas imputadas por delitos graves, donde se arriesgan altas penas con privación de libertad, como sería en estos casos; ello siempre queda a discreción de los jueces y fiscales, lo cual deja abierta la puerta para la pérdida de casos, que no llegan al Servicio Médico Legal, lo cual representaría una suerte de filtro de la conformación de la población estudiada.

## CONCLUSIONES

En suma, las mujeres incendiarias sociodemográficamente se ubicaron dentro del grupo de mujeres de estrato bajo-medio, sometidas a un estrés ambiental, y criminológicamente correspondieron al de una persona psíquicamente perturbada que actuaba de modo reactivo o psicótico al cometer el incendio, con perjuicio de tipo personal más que de terceros a causa del incendio. Jurídico-penalmente, la mitad de los casos presentaron compromiso de sus facultades de comprensión o autodeterminación conforme a derecho. El diagnóstico de piromanía fue inexistente, lo cual concuerda con los estudios internacionales en este tipo de

personas. No obstante, la alta presencia de diagnósticos psiquiátricos en Eje I y II señala la importancia de que esto sea considerado desde el punto de vista de las políticas públicas en las áreas de salud mental, justicia y penitenciario-correccional.

## AGRADECIMIENTOS

Un especial agradecimiento para el Dr. Alejandro Koppmann Attoni, pionero en este campo de investigación médico-legal, colega que generosamente proporcionó datos de la primera y única investigación hecha en Chile en personas incendiarias, y con quien este autor compartió años como compañero de trabajo en el Servicio Médico Legal de Santiago y mantiene en la actualidad una amistad desde entonces.

## REFERENCIAS

1. Bradford JM (1982). "Arson: A Clinical Study", *Journal of Canadian Psychiatry*, 27: 188-193
2. Bourget D et Bradford JM (1989). "Female arsonist: a clinical study", *Bull Am Acad Psychiatry Law*; 17(3):293-300
3. Canter D, Fritzon K (1998). "Differentiating arsonists: a model of fire-setting action and characteristics", *Legal and Criminological Psychology*, 3: 73-96
4. Coid J, Kahtan N, Gault N, Jarman B (2010a). "Women admitted to forensic security psychiatry services I: Comparison of women and men", *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, Vol 11, 275-295
5. Coid J, Kahtan N, Gault N, Jarman B (2010b). "Women admitted to forensic security psychiatry services II: Identification of categories using cluster analysis", *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, Vol 11, 296-315
6. Coid J, Wilkins J, Coid B (2008). "Fire-setting, pyromania and self-mutilation in female remanded prisoners"
7. Craig M (2004). "Perinatal risk for neonaticide and infant homicide: we can identify those at risk?", *J R Soc Med*; 97 (2): 57-61
8. Cunningham EC, Timms H, Holloway J & Radford SH (2011): "Women & fire-setting: A qualitative analysis of context, meaning and development", *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84 – 128
9. Dean PJ (2004). "Child homicide and infanticide in New Zealand", *Int J Law Psychiatry*; 27 (4): 339-48
10. Dolan M (2002). "Personality and neuropsychological function in violent, sexual and arson offenders", *Med Sci Law*, 42 (1): 34-43
11. Dresdner R, Aliaga A, Gutiérrez O, Martínez M (2005). "Perfiles de Agresores Sexuales en la Región Metropolitana", *Revista "Psiquiatría Forense y Ley"*, Servicio Médico Legal de Chile, Año 1, Vol. 1
12. Dresdner R (2010). "Psicopatología e imputabilidad", "Homicidios y otros delitos violentos" y "Agresores sexuales" en R Dresdner (Edit.), "Psiquiatría Forense: en lo penal", Edición Roja, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
13. Friedman SH, Horwitz SM, Resnick PJ (2005). "Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and research agenda". *Am J Psychiatry*; 162 (9): 1578-87
14. Gannon TA. "Female Arsonists: Key features, Psychopathologies and Treatment Needs", manuscript submitted for publication, summer 2010

15. Geller JL (1992). "Communicative arson", *Hospital and Community Psychiatry*, 43: 76-77
16. Laubichler W *et al.* (1996). "Pyromania and arson. A psychiatric and criminological data analyses", *Nevenatz*, 67 (9): 774-80
17. Lee AC, Li CH, Kwong NS, So KT (2006). "Neonaticide, newborn abandonment, and denial of pregnancy-newborn victimization associated with unwanted motherhood", *Hong Kong J*; 12 (1): 64-4
18. Lindberg N *et al.* (2005). "Looking for pyromania; characteristics of a consecutive sample of Finnish male criminals with histories of recidivists firesetting between 1973 and 1993", *BMC Psychiatry*; 14; 5:47
19. Koppmann A, Gabler G, Portilla D, Aravena O (1998). "Conducta incendiaria en Chile: Aspectos Clínicos y Conceptuales", *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, consultado el 29 de octubre de 2011 en <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:o2zifOuSPoJ:bddoc.csic.es:8080/detalles.html%3Ftabla%3Ddocu%26bd%3DALAT%26id%3D360690+CONDUCTA+INCENDIARIA+EN+CHILE:+ASPECTOS+CLINICOS+Y+CONCEPTUALES&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=c&source=www.google.cl>. Comunicación personal con el autor
20. Miller S, Fritzon K (2007). "Functional consistency across two behavioural modalities: fire-setting and self-harm in female special hospital patients", *Faculty of Humanities and Social Sciences and ePublication@bond, Bond University*
21. Noblet S (2001). "A psychosocial approach to arson – a case control study of female offenders", *Med Sci Law*; 41(4):325-30
22. Plinsinga AE *et al.* (1997). "Arson is usually not pyromania", *Ned Tijdschr Geneesk*; 141(3):129-31
23. Puri BK, Baxter R, Cordess CC (1995). "Characteristics of fire-setters: A study and proposed multi-axial psychiatric classification", *British Journal of Psychiatry*, 166, 393-396
24. Räsänen P, Hirvenoja R, Hakko H, Vaissanen E (1994). "Cognitive Functioning Ability of Arsonists", *Journal of Forensic Psychiatry*, 5: 615-620
25. Räsänen P *et al.* (1995). "Arson trend increasing: a real challenge to psychiatry", *J Forensic Sci*; 40(6):976-9
26. Rix KJ (1994). "A psychiatric study of adult arsonist", *Med Sci Law*, 34 (1): 21-34
27. Taguchi H (2007). "Maternal filicide en Japan: analyses of 96 cases and future directions for prevention", *Seishin Shinkeigaku Zasshi*; 109 (2): 110-27
28. Shavira D *et al.* (2010). "Arson and psychiatry", *Sri Lanka Journal of Forensic Medicine, Science and Law*, Vol 1 No 1
29. Smith J *et al.* (1995). "Mentally disordered firesetters": a survey of psychiatrist view", *Br J Hosp Med*, 53 (4): 136-40
30. Stewart LA (1993). "Female firesetters: Implications for treatment", *Br J Psychiatry*; 163:248-56
31. Soothill K, Pope PJ (1973). "Arson: a twenty-year cohort study", *Medicine, Science and the Law*, 13, 127 – 140
32. Soothill K (2004). "The criminal careers of arsonists", *Med Sci Law* 44(1): 27-40
33. Tenant TG, McQuaid A, Loughnane T, Hand AG (1971). "Female Arsonists", *British Journal of Psychiatry*, 119: 497-502