

SODEPSI

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE

PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

PSIQUIATRÍA · PSICOLOGÍA · CIENCIA · CULTURA | TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 11, VOLUMEN 11, Nº 2 JUNIO DE 2015

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

www.revistagpu.cl

IMPORTANTE

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

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

SUSCRIPCIONES DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

(incluye envío por correo certificado)

Psiquiatras..... suscripción gratuita
Médicos no psiquiatras \$ 32.000*
Otros profesionales \$ 32.000*

SUSCRIPCIONES EN EL EXTRANJERO

(incluye envío por correo certificado)

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

Solicitudes

CyC Salud Limitada

E-mail: contacto@cyccsalud.cl

Fono: (56-2) 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

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

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

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 solo en forma electrónica al Editor General: revistagpu@gmail.com
2. Las colaboraciones pueden tener la forma de artículo tradicional, cartas, comentarios, opiniones, ensayos, ideas y otros. En el caso de los artículos de formato tradicional es preferible que las referencias sean las estrictamente necesarias.
3. La forma de citar las referencias es libre, pero debe ser la misma a lo largo de todo el trabajo y fácilmente comprensible para los lectores. Se sugieren las siguientes:

Artículo:

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

Libro:

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

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

ÍNDICE

122 EDITORIAL

- 122 ENTRE LA DIVERSIDAD Y LA CONFUSIÓN: ALGO HUELE MAL EN EL ESTADO DEPRESIVO
Alberto Botto

124 ESCRÍBANOS

126 ACADÉMICAS

- 126 SODEPSI - CURSO DE POSGRADO ONLINE: ACTUALIZACIÓN CRÍTICA EN PSICOFARMACOLOGÍA CLÍNICA

128 COMENTARIO DE LIBROS

- 128 LECTURAS AL ATARDECER: OCHO TEMAS ACERCA DEL ENVEJECIMIENTO
Beatriz Zegers Prado y María Elena Larraín Sundt
Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 2015
Comentarista: Ramón Florenzano

130 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

132 HOMENAJE DE UN DÍA CUALQUIERA

- 132 ALBERT CAMUS
Gaceta de Psiquiatría Universitaria

136 ENSAYO

- 136 *L'ÉTRANGER* DE ALBERT CAMUS Y EL RACIONALISMO MÓRBIDO DE MINKOWSKI
Hernán Silva

143 LA LOCURA

Jorge Luengo

- 151 LA ACCIÓN COMUNICATIVA EN EL ACONTECER DE LA PSICOTERAPIA
Margarita María Becerra

154 ANÁLISIS

- 154 LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN CHILE. ESTUDIO Y ANÁLISIS DEL PROGRAMA DEL MINSAL
Hernán Villarino

160 REVISIÓN

- 160 ¿POR QUÉ MENTALIZAR EN ADOLESCENTES CON DESARROLLO ANORMAL DE LA PERSONALIDAD?
Nicolás Labbé, Catalina Álvarez, Marcela Larraguibel

- 168 EXPLORANDO LAS BASES DE LA PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL
Álvaro Wolfenson

175 TERAPÉUTICA

- 175 USO DEL ÁCIDO FÓLICO Y DERIVADOS EN DEPRESIÓN
Pedro Retamal, Diego Villegas

183 PSICOANÁLISIS

- 183 PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE GRUPO Y LA PERSPECTIVA RELACIONAL E INTERSUBJETIVA
Edgardo Thumala

- 191 LA DIMENSIÓN HISTÓRICA DEL AFECTO EN LA OBRA DE FREUD
Andrés Rojas, Margarita Larraín, Jaime Yasky, Javiera Garrido, Liliana Messina

199 ATENCIÓN CLÍNICA

- 199 COSTOS Y BENEFICIOS DE LA CONSULTA PRIVADA
Adriana Pedrals, Gino Ravera, Constanza Recart

204 INVESTIGACIÓN

- 204 CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y DISFUNCIÓN COGNITIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN EUTIMIA
Ulises Ríos, Darío Villanueva, Oscar Urrejola, Mauricio Barrientos, Vanessa Acuña

- 209 INDEPENDENCIA DE LOS ESTILOS DE APRENDIZAJE DE KOLB Y LAS INTELIGENCIAS MÚLTIPLES EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN FÍSICA DE LA USEK DE CHILE
Fernando Maureira, Fabiola Durán, Sebastián Pastén, María Paz Herrera, Pamela Urquejo, Leonardo Opazo

ENTRE LA DIVERSIDAD Y LA CONFUSIÓN: ALGO HUELE MAL EN EL ESTADO DEPRESIVO

Alberto Botto

Something is rotten in the state of Denmark.
Shakespeare, Hamlet, Acto 1, escena 4

Probablemente no existe una enfermedad (o un grupo de enfermedades) que haya sido objeto de tantas clasificaciones como la depresión. En su monumental obra *Anatomía de la Melancolía* Robert Burton, refiriéndose a los tipos de melancolía, apunta: “Cuando la materia es diversa y confusa, ¿qué puede ocurrir, sino que las especies sean diversas y confusas?” (Burton, 2011). De este modo, si bien considera que la melancolía puede reducirse a tres grandes tipos de acuerdo con su localización –la cabeza, el cuerpo y los hipocóndrios–, también distingue otras categorías como la melancolía perpetua o la interrumpida, según la manera en que los síntomas se manifiestan a lo largo del tiempo. Incluso, aunque el mismo Burton advierte que hasta el más capacitado de los médicos puede fallar en la correcta identificación, describe la existencia de especies más reducidas, como la melancolía de los enamorados, la caballeresca, la de las doncellas, las monjas y las viudas. Más allá de lo caprichosa que pudiera considerarse esta clasificación, Burton estaba consciente de sus complejidades, sin embargo, lo que no sabía era que cuatrocientos años después, los criterios médicos utilizados para definir la enfermedad depresiva darían como resultado ¡227 tipos de combinaciones de síntomas posibles! (Van Loo, De Jonge, Romeijn, Kessler y Schoevers, 2012).

No hay duda que la depresión es en la actualidad una de las enfermedades mentales más relevantes en cuanto a su impacto epidemiológico; sin embargo también existe evidencia de que es una patología tanto subdiagnosticada como sobrediagnosticada y, en consecuencia, subtratada y también sobretratada. ¿Qué podemos concluir ante tan abrumador escenario? Entre la diversidad de síntomas y la confusión en

torno al diagnóstico, ciertamente algo huele mal en el estado depresivo.

Una de las dificultades que plantea el diagnóstico de la depresión es la definición del cuadro clínico. Qué es aquello que denominamos “depresión” es una interrogante que, desde Aristóteles, aún no tiene una respuesta satisfactoria. Por lo tanto, el primer problema consiste en la validez del diagnóstico clínico. En este punto podemos encontrarnos con, al menos, dos aspectos que los manuales diagnósticos como el DSM-5 desconocen: la relevancia de la fenomenología clínica como fundamento del diagnóstico psicopatológico y el hecho de que los síntomas mentales –y, por extensión, las enfermedades– puedan cambiar con el paso del tiempo. En ese sentido, es posible que el “pleomorfismo clínico” o la “heterogeneidad fenotípica” que presenta la depresión se deban a nuestra incapacidad para incorporar en el proceso diagnóstico una serie de variables que pudieran influir en la manera en que se presenta la depresión, tales como las características de la personalidad y la cultura.

Otra dificultad tiene que ver con el concepto mismo de “episodio depresivo”. Cada día existe más evidencia respecto a que la “depresión” es bastante más compleja y va mucho más allá de un mero “episodio”. La investigación en el ámbito de la teoría del apego y de la psicopatología del desarrollo, especialmente en relación con los eventos traumáticos durante la infancia, apoyan la noción de que la depresión puede considerarse no solo una alteración del desarrollo psicobiológico (que se manifiesta a lo largo de todo el ciclo vital) sino también que puede ser heredada por la descendencia. Asimismo, el rol de las interacciones sociales y de las relaciones interpersonales en el origen y mantención

de los síntomas depresivos ha dado origen a una serie de estudios que relacionan ciertos aspectos de la personalidad con el involucramiento en situaciones potencialmente estresantes en lo que se ha denominado “teoría de la generación de estrés”. Según este modelo, ciertos rasgos de la personalidad y algunos estilos interpersonales son capaces de exponer al individuo a una situación de mayor riesgo de estrés psicosocial y es una de las razones que explicaría la recurrencia de los trastornos del ánimo (Liu, 2013).

En conclusión, la depresión hay que entenderla como: (1) una alteración del desarrollo, (2) que ocurre en un contexto interpersonal (tanto en su origen como en su recurrencia) y (3) que puede transmitirse transgeneracionalmente. El enfoque interpersonal permite considerar no solo el efecto que el ambiente puede tener sobre la sintomatología depresiva sino también el impacto que el sujeto deprimido (y las características de su personalidad) ejercen sobre su entorno social.

Es probable que, paradójicamente, el desarrollo de la investigación empírica y los avances teóricos en torno al fenómeno depresivo nos hayan llevado a una especie de callejón sin salida, representado por el

concepto de “episodio depresivo”. También es probable que en la actualidad estemos siendo testigos no solo de un cambio respecto a la manera en que entendemos la depresión, sino también respecto a cómo se presenta clínicamente. Por lo mismo, una mirada multidimensional, que considere la interacción de los distintos niveles de análisis (desde los genes hasta la conducta, pasando por la personalidad y la cultura) podría ser de utilidad si queremos, como Robert Burton, aventurarnos entre “...estas perplejidades...” y llevados “por la guía y el hilo de los mejores autores” franquear “la salida de este laberinto de dudas y errores”.

REFERENCIAS

1. Burton R (2011). *Anatomía de la melancolía*. Madrid: Alianza Editorial.
2. Liu RT (2013). Stress generation: future directions and clinical implications. *Clinical Psychology Review* 33(3): 406-416. doi: 10.1016/j.cpr.2013.01.005; 10.1016/j.cpr.2013.01.005
3. Van Loo HM, De Jonge P, Romeijn JW, Kessler RC, Schoevers RA (2012). Data-driven subtypes of major depressive disorder: a systematic review. *BMC Med* 10: 156. doi: 10.1186/1741-7015-10-156

ESCRÍBANOS

Si usted desea dar su opinión, comentar algún artículo o referirse a cualquier aspecto de Gaceta de Psiquiatría Universitaria, por favor escribanos a: [psiquiatriauniversitaria@gmail](mailto:psiquiatriauniversitaria@gmail.com)



Estimado Dr. Alberto Botto
Editor de la GPU

El antiguo Jefe del Programa de Salud Mental realiza en la actualidad, quizá ya la concluyó, una investigación sobre el resultado de las reformas que él mismo implementó por más de veinte años. Parece lógico, ¿quién puede saber más del dicho Programa que él mismo? Si se quiere evaluar a un profesor, ¿quién mejor que el propio docente? Desde una inmejorable posición ha visto todo lo que ocurre en el aula. Si se pretende auditar el Banco Penta, ¿quién más adecuado que su Gerente General? Él sabe, como nadie, de los entresijos de su institución.

Sin embargo, esta lógica seguida invariablemente por la Unidad de Salud Mental del MINSAL en relación con sus propias actividades pareciera que en los tiempos que corren ha dejado de ser creíble. Hoy, por ejemplo, nadie deja de preguntarse quién financia la investigación a que hacemos referencia, ni de cuánto dinero estamos hablando, si se convocó por concurso público, etc. Por lo demás, ¿quién, y cómo, tomó la decisión de designarlo en el cargo? ¿Cómo se eligieron los colaboradores? ¿No existen, acaso, conflictos de intereses entre el investigador y la materia que investiga, a saber, su propia obra? ¿Hay algún apartado donde esto se exponga con franqueza, lo cual hace dudosos los resultados de toda la investigación?

En El Peral, símbolo y modelo en Santiago de lo comunitario, el desorden y la incompetencia heredada después de años y décadas de ejercicio obligó a la autoridad pertinente a nombrar como nuevo Director a un enfermero. No se encontró entre los restantes, una vez que hizo mutis por el foro el anterior que por años había movido los hilos, ninguno otro digno de confianza para acometer la tarea. Era tal la incuria administrativa, que un Hospital de la especialidad que les han encargado a los comunitarios debió ser, y sigue siendo, dirigido por uno que ciertamente no es especialista. En la mentada investigación, ¿se transparentarán estos extremos tan frecuentes y habituales en la audaz epopeya comunitaria?

Después de más de dos décadas el bucle ministerial se ha rizado de tal modo, la maraña es tan inextricable, la endogamia ha creado tales monstruos, que dudosamente los resultados de ese estudio, si se atreven a publicarlo o a echar mano de él, le servirá al MINSAL para algo distinto que no sea exponerse al mayor de los ridículos. Porque dados estos y otros antecedentes uno debe interrogarse si la inquisición que dirige el antiguo Jefe del Programa de Salud Mental, así no sea por milagro, podrá proveer de un análisis descarnado y realista de la situación de la psiquiatría pública después de las reformas, y no es para nada irracional pensar que sus resultados solo contendrán una nueva batería para los habituales autobombos,

las celebraciones sin cuento, las infinitas indulgencias y la asignación de eventuales culpas a cualquier otro. Y esta auténtica teratología, generalmente pagada por todos los ciudadanos, ¿se puede seguir convalidando solo porque los actores aseguran estar muy comprometidos con los Derechos Humanos?

El rastro que deja esta última experiencia nos invita a levantar la mirada sobre el pasado comunitario, a recorrer su tediosa aventura recordando las gloriosas promesas de la juventud frente a los melancólicos logros de la edad proveceta. Pero al intentarlo constatamos que tales huellas no existen. A pesar de pretender encabezar una inusitada revolución de la psiquiatría no hay aún una obra comunitaria ni existe un autor comunitario. Aquí todo se relaciona con el cargo ostentado. Se conoce a este porque ejerce de tal y a este otro de cual, pero ninguno tiene una obra que mostrar. Frases, *slogans*, discursos o investigaciones por el estilo de la que comentamos constituyen todo su caudal. Durante años, por ejemplo, hemos esperado la nueva psicopatología anunciada, aquella que por fin unificaría lo subjetivo y lo social, pero hemos esperado en vano. Y esto a pesar de que han cosechado todos los cursos y las becas, en Chile y en el extranjero, y de que han sido premiados con todos los cargos y las subvenciones públicas habidas y por haber. Y si bien han creado centros formadores aprovechando los conciertos tanto

con las universidades privadas como con las otras, que hacen posible sus puestos directivos en los servicios públicos, y que por ese medio han sido los profesores de varias generaciones de médicos y de psiquiatras, a pesar de todo siguen siendo anónimos y ágrafos.

No ignoramos que los *curriculums* de algunos de sus prohombres son impresionantes, pero inverosímiles. Ni con un día de 48 horas podrían cumplir todo lo que

dicen hacer. En fin, debemos también reconocer que han mostrado gran habilidad y sacado buen provecho de su alianza con la industria farmacéutica y sus altamente remunerados ensayos clínicos, a cuyo servicio, mayormente, han puesto las instituciones que dirigen.

Total que la comunitaria es una psiquiatría sin señas intelectuales propias de identidad, de modo que nada cuenta la coherencia entre el decir y el hacer, y en

cambio se valora sobremanera el inmutable gusto y ejercicio de la descalificación ajena.

A no dudar que nada de lo anterior, siendo real, aparecerá en la mentada investigación. Y si bien ellos se lo guisan y ellos se lo comen a su completo gusto, frente a una dependencia estatal pagada con el dinero de todos ¿no tiene la ciudadanía nada que decir?

Hernán Villarino



Curso de Posgrado Online

ACTUALIZACIÓN CRÍTICA EN PSICOFARMACOLOGÍA CLÍNICA

Este curso es Independiente de la Industria Farmacéutica

Inicio: 24 de agosto 2015
Termino: 23 de noviembre 2015

Director Académico: Dr. Prof. Hernán Silva
Coordinadora: Dra. Caroline Leighton

METODOLOGÍA

Este curso online consta de 12 sesiones, 1 por semana, de aproximadamente 2:00 h de duración. Cada sesión está formada por tres unidades educativas de ½ c/u filmadas y editadas de acuerdo al sistema SITA (Sistema Integrado Técnico - Académico) creado especialmente para el Programa de Educación Continua de la Corporación (Diplomados, Cursos, Simposios) con cobertura nacional. Los inscritos siguen el curso online desde cualquier lugar de Chile con acceso a Internet y reciben la bibliografía seleccionada de cada unidad educativa, Full Text en PDF, junto con las clases. Se realizan dos evaluaciones con pruebas de Elección Múltiple durante el curso, cuyos resultados los recibe el alumno instantáneamente y al final se le envía la posición estadística alcanzada en la curva de rendimiento de la totalidad de los participantes.

Los docentes pertenecen a distintas Universidades, Institutos, Actividad Privada y Sistemas de Salud, integrados a los Programas de Sodepsi. Los alumnos pueden ver las clases las veces que deseen, detenerse en una diapositiva, volver atrás, de manera enteramente libre. Para una demostración entrar al sitio de Sodepsi (www.sodepsi.cl) y pinchar en "Quiénes somos". Allí podrán observar el sistema SITA aplicado a la información sobre nuestra sociedad, sus fines y actividades. La información sobre el Programa de Educación continua también es publicada en la Revista "Gaceta de Psiquiatría Universitaria", perteneciente a la corporación.

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES

www.sodepsi.cl / contacto@sodepsi.cl

PROGRAMA

PRIMERA PARTE: EL CONTEXTO (9 unidades)

Sesión 1

- Perspectiva histórica: Uso de psicotrópicos en la historia humana.
Dr. Hernán Villarino (1 unidad)
- El inicio de la Psicofarmacología. Descubrimiento casual del efecto psicotrópico de los neurolépticos, los antidepresivos, los ansiolíticos benzodiazepínicos y el Carbonato de Litio a partir de la década de 1950 del siglo XX.
Dr. César Ojeda (1 Unidad)
- Desde la receta magistral a las moléculas de síntesis: La identidad psicofarmacológica de la psiquiatría del siglo XX.
Dr. Hernán Silva (1 unidad)

Sesión 2

- La aparición de la Industria psicofarmacológica: Vínculos e influencia de la Industria farmacéutica en la investigación científica y en las organizaciones médicas.
Dr. JC Almonte (1 unidad)
- La influencia de la Psicofarmacología en la taxonomía psiquiátrica (la creación de entidades y el cambio de los diagnósticos).
Dr. Hernán Silva (1 unidad)
- Farmacocinética, farmacodinamia y fármaco-genómica.
Dra. Luisa Herrera (1 unidad)

Sesión 3

- ¿Qué tratan los psicofármacos? ¿Síntomas, Síndromes, Clusters, Enfermedades?
Dr. Jaime Santander (1 unidad)
- Efecto placebo y nocebo.
Dr. Jaime Santander (1 unidad)
- Género y psicofarmacología.
Dra. Susana Cubillos (1 unidad)

SEGUNDA PARTE: ASPECTOS ESPECÍFICOS (24 Unidades)

Uso de psicofármacos, beneficio y daño en:

Sesión 4

- Embarazo y lactancia.
Dr. Enrique Jadresic (3 unidades)

Sesión 5

- Esquizofrenias, Parafrenias, Paranoias y Síndromes Paranoídeos.
Dra. Grisel Orellana (3 unidades)

Sesión 6

- Trastornos del ánimo: Manías, Depresiones, Cuadros Mixtos, Distimias.
Dra. Caroline Leighton, Dr. Alberto Botto (3 unidades)

Sesión 7

- Trastornos de ansiedad: Generalizada, Crisis de Angustia Recurrentes, Fobias, Angustia asociada a otros padecimientos.
Dr. Claudio Fullerton (2 Unidades)
- Trastorno Obsesivo-Compulsivo y síndromes relacionados.
Dr. Roberto Amón (1 unidad)

Sesión 8

- Trastornos de la Personalidad.
Dr. Hernán Silva (3 unidades)

Sesión 9

- Psicosis Exógenas: Asociadas a patología médica y al uso de sustancias.
Dra. Grisel Orellana (3 unidades)

Sesión 10

- Demencias: Focales y Tipo Alzheimer.
Dr. Pablo Toro (3 unidades)

Sesión 11

- Adicciones: Dependencia, abstinencias e intoxicaciones.
Dr. Martín Arcila (3 unidades)

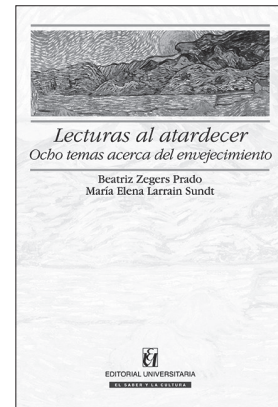
Sesión 12

- Déficit atencional e hiperactividad.
Dr. Jorge Barros (3 unidades)

LECTURAS AL ATARDECER: OCHO TEMAS ACERCA DEL ENVEJECIMIENTO

Beatriz Zegers Prado y María Elena Larrain Sundt
Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 2015

(Rev GPU 2015; 11; 2: 128-129)



Ramón Florenzano

Este texto es una muy bienvenida adición al tema de la Geriagogía: el aprender a envejecer. Esta disciplina preventiva (en el sentido de preparar el avance inexorable de los años) permite evitar errores y abre perspectivas acerca de cómo llegar a las etapas finales del curso vital. Escrito en tono coloquial y ameno, estas ocho cartas no constituyen un libro de autoayuda en el sentido habitual del término, dado que están respaldadas por un muy exhaustivo apoyo bibliográfico, y por citas extensas de autores axiales en los diversos aspectos de la geriatría. Las dos autoras, académicas distinguidas de la Universidad de los Andes, han hecho un esfuerzo importante para poner al alcance no solo de los especialistas sino del público general, aportes tanto de investigadores como de literatos y poetas en los temas expuestos. El número ocho en el título no es casual, ya que el marco referencial general recuerda una y otra vez las Ocho Etapas del Ciclo Vital de Erik Erikson, autor clave en el estudio del ciclo vital durante la segunda mitad del siglo pasado. En un libro previo de una de las autoras (*Cruzando El Mediodía*, Editorial Norma 2005) estos temas fueron expuestos de un modo académico más formal.

Es un libro curioso: erudito y práctico a la vez, tiene información muy actualizada, con abundantes referencias bibliográficas sobre las ocho áreas revisadas: la transgeneracionalidad, con foco en el rol de los abuelos; la vejez activa y la prevención de cuadros médicos y neuropsicológicos más frecuentes en la edad avanzada, el amor y la sexualidad en la tercera edad; la viudez y

sus consecuencias (positivas y negativas); la memoria y el olvido (recuerdos y reminiscencias); la voluntad del anciano (dónde, hasta cuándo vivir, qué sucede con sus posesiones al morir); la proyección hacia la vejez avanzada o cuarta edad; y finalmente un tema de especial interés para los lectores de GPU, la posibilidad de la psicoterapia en los adultos mayores. La bibliografía científica es acompañada por abundantes citas literarias, de novelas, poemas y resúmenes de filmes y videos. Esta combinación hace eminentemente útil el libro para ser utilizado en docencia, área que las autoras, ambas profesoras universitarias, conocen muy bien.

Uno de los capítulos mejor logrados es el que se refiere a la vejez avanzada: los adultos mayores de 80 años. Si bien es habitual hoy día ver a los 70 como un periodo de tranquilidad, pasada ya la jubilación y con estado de salud relativamente bueno ("los setenta son los nuevos cuarenta"), las autoras muestran cómo después de los 80 hay un deterioro en los planos cognitivo, de las capacidades sensoriales, de la personalidad, cuando esta se aguza con el correr de los años, y de la motricidad. Si en capítulos anteriores pudiera criticarse una cierta visión utópica de la tercera edad, en la cuarta edad las autoras vuelven a un realismo con datos y citas literarias muchas veces impactantes.

El octavo y último capítulo versa sobre la posibilidad de hacer psicoterapia en personas mayores. Es un tema en el cual psicoanalistas tan centrales como el mismo Sigmund Freud así como Melanie Klein se pronunciaron en forma adversa: hacer terapia después de

los 50 años era una pérdida de tiempo, dada la limitada sobrevida promedio de la población hace ochenta o cien años. Al mismo tiempo, la rigidez del aparato psíquico hacía que se considerara que es más difícil hacer cambios estructurales después de la madurez media. Hoy día esto ha cambiado, como las autoras argumentan nuevamente en forma documentada: con una expectativa promedio bordeando los ochenta años en muchos países, y con las nuevas modalidades terapéuticas derivadas, sea del psicoanálisis clásico o de otros marcos referenciales, es posible ayudar en

forma efectiva a muchos adultos mayores que pueden requerir ayuda de los especialistas en salud mental o en geriatría. Este es quizá el capítulo más técnico del texto, y por lo mismo será especialmente valioso no ya para la docencia de pregrado o de médicos generales o psicólogos clínicos, sino para la formación de posgrado en psicoterapias. Si bien se focaliza en el anciano, desarrolla un pensamiento acerca de las intervenciones psicológicas aplicables a cualquier grupo etario.

En resumen, una bienvenida publicación sobre temas de perenne actualidad.

CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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



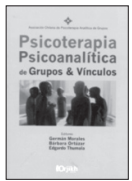
ON KINDNESS

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



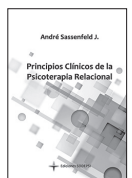
EN BÚSQUEDA DE LA RAZÓN OCULTA

Autor: César Ojeda
Editorial: Sodepsi Ediciones, 2012
Comentario: Rev GPU 2012; 8; 3: 249-251



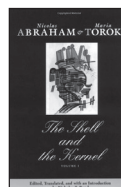
ACCIONES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

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



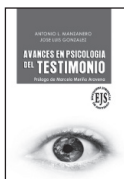
THE REPRODUCTION OF EVIL: A CLINICAL AND CULTURAL PERSPECTIVE

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



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



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



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



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 PLASTICIDAD EN ESPERA

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



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

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



HISTORIAS DE PSIQUIATRAS. TESTIMONIOS DE PSIQUIATRAS CHILENOS

Autores: Cristóbal Heskia y César Carvajal
Editorial: Gráfica LOM, Santiago, 2014
Comentario: Rev GPU 2015; 11; 1: 9-10



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



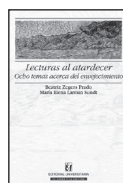
EMPATÍA CERO. NUEVA TEORÍA DE LA CRUELDAD

Autor: Simon Baron-Cohen
Editorial: Alianza, 2012, 229 págs.
Comentario: Rev GPU 2015; 11; 1: 11-12



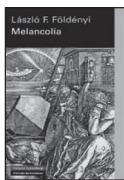
CEROCEROCERO

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



LECTURAS AL ATARDECER: OCHO TEMAS ACERCA DEL ENVEJECIMIENTO

Beatriz Zegers Prado y María Elena Larraín Sundt
Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 2015
Comentario: Rev GPU 2015; 11; 2: 128-129



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

ALBERT CAMUS

(Rev GPU 2015; 11; 2: 132-135)

Gaceta de Psiquiatría Universitaria



ALBERT CAMUS
(1913-1960)

En 2014 Albert Camus habría cumplido 100 años de edad.

Fue novelista, dramaturgo y ensayista francés. Nació en el seno de una modesta familia de emigrantes franceses. Su infancia y gran parte de su juventud transcurrieron en Argelia. Inteligente y disciplinado, empezó estudios de filosofía en la Universidad de Argel, que no pudo concluir debido a que enfermó de tuberculosis.

Formó entonces una compañía de teatro de aficionados que representaba obras clásicas ante un auditorio integrado por trabajadores. Luego ejerció como periodista durante un corto periodo en un diario de la capital argelina, mientras viajaba intensamente por Europa. En 1939 publicó *Bodas*, conjunto de artículos que incluyen numerosas reflexiones inspiradas en sus lecturas y viajes. En 1940 marchó a París, donde pronto encontró trabajo como redactor en *Paris-Soir*.

Empezó a ser conocido en 1942, cuando se publicaron su novela corta *El extranjero*, ambientada en Argelia, y el ensayo *El mito de Sísifo*, obras que se complementan y que reflejan la influencia que sobre él tuvo el existencialismo. Tal influjo se materializa en una visión del destino humano como absurdo, y su mejor exponente quizá sea el «extranjero» de su novela, incapaz de participar en las pasiones de los hombres y que vive incluso su propia desgracia desde una indiferencia absoluta, la misma, según Camus, que marca la naturaleza y el mundo.

Sin embargo, durante la Segunda Guerra Mundial se implicó en los acontecimientos del momento: militó en la Resistencia y fue uno de los fundadores del periódico clandestino *Combat*, y desde 1945 a 1947, su director y editorialista. Sus primeras obras de teatro, *El malentendido* y *Calígula*, prolongan esta línea de pensamiento que tanto debe al existencialismo, mientras

los problemas que había planteado la guerra le inspiraron *Cartas a un amigo alemán*.

Su novela *La peste* (1947) supone un cierto cambio en su pensamiento: la idea de la solidaridad y la capacidad de resistencia humana frente a la tragedia de vivir se imponen a la noción del absurdo. La peste es a la vez una obra realista y alegórica, una reconstrucción mítica de los sentimientos del hombre europeo de la posguerra, de sus terrores más agobiantes. El autor precisó su nueva perspectiva en otros escritos, como el ensayo *El hombre en rebeldía* (1951) y en relatos breves como *La caída* y *El exilio y el reino*, obras en que orientó su moral de la rebeldía hacia un ideal que salvara los más altos valores morales y espirituales, cuya necesidad le parece tanto más evidente cuanto mayor es su convicción del absurdo del mundo.

Si la concepción del mundo lo emparenta con el existencialismo de Jean-Paul Sartre y su definición del hombre como «pasión inútil», las relaciones entre ambos estuvieron marcadas por una agria polémica. Mientras Sartre lo acusaba de independencia de criterio, de esterilidad y de ineficacia, Camus tachaba de inmoral la vinculación política de aquel con el comunismo.

De gran interés es también su serie de crónicas periodísticas *Actuelles*. Tradujo al francés *La devoción de la cruz*, de Calderón, y *El caballero de Olmedo*, de Lope de Vega. En 1963 se publicaron, con el título de *Cuadernos*, sus notas de diario escritas entre 1935 y 1942. Galardonado en 1957 con el Premio Nobel de Literatura, falleció en un accidente de automóvil tres años después.

DISCURSO DE ACEPTACIÓN DEL PREMIO NOBEL DE LITERATURA, AÑO 1957

ESTOCOLMO, 10 DE DICIEMBRE DE 1957

Albert Camus

Al recibir la distinción con que ha querido honrarme su libre Academia, mi gratitud es más profunda cuando evalúo hasta qué punto esa recompensa sobrepasa mis méritos personales. Todo hombre, y con mayor razón todo artista, desea que se reconozca lo que es o quiere ser. Yo también lo deseo. Pero al conocer su decisión me fue imposible no comparar su resonancia con lo que realmente soy. ¿Cómo un hombre, casi joven todavía, rico solo por sus dudas, con una obra apenas desarrollada, habituado a vivir en la soledad del trabajo o en el retiro de la amistad, podría recibir, sin una especie de pánico, un galardón que le coloca de pronto, y solo, a plena luz? ¿Con qué ánimo podía recibir ese honor al tiempo que, en tantos sitios, otros escritores, algunos de los más grandes, están reducidos al silencio y cuando, al mismo tiempo, su tierra natal conoce una desdicha incesante?

He sentido esa inquietud y ese malestar. Para recobrar mi paz interior me ha sido necesario ponerme de acuerdo con un destino demasiado generoso. Y como era imposible igualarme a él con el único apoyo de mis méritos, no he hallado nada mejor, para ayudarme, que lo que me ha sostenido a lo largo de mi vida y en las cir-

cunstancias más opuestas: la idea que me he forjado de mi arte y de la misión del escritor. Permítanme, aunque solo sea en prueba de reconocimiento y amistad, que les diga, lo más sencillamente posible, cuál es esa idea.

Personalmente, no puedo vivir sin mi arte. Pero jamás he puesto ese arte por encima de cualquier cosa. Por el contrario, si me es necesario es porque no me separa de nadie, y me permite vivir, tal como soy, a la par de todos. A mi ver, el arte no es una diversión solitaria. Es un medio de emocionar al mayor número de hombres, ofreciéndoles una imagen privilegiada de dolores y alegrías comunes. Obliga, pues, al artista a no aislarse; le somete a la verdad, a la más humilde y más universal. Y aquellos que muchas veces han elegido su destino de artistas porque se sentían distintos, aprenden pronto que no podrán nutrir su arte ni su diferencia más que confesando su semejanza con todos.

El artista se forja en ese perpetuo ir y venir de sí mismo hacia los demás, equidistante entre la belleza, sin la cual no puede vivir, y la comunidad, de la cual no puede desprenderse. Por eso, los verdaderos artistas no desdeñan nada; se obligan a comprender en vez de juzgar. Y si han de tomar partido en este mundo, solo

puede ser por una sociedad en la que, según la gran frase de Nietzsche, no ha de reinar el juez sino el creador, sea trabajador o intelectual.

Por lo mismo el papel de escritor es inseparable de difíciles deberes. Por definición no puede ponerse al servicio de quienes hacen la historia, sino al servicio de quienes la sufren. Si no lo hiciera, quedaría solo, privado hasta de su arte. Todos los ejércitos de la tiranía, con sus millones de hombres, no le arrancarán de la soledad, aunque consienta en acomodarse a su paso y, sobre todo, si en ello consiente. Pero el silencio de un prisionero desconocido, abandonado a las humillaciones, en el otro extremo del mundo, basta para sacar al escritor de su soledad, por lo menos, cada vez que logre, entre los privilegios de su libertad, no olvidar ese silencio, y trate de recogerlo y reemplazarlo, para hacerlo valer mediante todos los recursos del arte.

Nadie es lo bastante grande para semejante vocación. Sin embargo, en todas las circunstancias de su vida, oscuro o provisionalmente célebre, aherrojado por la tiranía o libre para poder expresarse, el escritor puede encontrar el sentimiento de una comunidad viva, que le justificará solo a condición de que acepte, tanto como pueda, las dos tareas que constituyen la grandeza de su oficio: el servicio a la verdad, y el servicio a la libertad. Y puesto que su vocación consiste en reunir al mayor número posible de hombres, no puede acomodarse a la mentira ni a la servidumbre porque donde reinan crece el aislamiento. Cualesquiera que sean nuestras flaquezas personales, la nobleza de nuestro oficio arraigará siempre en dos imperativos difíciles de mantener: la negativa a mentir respecto de lo que se sabe, y la resistencia ante la opresión.

Durante más de veinte años de historia demencial, perdido sin remedio, como todos los hombres de mi edad, en las convulsiones del tiempo, solo me ha sostenido el sentimiento hondo de que escribir es hoy un honor, porque ese acto obliga, y obliga a algo más que a escribir. Me obligaba, especialmente, tal como yo era y con arreglo a mis fuerzas, a compartir, con todos los que vivían mi misma historia, la desventura y la esperanza. Esos hombres nacidos al comienzo de la primera guerra mundial, que tenían veinte años en la época de instaurarse, a la vez, el poder hitleriano y los primeros procesos revolucionarios, y que para completar su educación se vieron enfrentados a la guerra de España, a la segunda guerra mundial, al universo de los campos de concentración, a la Europa de la tortura y de las prisiones, se ven hoy obligados a orientar a sus hijos y a sus obras en un mundo amenazado de destrucción nuclear. Supongo que nadie pretenderá pedirles que sean optimistas. Hasta llego a pensar que debemos ser

comprensivos, sin dejar de luchar contra ellos, con el error de los que, por un exceso de desesperación han reivindicado el derecho al deshonor y se han lanzado a los nihilismos de la época. Pero sucede que la mayoría de entre nosotros, en mi país y en el mundo entero, han rechazado el nihilismo y se consagran a la conquista de una legitimidad.

Les ha sido preciso forjarse un arte de vivir para tiempos catastróficos, a fin de nacer una segunda vez y luchar luego, a cara descubierta, contra el instinto de muerte que se agita en nuestra historia.

Indudablemente, cada generación se cree destinada a rehacer el mundo. La mía sabe, sin embargo, que no podrá hacerlo. Pero su tarea es quizás mayor. Consiste en impedir que el mundo se deshaga. Heredera de una historia corrompida —en la que se mezclan las revoluciones fracasadas, las técnicas enloquecidas, los dioses muertos, y las ideologías extenuadas; en la que poderes mediocres, que pueden hoy destruirlo todo, no saben convencer; en la que la inteligencia se humilla hasta ponerse al servicio del odio y de la opresión—, esa generación ha debido, en sí misma y a su alrededor, restaurar, partiendo de amargas inquietudes, un poco de lo que constituye la dignidad de vivir y de morir. Ante un mundo amenazado de desintegración, en el que se corre el riesgo de que nuestros grandes inquisidores establezcan para siempre el imperio de la muerte, sabe que debería, en una especie de carrera loca contra el tiempo, restaurar entre las naciones una paz que no sea la de la servidumbre, reconciliar de nuevo el trabajo y la cultura, y reconstruir con todos los hombres una nueva Arca de la Alianza.

No es seguro que esta generación pueda al fin cumplir esa labor inmensa, pero lo cierto es que, por doquier en el mundo, tiene ya hecha, y la mantiene, su doble apuesta en favor de la verdad y de la libertad y que, llegado el momento, sabe morir sin odio por ella. Es esta generación la que debe ser saludada y alentada dondequiera que se halle y, sobre todo, donde se sacrifica. En ella, seguro de vuestra profunda aprobación, quisiera yo declinar hoy el honor que acabáis de hacerme.

Al mismo tiempo, después de expresar la nobleza del oficio de escribir, querría yo situar al escritor en su verdadero lugar, sin otros títulos que los que comparte con sus compañeros de lucha, vulnerable pero tenaz, injusto pero apasionado de justicia, realizando su obra sin vergüenza ni orgullo, a la vista de todos; atento siempre al dolor y a la belleza; consagrado en fin, a sacar de su ser complejo las creaciones que intenta levantar, obstinadamente, entre el movimiento destructor de la historia.

¿Quién, después de eso, podrá esperar que él presente soluciones ya hechas, y bellas lecciones de moral? La verdad es misteriosa, huidiza, y siempre hay que tratar de conquistarla. La libertad es peligrosa, tan dura de vivir, como exaltante. Debemos avanzar hacia esos dos fines, penosa pero resueltamente, descontando por anticipado nuestros desfallecimientos a lo largo de tan dilatado camino. ¿Qué escritor osaría, en conciencia, proclamarse orgulloso apóstol de virtud? En cuanto a mí, necesito decir una vez más que no soy nada de eso. Jamás he podido renunciar a la luz, a la dicha de ser, a la vida libre en que he crecido. Pero aunque esa nostalgia explique muchos de mis errores y de mis faltas, indudablemente ella me ha ayudado a comprender mejor mi oficio y también a mantenerme, decididamente, al lado de todos esos hombres silenciosos, que no soportan en

el mundo la vida que les toca vivir más que por el recuerdo de breves y libres momentos de felicidad, y por la esperanza de volverlos a vivir.

Reducido así a lo que realmente soy, a mis verdaderos límites, a mis dudas y también a mi difícil fe, me siento más libre para destacar, al concluir, la magnitud y generosidad de la distinción que acabáis de hacerme. Más libre también para decir que quisiera recibirla como homenaje rendido a todos los que, participando del mismo combate, no han recibido privilegio alguno y sí, en cambio, han conocido desgracias y persecuciones. Solo me falta dar las gracias, desde el fondo de mi corazón, y hacer públicamente, en señal personal de gratitud, la misma y vieja promesa de fidelidad que cada verdadero artista se hace a sí mismo, silenciosamente, todos los días.

ENSAYO

L'ÉTRANGER DE ALBERT CAMUS Y EL RACIONALISMO MÓRBIDO DE MINKOWSKI

(Rev GPU 2015; 11; 2: 136-142)

Hernán Silva¹

En este trabajo se analizan las características del protagonista de la novela *L'Étranger*, de Albert Camus, y se comparan con las descritas por Minkowski en el autismo esquizofrénico. La extraña conducta de Mersault y la carencia de repercusión emocional de sus actos, recuerdan en muchos aspectos las descripciones del racionalismo mórbido. Esta confluencia, desde una perspectiva existencialista y otra psicopatológica, ilustra el aporte que los grandes escritores han hecho a la comprensión de la conducta humana normal y patológica.

INTRODUCCIÓN

L'*Étranger* de Albert Camus ha sido traducido al español como "el extranjero". No obstante, el término en francés tiene también la connotación de exótico, forastero, foráneo, desconocido, ajeno. Está relacionado con el término *étrange*, que significa extraño, raro, singular, chocante, estrafalario, inexplicable. Por su parte, el término ajeno está vinculado a enajenación, vocablo frecuentemente empleado para referirse a la pérdida del juicio de realidad.

Albert Camus nació en Argelia en 1913. Su niñez y juventud transcurrieron en uno de los barrios más pobres de Argel. Estudió filosofía y letras. No pudo ejercer como profesor por una avanzada tuberculosis, dedicándose al periodismo y a la literatura. En 1957 obtuvo el Premio Nobel de Literatura; tres años después murió en un accidente automovilístico.

L'Étranger fue la primera obra de Albert Camus. El protagonista es Mersault, quien vive en Argel, ciudad donde desempeña un trabajo rutinario. En su vida no parecen existir metas, ambiciones, deseos o futuro.

La primera parte de la obra se inicia con la noticia de la muerte de su madre. Debe viajar unos cuantos kilómetros para asistir a su entierro. En el asilo donde vivía su madre muestra una actitud poco usual para los demás. En lugar de manifestar dolor o preocupación por tan importante pérdida, solo repara en el cansancio que siente y en el calor que lo abruma. El funeral constituye para el solo un trámite. Al concluir regresa a Argel y retoma su vida rutinaria. La muerte de su madre parece no significar nada para él. Hacía meses que ella vivía en el asilo y él no iba a visitarla.

Inicia un romance con María, antigua mecanógrafa de su oficina, pero en la relación con ella no demuestra sentimientos, ni de tristeza ni de felicidad. Tampoco

¹ Profesor Titular Departamento de Psiquiatría, Campus Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Biomedical Neuroscience Institute (BNI).

con sus vecinos tiene una relación amistosa. Uno de ellos, Raymond, le cuenta sus amores y le pide consejo. Mersault se lo da, pero con indiferencia. Otro vecino, el viejo Salamano, pierde a su perro, su única compañía. Mersault le da algunos consejos para encontrarlo, sin manifestar más emociones. Tampoco demuestra ninguna reacción emocional cuando su jefe le propone ir a trabajar a París, o cuando María le pregunta si la ama y si estaría dispuesto a casarse con ella. Aunque para él no representa nada, acepta el matrimonio.

La primera parte de la novela termina en un incidente con un grupo de árabes que persigue a su vecino Raymond, por maltratar a la hermana de uno de ellos. En una playa, Mersault se encuentra con uno de los árabes, que lo amenaza con un cuchillo. En ese momento emplea un arma, que había pedido a Raymond para evitar que este la usara, y le dispara al árabe cinco veces.

La segunda parte de la novela versa sobre su juicio por el asesinato. Su abogado, designado por el juez, le pregunta por su conducta fría durante los funerales de su madre. Le hace ver que eso lo perjudicará ante el jurado. El juez que lo interroga reacciona molesto cuando Mersault no se conmueve ante el crucifijo que le muestra y ante la interpelación a la fe que le hace. Le siguen meses de falta de libertad y de aburrimiento.

Cuando se inicia el juicio, las personas del asilo llamadas a declarar destacan su falta de sentimientos cuando murió su madre. Ello es interpretado como prueba de su mentalidad de asesino. Los testimonios de que ha sido una buena persona empalidecen frente al hecho de que no tiene explicación para su crimen y que tampoco manifiesta arrepentimiento por él.

Su actitud de indiferencia continúa mientras se acerca el momento en que deba cumplir su condena y sea decapitado.

Eugéne Minkowski (1885-1972) es considerado uno de los fundadores de la fenomenología existencial, junto a Ludwig Binswanger. Discípulo de Bleuler, introduce sus conceptos en la psiquiatría francesa. Pero luego va más allá y elabora su propia concepción de la esquizofrenia, influenciado por el pensamiento de Husserl y, sobre todo, de Bergson. Participó activamente en la creación del grupo de *L'Évolution Psychiatrique* y plasmó su pensamiento en textos tan importantes como *La Schizophrénie*, *Le Temps Vécu* y *Traité de Psychopathologie*.

En este trabajo analizamos la obra *L'Étranger* de Camus y su relación con el concepto de racionalismo mórbido de Minkowski.

LA EXTRAÑA CONDUCTA DE MERSAULT

Desde los primeros párrafos de la obra llama la atención la carencia de repercusión afectiva que tiene para el protagonista un hecho tan relevante como la muerte de su madre. Veamos, en su propio relato, cómo es vivido por él (1).

Hoy ha muerto mamá. O quizá ayer. No lo sé. Recibí un telegrama del asilo: "Falleció su madre. Entierro mañana. Sentidas condolencias". Pero no quiere decir nada. Quizá haya sido ayer.

El asilo de ancianos está en Marengo, a ochenta kilómetros de Argel. Tomaré el autobús a las dos y llegaré por la tarde. De esa manera podré velarla, y regresaré mañana por la noche. Pedí dos días de licencia a mi patrón y no pudo negármelos ante una excusa semejante. Pero no parecía satisfecho. Llegué a decirle: "No es culpa mía". No me respondió. Pensé entonces que no debía haberle dicho esto. Al fin y al cabo, no tenía por qué excusarme. Más bien le correspondía a él presentarme las condolencias. Pero lo hará sin duda pasado mañana, cuando me vea de luto. Por ahora, es un poco como si mamá no estuviera muerta. Después del entierro, por el contrario, será un asunto archivado y todo habrá adquirido un aspecto más oficial.

Al día siguiente va a nadar con María. Se produce entonces el siguiente diálogo:

En el muelle mientras nos secábamos me dijo: "Soy más morena que tú". Le pregunté si quería ir al cine esa noche. Volvió a reír y me dijo que quería ver una película de Fernandel. Cuando nos hubimos vestido pareció muy asombrada al verme con corbata negra y me preguntó si estaba de luto. Le dije que mamá había muerto. Como quisiera saber cuándo, respondí: "Ayer". Se estremeció un poco, pero no dijo nada. Estuve a punto de decirle que no era mi culpa, pero me detuve porque pensé que ya lo había dicho a mi patrón. Todo esto no significaba nada. De todos modos uno siempre es un poco culpable.

Pero quizá la máxima sensación de extrañeza que nos produce su carencia de repercusión afectiva la experimentamos al conocer su reacción frente a la decisión de contraer matrimonio con María. En un relato que podemos considerar la antítesis del romanticismo, refiere:

María vino a buscarme por la tarde y me preguntó si quería casarme con ella. Dije que me era indiferente y que podríamos hacerlo si lo quería. Entonces quiso saber si la amaba. Contesté como ya lo había hecho otra vez: que no significaba nada, pero que sin duda no la amaba. “¿Por qué, entonces, casarte conmigo?” dijo. Le expliqué que no tenía ninguna importancia y que si lo deseaba podíamos casarnos. Por otra parte era ella quien lo pedía y yo me contentaba con decir que sí. Observé entonces que el matrimonio era una cosa grave. Respondí: “No”. Calló un momento y me miró en silencio. Luego volvió a hablar. Quería saber simplemente si habría aceptado la misma proposición hecha por otra mujer a la que estuviera ligado de la misma manera. Dije: “Naturalmente”. Se preguntó entonces a sí misma si me quería, y yo, yo no podía saber nada sobre este punto. Tras otro momento de silencio murmuró que yo era extraño, que sin duda me amaba por eso mismo, pero que quizá un día le repugnaría por las mismas razones. Como callara sin tener nada que agregar, me tomó sonriente del brazo y declaró que quería casarse conmigo. Respondí que lo haríamos cuando quisiera. Le hablé entonces de la proposición del patrón (de ir a trabajar en París), y María me dijo que le gustaría conocer París. Le dije que había vivido allí en otro tiempo y me preguntó cómo era. Le dije: “Es sucio. Hay palomas y patios oscuros. La gente tiene la piel blanca”.

Como se puede apreciar, Mersault se limita a describir las situaciones que vive como lo haría un espectador completamente ajeno a la situación. Toma nota de las reacciones de los demás, entiende lo que sucede, pero exclusivamente en un plano racional. Ninguna emoción asoma a su conciencia.

Lo extraño de su comportamiento, el lúcido relato de una vida carente de toda repercusión emocional, nos recuerda las vivencias de muchos pacientes esquizofrénicos. A nuestro juicio, quien mejor ha señalado esa expresión clínica de la esquizofrenia es Eugene Minkowski.

EL CONCEPTO DE AUTISMO DE MINKOWSKI

Minkowski concibe el autismo esquizofrénico como una pérdida del contacto vital con la realidad. Dicha pérdida se expresa en el predominio sin contrapesos de la razón, la que se manifiesta en el llamado “racionalismo mórbido”. Dicha concepción está basada en la influencia filosófica de Bergson y su concepto de impulso vital (*élan vital*). Bergson considera que en la vida

se oponen dos principios, cuya oposición fundamental se expresa bajo diversos aspectos: la inteligencia y la intuición, lo muerto y lo vivo, lo inmóvil y lo fluente, el ser y el devenir. En la existencia normal estos principios forman un todo armonioso. La inteligencia se une a la intuición en busca de una meta común y el devenir se despliega sin choques con el ser.

Pero en la patología –señala Minkowski– los factores morbosos pueden herir selectivamente a uno de estos principios. Puede así entonces presentarse un grupo de perturbaciones mentales caracterizado por una deficiencia de la intuición y del tiempo vivido, y por una hipertrofia consiguiente de la inteligencia y de los factores de orden espacial. Esto lo vemos realizado en el dominio de la esquizofrenia.

A propósito de un paciente esquizofrénico, Minkowski escribe (2):

La conciencia de nuestro enfermo nos parece como una arena en la cual se suceden y se combaten principios abstractos; hay algo de *impersonal* en él. Además él concibe de la misma manera a todos sus semejantes. Ya hemos visto que sus alumnos (se trata de un profesor) no le interesan sino en tanto los ve a través de las doctrinas que quiere aplicar; ninguna nota más cálida, más íntima, más personal interviene. Ha perdido enteramente, se diría, esa fibra sensible que nos permite vibrar al unísono con nuestros semejantes, que nos une a la personalidad íntima de cada uno de ellos, que nos permite penetrarla y sentirnos uno con ella. El contacto personal está roto, la mirada ya no puede fijarse sobre las demás personas en la medida en que la vida lo exige de nosotros, se desliza enseguida por encima y se va hacia las regiones desérticas y glaciales gobernadas por la inteligencia pura.

Otro paciente expresa:

Aparte de la razón, que no ha sufrido y está intacta, todo el resto está en un desorden completo. He suprimido la afectividad, como lo he hecho con toda la realidad. Existo en cuanto cuerpo, pero no tengo ninguna sensación interna de la vida. *Ya no siento las cosas. Ya no tengo sensaciones normales. He suprimido esa falta de sensaciones por la razón.*

Y en un tercer caso:

Usted puede preguntarme sobre todo, dice una enferma, yo sabría responder; pero tengo la impresión de que nada existe.

EL APRAGMATISMO ESQUIZOFRÉNICO

Una de las características que señala Minkowski en los esquizofrénicos es su carencia de habilidades pragmáticas. Con ello alude a un déficit quizá propio de esta patología. Por lo general los pacientes abandonan el trabajo o lo realizan de manera rutinaria, sin metas u objetivos que los movilicen o motiven. Armando Roa ha señalado este hecho como una manifestación de la ausencia de propósitos vitales, o apropositividad vital, a su juicio una manifestación fundamental de la esquizofrenia (3).

Minkowski contrapone a lo que Bleuler llamara “demencia afectiva” en la esquizofrenia, una “demencia pragmática”. Luego de descartar el término demencia por su significado de debilitamiento progresivo de las facultades mentales, asociado a las demencias orgánicas, se inclina por la denominación de *déficit pragmático*.

En *L'Étranger* la conducta de Mersault ante la propuesta de su jefe de trabajar en París no puede sino evocarnos el apragmatismo esquizofrénico.

Poco después el patrón me hizo llamar, y en el primer momento me sentí molesto porque pensé que iba a decirme que telefonara menos y trabajara más. Pero no era nada de eso. Me declaró que iba a hablarme de un proyecto todavía muy vago. Quería solamente tener mi opinión sobre el asunto. Tenía la intención de instalar una oficina en París que trataría directamente en esa plaza sus asuntos con las grandes compañías, y quería saber si estaría dispuesto a ir. Ello me permitiría vivir en París y también viajar una parte del año. “Usted es joven y me parece que es una vida que debe de gustarle”. Dije que sí, pero que en el fondo me era indiferente. Me preguntó entonces si no me interesaba un cambio de vida. Respondí que nunca se cambia de vida, que en todo caso todas valían igual y que la mía aquí no me disgustaba en absoluto. Se mostró descontento, me dijo que siempre respondía con evasivas, que no tenía ambición y que eso era desastroso en los negocios.

EL ASESINATO DEL ÁRABE COMO UN ACTO AUTÍSTICO

Señala Minkowski que la ruptura del contacto íntimo con el devenir lleva a los esquizofrénicos a conductas peculiares. Señala, por ejemplo, los actos sin proyección en el mañana. En ellos, el fin fijado obstruye el horizonte y, a pesar de la energía gastada, el acto resulta inadecuado por su excesiva inmovilidad. En la vida

normal la finalidad de los actos es relativa y constituyen solo una etapa en un horizonte más amplio. Un acto como hundir un clavo en la pared exclusivamente por el placer de hundirlo, representa una profunda degradación de la actividad personal.

En los actos atiesados el sujeto queda adherido al fin fijado, aislándose de la realidad ambiente. Queda así sordo a los llamados que vienen de esa realidad en el curso de la ejecución del acto. El acto adquiere un valor absoluto y pierde así su maleabilidad y vitalidad natural.

En los actos en cortocircuito o actos al margen el sujeto no busca el modo de integrar el acto en la realidad, por lo que no tiene un carácter realista y queda como una pura manifestación autística. Por su parte, los actos que no tratan de terminar, son actos que quedan a medio camino y no se expresan en una conducta con sentido.

El relato que hace Mersault del asesinato del árabe tiene un carácter incomprensible y absurdo que nos recuerda los actos autísticos de la esquizofrenia.

El ardor del sol me llegaba hasta las mejillas y sentí las gotas de sudor amontonarse en las cejas. Era el mismo sol del día en que había enterrado a mamá y, como entonces, sobre todo me dolían la frente y todas las venas juntas bajo la piel. Impelido por este ardor que no podía soportar más, hice un movimiento hacia adelante. Sabía que era estúpido, que no iba a librarme del sol desplazándome un paso. Pero di un paso, un solo paso hacia adelante. Y esta vez, sin levantarse, el árabe sacó el cuchillo y me lo mostró bajo el sol. La luz se inyectó en el acero y era como una larga hoja centelleante que me alcanzara en la frente. En el mismo instante el sudor amontonado en las cejas corrió de golpe sobre mis párpados y los recubrió con un velo tibio y espeso. Tenía los ojos ciegos detrás de esta cortina de lágrimas y de sal. No sentía más que los címbalos del sol sobre la frente e, indiscutiblemente, la refulgente lámina surgida del cuchillo, siempre delante de mí. La espada ardiente me roía las cejas y me penetraba en los ojos doloridos. Entonces todo vaciló. El mar cargó un soplo espeso y ardiente. Me pareció que el cielo se abría en toda su extensión para dejar que lloviera fuego. Todo mi ser se distendió y crispé la mano sobre el revólver. El gatillo cedió, toqué el vientre pulido de la culata y allí, con el ruido seco y ensordecedor, todo comenzó. Sacudí el sudor y el sol. Comprendí que había destruido el equilibrio del día, el silencio excepcional de una playa en la que había sido feliz.

Entonces, tiré aún cuatro veces sobre un cuerpo inerte en el que las balas se hundían sin que se notara. Y era como cuatro breves golpes que daba en la puerta de la desgracia.

Durante el juicio, el Juez de Instrucción le pide que relate lo que experimentó en esa situación. Mersault lo relata así:

Después de un silencio se levantó y me dijo que quería ayudarme, que yo le interesaba, y que, con la ayuda de Dios, haría algo por mí. Pero antes quería hacerme aún algunas preguntas. Sin transición me preguntó si quería a mamá. Dije: "Sí, como todo el mundo" y el escribiente, que hasta aquí escribía con regularidad en la máquina, debió de equivocarse de tecla, pues quedó confundido y tuvo que volver atrás. Siempre sin lógica aparente, el juez me preguntó entonces si había disparado los cinco tiros de revólver uno tras otro. Reflexioné y precisé que había disparado primero una sola vez y, después de algunos segundos, los otros cuatro disparos. "¿Por qué esperó usted entre el primero y el segundo disparo?", dijo entonces. De nuevo revivió en mí la playa roja y sentí en la frente el ardor del sol. Pero esta vez no contesté nada. Durante todo el silencio que siguió el juez pareció agitarse. Se sentó, se revolvió el pelo con las manos, apoyó los codos en el escritorio, y con extraña expresión se inclinó hacia mí: "¿Por qué, por qué disparó usted contra un cuerpo caído?". Tampoco a esto supe responder. El juez se pasó las manos por la frente y repitió la pregunta con voz un poco alterada: "¿Por qué? Es preciso que usted me lo diga. ¿Por qué?". Yo seguía callado.

Minkowski expresa respecto a los actos autísticos:

"... el individuo queda tieso en el fin fijado, se aísla con él de la realidad ambiente, permanece sordo a los llamados que vienen de esa realidad en el curso de la ejecución del acto. El acto ha perdido su maleabilidad, su relatividad, su vitalidad natural. Ha adquirido un valor absoluto y ha vuelto paralítico y ciego al individuo".

Y más adelante:

"El mundo ambiente, con la necesidad que implica de jerarquizar constantemente los hechos nuevos que él proporciona, ha desaparecido. Tenemos ante nosotros un *acto atiesado*".

LA INCOMPRESIBILIDAD DE LA CONDUCTA DE MERSAULT

Para quienes le rodean, y también para el lector, la conducta de Mersault resulta extraña e incomprensible. Lo que mueve a extrañeza es la ausencia de toda nota emocional o afectiva del protagonista durante el relato. Algunos ejemplos de esta conducta se pueden apreciar en los siguientes párrafos:

Los gendarmes me dijeron que era necesario esperar al Tribunal y uno de ellos me ofreció un cigarrillo, que rechacé. Me preguntó poco después si estaba nervioso. Respondí que no. Y aun, en cierto sentido, me interesaba ver un proceso. No había tenido nunca ocasión de hacerlo en mi vida. "Sí", dijo el segundo gendarme, "pero concluye por cansar".

Y más adelante agrega:

Me senté y los gendarmes me rodearon. En ese momento vi una fila de rostros delante de mí. Todos me miraban: comprendí que eran los jurados. Pero no puedo decir en qué se diferenciaban unos de otros. Solo tuve una impresión: estaba delante de una banqueta de tranvía y todos los viajeros anónimos espían al recién llegado para notar lo que tenía de ridículo. Sé perfectamente que era una idea tonta, pues allí no buscaban el ridículo, sino el crimen. Sin embargo, la diferencia no es grande y, en cualquier caso, es la idea que se me ocurrió.

Y durante el transcurso de la audiencia:

Me enjuagué el sudor que me cubría el rostro y recobré un poco la conciencia del lugar y de mí mismo solo cuando oí llamar al director del asilo. Le preguntaron si mamá se quejaba de mí y dijo que sí, pero que sus pensionistas tenían un poco la manía de quejarse de los parientes. El Presidente le hizo precisar si ella me reprochaba el haberla metido en el asilo, y el director dijo otra vez que sí. Pero esta vez no agregé nada. A otra pregunta contestó que había quedado sorprendido de mi calma el día del entierro. Le preguntaron qué entendía por calma. El director miró entonces la punta de sus zapatos y dijo que yo no había querido ver a mamá, que no había llorado ni una sola vez y que después del entierro había partido enseguida, sin recogerme ante su tumba. Otra cosa le había sorprendido: un empleado de pompas fúnebres le había dicho que yo no sabía la edad de mamá.

Su conducta es entonces tomada como una prueba en su contra.

El Procurador se levantó entonces muy gravemente y con voz que me pareció verdaderamente conmovida, el dedo tendido hacia mí, articuló lentamente: "Señores jurados: al día siguiente de la muerte de su madre este hombre tomaba baños, comenzaba una unión irregular e iba a reír con una película cómica. No tengo nada más que decir". Volvió a sentarse, siempre en medio del silencio.

Y más adelante agrega:

"¿Acaso ha demostrado por lo menos arrepentimiento? Jamás, señores. Ni una sola vez en el curso de la instrucción este hombre ha parecido conmovido por su abominable crimen". En ese momento se volvió hacia mí, me señaló con el dedo, y continuó abrumándome sin que pudiera comprender bien por qué. Sin duda no podía dejar de reconocer que tenía razón. No lamentaba mucho mi acto. Pero tanto encarnizamiento me asombraba. Hubiese querido tratar de explicarle cordialmente, casi con cariño, que nunca había podido sentir verdadero pesar por cosa alguna. Estaba absorbido siempre por lo que iba a suceder, por hoy o por mañana. Pero, naturalmente, en el estado en que se me había puesto, no podía hablar a nadie en este tono. No tenía derecho de mostrarme afectuoso, ni de tener buena voluntad. Y traté de escuchar otra vez porque el Procurador se puso a hablar de mi alma.

La conclusión solo podía ser la culpabilidad de Mersault.

Declaró que yo no tenía nada que hacer en una sociedad cuyas reglas más esenciales desconocía y que no podía invocar al corazón humano cuyas reacciones elementales ignoraba. "Os pido la cabeza de este hombre", dijo, "y os la pido con el corazón tranquilo".

Haciendo referencia al autismo esquizofrénico, Minkowski expresa:

"Los esquizofrénicos no están atacados de anestesia en el sentido fisiológico o neurológico del término. Sus percepciones tampoco están perturbadas. Pero en la vida, toda sensación está llamada no solamente a ser percibida y a informarnos, sino aun,

encontrando en ello una prolongación natural, a penetrar en profundidad y a tocar así, según las circunstancias, las fibras más profundas de nuestro ser... Estamos hechos no solamente para percibir y pensar el mundo sino también para vivirlo. Y eso falta en el esquizofrénico. Por ese hecho se distancia de una manera excesiva respecto del mundo lo mismo que respecto de su propia persona, y todo se le presenta como situado en una superficie plana, sin relieve, y por ese hecho, de un modo empañado, incoloro y, al mismo tiempo, demasiado "objetivo". Ellos "ya no sienten". Y, como lo hemos visto, a menudo no pueden más que relatarse".

El sujeto que ve la realidad solo desde lo racional "se centra en el objeto, en la cosa, se complace en la inmovilidad, su reinado es el del anonimato, de la extensión, de la universalidad, del otro". Una perspectiva completamente distinta de la realidad se tiene al abordarla desde la perspectiva de lo afectivo. Esta "tiene por objeto al ser humano en cuanto prójimo, tal como se nos da ante todo en el encuentro humano, en todo movimiento de simpatía; sus caracteres esenciales son la proximidad, la intimidad, la profundidad..." (4).

En los párrafos de la novela que reproducimos anteriormente y en las descripciones que hace Minkowski, vemos una aproximación al mundo carente de la perspectiva afectiva e intuitiva. Es ese déficit el que les otorga al personaje de *L'Étranger* y a los pacientes esquizofrénicos esa incomprendibilidad y extrañeza.

COMENTARIO

Camus pertenece a la corriente existencialista, la que pone el acento en el absurdo y la futilidad de la existencia. *L'Étranger* es un libro que llama a la reflexión sobre el sentido de la existencia. El protagonista aparece como un hombre ajeno a la moral, a las convenciones sociales, a conceptos culturales como el amor y el matrimonio, la culpa, la religión o la fe. Nos enfrenta de lleno a la pregunta por el significado de la vida, lo absurdo del ser humano y la futilidad de nuestra existencia.

Mersault aparece como un personaje indolente, al que no le importa lo que es relevante para el común de las personas, como el dolor, el arrepentimiento o la tristeza de perder a un ser querido. Lo sensorial parece ser lo único importante en su vida: bañarse en el mar, sentir los olores del campo, el verde de la tarde, la sonrisa de María, el sol sobre su piel, fumar un cigarro o saborear un café, sentarse a comer, beber y luego dormir. Lo físico, el calor violento y pegajoso, o los rayos penetrantes del sol, parecen ser suficiente razón para

no poder pensar, oír o entender, al punto de apretar automáticamente el gatillo de un arma sin reparar en las consecuencias.

Hacia el final del libro Mersault expresa el sinsentido de la vida cuando enfrenta su condena a muerte.

“Y bien, tendré que morir. Antes que otros, es evidente. Pero todo el mundo sabe que la vida no vale la pena de ser vivida. En el fondo, no ignoraba que morir a los treinta años o a los setenta importa poco, pues, naturalmente, en ambos casos, otros hombres y otras mujeres vivían y así durante miles de años”.

Esta frase nos enfrenta de lleno a la fugacidad de nuestra existencia y a lo irrelevante de nuestro tránsito por este mundo.

A nuestro juicio, lo que hace que la lectura de *L'Étranger* nos recuerde tanto las vivencias esquizofrénicas es la carencia de repercusión emocional que observamos tanto en Mersault como en los pacientes esquizofrénicos que vemos habitualmente en la práctica clínica.

Pero el origen de la conducta es distinto. En el protagonista de *L'Étranger* la ausencia de repercusión emocional surge del sentimiento de absurdidad de la existencia, lo que pone al personaje más allá del mundo cotidiano compartido con los demás. Es, por así

decirlo, una determinada actitud ante la existencia. En cambio, en el paciente esquizofrénico el autismo surge de la imposibilidad de contactarse afectiva e intuitivamente con la realidad, como consecuencia de un proceso mórbido que selectivamente lleva a la pérdida de esa capacidad. El esquizofrénico, aunque quisiese, no podría ser de otro modo. En cambio, el hombre que no es esquizofrénico mantiene aún la posibilidad de acceder a otra forma de existencia.

En cualquier caso resulta sorprendente que un escritor como Camus pueda iluminarnos de manera tan profunda sobre un modo de estar en el mundo, como el que experimentan los esquizofrénicos. Y ocurre así porque el escritor devela aspectos fundamentales del ser humano, que quizá todo psiquiatra deba conocer para poder entender, aunque sea en parte, el extraño mundo en el que viven estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Camus A. El extranjero. Editorial Planeta. Santiago de Chile, 2012
2. Minkowski E. La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1960
3. Roa A. Psiquiatría. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile, 1981
4. Minkowski E. Traité de psychopathologie. P.U.F. París, 1967. Citado por Saurí J. Historia de las ideas psiquiátricas. Editorial Carlos Lohé. Buenos Aires, 1968

ENSAYO

LA LOCURA

(Rev GPU 2015; 11; 2: 143-150)

Jorge Luengo¹

Por una extraña paradoja, lo que nace en el más singular de los delirios, se hallaba ya escondido, como un secreto, como una verdad inaccesible, en las entrañas del mundo.

La locura en la época clásica, Michel Foucault

La Psicosis ha sido ampliamente estudiada en los círculos más ligados a la “psiquiatría biológica”, como la consecuencia de una alteración del neurodesarrollo en zonas cerebrales específicas que serían detectables desde el nacimiento, con la tecnología adecuada. Al menos así ha sido planteado para un grupo de psicosis “crónicas”, especialmente las Esquizofrenias.

Otro tipo de psicosis, con evoluciones más benignas como los trastornos psicóticos breves secundarios a descompensaciones de un trastorno de la personalidad u otra patología psiquiátrica, también cuentan hoy en día con algún correlato neurobiológico aunque esta relación aún no se pueda establecer definitivamente como causal.

Estos hallazgos, mezclados con la mercantilización de la salud como un bien de consumo, se han confabulado para que los pacientes “psicóticos” acudan a un policlínico de psiquiatría regularmente, tal cual lo hace un paciente hipertenso con su cardiólogo o un hipotiroideo con su correspondiente endocrinólogo, si su seguro de salud y condición económica se lo permiten o un médico general y/o familiar en el CESFAM más cercano a su domicilio.

La aparición de nuevos tratamientos biológicos de tipo farmacológico parece potenciar esta mirada y este dispositivo de tratamiento que encaja muy bien con el modelo económico actual. Al menos es un dispositivo que se puede “traducir” simplemente a una tabla de cálculo que permita arrojar alguna cifra o indicador que sea medible y eventualmente “mejorable” a través de una iluminada “política de salud”.

Pero en medio de la vorágine de este “management” o “manage care” de la locura, ya casi no queda tiempo, o interés, por escuchar si acaso la locura tiene algo que decirnos, o al menos alguna función, considerando que nos ha acompañado desde que tenemos registros de la humanidad.

Pareciera que en algún punto reciente de nuestra historia el delirio se analogó al apéndice, es decir una parte del cuerpo humano inservible que hay que extraer, cortar, amputar, ya sea que explique a través de su inflamación un rebelde dolor abdominal, o no lo haga.

Miradas más amplias de la psicosis o la locura abren el tema desde un ángulo distinto. Jean Max Gaudeliere y Francois Davoine deducen a partir del trabajo

¹ Médico psiquiatra, Hospital de Carabineros, jjjluengo@yahoo.com

analítico con pacientes psicóticos una suerte de “función del delirio”. Esta función consistiría en inscribir pedazos de historia cercenados, y no reprimidos, en el cruce de lo más singular con lo más general. Su trabajo, en un contexto de posguerra, denuncia una falla en el lazo social como consecuencia de experiencias traumáticas vividas en los conflictos bélicos de los últimos siglos. Esta falla provocaría una ruptura en la transmisión (1). Las experiencias traumáticas han sido vividas a veces directamente por los pacientes y otras veces estos han sido depositarios de los efectos de experiencias traumáticas vividas por otras personas, generalmente familiares como padres o abuelos, quienes habiendo experimentado vivencias traumáticas no han transmitido estas experiencias como contenido asimilado a las siguientes generaciones, sino más bien han transmitido silencios, omisiones, contenidos negativos por decirlo de alguna manera.

Esta ruptura en la transmisión se produciría porque las situaciones traumáticas acaecidas durante la guerra, la violencia de estado y otras situaciones extremas dejarían a las personas afectadas con un trabajo de elaboración imposibilitado y detenido en un tiempo hasta que se cumpla una condición nodal del orden de una restitución condicionante de la existencia misma en la relación a otro (2).

El delirio, en esta lógica, contendría un “mensaje” que pretende suplir esa ruptura en la transmisión. En el análisis, el trabajo sobre la transferencia permitiría esta inscripción faltante. Este mensaje siempre ha buscado inscribirse y le habla a las cosas, a los muebles, a las paredes, buscando una alteridad para ser escuchada y luego inscrita.

El análisis del delirio permite la existencia de otro que la locura ha buscado desde siempre, desde que existe, es decir, desde los albores de la humanidad, probablemente desde que existe el lenguaje.

En la edad media, la locura, al no lograr ser dicha por el discurso jurídico, teológico o médico, encontró refugio en la literatura. En esa época la locura era objeto de mucha atención y curiosidad. Se entendía que ese “fuera de sentido” solo podía captarse a través de ficciones, que daban cuenta de una “historia no oficial” o hasta ese momento “no dicha”.

Hace bastante tiempo que a los hombres les ha interesado menos escuchar lo que la locura tiene que decir que tratar de alejarla o encerrarla. Según Foucault, esta exclusión de la locura es heredada de la sufrida por los leprosos, hasta el final de la edad media. Como en este periodo la lepra desapareciera, los leprosarios comenzaron a ser ocupados por los locos a partir del siglo XVI. Estos no solo heredaron su domicilio, sino también

su lugar en el pensamiento de la gente de la época, un lugar rodeado de imágenes de peligro, de necesidad de exclusión, de separación para “no contagiar” a los “sanos”.

Los locos heredan un lugar de personas que siguen siendo consideradas como hijos de Dios, pero han recibido un castigo a causa de su pecado, y su purificación se logrará a través de su exclusión o encierro. “El abandono significa salvación”.

Tanto su separación como su eventual “cura” se hacían durante la edad media en Europa, por ejemplo en el *Narrenschiff*, navío que mezcla su existencia histórica real con el imaginario viaje inspirado en el ciclo de los argonautas, tema retomado durante el renacimiento en la pintura y en la literatura. En una de sus versiones este *Narrenschiff* está tripulado por locos, presente en el libro de Brant (1497), probablemente en el cuadro del Bosco (La Nave de los Locos) y con seguridad en la Europa renacentista.

Sin embargo el lugar del loco en la edad media no solo está compuesto de alejamiento y aislamiento para una eventual “mejoría”. En esta época, en las composiciones literarias, el loco comienza a ocupar un curioso lugar en el que dice la verdad, que los cuerdos no son capaces de ver o por lo menos no son capaces de decir. El loco usa su locura para decir, denunciar, desenmascarar y enrostrar hechos que nadie se atreve a decir.

La locura es capaz de ponerse en el centro de la razón y criticarla hasta calificarla de más loca aún.

Erasmus de Rotterdam en su *Elogio de la Locura*, hará un magistral uso de esta habilidad de la locura para transmitir una verdad que nadie se atreve a decir. Hablando en “su nombre” ridiculiza a los sabios y filósofos de su época en un tono de ironía que solo la locura sabe “transmitir” (4). En este texto se da cuenta de la transversalidad de la locura a nivel de todos los estratos sociales, a la vez que ejemplifica con humor lo útil y necesario de que la locura ocupe un lugar tan importante y extenso en el mundo, el cual sería “invivable” sin ella.

Erasmus atribuye a la locura un grado de verdad incluso mayor que el discurso de los sabios porque este tendría dos lenguas: “Una que dice la verdad y otra que dice lo que le conviene” como dijera Eurípides. El grado de verdad contenido en la locura estriba en la pasión, el juego, el espacio para escapar de la seriedad exagerada, que solo lleva al envejecimiento y a la producción “sin sentido”, aunque bien encajada en el engranaje social de la época.

La similitud con la descripción hecha al comienzo del presente escrito acerca del tratamiento de las psicosis no deja de producir un nauseoso pavor. Quizá esta visión hiperracionalista sin locura también se

acomoda perfectamente al funcionamiento social de la época actual.

Pero no vayamos tan rápido. Alrededor del siglo XV parece que la locura se escapa de ese lugar donde el hombre la había puesto prisionera debido a su conexión con lo malo, lo impuro, lo bestial, lo animalesco. Durante la Edad Media parece haberse liberado la bestia y el hombre asiste con cierta fascinación a esta revolución de la razón, a este saber que estaba atrapado en una conexión más laxa entre las imágenes y su sentido. Una especie de multiplicación del sentido que complejiza las cosas, pero a la vez las hace más interesantes y sustanciosas.

Recurriendo una vez más a la expresión artística, el Bosco pasa desde la extracción de la piedra de la locura en la "Cura de la Locura" hacia "La Nave de los Locos". Es decir, desde la compactación de todo lo que hay que extraer en una piedra, aislable, detectable y eliminable, hacia la irremediable aceptación radical de un discurso de la locura que incomoda y que ya no es tan fácil de extraer, sin embargo la nave de los locos aparece como un recurso que si bien es cierto le da un lugar a la locura, aún pretende deshacerse de ella y enviarla lejos para su eventual curación en un mensaje doble como el que denunciara Erasmo acerca del discurso de los sabios: Uno que dice la verdad y otro que dice lo que le conviene. "Llevemos a los locos lejos de aquí" versus "Que Dios los cure a través de este viaje de sanación".

Pero esta dialéctica incansable irá más allá con el *Elogio* de Erasmo, y ahora la locura no se conforma con haber recibido un lugar en la nave de locos, sino que regresa de su viaje por el agua, fortalecida, habiendo vencido a la muerte, toma la palabra y despliega su discurso, revelando la locura de la propia razón y de la sociedad de su tiempo.

Quizá por esta capacidad de "transmitir" de la locura es que a partir del siglo XV se usa a esta como una forma de sátira moral cuya máxima expresión literaria es el Quijote de Cervantes. La Locura es algo humano que está en todas partes, cuya extraña capacidad de moverse entre lo real y lo ilusorio con entera libertad le permite ver y decir verdades que escapan a la mayoría de las personas. De ahí quizá ese carácter pedagógico que se observa en las obras literarias de los siglos XVI y XVII en Erasmo de Rotterdam, Shakespeare y Cervantes (3). En estas obras la locura se permite decir, y por lo tanto la razón tiene lugar, no en el polo opuesto a la locura sino más bien habiéndola integrado. La locura ha dejado de ser el monstruo del que hay que huir. El monstruo se ha domesticado, permite a la razón ser crítica consigo misma. Locura y razón se miden mutuamente y dan cuenta de una realidad más grande y compleja.

El advenimiento del Racionalismo y la Ilustración cambió el concepto y el manejo de la locura perdiendo su libertad puesto que ahora se convertía en una amenaza para la "Diosa Razón". René Descartes publica *El Discurso del Método* e inaugura una forma de aproximarse a la realidad basada en la duda metódica, que no acepta ningún precepto que no sea absolutamente comprobable a través de la percepción directa, por los órganos de los sentidos, de objetos claros y distinguibles o la deducción hecha a partir de estas percepciones directas (5).

Descartes aplica los principios de las matemáticas y la geometría a otras ciencias con una intención unificadora de estas y aplica su método a la física, la óptica y también la medicina. El carácter absoluto del *ego cogito* cartesiano y la extramundaneidad del espíritu que de él se desprende hacen imposible considerar a la locura como enfermedad del espíritu sino que solo es explicable como la enfermedad de un órgano que provoca conductas que contravienen las normas sociales y por lo tanto la sociedad tiene derecho a defenderse de ella. Así se justifica en Europa el nacimiento de los asilos donde los locos son encerrados junto a los vagabundos y algunos delincuentes menores.

Con el advenimiento de la ciencia moderna y la revolución tecnológica de los siglos posteriores, consecuencias de la capacidad humana comandada por la razón, ya no había cabida para "escuchar a la locura" como ocurriera en la antigüedad clásica y el Renacimiento.

Habría que esperar hasta la segunda mitad del siglo XVIII para que Kant volviera a otorgarle dignidad a la locura, al definirla como una "otra regla, un punto de vista completamente diferente en el cual es puesta el alma y desde la cual percibe los objetos de manera distinta".

Hoy día el trabajo en análisis con la locura transforma el consultorio del analista en el escenario para que se despliegue ese "saber de la locura".

En el cruce de lo singular con lo plural, pedazos de historia que se escaparon de la historia aparecen bajo la forma de un lazo social que se está haciendo, pero ese lazo social solo puede tener forma si el síntoma encuentra a quien dirigirse, alguien que lo escuche.

Si en el delirio encontramos pedazos de verdad histórica, quiere decir que la diferencia entre el loco y el cuerdo no está necesariamente en el grado de verdad del discurso de uno y otro. Muchas veces el loco presenta un delirio que termina siendo cierto, pero no por eso está "menos loco". Tampoco pareciera estar en el uso o no uso de la razón como pareciera sugerir el discurso del racionalismo y la ilustración. De los locos se puede obtener un sinfín de racionios dentro de su "sistema delirante".

Lo propio de la verdad delirante es la ausencia del Otro. Ya no hay un “entre” donde se constituya la “realidad nuestra” que es más que la tuya y la mía. Esta verdad delirante se origina en el interior del ser humano, pero es rechazada al exterior, y por lo tanto se vive como si fuera la realidad consensual social ignorando su origen al interior de la psique misma portadora de esa “verdad”.

Es como si se asistiera a una realidad nueva ignorando que el fabricante de esa realidad es el sujeto mismo, puesto que las investiduras libidinales, como explicara Freud en *Introducción al Narcisismo* se han replegado sobre el yo, abandonando las investiduras de objeto. Por lo tanto, en un intento de cura por reinvestir la realidad, aparece el delirio como una realidad nueva, pero deformada por el proceso psicótico (8).

Estos elementos permiten a J. M. Gaudilliere y F. Davoine proponer una constante antropológica: Cualquier interrupción en la transmisión que vincula entre sí a los hombres busca paradójicamente las vías de una inscripción. La locura constituye una de las relaciones humanas dedicadas a este trabajo en contacto con lo imposible, con lo inexistente. Pone en movimiento una cobúsqueda en la que el analista ocupa un segundo lugar.

El psicoanálisis permite al analista entrar en contacto con zonas de no existencia del paciente. La locura muestra fuera de temporalidad aquello que nadie quiere saber y que no está inscrito como pasado. Las crisis de locura develan zonas de catástrofe donde el tejido comunitario se desgarran.

El concepto de “Zonas de no Existencia” quizá se pueda aproximar al de “Existencia Negativa” de Gaetano Benedetti (6) que se refiere la sensación de no existencia de los pacientes psicóticos con los que él trabaja. En estas circunstancias no tiene sentido analizar esa no existencia para comunicar esos *insights* sobre los mecanismos metapsicológicos que llevaron a esas no existencias a un yo que tiende a disolverse.

Lo que propone este autor es más bien un intento del terapeuta por existir en la no existencia del paciente, es decir, como intento de transformarla en existencia a través de una presencia en ella. Esta presencia sería fundamental para comenzar a reparar la desgarradura en el lazo social que ha interrumpido la transmisión. Esta desgarradura se ha producido por la mezcla en proporciones variables de un proceso biológico y un “factor desencadenante” que han traído como consecuencia esta no existencia y esta no presencia del otro.

Para ocupar este lugar el terapeuta debe estar dispuesto a analizarse continuamente a sí mismo en el encuentro con el paciente, y preguntarse a cada paso

cuál es el significado de sus palabras para el paciente. Este punto es especialmente delicado puesto que el paciente tiene dificultades en interpretar los marcadores somáticos de los demás y de sí mismo, así como sus propias emociones. El analista enfrenta una situación en que debe confiar en sus propias impresiones que detectan el terror y la violencia que el paciente carga sin sentirlos.

El analista siente que él mismo entra en las zonas de peligro real, zonas de inexistencia, pero solo puede formularlo a partir de representaciones que obtiene de zonas análogas de su propia experiencia. Con esto debe animar a un ser desafectado. Esta reanimación conduce a una primera inscripción donde el riesgo de pasar al acto existe.

La locura entonces exige modificaciones en la técnica psicoanalítica clásica en cuanto a la neutralidad y el no involucramiento del analista. Acá el analista podrá recurrir a experiencias de su propia historia para poder establecer puentes con la historia del paciente y comenzar a tejer un lazo social que posteriormente permita una inscripción.

En la contraparte, el paciente psicótico tiene como una modalidad de no existencia a la total identificación del paciente con las imágenes que poseen de él los demás. El paciente vive “en préstamo de los demás” gracias a las imágenes que los demás tienen de él, pero al precio de perder su autonomía.

Esta dependencia de la mirada del otro es la antesala de la anulación, pues basta que esta mirada se dirija a otro lado o simplemente este no esté para que el paciente caiga en el vacío. El ejemplo más patente de esto lo constituyen las descompensaciones psicóticas de pacientes que pierden a su ser querido más cercano, como por ejemplo la madre, con quien frecuentemente quedan viviendo hasta que esta muere.

Por eso ocupar como terapeuta este lugar auxiliar en la transferencia es un arma de doble filo. Por un lado puede constituir una herramienta para reparar el lazo social y así comenzar a inscribir pedazos de historia rechazados, pero, por otro, una interrupción de la cura sea cual sea la causa: cambio de terapeuta, no acceso al dispositivo de tratamiento en cuestión, etc., pueden constituir una nueva experiencia traumática y caer de regreso a esta no existencia que estaba comenzando a existir. Y estaba comenzando a existir “en el terapeuta” logrando paradójicamente una mayor libertad, que, si bien es cierto ahora depende del terapeuta, es más libre que en esta inmersión en la no existencia.

En estas circunstancias el analista debe dejar ser utilizado como objeto parcial por el paciente y ser usado como fragmento que en la dialéctica de la transferencia

permitirá la construcción de una continuidad que sirva de contrapeso a la fragmentación esquizofrénica.

Gaetano Benedetti explica las razones por las cuales hacer este trabajo es tan difícil y lo explica a partir de un elemento central de la psicopatología de los pacientes psicóticos que tiene que ver con las alteraciones de los límites del yo. Esto consistiría en dos hechos aparentemente contrapuestos. Por un lado, una excesiva permeabilidad del yo que produciría que los estímulos del ambiente penetren con demasiada facilidad al yo, desorganizándolo. Por otro lado, una exagerada opacidad de los límites del yo que provoca un aislamiento del mundo y deja como consecuencia extensas zonas de inexistencia en su interior.

En la transferencia esto se va a desplegar como extrañamiento y confusión por parte del paciente, quien se moverá entre una fusión con el analista y un alejamiento como si se hubiera levantado un muro entre ambos. Detectar en cada momento qué aspecto de la patología de los límites del yo es el que está participando va a ser una preocupación permanente del analista, quien a través de su inconsciente podrá orientarse acerca de esto y de la posición que está ocupando él mismo.

Esta alteración de los límites del yo va acompañada, según Benedetti, del desvanecimiento de cualquier límite psíquico; límite entre los distintos estados del yo, como entre una representación y otra. Es decir, no solo hay una confusión entre el sí mismo y el mundo; o entre el yo y el objeto, sino también entre los recuerdos del pasado y las percepciones presentes o entre las representaciones de cosas diferentes que son mezcladas entre sí por el hecho de coincidir en una cualidad periférica.

Ante tantas representaciones confusas de su mundo interior, la psiquis del enfermo tiene unas pocas representaciones bien definidas. Este tipo de representaciones es de carácter maligno, como sentirse ridiculizado, atacado, perjudicado, etc. Estas representaciones más definidas dentro de un mar de representaciones confusas van a servir de punto de referencia a la cual se adherirán las demás. "Literalmente todo el mundo perceptivo del paciente significará esa única cosa verdadera". Por la tanto, cualquier representación o cualquier percepción puede ser incluida en la representación central e ir configurando un delirio cada vez más abarcador de la vida psíquica del paciente.

Si bien es cierto que Freud consideraba que el psicoanálisis tenía poco para aportar en la locura, al menos desde el punto de vista de la cura, no es menos cierto que la concepción del delirio como un mensaje de un fragmento de realidad ya estaba presente en su obra. A partir de la observación de fenómenos acaecidos

en pacientes, después de habérselos comunicado una construcción, al parecer certera, observó que comenzaban a presentar recuerdos especialmente nítidos de la época a la que se estaba haciendo alusión en la construcción. Estos recuerdos hipernítidos que aparecen indistintamente en sueños o en vigilia, le hacen recordar a Freud una alucinación a la que le falta el sentido de actualidad. De aquí la ilación de su pensamiento lo llevó a la idea de que quizá la alucinación tuviera como carácter universal que dentro de ella retorne algo vivenciado en la edad temprana y luego olvidado. Algo que vio u oyó en la época en que apenas era capaz de lenguaje todavía y que ahora se esfuerza por emerger a la conciencia, pero desfigurado y desplazado por las fuerzas que contrarían ese retorno (7).

Entonces las formaciones delirantes que muchas veces se articulan con estas alucinaciones en estados psicóticos también podrían corresponder a un proceso de desfiguración y desplazamiento de un fragmento de realidad histórica del sujeto en un proceso similar al de la desfiguración onírica.

Así Freud llega a afirmar que "No solo hay método en la locura sino que esta contiene también un fragmento de realidad histórico-vivencial". Se plantea entonces el reconocimiento de este núcleo de verdad como un lugar de apuntalamiento del tratamiento. Esto consistiría en aislar este núcleo y resituarlo de regreso al momento histórico al cual pertenece.

El delirio para Freud entonces tendría prácticamente la misma estructura de la construcción que hace el analista al intentar reconstruir pedazos olvidados de historia. Freud además hace un paralelo con los delirios de la humanidad, que también ha rechazado fragmentos de historia de los tiempos originarios, pero que aún viven en construcciones delirantes edificadas hasta nuestros días. Esto lo desarrolla ampliamente en su texto *Moisés y la Religión Monoteísta* donde intenta reconstruir la historia de Moisés y el origen de la religión judía.

VIÑETA CLÍNICA

Juan es un paciente de 54 años que se controla mensualmente en un policlínico de psiquiatría del sistema de salud pública de nuestro país con el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide. Se controla desde los 25 años. En esa época Juan estaba estudiando Licenciatura en Física y Matemáticas en la universidad. Cursaba el tercer año de su carrera. Una tarde después de dar un aprueba de química que recuerda que había estado muy difícil, comienza a sentirse extraño, "como que estaba volando livianito". Siente como que se empieza a alejar del

mundo. Ya no tenía interés en la universidad, no estudiaba. Esto trajo como consecuencia que reprobara el ramo de probabilidades y finalmente fuera expulsado de la universidad. Entonces comenzó a sentir pseudoalucinaciones auditivas que le decían: “Maricón, idiota, malo pal fútbol”. Juan pensó que estas voces provenían del diablo, por lo que se acercó a la iglesia. Fue a un sacerdote que lo confesó y le dijo que comenzara a ir a la iglesia los domingos. Con eso se sintió más aliviado, pero las voces continuaron aunque él se mantiene asistiendo a la iglesia todos los domingos hasta la actualidad.

Sus padres deciden llevarlo a un psiquiatra. Comienza un tratamiento farmacológico, que se ha mantenido hasta ahora; sin embargo las alucinaciones vuelven a aparecer cada cierto tiempo a pesar de los distintos esquemas farmacológicos que ha recibido. Las voces hablan entre sí, comentan sus actos, a veces dicen lo que Juan piensa, como poniéndole voz a sus pensamientos.

“Ándate, fuera, cola, maricón, estamos por llegar”; “ya te vamos a llevar ya”; “¡No!” son algunos de los contenidos de las voces que Juan escucha.

Juan dice que siempre su padre creyó que era homosexual. Esto lo creía debido a los comentarios de algunos amigos de Juan en la infancia, que habrían divulgado este rumor para perjudicarlo. Este recuerdo aparece en el trabajo con Juan a partir del contenido de estas alucinaciones.

En una sesión, Juan llegó a su control muy angustiado. Habría presentado un aumento en sus alucinaciones y Juan cree que ahora las voces son de personas que le quieren robar, por lo que camina con mucho miedo. Juan comenta que se empezó a sentir peor después de ver en un programa de televisión el caso de un niño que fue violado por su tío político entre los 4 y los 8 años. “A ese niño le jodió la psique”. Sin embargo Juan cree que esto no tiene relación con su actual crisis sino más bien con la baja de uno de sus medicamentos antipsicóticos.

En esa sesión comenzamos a hablar de sus alucinaciones y del programa de televisión que le había provocado tanta angustia. Entonces recuerda un episodio acaecido cuando Juan tenía seis años de edad. Habría tenido relaciones sexuales con un vecino de doce años de edad. Juan habría accedido a la proposición del vecino, pero después esto no le gustó, se fue a su casa y sintió que la luz estaba más apagada, el ambiente estaba como más triste, sentía como una presión en su cabeza.

Ahora Juan recuerda que cuando comenzó con las alucinaciones, a los 25 años, sentía que esas voces lo torturaban como una forma de castigo por lo que había

hecho a los 6 años. Este sentimiento de culpa lo había sentido todo el tiempo desde esa fecha, y a los 25 años siente que estaba pagando todo el mal que había hecho: la relación homosexual, su mal rendimiento en la universidad. Además en la ella jugó fútbol durante tres años. Era “bueno para la pelota” y por eso sus compañeros querían que estuviera en el equipo. Él había adoptado la costumbre de “mirar feo” a los contrincantes. Él también sentía que lo miraban feo. Entonces él miraba “más feo”. Cuando comienzan sus síntomas psicóticos a los 25 años, cree que este es otro motivo para recibir un castigo.

Acá se puede ver, como decía Benedetti, que las percepciones actuales y los recuerdos comienzan a girar en torno a un pensamiento, una representación central: “Me he portado mal y ahora me están castigando”. Este pensamiento parece haber estado en el centro de su mente desde los 6 años, quizá antes. Ahora, a los 25 años, ese recuerdo, la expulsión de la universidad, su comportamiento en la cancha de fútbol es tomado por algo o alguien (¿el diablo?) y en castigo es insultado, molestado, burlado.

20 años de medicamentos antipsicóticos han tenido un éxito parcial en cuanto a mantener a Juan relativamente adaptado en su familia, sin provocar mayores problemas. Las alucinaciones son atenuadas, pero nunca ceden por completo. Al parecer el tratamiento exclusivamente biológico recibido por Juan han ayudado, por épocas más, por épocas menos, a mantener “a raya” las manifestaciones secundarias de un proceso psicótico que intenta construir una nueva realidad en torno a una representación central conectada con un fragmento de la realidad histórica de este paciente. Un hecho real que hasta ahora no había sido hablado, pero parece estar incluido como un “mensaje” en el sentido planteado por Jean Max Gaudilliere y Francois Davoine. Este mensaje es un intenso sentimiento de culpa por haber hecho algo que ahora es castigado. Juan piensa que debe ser castigado, pero esta representación de castigo es proyectada afuera, en forma de voces que lo insultan y lo amenazan. Este mensaje ha sido dicho mil veces en el dispositivo de salud al cual su familia tiene acceso, pero la respuesta ha sido una optimización de su tratamiento farmacológico y el “mensaje” sigue “a la deriva”.

Cuando Juan habla del episodio de los seis años, a pesar de su estructura clínica, logra conectar este sentimiento de culpa con el contenido de las voces que escucha desde los 25 años. Quizá por primera vez este hecho real de su historia, contenido de alguna manera en sus alucinaciones, este sentimiento de culpa o vergüenza es comunicado a otro.

A partir de entonces Juan comienza a sentir que las voces con contenido amenazante y devaluador comienzan a disminuir en intensidad. Juan me comenta, tratando de encontrarle explicación a esta mejoría: “Es que parece que le tienen miedo a usted”. Al parecer se ha podido establecer una especie de transferencia positiva en el que pone a su terapeuta en una posición de un otro protector, en un extremo opuesto del otro agresivo. La representación de su terapeuta no se ha integrado de manera delirante como un elemento más que gira alrededor del núcleo central de su sistema representacional en que todo es tomado como castigo, como burla o ataque. Más bien el paciente está llenando zonas de inexistencia que ha tomado prestadas un poco de la existencia del terapeuta. Paciente y terapeuta se han conectado en algún punto gracias a la escucha.

Luego de algunas semanas Juan escucha “como un pensamiento hablado”. Una voz que pone en palabras sus pensamientos, pero él sabe que son sus pensamientos. Ya no es una voz que viene desde afuera a insultarlo, proveniente del otro maligno, quizá el diablo. Ahora sigue con fenómenos de la línea psicótica, pero Juan ha sido capaz de identificar una realidad interna de donde surgen estos fenómenos, que aún no se pueden controlar completamente, pero se asume un poco más su origen propio.

Ese otro que habla, que comenta sus pensamientos, se asemeja a la estructura del superyó que describe Freud como la conciencia moral que orienta al yo para que se acerque a su ideal del yo. Esta estructura que dicta silenciosamente, en la neurosis, en qué dirección ir en la búsqueda del ideal, en el caso de Juan se manifiesta como un superyó sádico que le habla a través de las alucinaciones. Juan lo asemeja con el diablo y por eso se acerca a la iglesia.

Al comenzar a hablar de su locura, Juan comienza a integrar a su superyó quizá no en forma completamente armónica, pero por lo menos como una voz que Juan identifica como una sonoridad que ha adquirido su propio pensamiento.

Esta viñeta da cuenta de un proceso inicial con un paciente psicótico crónico al que se le toma en serio su “locura” y se intenta escuchar su “mensaje”. Quizá un trabajo más profundo o de largo plazo pueda dar mayores y mejores resultados en un paciente que junto con recibir un diagnóstico a la edad de 25 años, sufre un quiebre en su vida, debe abandonar sus estudios, vivir de sus padres hasta su edad actual de 54 años y mantener una lucha constante con el retorno en forma de alucinaciones de una verdad histórica no inscrita, no dicha y nunca reprimida.

CONCLUSIÓN

Ofrecer una terapia de orientación psicoanalítica a un paciente esquizofrénico puede ser considerado como una locura en la visión salubrista actual, orientada al uso de tratamientos con mayor costo-beneficio. En este contexto el tratamiento farmacológico, las terapias grupales y abordaje terapéutico-ocupacional están en la mayor parte de las guías clínicas y protocolos de tratamiento.

Lamentablemente este abordaje “racionalista” de la locura en la sociedad actual no deja espacio para escuchar lo que la locura tiene para decir. Poder incluir la escucha psicoanalítica en un lugar dentro del trabajo con pacientes psicóticos debiera ser un desafío que, aunque implica un esfuerzo mayor y de largo plazo, tal vez permita mejorar la calidad del tratamiento de los pacientes, lograr mejores resultados y, de paso, aceptar esta otra forma de estar en el mundo, que, como dijera Erasmo de Rotterdam, hace al mundo más vivible.

Esta mirada de escucha de la locura no debiera ser contrapuesta a la mirada biológica. Ambos puntos de vista pueden y deben convivir en los equipos de salud e incluso potenciarse, puesto que actúan de manera distinta pero complementaria. Las alteraciones de neurotransmisores que pretenden corregir los psicofármacos ayudan desde el punto de vista sintomatológico, pero parecen tener un límite en cuanto a la vivencia misma de la experiencia psicótica y su lugar en la pequeña y en la gran historia, así como el lugar que ocupa a nivel familiar.

El análisis, por su lado, busca desenmarañar un mensaje que en forma compacta y desfigurada no para de decirse a través de las producciones psicóticas. A veces no para de decirse ni siquiera con algunas sesiones de terapia electroconvulsiva.

Así como Freud dijera alguna vez que la biología constituye un límite para el psicoanálisis, el carácter comunicativo de un trozo de verdad histórico vivencial parece estar más allá del alcance del enfoque biológico. Ambas miradas pueden hacer este límite cada vez más delgado y paralelamente ir aumentando el beneficio para pacientes que hoy en día caen en un protocolo GES para manejar sus síntomas más molestos, mientras su locura sigue hablando a otro inexistente.

La locura puede iluminar una multiplicación del sentido en una sociedad donde el sentido se ha consuetudinario hasta casi desaparecer. La psiquiatría acorralada entre la industria farmacéutica y la gestión hospitalaria asiste resignada al abandono de la locura y al sometimiento de un sistema económico que

dirige desde un lenguaje de pocas palabras y menos sentidos.

La locura se hace cada vez más necesaria en la práctica psiquiátrica, la locura de escuchar a un ser humano, además de pensar a nivel molecular. La locura de hablar por fuera del *manage care*, de hablar con otro ser humano olvidándose del número de pacientes por hora que dice el contrato. La locura de conversar con un paciente acerca de la no conveniencia de la prolongación de una licencia médica para manifestar el hastío en contra de su trabajo en favor de hablar del problema de fondo... aunque parezca una locura.

REFERENCIAS

1. Gaudilliere JM, Davoine F. Historia y Trauma
2. Aceituno R. Tener lugar. En Aceituno R. (compilación), Espacios de tiempo. Clínica de lo traumático y procesos de simbolización. Santiago de Chile: Universidad de Chile, 2010
3. Dorr O. Psiquiatría Antropológica
4. Erasmo de Rotterdam. Elogio de la Locura
5. Descartes R. El Discurso del Método
6. Benedetti G. La Esquizofrenia en el espejo de la Transferencia
7. Freud S. Construcciones en Análisis. 1937. Volumen XXIII, Obras Completas. Amorrortu editores
8. Freud S. Introducción al Narcisismo. Volumen XIV. Obras Completas. Amorrortu ediciones
9. Foucault M. Historia de la Locura en la Época Clásica

ENSAYO

LA ACCIÓN COMUNICATIVA EN EL ACONTECER DE LA PSICOTERAPIA¹

(Rev GPU 2015; 11; 2: 151-153)

Margarita María Becerra²

El trabajo clínico psicoterapéutico con pacientes solicitantes de asilo y refugiados se realiza a partir de un diálogo, que se ancla en la relación recíproca con un prójimo. Esencial es el uso del lenguaje y de la comunicación como acción, que transforman el mero diálogo en acción inscrita en el lenguaje. La potencia de la palabra como acontecimiento crea un mundo compartido entre el terapeuta y el paciente, experiencia propia y esencial al ser humano que resulta terapéutica.

INTRODUCCIÓN

Desde hace quince años trabajo clínicamente con pacientes solicitantes de asilo y refugiados que provienen de diversas comunidades lingüísticas y culturales, y que experimentan o manifiestan sufrimiento psicológico. En Chile, como en el extranjero, he tenido la oportunidad de establecer relaciones terapéuticas con personas provenientes de diversos países, tanto sudamericanos como centroamericanos, europeos, africanos y asiáticos. Así también con pacientes rusos, chechenos, azeríes y armenios, además de etnias específicas como gitanos (macedonios) y otavalos. Un elemento importante a destacar es que la gran mayoría de las personas que llegan a consultar no ha estado en contacto con profesionales de la salud mental,

desconocen la terminología diagnóstica psicológica o psiquiátrica, y no están necesariamente familiarizados con las convenciones del encuadre terapéutico, ni de cómo debe o debiera comportarse el profesional de la salud mental o el paciente.

Antes de adentrarme en cómo entenderé la relación terapéutica para efectos de esta reflexión, quisiera precisar que el establecer este tipo de relación en este contexto particular releva dimensiones de especificidad temática y técnica. En una situación terapéutica intercultural, donde además hay elementos asociados a experiencias de violencia extrema, estas dimensiones se complejizan. Esto debido a que el sujeto (paciente) que tenemos en frente –y su experiencia–, aparece ante nosotros como muy distinto o ajeno. A su vez, encontrarse con pacientes en una (su) primera experiencia

¹ Mi reconocimiento a la extensiva labor del profesor Humberto Giannini, cuyas conversaciones inspiraron las reflexiones del presente trabajo.

² Psicóloga Pontificia Universidad Católica de Chile, Posgrado en Psicoterapia Sistémica Institut de Formation Sociale de Bélgica, Estudiante de Doctorado en Psicología Universidad de Chile. mbecerral@ug.uchile.cl

en salud mental, le agrega al espacio terapéutico una cualidad inédita, donde desde el primer encuentro la novedad y la curiosidad mutua entre terapeuta y paciente se hacen evidentes. Desde allí se abre un campo de conversaciones en torno a temas múltiples, que van desde ¿cómo se es y cómo se hace en el país de origen?, ¿qué es la salud mental?, ¿cómo es vivida la experiencia de malestar en salud mental?, ¿quién es y qué hace un psicoterapeuta?, ¿cómo es y qué implica estar sano y estar enfermo (para tal o cual cultura)?, entre muchas otras preguntas. Lo interesante es el vínculo que se va tejiendo en el espacio terapéutico a través de estas conversaciones, vínculo único y original, espacial y temporalmente acotado, relacionamente profundo y recíproco.

Dado que la psicoterapia se realiza a través del uso de la palabra, del lenguaje y de la comunicación, me parece fundamental centrar nuestra atención en un gesto comunicativo esencial, que revela que el lenguaje se sitúa también en el plano de la acción y en donde podemos observar cómo “comunicar es acción” (Giannini *et al.*, 2008, p. 11).

Antes de adentrarnos en lo que es propio a la acción comunicativa, creo importante precisar que entenderé la relación terapéutica como una relación intersubjetiva, que se da entre dos sujetos, el terapeuta y el paciente. Quien incita esta relación es en primera instancia el sujeto, que en un determinado momento de su trayectoria decide libremente consultar al terapeuta. Al solicitar atención el sujeto realiza el gesto que lo moviliza hacia el terapeuta, iniciando así el primer movimiento hacia la relación terapéutica. Este movimiento puede o no puede ser acogido por el terapeuta. Si este lo acoge, acepta la invitación incitadora al encuentro terapéutico, definiendo así el lugar del sujeto en la relación, como paciente.

Es importante señalar las condiciones de posibilidad (Ricoeur, 1990/1996) de este encuentro intersubjetivo, que no se da en cualquier espacio, sino en un espacio particular, cual es el espacio terapéutico. Además, no se da en cualquier tiempo, se da en un tiempo determinado y acordado entre las subjetividades del terapeuta y del paciente, cual es el tiempo de la sesión. El campo en que se da la intersubjetividad es el de la comunicación lingüística, que abarca así la vinculación a través del cuerpo y de la comunicación entre ambas partes. El contenido de esta comunicación es el de las historias de migración forzada que dan origen a la solicitud de asilo, las cuales son tomadas como eje central en la expresión de la subjetividad de los pacientes.

Una vez actualizado el encuentro la sesión comienza con el gesto del terapeuta, quien al enunciar el “(yo)

te escucho”, lanza el diálogo estimulando la expresión de la subjetividad del paciente. Pero no es mero diálogo, es acción inscrita en el lenguaje. Observamos la potencia de estas palabras como un acontecimiento, que crea un mundo compartido entre el terapeuta y el paciente.

Me atrevo a proponer considerar el “(yo) te escucho” como acto de habla, inscrito dentro del ámbito terapéutico en el plano de la acción. El acto de habla (o acto de discurso) entendido como “un enunciado que por el simple hecho de enunciarlo equivale a realizar lo mismo que se enuncia (...)” (Austin en Ricoeur, 1990/1996, p. 20). Como enunciado, que representa más que una proposición verdadera o falsa, y que al decirlo realiza acción.

Es así como “(yo) te escucho” expresado por el terapeuta, como sujeto identificado, responsable y veraz que ejerce la acción, se vuelve acción comunicativa cuando el paciente responde a esta acción de alguna manera en la realidad de la interacción. La acción comunicativa constituida así “por la acción misma de comunicarse un sujeto con otro sujeto”, y por aquello (...) llamado referente: aquello que se comunica, que se hace común” (Giannini *et al.*, 2008, p.12). La acción comunicativa siendo el vínculo entendido como una acción y donde, en tanto acción, lo que predomina es la intención, en este caso supeditada a la vinculación terapéutica.

Sin embargo, emerge una observación que podría objetar tomar este enunciado como acto de habla. En el momento exacto en que como terapeuta (sujeto actuante) digo “(yo) te escucho”, no necesariamente estoy escuchando. Estoy hablando. Esta objeción puede ser discutida al constatar que en la acción comunicativa de escuchar se produce un desfase temporal. El “(yo) te escucho” deja espacio al vínculo, espacio que abre a que el otro (paciente) entre en la relación a través de la comunicación. Es mi tiempo como terapeuta, pero también es el tiempo del paciente, transformándose en un tiempo que es coexistido y experimentado por ambos en el vínculo terapéutico.

Tiempo, espacio y vínculo crean el mundo compartido del terapeuta y paciente, y la comunicación entre ambos se da en y a través de este mundo. Emerge aquí una primera cualidad ética de este encuentro. El nosotros terapéutico exige la presencia activa y la dualidad vinculante entre un yo y un tú, que sostienen una relación al mundo compartido. Este mundo y este intercambio tienen que ver con lo que hacen el terapeuta y el paciente. En psicoterapia, el terapeuta está ahí para que el paciente alivie su malestar y el paciente para sentirse aliviado, y eso es parte de un vínculo, el vínculo que se establece en el espacio terapéutico.

El vínculo terapéutico es el que ayuda a transitar ese mundo compartido, cuyo objetivo es llegar al otro. El paciente entra a su subjetividad desde la intersubjetividad de la relación terapéutica. Primero hay conocimiento del otro y después conocimiento de sí mismo. La intersubjetividad es fuente de la subjetividad tanto para el terapeuta como para el paciente. En este contexto, la psicoterapia establece la simetría del vínculo en el encuentro humano, simetría que implica reciprocidad. Tanto terapeuta como paciente son transformados a través de este encuentro intersubjetivo y a través de este vínculo. Esto es clave, ya releva una segunda cualidad ética del encuentro terapéutico, cual es la reciprocidad.

El sujeto solicitante de asilo y refugiado tiene una experiencia en el mundo, experiencia ligada a la inseguridad, a la amenaza y al miedo. Su vida ha sido trastornada debido a situaciones de violencia generalizada, violaciones a los derechos humanos, conflictos internos o agresión extranjera. Este sujeto llega a Chile buscando protección, asociado a la necesidad de refugio o asilo en un país neutral a las conflictivas sociopolíticas del país de origen (Becerra y Altimir, 2013).

Lo característico de la experiencia del sujeto solicitante de asilo o refugiado es que el horror de los hechos vividos va más allá de lo imaginable. La violencia extrema de la tortura, de los asesinatos masivos, de las violaciones, de la destrucción de las familias o de pueblos enteros, ... ¿cómo un sujeto es capaz de hacer esto a otro sujeto? Esta pregunta no tiene respuesta para la persona víctima de estos hechos, ya que estos mismos hechos son los que han convertido al sujeto en objeto del otro para sus fines, sean estos políticos, bélicos, criminales u otros. La violencia sin medida que ejercen unos expulsa a otros del mundo de los humanos. Esta deshumanización convierte la experiencia de violencia extrema en algo que es indecible, incomunicable e inabrazable, núcleo central de lo traumático.

El yo del "(yo) te escucho" expresado por el terapeuta implica la acción testimonial del yo: "lo que viviste, verdaderamente sucedió, esa realidad verdaderamente existió". Así, el yo te escucho y cómo te escucho, se convierten en la esencia de la escucha terapéutica. Es a través del yo te escucho que te hago

sujeto. La escucha y el reconocimiento por un sujeto, en un espacio recíproco y simétrico (de ser humano a ser humano) invitan al otro a regresar a la comunidad de los seres humanos. Es la acción comunicativa vinculante que se establece entre el terapeuta y el paciente, donde el otro aparece como sujeto. El sujeto (paciente) me muestra lo que conoce y yo (terapeuta) conozco a través del otro, yo reconozco. Es un conocimiento propio, desde la experiencia subjetiva del otro. Al entrar en un espacio compartido de experiencia, la experiencia existe. Puede producirse entonces la vinculación de los hechos de la experiencia, desde el mundo compartido entre el terapeuta y el paciente hacia el mundo donde se encuentran los otros seres humanos.

La acción comunicativa descubre que en la conversación y en la palabra terapéutica nosotros queremos (re)establecer un vínculo, es la acción que nosotros lanzamos al otro, una invitación donde hay un sujeto vinculante. Hay un sujeto que por el hecho de hablar es portador de un ahora en el mundo, que se da en el ahora y en la acción del espacio terapéutico.

La potencia singular de la acción comunicativa del "(yo) te escucho" en el ámbito terapéutico, radica en que es una acción sobre el otro (paciente) que permite cambiar el mundo al comunicar. Es así como, a través de la acción en la comunicación, accedemos a la esencia misma del encuentro entre dos sujetos, el terapeuta y el paciente, y de lo que hace que el encuentro sea terapéutico, que no releva tanto de aspectos técnicos sino más bien de lo más profundo de lo que es nuestra humanidad, enriqueciendo el trabajo clínico con nuestros pacientes.

REFERENCIAS

1. Becerra M, Altimir L. Características y necesidades de las personas migrantes que consultan en salud mental: la emergencia del fenómeno de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural. *De Familias y Terapias* 2013; 22(35): 101-118
2. Giannini H, Fuentes JJ, Hamamé E, Álvarez I, Gardella N. Experiencia moral y acción comunicativa. *Revista de Filosofía* 2008; 64: 5-10
3. Ricoeur P. Segundo estudio. La enunciación y el sujeto hablante. En Ricoeur P. *El sí mismo como otro*, pp. 18-36. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 1996 (Trabajo original publicado en 1990)

ANÁLISIS

LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN CHILE. ESTUDIO Y ANÁLISIS DEL PROGRAMA DEL MINSAL

(Rev GPU 2015; 11; 2: 154-159)

Hernán Villarino¹

Frente a las injurias de la vida
siempre está el beneficio de la muerte.

Epicteto

INTRODUCCIÓN

El Departamento que se encarga de la Salud Mental en el MINSAL ha elaborado un Programa para la Prevención del Suicidio². Es muy lamentable que no se haya difundido lo suficiente, solo hace muy poco tiempo nos hemos enterado de su existencia; pero, aunque con cierto retraso, no podíamos dejar pasar la ocasión de comentar esta nueva pieza de la colección de programas, textos y recomendaciones que durante estos últimos veinticinco años se han producido en dicha dependencia. Es seguro, en todo caso, que en la masa de esos escritos se perfila siempre con claridad el mismo sello: todos están cortados con la misma tijera, por así decirlo, de manera que conocer uno de ellos es en cierto modo conocerlos todos.

Queremos analizar este texto (y por lo dicho recién analizar uno es analizarlos todos) desde dos perspectivas. En la primera pretendemos exponer cuáles son, a nuestro juicio, las condiciones y conocimientos previos que deben ser tenidos en cuenta para que un programa como el mentado tenga algún sentido. Lo segundo, visualizar algunos de los aspectos de la rica y hasta desbordante fantasía que lo caracteriza, lo anima y lo informa³.

CONDICIONES ACTUALES PARA PLANTEAR UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Pasa con el suicidio en el presente lo que hasta hace muy poco tiempo ocurría con la homosexualidad. La psiquiatría había decidido que esta última era una enfermedad, y para encararla se diseñaron diagnósticos y tratamientos;

¹ Psiquiatra. Docente del Dpto. de Ética de la Fac. de Medicina de la Universidad de Chile.

² *Programa Nacional de Prevención del Suicidio*. Departamento de Salud Mental. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Santiago, 2013.

³ A lo largo de los años hemos comentado, oralmente y por escrito, diversos textos de esta dependencia ministerial y de sus satélites. Nunca hallamos en nuestra contraparte ni la intención ni el deseo de dialogar y debatir. El rasgo más evidente en el actual es que el Ministerio demuestra que no solo no dialoga con nosotros, en realidad no lo hace con nadie, ni siquiera con lo más obvio y evidente que muestra la realidad. Está felizmente encerrado en una segura y grata torre de marfil escuchándose perpetuamente a sí mismo.

se formaron expertos en la materia (los famosos sexólogos); se realizaron congresos, estudios y monografías, y todo esto bajo la bien asentada convicción de que más allá de toda duda razonable se trataba de una severa patología, incluso de una perversión o parafilia. Para resumir esta larga historia, que abarca casi dos siglos, un buen día los homosexuales se cansaron y sacaron su propia voz, y hoy la homosexualidad está descatalogada como enfermedad mental y en algunos países proponer tratamientos para ella es ilegal. Este es un tema que ha perdido todo interés para la psiquiatría, porque la gente ha decidido vivir a su manera, sin tener que consultar previamente a los expertos respecto de la eventual normalidad o enfermedad de sus ideas y conductas.

Del mismo modo, hasta hace unos pocos años según el indudable dictamen de la psiquiatría el suicidio era una enfermedad. Por eso, si alguien indicaba que se quería suicidar, o lo intentaba, era rápidamente ingresado en un servicio de la especialidad, donde por último se le aplicaban electroshocks para desarraigar de su mente tan funesta patología. Pero, entre tanto, muchas personas que se proponen suicidarse han negado rotundamente que la idea y el deseo que han incubado sea enfermedad, y más bien lo consideran como un ejercicio de libertad personal. Muchos médicos coinciden con ellos, y en los textos de bioética⁴, por ejemplo, se debate acerca del suicidio asistido. Es decir, se ha pasado de tratar a los suicidas a asesorarlos medicamente, por ejemplo en el Estado de Oregón, para que lo hagan bien.

Es público y notorio que lejos de considerarlo una enfermedad se estima en el presente que el suicidio es una solución legítima para algunas situaciones extremas de la experiencia humana. Ciertamente, este es un debate no resuelto y no pretendemos resolverlo aquí, solo queremos resaltar que en el mundo real, no en la torre de marfil, se estima necesario, al hablar del suicidio, distinguir entre uno tenido como derecho, un derecho inalienable, un derecho humano como le gusta repetir mecánicamente y sin convicción al MINSAL, y otro que pudiera ser patológico.

Es necesario especificar a cuál de los dos se refiere la prevención, pero nada de eso está dicho en el documento. Al tenor de su lectura se concluye que todo suicidio es patológico, y el MINSAL, vaya uno a saber por qué, se atribuye la tarea y la obligación de prevenirlos. Al parecer en dicha dependencia todavía siguen existiendo expertos suicidólogos como antaño había expertos sexólogos.

CONDICIONES ANTIGUAS PARA PLANTEAR UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Pero ya que estamos entre suicidólogos, es preciso también conocer las condiciones antiguas de este problema. La primera gran monografía sobre el suicidio es la de Durkheim⁵. En ella, a la luz de los datos estadísticos de la época el autor concluye que en su inmensa mayoría los suicidios no son patológicos ni atribuibles directa ni indirectamente a un trastorno mental. Por lo pronto descubrió que la mayoría de los suicidas en Europa se correlacionaban mayormente con la religión protestante, en segundo lugar con la religión católica y por último con la judía. Durkheim rechaza sacar la conclusión fácil, monotemática y aparentemente científica de que estas diferencias se debieran a cuestiones genéticas, o que en estos distintos grupos había más o menos patología mental. Estableció, más bien, que lo que conduce al suicidio es lo que denominó anomia, asunto que efectivamente se correlacionaba y se podía explicar por la pertenencia a una de estas distintas religiones. A su juicio, el suicidio por trastorno mental era un tema muy pero muy marginal en el conjunto de las cifras, aunque artificialmente inflado por los alienistas de la época. Es preciso consignar que discute y rechaza casi todas las afirmaciones psiquiátricas sobre este particular.

Posteriormente, Sorokin⁶ puso a prueba la teoría de las fases, la bipolaridad, la endogeneidad, la doctrina de los ciclos, de los relojes internos, etc., con que la psiquiatría explicaba el acúmulo de casos en algunas épocas del año, fundamentalmente en los cambios de estación. Basado en las conclusiones de Durkheim, comprobó que en las sociedades agrícolas europeas los suicidios se correlacionaban con los trabajos del campo. Las grandes migraciones de los temporeros en las épocas de la siembra y la cosecha, la vida de desarraigo a que estaban sometidos en estos periodos y el triste descubrimiento al volver a casa de haber perdido, por la larga ausencia, su lugar anterior en el seno de sus familias, asistiendo, por ello, al enfriamiento de los anteriores lazos afectivos y enfrentando una nueva e inusual hostilidad en el paisaje habitual de sus vidas, constituyeron una caída en la anomia que desencadenaba el suicidio.

⁴ Bloch L, Chodoff P, Green S. *La bioética en psiquiatría*. Triacastela, Madrid, 2002.

⁵ Durckheim E. *El suicidio*. Madrid, Akal, 1992.

⁶ Sorokin P. *Sociedad, cultura y personalidad: sus estructuras y su dinámica*. Aguilar, Madrid, 1969.

JASPERS Y EL SUICIDIO

En su *Diario*⁷, Jaspers repasa ampliamente el suicidio no como un tema teórico sino como un asunto propio. Ante su eventual detención y encarcelamiento por parte del régimen nazi desgrana y evalúa las condiciones para que su propio suicidio y el de su esposa, que era judía, no fueran una deserción. La religión, dice, prohíbe el suicidio, pero haciéndolo cercena la libertad del hombre. En el pasado, entre los romanos, los japoneses, los filósofos estoicos y en buena parte de Asia, el suicidio era un asunto digno y meritorio, y una manifestación de la libertad. Prohibiendo el suicidio la Iglesia en Europa, opinaba Jaspers, se arroga un derecho que deja inerme al hombre frente a las contingencias de la vida. Cada cual, frente al curso de la historia y de su propio destino, debiera conservar la íntima convicción de que dispone al menos de su propia vida. El hombre ni es un niño ni está bajo la tutela de nadie, y en el ejercicio de su propia responsabilidad el suicidio es una posibilidad para su libertad.

Distinguía Jaspers entre el suicidio condicional y el incondicional⁸. En el primero, removidas las condiciones, cuando fuere posible removerlas, el suicidio dejaba de ser una pretensión del actor. Por cierto, entre las condiciones no enumera solamente a la patología mental, sino que abre un amplio abanico de alternativas, muchas de las cuales quedan muy lejos de una posible intervención médica. El suicidio incondicional tiene que ver con la actitud nihilista, con la negativa a aceptar el ser tal como el ser es, en la certeza de que nada puede ser hecho para cambiarlo. Decía Jaspers que este suicidio es autocontradictorio, porque en la cima de su impotencia el hombre descubre un acto que lo libera, su propio suicidio. En el hecho de quitarse la vida el suicida descubre que puede algo, y que el ser, tal como es, a pesar de todo deja alternativas. La realización del suicidio nihilista, a la postre, es la paradójica negación del nihilismo, y el nihilismo que lo desencadena se consume y se niega en su realización. Pues bien, tampoco creía Jaspers que en estos casos la medicina pudiera hacer algo.

EL DESPOTISMO ILUSTRADO

No se propone el documento ministerial discutir, integrar y perfilar su propuesta teniendo en consideración estas y otras realidades e ideas. Adoptando el rol de

una nueva Iglesia, la congregación ministerial decide por sí y ante sí que el suicidio, es decir, que todo y que cualquier suicidio es un mal y una enfermedad, y que por lo tanto debe ser combatido. Esto, desde luego, no es pensar en la salud pública, es reforzar un antiguo mito de nuestra cultura que la psiquiatría en su conjunto no ha hecho más que robustecer. Pero la resolución del suicidio, donde se miden los conmovedores límites de la condición humana, a nuestro juicio merece ser tratado con esa dignidad, medida y ponderación que al asunto de suyo le pertenece.

LOS MITOS SOBRE EL SUICIDIO

Uno de los apartados del texto donde la imaginación gratuita, el *dicto* seguro del experto que no toma para nada en cuenta la realidad, sino que se la inventa a su completo gusto y sin ningún pudor, es justamente aquel donde se habla sobre los mitos del suicidio. Quisiéramos detenernos aquí, porque aquí está la esencia de este documento mitológico redactado en el convento ministerial del partido del orden.

¿Qué es un mito? Según el MINSAL,

Los mitos son criterios culturalmente aceptados y entronizados en la población, que no reflejan la veracidad científica pues se trata de juicios de valor erróneos con respecto al suicidio, a los suicidas y a los que intentan suicidarse, que deben ser eliminados si se desea colaborar con este tipo de personas. Con cada mito se intenta justificar determinadas actitudes de quienes lo sustentan, las que se convierten en un freno para la prevención de esta causa de muerte (Pág. 31).

En resumen, los mitos son falsedades cuando no simples mentiras. No es el momento de polemizar con esta definición hecha por expertos suicidólogos y otras autoridades de la abadía, aceptémosla y veamos dónde somos conducidos. Retengamos que un mito es un “error entronizado en la población”, sostenido y creído por ella, por la población, y con el cual se juzgan erróneamente los hechos, en este caso en relación con el suicidio. Entonces, ¿qué piensa la población del suicidio? ¿Cuáles son sus mitos? Por lo pronto el documento expone 26 de ellos. Como sería muy largo discutirlos todos, expondremos algunos, aunque lo que digamos de unos vale también para los otros. No obstante, hay tres mitos que merecen una hermenéutica especial que desarrollaremos a continuación.

Según el documento, uno de los mitos, es decir, una de las falsedades sobre el suicidio que está

⁷ Jaspers, K. *Entre el destino y la voluntad*. Guadarrama, Madrid, 1969.

⁸ Jaspers, K. *Filosofía (T II)*. Revista de Occidente, Ediciones de la Universidad de Puerto Rico, 1962.

“aceptada y entronizada en la población”, es el de que solo los pobres se suicidan. Hemos preguntado a todos cuantos conocemos si creen realmente que solo se suicidan los pobres y en todos los casos nos respondieron que no. Se dirá que nuestro procedimiento no es para nada científico, ¿pero qué tienen de científicas las aseveraciones del Ministerio? Aparte la autoridad de quienes las emiten la información no cuenta con el menor respaldo empírico.

A consecuencia de los resultados obtenidos en nuestro interrogatorio podemos también descartar que esté “aceptado y entronizado en la población”, otros mitos que describe el Programa, como que solo los ricos se suicidan⁹; o que solo los viejos; o que los niños y los jóvenes no se suicidan; o que el tema del suicidio debe ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona, o que si se reta a un suicida no lo realiza, etc. Nos excusamos de seguir enumerando la serie de sandeces de las que están muy convencidos los suicidólogos del MINSAL, pero que atribuyen injustamente a la población general. Y si bien en algún caso particular de personas especialmente desinteresadas y profundamente desinformadas se podría encontrar creencias tan necias como la nómina que expone el MINSAL, desde luego que están muy lejos de ser creencias “aceptadas y entronizadas en la población”, que al fin y al cabo es lo que cuenta.

EL MITO DUPLICADO

Como resultado de nuestra propia investigación, coincidimos con el documento en que hay una mayoritaria creencia en el mito de que solo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio. Esto ciertamente es un mito como bien afirma el texto. Sin embargo, a nuestro juicio, es también un mito la solución científica, antimitológica,

⁹ Según el MINSAL, está aceptado y entronizado en la población que solo los pobres se suicidan pero eso no es óbice para que esté igualmente aceptado y entronizado que solo se suicidan los ricos, lo que nos lleva a concluir que la población cree que se suicidan por igual los pobres y los ricos, o sea, lo que realmente está aceptado y entronizado en la población es que el suicidio le puede ocurrir a cualquiera, de modo que los mitos opuestos denunciados no se sostienen ni siquiera con los antecedentes que nos proporcionan. Esto confirma la superficialidad del documento y su irreflexión, y delata que el listado de mitos, como todo el Programa, no pasa de ser una serie de opiniones subjetivas de los/as autores/as adquiridas vaya uno a saber cómo pero que carecen de todo contraste empírico.

que le opone el MINSAL: *Cualquier interesado en auxiliar a este tipo de personas puede ser un valioso colaborador en su prevención.* (Pág. 33) ¿O no es acaso un mito creer que cualquier tipo de persona es un valioso auxiliar en esta tarea? Qué poco hay que haberse detenido a indagar las emociones que afligen a los suicidas, y en lo molesto que es el intrusismo de otro cualquiera en nuestros asuntos íntimos con su irritante colección de frases hechas y lugares comunes, como para hacer esa audaz y gratuita afirmación. Lo más seguro es que la intervención de otro cualquiera desencadene un suicidio, con el objeto de sacarse de encima al molesto acosador, que todavía estaba en estado de mera posibilidad.

EL MITO VERDADERO

En nuestra reflexión y escrutinio sobre las creencias de la población general nos sorprendió que otro de los mitos denunciados en el texto fuera real. Es decir, se puede afirmar, como en el caso anterior, que efectivamente es una creencia “aceptada y entronizada en la población”. La población, en efecto, piensa que el suicida desea morir, lo que según el MINSAL es un mito. A juicio de esta institución sanitaria,

Se trata de un criterio equivocado (de la población) que pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo cometen y que por tanto tarde o temprano lo llevará a cabo. El suicida, está ambivalente, es decir, desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea seguir viviendo si se producen pequeños cambios en ella. Si se le diagnostica oportunamente esta ambivalencia se puede inclinar la balanza hacia la opción de vida (Pág. 33).

El MINSAL, entonces, no conoce, o no admite, por ejemplo, el suicidio incondicional cuya fuente es el nihilismo. La población general, en cambio, reconoce que el suicida quiere morir, lo que, como dijimos, para el MINSAL es un mito. ¿Quién tiene la razón?

El suicidólogo del MINSAL seguramente tiene experiencia clínica, donde efectivamente el suicidio es mayormente condicional, incluso muchas veces un modo de forzar cambios sin que haya una voluntad firme y decidida de morir. Pero extrapolar la experiencia clínica a la experiencia humana general es un grave error. Desde Durkheim sabemos que el suicidio se da mayoritariamente fuera del contexto clínico. Considerar que todo suicidio es un chalaneo, un *do ut des*, una negociación, una apuesta o un mercadeo, refleja bien cuál es la filosofía del MINSAL en torno a este asunto, pero ni siquiera roza la verdad del suicidio. La

población general que ve morir a los suicidas, que sabe de lo irremediable de ciertas situaciones humanas, que se sobrecoge ante el suicidio incondicional y que en definitiva conoce la experiencia trágica del existente humano, sabe bien que el suicida quiere morir y que efectivamente muere y no se cree el mito del MINSAL de que todo suicidio es un chantaje.

Cuando los cambios históricos permiten volver a hablar sin temor de estos y de otros asuntos, cuando la pesada losa que nos aplastaba afloja y es posible sacar libremente a la luz toda la rica variedad de la experiencia humana sin necesidad de psiquiatrizarla, el MINSAL nos endilga el frívolo y mercantil sermón de que el suicidio no es un asunto serio, sino un frío cálculo del suicida para obtener ventajas, asunto que, por lo demás cualquiera puede ayudar a resolver. ¡Y esta filosofía rastrose pretende conocimiento científico amparado en el saber de expertos suicidólogos!

EL MITO DE TODOS LOS MITOS

El último de los mitos en el catálogo del MINSAL creemos que resume y explica todos los anteriores. Este mito, es decir, lo que está “aceptado y entronizado en la población”, dice que los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio ya que se rigen por criterios sensacionalistas para aumentar sus ventas sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido. En nuestro escrutinio sobre la población general nadie había pensado en este asunto ni tenía una opinión formada. La población general dista mucho de tener una creencia unánime, entronizada y aceptada. Ahora bien, ¿cuál es la solución del documento frente a este mito?

Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio, si enfocan correctamente la noticia sobre el tema y cumplen las sugerencias de los suicidólogos sobre cómo difundirlas (Pág. 34).

Puesto que los suicidólogos del MINSAL se ofrecen tan generosamente para instruir a los periodistas y medios de comunicación sobre cómo informar el tema del suicidio, suponemos que han estudiado el asunto y que tienen desarrollados algunos conceptos y procedimientos. ¿Pero dónde están? ¿Quién los conoce? ¿Cómo es posible que existiendo los periodistas no se hayan enterado aún? Supongamos que los periodistas aceptaran, lo que es mucho suponer, y que el MINSAL tenga realmente pensado cómo proceder. Supongamos, además, que los periodistas y medios de comunicación quedaran

encantados, que les pareciera una lección admirable la impartida por el MINSAL, y que consecuentemente pusieran en práctica y cumplieran efectivamente las “sugerencias de los suicidólogos de cómo ‘difundir’” estas noticias (sugerencias que incomprensiblemente se han mantenido hasta ahora en el más completo secreto, que nadie conoce ni ha podido opinar sobre ellas). Sin duda que así se habría cumplido el obsesivo sueño del Departamento de Salud Mental del MINSAL, de imponer su punto de vista en todos lados, incluidos los medios de comunicación, y de acuerdo con sus creencias la población general por fin estaría dirigida y sería obediente a ellos. Pero aun así, esta increíble victoria, este inusitado y cabal cumplimiento del Programa Nacional de Prevención del Suicidio no habría significado nada porque también existen las redes sociales, las que tienen el mal hábito de desconfiar de la información pública, ya sea ministerial o de los medios de comunicación, y no suelen someterse a los dictados de nadie. ¿Qué hacer ahora? ¿Instruir también a las redes sociales?

Como se ve, no solo se trata de que dicho Programa contenga una filosofía deleznable, sino que incluso el cumplimiento de sus pueriles medidas dejaría las cosas por lo menos tal como están.

LAS CREDENCIALES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL MINSAL

Es probable que los periodistas y el público en general, antes de recibir las eruditas lecciones sobre cómo se ha de informar este asunto, se pregunten cómo es posible que tanta sabiduría preventiva de los suicidólogos del MINSAL se haya acompañado durante estos últimos veinticinco años de un ascenso sostenido en las tasas de suicidio en nuestro país, y que incluso las del infanto-juvenil se hayan empujado tanto que han llegado a ser las más altas del mundo. ¿No lo previeron? ¿No tomaron ninguna medida? ¿O no funcionaron las que tomaron?

Por lo demás, si partimos de la base que el suicidio es un problema que excede ampliamente a la clínica y su alcance, todos los cuestionarios, mediciones, escalas, etc., destinados en el Programa a evaluar el riesgo suicida solo son posibles de aplicar en el muy estrecho y limitado ámbito clínico, sin contar que incluso aquí su utilidad es discutible, por no decir que son inútiles, toda vez que no han sido sometidos a test para medir su fiabilidad, validez, etc. Es decir, carecen de toda homologación.

El MINSAL no arriesga ningún pronóstico con su Programa Nacional de prevención del Suicidio, no supone resultados, carece de cronograma de aplicación y de una estructura jerárquica responsable encargada

de promoverlo y ejecutarlo, no está dotado económicamente y no propone ninguna forma de ser evaluado para decidir si sirve o no sirve, si surte o no efecto, etc. No pasa de ser una declaración de intenciones que no compromete a nada. Dentro de cinco o diez años, como sin duda la situación estará igual o peor, se encargará a los mismos, y se les pagará convenientemente, para que hagan otro Programa por el estilo del actual y asunto concluido.

El conjunto del texto es un refrito de lo que habitualmente se encuentra en los libros de psiquiatría, adobado con variadas ocurrencias subjetivas, prejuicios, manías, terquedades y confusiones. En fin, se trata de una homilía aburrida, soporífera y fantasiosa que seguramente no servirá a nadie de inspiración ni mucho menos de orientación.

COMENTARIOS FINALES

El citado Departamento de Salud Mental del MINSAL nos ha infligido un nuevo programa, un auténtico *jab* de izquierda, en su estilo habitual y directamente dirigido al mentón del profesional independiente y del conjunto de la población. Esta dependencia estatal, pagada con el dinero de todos, durante veinticinco años ha sido incapaz de tomar nota de los cambios de la realidad, de la emergencia de nuevas demandas sociales, de la aparición de puntos de vista e ideas diversos que animan efectivamente a los diferentes actores de la sociedad. Lejos de servir como vehículo para poner a la luz pública, de modo justo y equilibrado, los distintos enfoques que en diversos rubros animan a la

psiquiatría actual, ha creído que su misión es difundir en exclusiva el estrecho y tedioso proselitismo de sus acólitos y fieles comunitarios. Pero así como se dice que el economista que solo sabe de economía ni siquiera de economía sabe, el que solo sabe de psiquiatría comunitaria ni siquiera sabe de psiquiatría.

El sectarismo y dogmatismo de que ha hecho gala esta institución la han conducido a encerrarse en su torre de marfil, a no tomarse en serio la experiencia humana real y actual, y a ignorar, desautorizar y acusar, directa o indirectamente, a todo aquel que no concuerde con su logorrea subjetivista.

Cualquiera es libre de decir lo que quiera, sin dudas, pero una dependencia ministerial pagada con el dinero de todos debiera dejar espacio para que se manifieste el pensamiento de todos. Veinticinco años destinando los fondos y los cargos estatales a los amiguetes y comilitones, en la más completa opacidad y falta de transparencia, quizá resulte ya un poco excesivo.

Aquí es preciso un doble aprendizaje. Por un lado, el de quienes no están en el Ministerio pero saben que se trata de una repartición pública, de modo que deben interesarse por lo que allí se hace y aprender a exigir que sus trabajos tengan la dignidad, seriedad, calidad y actualidad que deben tener, manteniéndose presurosos a escrutar y opinar de todo lo que esa institución produce, y demandando activamente que se comporte con los estándares de un servicio público. Por otro lado, quienes allí laboran deben aprender que esa no es una empresa privada puesta para propalar y servir a sus gustos, doctrinas y prejuicios, o para satisfacer sus intereses personales.

REVISIÓN

¿POR QUÉ MENTALIZAR EN ADOLESCENTES CON DESARROLLO ANORMAL DE LA PERSONALIDAD?

(Rev GPU 2015; 11; 2: 160-167)

Nicolás Labbé¹, Catalina Álvarez², Marcela Larraguibel³

La mentalización sería la capacidad para comprender los estados mentales tanto propios como de los demás. Esta capacidad se encuentra disminuida en pacientes con trastornos de la personalidad, afectando la regulación de los procesos afectivos, la atención y el autocontrol en situaciones de estrés, la capacidad de inferir los estados mentales propios y de los demás. El objetivo del presente artículo es profundizar en las dificultades de la mentalización en adolescentes que presentan un desarrollo alterado de la personalidad, así como también las diversas intervenciones basadas en la evidencia para el tratamiento de aquellos sujetos con estas características, donde el trabajo de la mentalización es el foco principal. El presente estudio es una revisión teórica donde se repasa el origen del concepto de la mentalización, su relación con los trastornos de la personalidad tanto en adultos como en adolescentes, y finalmente se analizan tanto las intervenciones manualizadas como las técnicas específicas de la Terapia basada en la Mentalización para Adolescentes.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de la Personalidad (TP) se ha caracterizado por rasgos inflexibles y desadaptativos que causan deterioro funcional significativo, ya sea para el mismo sujeto o para los demás. Según el DSM-5 la característica principal del trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamientos que se apartan acusadamente de

las expectativas de la cultura del sujeto y se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, interpersonal, o del control de impulsos (1).

La prevalencia a nivel mundial de los Trastornos de la Personalidad es alrededor de un 2% en la población general, 10% en pacientes psiquiátricos ambulatorios, y 20% en pacientes psiquiátricos hospitalizados (1).

Si bien el TP suele diagnosticarse en la vida adulta, es desde la niñez cuando comienzan a gestarse aquellos

¹ Psicólogo Clínico, Universidad de los Andes. Estudiante Magíster Infanto-Juvenil Universidad de Chile.

² Psicóloga Clínica Infanto-Juvenil, Pontificia Universidad Católica de Chile. Estudiante Magíster Infanto-Juvenil Universidad de Chile.

³ Dra. Marcela Larraguibel Q. Profesora Asistente Clínica Psiquiátrica Universitaria Universidad de Chile.

patrones que derivarán en el desarrollo de este trastorno. Debido a esto, es necesario un diagnóstico temprano y riguroso para su prevención e intervención precoz.

La adolescencia es un periodo de crisis, donde son esperables ciertos conflictos para afrontar la adultez, pero también es una etapa donde hay una mayor exposición a diversos factores de riesgo que afectan de manera directa el desarrollo psicológico, y estos eventos pueden generar importantes consecuencias, especialmente en aquellos jóvenes que ya presentan patrones de comportamiento alterados. Sumado a esto se encuentra el complejo proceso del desarrollo cerebral, donde la neuroplasticidad juega un rol en el logro del pensamiento abstracto, en las funciones ejecutivas, y la regulación emocional (2).

Estudios en relación con la “mentalización”, que se define como la capacidad de comprender los estados mentales propios y de los otros (3), han estado estrechamente vinculados con sujetos con Trastornos de la Personalidad, especialmente el Trastorno Límite. Al tener alterada esta capacidad los sujetos con TP son más propensos a tener conductas impulsivas, desregulaciones emocionales, conflictos interpersonales, y una amplia gama de patrones característicos del trastorno.

El objetivo de este artículo es revisar los postulados teóricos del concepto de mentalización, para luego dar cuenta de por qué y cómo abordar el déficit de esta capacidad en pacientes adolescentes con Trastorno del Desarrollo de la Personalidad, haciendo un mayor énfasis en los Trastornos Límites de la Personalidad (TLP). De la misma manera, se abordará la evidencia empírica que respalda la efectividad del trabajo de la mentalización en estos.

MENTALIZACIÓN

Concepto

La capacidad de mentalización se podría definir, en términos generales, como la capacidad de comprender e interpretar el comportamiento humano, tanto propio como de los demás, en término de estados mentales, como sentimientos, creencias, y deseos (3). La mentalización se da en la relación con el otro, comienza con la curiosidad, que es el genuino interés por el otro, y continúa al percatarse o constatar que uno no sabe lo que el otro está pensando.

El poder mentalizar de una forma efectiva implica las siguientes características (4):

- Tener curiosidad sobre los estados mentales tanto propios como de los demás.
- Tener conciencia sobre el impacto de los propios estados mentales en otros.

- Tener conciencia de que los estados mentales son “opacos”, es decir, que solo podríamos inferirlos ya que estos son invisibles.
- Abrirse a la posibilidad de que existen perspectivas distintas.
- Tener una actitud no-paranoica.

Este concepto surge a partir de la teoría psicoanalítica y la teoría del apego, en conjunto con estudios neurocientíficos orientados a estudiar los procesos cerebrales subyacentes a esta capacidad, así como también investigaciones evolutivas sobre el desarrollo de la mentalización y las posibles alteraciones de estas que desencadenarían diversas psicopatologías (5). La capacidad de mentalizar no solo permite comprender el comportamiento propio y el de los demás, sino que también es posible predecir sentimientos e intenciones subyacentes. El concepto surge también, a partir de la teoría de la cognición social, involucrando procesos metacognitivos y afectivos, de manera que la capacidad de mentalizar implica también la posibilidad de contener y regular experiencias, y dar sentido a las emociones y sentimientos (6).

Los estudios a partir de imágenes cerebrales han podido dar cuenta de que la mentalización es una capacidad dinámica, directamente afectada por eventos que causan algún nivel de estrés o activación (3). De esta manera la mentalización no podría ser considerada como una habilidad o un rasgo único, sino que sería una capacidad multifacética, un constructo multidimensional donde su función adaptativa reside en la flexibilidad de equilibrar varias dimensiones para poder procesar la experiencia, particularmente en el contexto de relaciones de apego específicas (3, 5). Cada una de dichas dimensiones está relacionada con un sistema neural distinto, las cuales en su conjunto forman parte de una compleja matriz de cognición social:

1. **Automática/Implícita–Controlada/explicita:** Se podría decir que es la dimensión más importante, donde la mentalización controlada/explicita implica aquellos procesos mentales que requieren de mayor reflexión, atención, intención, alerta y esfuerzo; mientras que la mentalización automática/implícita, al contrario, implica procesos más rápidos, que requieren de poca o nula atención, intención, alerta y esfuerzo (3). En las interacciones sociales cotidianas por lo general predomina una mentalización automática, especialmente con quienes se posee vínculos seguros ya que sería innecesario estar en un constante estado de reflexión, o mentalización controlada. Sin embargo, habrá situaciones en que se hace necesario

pasar a un estado de mentalización más controlada, demostrando así una flexibilidad adaptativa ante las diversas interacciones. Por lo tanto, un alto nivel de mentalización implica ser consciente de poder adaptarse de forma flexible a las interacciones y poder intercambiar de una mentalización más automática a una más controlada. Al contrario, las dificultades en la mentalización se generan cuando esta se basa solo en supuestos automáticos sobre el sí mismo y los demás, siendo mucho más difícil entender y reflejar las propias experiencias y la de los demás, sin haber espacio para la reflexión (3, 4).

2. **Focalizada internamente-Focalizada externamente:** Podría considerarse como la segunda dimensión más importante, donde la mentalización focalizada en lo interno se refiere a los procesos mentales tanto propios como de los demás (afectos, deseos, pensamientos, etc.), mientras que la focalizada externamente se refiere a los procesos mentales inferidos solamente a partir de las expresiones faciales u otro tipo de rasgos visibles, tanto propios como de otros. Por ejemplo, existen individuos que parecieran tener serias dificultades para comprender los estados mentales internos de otros, pero aun así, parecieran ser hipersensibles a las emociones reflejadas a partir de los rasgos faciales o la postura corporal. Por otro lado, otros sujetos presentarían una mayor facilidad para comprender los estados mentales internos tanto propios como de los demás, no obstante carecer de la habilidad para leer las emociones a partir de las expresiones faciales (3, 5).
3. **Orientada al sí mismo-Orientada a otros:** Si bien las dificultades en la mentalización se pueden manifestar de diferentes maneras, es importante considerar las siguientes formas dentro de esta dimensión. Esta se puede expresar como una dificultad para mentalizar en ambas dimensiones, tanto en el sí mismo como en los demás. Una segunda dificultad es que exista un desequilibrio en estas dimensiones, ya sea orientándose más hacia el sí mismo que hacia los demás, o viceversa. Como tercera dificultad sería el desequilibrio entre dos sistemas que permiten mentalizar sobre sí mismo y sobre otros. Uno de estos sistemas sería más visceral o menos meditado, lo cual refleja procesos más automáticos y externos, mientras que el otro sistema sería más abstracto y simbólico que razonaría sobre los propios estados mentales de una manera más controlada (3, 5).
4. **Cognitivo-Afectivo:** El ser capaz de mentalizar, además de lo planteado anteriormente, también implica ser capaz de integrar el área cognitiva con

la afectiva. Por un lado se encontrarían aquellos aspectos relacionados con la toma de perspectiva (siendo un proceso más controlado) y, por otro, donde predomina una dimensión afectiva más automática. Existen diversos tipos de psicopatología que pueden manifestarse ya sea a través de un sobreénfasis en aspectos cognitivos o afectivos, o bien en una dificultad para integrar ambos (3, 5).

Relación con apego

El poder mentalizar no sería una capacidad innata, sino más bien debe ser entendido como un logro evolutivo, donde la calidad de las primeras relaciones de apego sería un factor fundamental para su desarrollo (3). Los recién nacidos son incapaces de poder regular sus propias emociones por sí mismos, por lo que necesitan de un cuidador que efectivamente pueda comprender sus necesidades y responder a sus cambios emocionales (7). Ahora bien, esto solo podría ser logrado en la medida que el cuidador sea capaz de reflejar la experiencia de una forma marcada y entonada afectivamente, es decir, la madre representa en su mente el estado mental del infante y el bebé internaliza esta representación (3, 4, 6).

En la literatura se describe que la oxitocina es un mediador en la relación entre apego y mentalización, ya que suele presentarse en niveles elevados en mujeres durante el parto y la lactancia, donde el entonamiento afectivo con el bebé es particularmente importante (3, 8). Diversos estudios indican que un apego seguro estaría asociado con altos niveles de oxitocina (8, 9), mientras que personas que han sufrido de trauma o maltrato tendrían bajos niveles de este neuropéptido (10, 11). Siguiendo en esta línea, se postula que en el caso de un apego seguro, un alto nivel de oxitocina en los padres en presencia de sus hijos aseguraría una instancia más mentalizadora, caracterizada por respuestas contingentes y marcadas afectivamente. Esta instancia fomentaría la posibilidad de que el niño pueda crear sólidas representaciones simbólicas sobre sus propios estados mentales, lo cual contribuiría al desarrollo de la mentalización. En cambio, reducidos niveles de oxitocina en los padres están ligados a apegos inseguros en sus hijos, lo cual puede llevar a respuestas parentales no mentalizadoras (no contingentes ni marcadas afectivamente), generando estrés en sus hijos. Esto traería como consecuencia una falla en el niño en poder internalizar sus propios estados mentales, donde la capacidad de mentalización se vería torcida, especialmente en situaciones de estrés o en que las relaciones de apego se vean amenazadas. En estas circunstancias

los estados mentales serían actuados más que experimentados, lo cual puede generar importantes consecuencias cuando las relaciones más significativas no se comportan según las expectativas del sujeto (3).

MENTALIZACIÓN EN TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Apego, mentalización y trastornos de la personalidad

Siguiendo los postulados de Bowlby, el hecho de que las primeras experiencias entre el cuidador y el bebé sirven para organizar futuras relaciones de apego ayuda a comprender la psicopatología de los TP (12). Diversos estudios comprueban distorsiones considerables en las representaciones de apego en sujetos con TP, particularmente en aquellos con Trastorno Límite. En estos, los tipos de apego preocupado y desorganizado son los más frecuentes, los cuales están asociados a experiencias de trauma no elaboradas, así como también a una reducida capacidad de mentalización y función reflexiva (13-15).

Neurobiología de la mentalización en trastornos de la personalidad

Existe una amplia bibliografía que relaciona la capacidad de mentalización con ciertas áreas cerebrales, que se ven especialmente alteradas cuando se presentan en sujetos con TP (15).

Existe evidencia que demuestra que la corteza prefrontal estaría involucrada cuando se requiere inferir representaciones implícitas de los estados mentales de otros (16). Áreas como la corteza prefrontal mesial, la unión parieto-temporal, y los polos temporales estarían activadas cuando los procesos de mentalización se manifiestan. Y estas áreas se observan comprometidas en pacientes con TP, principalmente Límite, en aquellas pruebas que buscan medir apreciación de confianza, interpretación del significado de expresiones faciales, ejecutar juicios morales, y en atender e identificar las propias emociones (15).

Manifestaciones clínicas

Los TP presentan inhibición en la capacidad de mentalizar, por lo que surgen modos regresivos de experimentar la realidad interna, previos al desarrollo mismo de la mentalización. Esto se ve manifestado en; 1) importante fragilidad para regular los procesos afectivos, característico de los Trastornos Límites, donde existe una mayor vulnerabilidad a padecer afectos y experiencias

negativos, las cuales además son vividas como “catastróficas” y con imposibilidad de ser contenidas o ayudadas; 2) Dificultades en la atención y en el autocontrol en aquellas actividades que requieren de una atención sostenida, o un procesamiento más controlado y detenido de la información, de modo que se hace difícil inhibir aquellas ideas que son ajenas y/o periféricas a las tareas que se están ejecutando debido a la impulsividad y conductas erráticas, especialmente cuando se encuentran bajo estrés; 3) Frente a las relaciones y encuentros interpersonales íntimos e intensos, existiendo una mayor vulnerabilidad a inferir erróneamente los estados mentales propios y de los demás. Cuando esto sucede surgen modos prementalizantes de funcionamiento, lo cual genera desorganizaciones en la percepción de las relaciones, así como también una anulación de la experiencia de coherencia interna (15); 4) el riesgo suicida se ve aumentado debido a serias dificultades para modular los afectos, junto con vivencia “catastrófica” mencionada anteriormente (6).

Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad

El objetivo principal de la Terapia basada en la Mentalización (TBM) es fortalecer esta capacidad, para así fomentar el desarrollo de un sentido coherente del *self* y mejorar las relaciones interpersonales. Además, secundariamente se reduce el riesgo suicida (4, 6). El tratamiento consta de tres fases que se divide en evaluación, fase media donde se estimula el trabajo de la mentalización, y la fase final donde se trabaja la terminación del tratamiento (4).

Existen diversos estudios empíricos que prueban su efectividad con resultados favorables en la reducción de riesgo suicida, de autodaño, síntomas depresivos, mejoría en las relaciones interpersonales, en el ajuste social y de TLP (6).

Factores asociados a trastornos de la personalidad en la adolescencia

Existe evidencia suficiente que indica que a pesar de las controversias en relación con el uso del diagnóstico de TP en la adolescencia (17), las alteraciones en el desarrollo de la personalidad son una forma significativa de psicopatología en esta etapa etaria (18). Para apoyar esta afirmación se han realizado estudios que muestran que los adolescentes poseen ciertos rasgos de personalidad relativamente estables (17, 19-21).

Estudios indican que patrones duraderos de la personalidad se observan a finales de la etapa preescolar y

que en la adolescencia se evidencia una personalidad relativamente estable, lo que permite identificar interrupciones en el funcionamiento normal de la personalidad del adolescente (19).

Actualmente existe consenso respecto a que el temperamento en la infancia posee una determinación biológica y por lo tanto es predictivo de los rasgos básicos de la personalidad en la edad adulta (19). Sin embargo, el entorno social puede fortalecer o debilitar el grado de expresión del temperamento, lo que permite explicar que estilos temperamentales similares puedan convertirse en personalidades patológicas o sanas (19).

Estudios respecto a la estabilidad del desarrollo de personalidad en la adolescencia indican que, independiente de la experiencia, los niveles medios de los principales dominios de personalidad como la extraversión, agradabilidad, y escrupulosidad, se mantienen relativamente estables. Esto sugiere que las dimensiones de personalidad probablemente persisten a través de distintos periodos del desarrollo, ejerciendo una influencia en la conducta y/o experiencias emocionales durante toda la vida de la persona (19).

Dentro de los factores ambientales asociados al desarrollo alterado de la personalidad se encuentran trauma severo, abuso, incesto, pérdidas tempranas (separación, divorcio o muerte de uno o ambos padres), haber tenido múltiples cuidadores, exposición a violencia, pobreza y psicopatología familiar (22).

Mentalización y trastornos de la personalidad en la adolescencia

El poder mentalizar es un logro evolutivo que comienza desde los primeros años de vida en las relaciones de apego tempranas. Sin embargo, en aquellos niños más vulnerables que han sufrido experiencias traumáticas como abuso o negligencia, o incluso que no se les mostró curiosidad por comprender sus estados mentales en sus relaciones de apego, se establecerán importantes dificultades en la posibilidad de comprender tanto los propios estados mentales como el de los demás (3).

Las regiones prefrontales, encargadas de las actividades cognitivas y del comportamiento, y el sistema límbico, encargado del estado de alerta, emociones, personalidad y actividades centradas en procesos, comienzan a alcanzar su máxima madurez en la adolescencia (23) por lo que el desarrollo de la mentalización en este momento del ciclo vital es frágil.

En términos psicológicos, la madurez de las regiones prefrontales y del sistema límbico permitirá la cognición, toma de conciencia y un funcionamiento

adaptativo, caracterizado por la capacidad de realizar juicios y planificar acciones, junto con favorecer el conocimiento de sí mismo (23).

Es precisamente en aquellos adolescentes con sintomatología propia de TP donde se aprecian importantes dificultades en la mentalización, lo cual ha sido demostrado en diversas investigaciones (24-26, 5). Algunos adolescentes con trastorno de personalidad poseen una tendencia a "hipermentalizar"; lo cual significa que son capaces de elaborar y detallar los estados internos de los otros, pero en forma incorrecta, por lo que se sugiere que aumentar la capacidad de mentalización adecuada puede ser una estrategia de tratamiento efectiva para estos adolescentes (27, 5).

Las autolesiones son frecuentes en los adolescentes con trastorno de personalidad, incluso han sido descritas como un indicador de riesgo temprano para el desarrollo de TP en la adultez (28). Estas se han considerado como síntoma de déficit en la capacidad de mentalizar, y como un intento de liberar al yo del yo ajeno, representando de manera concreta las dificultades en la gestión de las emociones fuertes y la disminución en la capacidad de asistir a los estados mentales de sí mismo y los demás (28).

INTERVENCIONES BASADAS EN LA MENTALIZACIÓN EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

Terapia Basada en la Mentalización en Adolescentes (MBT-A)

A partir de la Terapia basada en la Mentalización para adultos (MBT) (4), surge la Terapia basada en la Mentalización para adolescentes (MBT-A) (29). El objetivo de MBT-A es reducir la conducta suicida y autoagresiones, además de disminuir rasgos límites. Esto sería por medio de mejorar la capacidad de mentalización (29, 4).

El tratamiento tiene una duración de un año, siendo una terapia manualizada que consiste en sesiones individuales semanales, y sesiones familiares mensuales, las cuales también están orientadas a fomentar la capacidad de mentalización en los demás miembros de la familia. Además, se realiza tratamiento farmacológico en caso de que sea necesario. Se incluye en el tratamiento a aquellos adolescentes que hayan tenido al menos un episodio de autolesiones durante el último mes, siendo esta una de las principales características en adolescentes con TLP, aunque también se abre la posibilidad de atender a adolescentes con otras patologías similares. Por otro lado, se excluye a aquellos adolescentes con psicosis, dificultades cognitivas

(IQ<65), trastornos generalizados del desarrollo, trastornos de la conducta alimentaria y dependencia de sustancias (29).

El tratamiento se divide en 4 fases: Evaluación, Fase Inicial, Fase Media, y Fase Final. La fase de Evaluación consiste en sesiones individuales y familiares con el fin de pesquisar trastornos psiquiátricos y comorbilidades presentes, evaluación cognitiva y de la capacidad de mentalización. La Fase Inicial ya implica una formulación del caso, donde se define el plan de tratamiento, así como también las expectativas. Además se establece el contrato, Psicoeducación y el plan de crisis, el cual consiste en un protocolo de acción ante situaciones de emergencia, como por ejemplo autoagresiones. La Fase Media consiste en el tratamiento propiamente tal, teniendo como foco principal el trabajo en la mentalización tanto en el paciente como en la familia, además de intervenir en otras áreas de conflicto como autoagresiones, consumo de sustancias o conducta agresiva. Por último, la Fase final tiene como objetivo fomentar la independencia y responsabilidad del paciente, consolidar la estabilidad relacional, y ayudar al paciente a predecir futuras dificultades (28).

Evidencia en intervenciones basadas en la Mentalización en Adolescentes

Hoy en día existen dos estudios sobre MBT-A, un estudio piloto para intervenir en adolescentes con TLP (30) y un Estudio clínico randomizado (ECR) (29). El primero, que fue ejecutado por Laurensen *et al.*, tiene como objetivo principal el reducir sintomatología límite en pacientes adolescentes hospitalizados con TLP a partir de un modelo basado en MBT-A pero con algunas modificaciones, las cuales consistían en que los adolescentes debían asistir al colegio como obligación, las sesiones familiares se realizaban cada tres semanas, y el programa era residencial. La sintomatología límite se midió a partir del SCID-II, donde se consideraron aquellos adolescentes que tenían entre 2 a 5 criterios de TLP. Los resultados arrojan una reducción de la sintomatología significativa después de los 12 meses (30).

El segundo estudio es un ECR en adolescentes con autoagresiones y conductas suicidas, donde además se evalúa, como objetivo secundario, la sintomatología depresiva y de TLP. Dicho estudio constó de una muestra de 80 adolescentes entre 12 y 17 años, donde 40 sujetos recibieron MBT-A y otros 40 recibieron Tratamiento Usualmente Asignado (TAU). Los resultados indican que MBT-A es más efectivo que TAU en la reducción de autoagresiones y conductas suicidas, así como también en sintomatología depresiva. Si bien en

ambos grupos se apreció una reducción en sintomatología límite, en los adolescentes que recibieron MBT-A, esta reducción fue más significativa (29).

Postura y técnicas de Mentalización para Adolescentes

Antes de mencionar algunas técnicas de mentalización en adolescentes es necesario destacar que se debe mantener una postura orientada a la mentalización de manera constante por parte del terapeuta, donde construye y deconstruye continuamente una imagen del paciente en su mente, con el fin de comprender qué es lo que siente y por qué. De esta manera tanto el paciente se encuentra en la mente del terapeuta, y este en la mente del paciente, construyendo así un proceso mentalizador (4, 28).

Las siguientes técnicas son usadas a lo largo del trabajo terapéutico:

- a. *Intervenciones de contención y empatía:* Principalmente para establecer contacto emocional y una alianza terapéutica. Al comienzo esta técnica es usada casi de forma exclusiva, aunque cada vez que el paciente falle en su capacidad de mentalizar se debe volver a esta actitud para así comprender los procesos afectivos que llevaron a dicha falla (2).
- b. *Clarificación y Elaboración:* Con el objetivo de darle un sentido al comportamiento de los adolescentes, es de especial importancia mantener un uso activo de esta técnica para así ir reconstruyendo los eventos que llevaron al adolescente a perder su capacidad de estar consciente tanto de sus estados mentales como del resto. Junto con esto, se van elaborando los afectos presentes en el relato a medida que el terapeuta ayuda a elicitarlos. De esta manera se busca despejar aquellos afectos más profundos que pueden no manifestarse aparentemente, y así identificar el contexto interpersonal en que estas emociones fueron gatilladas, pues precisamente los adolescentes suelen mezclar y desorganizar los afectos (28, 2).
- c. *Mentalización Básica:* Podría resumirse en lo siguiente: “alto, escucha, observa” y “alto, retrocede, explora” (2). Suele aplicarse especialmente cuando ha sucedido algo en la interacción con el paciente y es necesario volver atrás para comprender qué fue lo que sucedió. Por lo general se aplica cuando se ha perdido la capacidad de mentalizar, por lo que se hace necesario explorar qué fue lo que sucedió para llegar a dicho punto. Por ejemplo cuando el adolescente ya no quiere hablar de un

cierto tema y responde “ya filo, no importa”, lo cual podría ser un indicador de que algo sucedió en la interacción y el paciente no se sintió comprendido por el terapeuta (28, 2).

- d. *Trazadores de Transferencia*: el concepto de “transferencia” en MBT-A no se refiere precisamente a los procesos inconscientes que se transmiten en la relación de terapeuta-paciente, sino más bien a todas las relaciones de la vida del paciente en el “aquí y en el ahora”, y los afectos que se gatillan a partir de estas interacciones. Por lo tanto el actuar terapéutico deberá percatarse de cómo se van desencadenando dichos afectos hasta que lleguen a una distorsión en la mentalización (28, 2).
- e. *Interpretación de la Mentalización*: Una vez clarificado y elaborado el relato y los afectos gatillados, se podrá entender la perspectiva del adolescente. Ahora bien, si no existe mucha tensión en la interacción terapéutica, se podrá invitar a ver y considerar otras perspectivas para que así el paciente pueda pensar sobre cómo otras mentes tienen distintas perspectivas, o cómo son impactados por otros, ya sea por sus pensamientos o sentimientos. Esto debe hacerse de forma cuidadosa para así no pasar por alto los afectos del paciente (28, 2).
- f. *Mentalizando la Transferencia*: La transferencia en MBT-A, como ya se mencionó anteriormente, se entiende como la interacción terapeuta-paciente en “el aquí y el ahora”, por lo que el terapeuta debe tomar responsabilidad sobre el impacto emocional que ejerce en el paciente, especialmente en los momentos en que surgen malentendidos. Para esto se debe en primer lugar validar los afectos, para así posteriormente clarificar y elaborarlos. Finalmente, si es que el terapeuta ha actuado en su transferencia, también debe aceptarlo y explicitarlo a través de sus afectos, de manera que el paciente sea capaz de reflexionar sobre otras perspectivas, incluida la del terapeuta (28, 2).

DISCUSIÓN

El conocimiento de intervenciones psicoterapéuticas que respondan a la neuroplasticidad observada en la etapa adolescente, puede permitir la remisión estable de síntomas relevantes, mejorar el funcionamiento del individuo, reducir la tasa de psicopatología y prevenir recaídas en la adultez (32).

La mentalización es definida como la capacidad de imaginar la actividad mental del otro, pudiendo percibir e interpretar la conducta humana en términos de estados mentales intencionales (por ejemplo necesidades,

deseos, sentimientos, creencias), es decir, permite mirarse a uno mismo desde afuera y a otros desde dentro. Cuando la mentalización es deficiente, como ocurre en el caso de los adolescentes con trastorno de personalidad, las cogniciones negativas autónomas se experimentan con mayor intensidad, lo que lleva a sentimientos intensos, necesidad de descarga impulsiva inmediata, desconexión de la experiencia consigo mismo y con los demás (28).

Los adolescentes que presentan una alta presencia de síntomas límites ven comprometida la satisfacción con la vida en general, y en particular, la capacidad para establecer relaciones sociales de calidad y recibir apoyo social en caso de necesidad (20).

Aquellos niños que tienen una alteración en la capacidad de mentalización estarían más vulnerables a enfrentar los desafíos evolutivos de la adolescencia. Esto quiere decir, que estarían menos preparados para integrar los cambios corporales, para manejar el aumento de la intensidad de los afectos y de la sexualidad, para lidiar con mayores exigencias de abstracción y simbolización. Todo esto mientras se enfrenta a las presiones sociales, a la necesidad de pertenencia a grupos extra-familiares, al desarrollo de la autonomía, y finalmente asumir roles y responsabilidades adultas (3).

Es precisamente la interacción entre este desarrollo vulnerable y los cambios que suelen surgir en la adolescencia donde aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno de la personalidad, ya que las alteraciones del sujeto estarían a un nivel de estructura mucho más profundo que una mera expresión sintomatológica, ya sea depresiva, ansiosa, o de otra índole. Por lo que el trabajar la mentalización puede resultar en un objetivo esencial para poder brindar una estabilidad en aquellos sujetos que padecen de este trastorno.

Se requiere de un trabajo psicoterapéutico profundo, basado en la evidencia, que permita el ser consciente tanto de los propios estados mentales como de los demás, para así poder mejorar la capacidad de regular las propias emociones, formar relaciones interpersonales estables, y resolver en forma exitosa los conflictos con otros.

REFERENCIAS

1. American Psychological Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Publishing, Washington, DC; 2013
2. Sharp C, Tackett J. Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents. New York. Springer, 2014
3. Bateman A, Fonagy P. Handbook of Mentalization in Mental Health Practice. American Psychiatric Pub (2 Ed.), Arlington, Washington, 2012

4. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorders: Mentalization-based treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2004
5. Bleiberg E. Mentalizing-Based Treatment with Adolescents and Families. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2013; 295-330
6. Escobar MJ, Santelices MP, Peláez G. Psicoterapia basada en la Mentalización como tratamiento para Trastornos de Personalidad Borderline: Revisión teórica de los postulados de Fonagy. *Summa Psicológica UST* 2013; 10 (1): 155-160
7. Fonagy P. Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2000; 48: 1129-1146
8. Heinrichs M, Domes G. Neuropeptides and social behavior: effects of oxytocin and vasopressin in humans. *Progress in Brain Research* 2008; 170: 337-350
9. Buchheim A, *et al*. Oxytocin enhances the experiences of attachment security. *Journal of Psychoneuroendocrinology* 2009; 34: 1417-1422
10. Strathearn L, Fonagy P, Amico J, Montague R. Adult Attachment Predicts Maternal Brain and Oxytocin Response to Infant Cues. *Journal of Neuropsychopharmacology* 2009; 34: 2655-2666
11. Fries AB, Ziegler T, Kurlan J, Jacoris S, Pollak SD. Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *PNAS* 2005; 47 (22): 17237-17240
12. Heim C, Young LJ, Newport DJ, Mletzko T, Miller AH, Nemeroff CB. Lower CSF oxytocin concentrations in women with a history of childhood abuse. *Molecular Psychiatry* 2009; 14: 954-958
13. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. The Other Press: New York, 2004
14. Patrick M, Hobson R, Castle D, Howard R, Maughan B. Personality Disorder and the mental representation of early social experience. *Developmental Psychopathology* 1994; 6: 375-388
15. Fonagy P, Fearon P, Kennedy R, Matoon G, Steele H, Target M, *et al*. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 22-31
16. Fonagy P, Bateman A. The development of borderline personality disorder—a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders* 2008; 22(1): 4-21
17. Gallagher HL, Firth CD. Functional imaging of “theory of mind”. *Trends in Cognitive Science* 2003; 7: 77-83
18. Chanan A, Jackson H, McGorry, P, Allott K, Clarkson V, Yuen H. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders* 2004; 18(6): 526-541
19. Chanan A, Jackson H, McCutcheon L, Jovev M, Dudgeon P, Yuen H, *et al*. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 2008; 193: 477-484
20. Miller A, Muehlenkamp J, Jacobson C. Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review* 2008; 28: 969-981
21. Winograd G, Cohen P, Chen H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49(9): 933-941
22. Bornoalova M, Hicks B, Iacono W, McGue M. Longitudinal-Twin Study of Borderline Personality Disorder Traits and Substance Use in Adolescence: Developmental Change, Reciprocal Effects, and Genetic and Environmental Influences. *Personal Disorders* 2013 January; 4(1): 23-32
23. Lavados J, Slachevsky A. *Neuropsicología. Bases neuronales de los procesos mentales*. Mediterráneo. Santiago, 2014
24. Ludolph P, Westen D, Mistle B, Jackson A, Wixom J, Wiss CH. The Borderline Diagnosis in Adolescents: Symptoms and Developmental History. *The American Journal of Psychiatry* 1990; 147(4): 470-476
25. Fossati A, Feeny J. Thinking about Feelings: Affective State Mentalization, Attachment Styles, and Borderline Personality Disorder Features Among Italian Nonclinical Adolescents. *Psychoanalytic Psychology* 2014; 31(1): 41-67
26. Chiesa M, Fonagy P. Reflective function as a mediator between childhood adversity, personality disorder and symptom distress. *Personality and Mental Health* 2014; 8: 52-66
27. Goodman M, Siever L. Hypermentalization in Adolescents with Borderline Personality Traits: Extending the Conceptual Framework to Younger Ages. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2011; 50(6): 536-537
28. Biskin R. Treatment of Borderline Personality Disorder in Youth. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2013; 22(3): 230-234
29. Rossow T. *Self-Harm In Young People: Randomised Control Trial Testing Mentalization Based Treatment Against Treatment As Usual*. MD (res) Thesis University College London September 2012
30. Rossouw T, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2012; 51(12): 1304-1313
31. Esterberg M, Goulding S, Walker E, Cluster A. Personality Disorders: Schizotypal, Schizoid and Paranoid Personality Disorders in Childhood and Adolescence. *Journal Psychopathology Behavior Assess* 2010; 32: 515-528
32. Laurensen E, Hutsebaut J, Feenstra D, Bales D, Noom M, Busschbach J. Feasibility of Mentalization-Based Treatment for Adolescents With Borderline Symptoms: A Pilot Study. *Psychotherapy* 2013; 51(1): 159-166
33. Fonseca-Pedrero P, Paino M, Lemos-Giráldez S, Muniz J. Cluster B maladaptive personality traits in Spanish adolescents. *Revista Psiquiatría y Salud Mental* 2013 Jul-Sep; 6(3): 129-38
34. Dziobek I, Preibler S, Grozdanovic Z, Heuser I, Heekeren H, Roepke S. Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *NeuroImage* 2011; 57: 539-548
35. Glenn C, Klonsky D. Reliability and Validity of Borderline Personality Disorder in Hospitalized Adolescents. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2013 August; 22(3): 206-211
36. Pinto A, Lexington W, Francis G, Picariello C. Borderline Personality Disorder in Adolescents: Affective and Cognitive Features. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996 October; 35(10): 1338-1343

REVISIÓN

EXPLORANDO LAS BASES DE LA PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL

(Rev GPU 2015; 11; 2: 168-174)

Álvaro Wolfenson¹

En este artículo se realiza una revisión que pretende facilitar el acercamiento al llamado Paradigma Experiencial a través del abordaje de su recorrido histórico sus precursores en el ámbito de la psicología y la psicoterapia, así como las bases filosóficas, y su conceptualización acerca de la creación de significado.

SOBRE LAS CONCEPTUALIZACIONES E HISTORIA DEL PARADIGMA EXPERIENCIAL

Primero debemos presentar a Eugene Gendlin, quien nace en Viena el 24 de diciembre 1926. Trece años después, para evitar la persecución nazi por su origen judío, Eugene se exilia con su familia en Estados Unidos (Alemany, 2007). Movidado por un precoz interés por la filosofía, Gendlin, cursó aquellos estudios en la Universidad de Chicago, centrándose en la Filosofía de Martin Heidegger y Edmund Husserl. De la filosofía derivó en la psicoterapia, conociendo en la misma universidad a Carl Rogers, de quien le impresionaron sus estudios sobre la fenomenología de las emociones, empatía y congruencia (Alemany, 1997).

Mientras nos adentramos más en los planteamientos de Gendlin, conoceremos el recorrido histórico de la psicoterapia Experiencial. Desde un inicio, a Gendlin le asaltó la pregunta sobre ¿por qué algunas experiencias terminan siendo significativas y otras no? Integrando distintas propuestas filosóficas, comenzó a desarrollar

su teoría del *Experiencing*; el que corresponde a un proceso concreto, flujo de experiencias sentido corporalmente (Gendlin, 1992).

Tradicionalmente la psicoterapia ha sido principalmente un proceso verbal (Alemany, 2007). En aquel encuentro el psicoterapeuta utiliza la palabra para distintos objetivos técnicos, según el enfoque teórico de referencia; desde interpretar, formular el reflejo de un sentimiento, hasta dar instrucciones de cómo crear una situación nueva de aprendizaje (Alemany, 2007). Siempre existieron precursores que le otorgaron importancia a la corporalidad en la psicoterapia; pero no fue hasta la década de 1970 en que el cuerpo logró retomar su lugar para la psicoterapia. Dentro de esta recuperación del cuerpo para la psicología y la psicoterapia la Psicoterapia Experiencial y el Focusing tienen un lugar fundamental (Alemany, 2007).

Influido por el *existencialismo* y los distintos modelos de *psicoterapia existencial*, que incluyen a autores como Ludwig Binswanger, Rollo May hasta Victor Frankl, Eugene Gendlin desarrolla la meta-teoría de la

¹ Médico Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente Universidad de Chile. E-mail: alvarojwr@gmail.com

psicoterapia Experiencial, la cual describe cómo usar de forma más efectiva una teoría sobre la interacción psicoterapéutica, más que ser una simple orientación o escuela teórica de psicoterapia (Alemany, 2005 en Alemany, 2007). En relación con lo anterior, para Gendlin, lo importante no es la orientación del terapeuta sino desde dónde responde el cliente, desde dónde crea la historia, si toca o no sentimientos y sensaciones corporales. Sintéticamente Iberg (1984) plantea que una descripción de este modo de practicar la terapia se refiere a que las intervenciones que el terapeuta hace son en relación con un cambio concreto sobre la sensación corporal presente en el cliente sobre un tema determinado, sensación que Gendlin llamará *sensación sentida*. Por lo tanto, si ese cambio en la *sensación sentida* no es experimentado por el cliente, la intervención no tendría efecto experiencial ni utilidad terapéutica. En relación con la *sensación sentida*, Gendlin (1999) 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 lóbreaga 'sensación' corporal.

Como planteamos, la teoría experiencial de la psicoterapia de Gendlin está cimentada sobre la filosofía existencialista y fenomenológica, de autores como Kierkegaard, Husserl, Heidegger, Buber, Sartre y Merleau-Ponty (Iberg, 1984 en Alemany, 2007). Para Gendlin su filosofía existencial comienza allí donde los existencialistas concluyen, esto en relación con el problema de cómo los símbolos se relacionan o basan en la experiencia concreta (Gendlin, 1996 en Alemany 1997).

En este sentido Gendlin (1962) refiere:

Hasta ahora se asumió que el significado reside en el *experiencing* sentido y que la lógica no hace más que distorsionarlo o que este reside en la lógica y el sentimiento, por lo tanto, no es más que un caos que hay que evitar. Esto no es cierto. El significado se forma de la interacción entre el *experiencing* y algo que funciona como un símbolo.

Gendlin (1973) realizó una reflexión existencial, tomando los planteamientos de Carl Rogers en relación con la terapia y la personalidad. Su crítica a Rogers se centró en la teoría de la personalidad, el mecanismo de la subcepción, su concepto de congruencia, así como en el énfasis dado por ciertas teorías en el entender cómo las personas no cambian y no tanto en cómo se produce

el cambio. Por ejemplo, en relación con el concepto de *congruencia* Gendlin propone superar sus limitaciones mediante el concepto de *experiencing*, siendo por un lado este más profundo que la definición tradicional de congruencia, ya que implica tener conciencia del propio *experiencing* (el cual contiene implícitamente todas las experiencias del individuo), y por otro retraduce el término filosófico de "*existencia*" por el término más psicológico de "*experiencia*" (Gendlin, 1962, Alemany, 2007). La historia entre Gendlin y Carl Rogers fue fundamental, tanto que podríamos decir que fue la relación que configuró el paradigma experiencial (Barceló, 1997 en Alemany, 1997). En relación con esto, Gendlin tomó fundamentales elementos de la *Psicoterapia centrada en el Cliente* de Carl Rogers, realizando innovaciones y reformulaciones en términos experienciales. La *Psicoterapia centrada en el Cliente* se caracteriza por el énfasis en la idea del terapeuta como alguien genuino, más que las técnicas practicadas, la importancia que se le da al presente, el aquí y ahora, y rechazando la característica dinámica que consistía en el focalizarlo todo en el pasado (Alemany, 1997). Se plantea una terapia cara a cara en vez de en el diván, centrada en escuchar y responder reflejando lo que el paciente ha dicho. En este modelo el terapeuta como persona es más importante que su orientación oficial; es más específico e importante cómo el terapeuta vive personalmente hacia el cliente, que el método empleado. A lo que Gendlin agregó que lo principal es la *vivencia sentida directa y corporalmente*; las especulaciones o inferencias posibles no serán correctas por sí mismas si no han sido vividas corporalmente por el paciente (Gendlin, 1974).

Así, la *psicoterapia experiencial* está enraizada con la filosofía que sostiene que el *experienciar* algo directamente es algo de una gran riqueza en sí, pero que no puede operativizarse en palabras o conceptos. El *experienciar* es la interacción constante entre el organismo con el entorno (Alemany, 1997). Por lo anterior se puede plantear que cuando alguien *siente* algo, no es simplemente el decirlo, sino que es el vivirlo, ya que cuando articula esto con palabras adecuadas, entonces ese alguien que siente y vive un cambio experiencial (Gendlin, 1974).

Gendlin (1999) plantea un modelo de primera-persona al cual llama *Procesal*, definiéndolo de base como un proceso vivo de interacción. La experiencia corporalmente sentida de significado implícito es inherentemente una interacción, siendo el cuerpo no solo un centro orientando de la *percepción y movimientos*, sino también de *acción y discurso* en las situaciones (Gendlin, 1992). Así la experiencia corporalmente sentida de significado implícito es inherentemente una

interacción. Este *experienciando* tiene distintas características; por un lado, se relaciona con la capacidad de tener experiencias y lo que posibilita simultáneamente el despliegue de la experiencia en nuevos y cambiantes significados; además es corporal, preverbal y una fuente de constante creación de significados (Gendlin 1962, 1992).

Gendlin y su equipo desarrollaron en 1969 la llamada *Escala Experiencial*, lo cual es una medida que ayuda a evaluar las respuestas del cliente, catalogándolas en siete niveles, lo que permite predecir la rapidez o lentitud de los cambios psicoterapéuticos (Klein, 1969).

En relación con lo anterior y respecto del *experienciando* Gendlin (1967 en Alemany 2007) refiere:

Experienciar, básicamente implica nuestra sensación de estar en interacción preverbal, preconceptual, corporal, con el medio ambiente, una sensación, a nivel visceral del significado sentido de las cosas. Incluye la sensación de tener experiencias y el flujo continuo de sensaciones, impresiones, eventos somáticos, sentimientos, caer en la cuenta en algo reflexivamente y significados cognitivos que surgen en el campo fenomenológico de uno mismo.

Aquello no es una *reconstrucción* de eventos, pero evidentemente incluye su significado, el cual es sentido. No siendo un concepto o reflexión lógica, sino más bien un referente interno usado para anclar conceptos (Gendlin, 1967). La *experiencia* corporalmente sentida es un modelo, una vivencia, y se vive un cambio allí donde algo estaba bloqueado (Gendlin, 1974).

Terapéuticamente la técnica y el método de Gendlin es el *Focusing*, además del abordaje de los contenidos de la experiencia de manera fenomenológica, a través de la *epoché* (Gendlin, 1999 en Wolfenson, 2013). Como anteriormente habíamos referido, Gendlin (1999) plantea que cuando las personas aprenden a contactar el nivel corporal, lo pueden "utilizar" para múltiples propósitos, pero especialmente para vivir y hablar "desde allí". Lo que a su vez conlleva cambios culturales profundos, como el reconocimiento de la relación como constructora de la realidad, con el énfasis en el proceso corporal (Gendlin, 1999).

SOBRE LOS PRECURSORES DE LA PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL

Ya hemos planteado y caracterizado la importante influencia del pensamiento de Carl Rogers en el desarrollo de la psicoterapia experiencial. Además, según lo

referido por Gendlin (1973), como método terapéutico, la psicoterapia experiencial ha de citar a Whitaker, Malone como precursores tanto como a Otto Rank, Jesse Taft, Frederick Allen.

Otto Rank (1950, en Gendlin 1973) planteó que:

Tan pronto como se hace de la experiencia sensible en sí misma, en la que se revela toda individualidad, el único objeto de la explicación y del entendimiento, uno siente su yo en un terreno sólido y también, según mi opinión, asegura el auténtico valor terapéutico, esto es, permitir que el paciente se entienda a sí mismo en una experiencia inmediata que, tal como me esfuerzo en el proceso terapéutico, permita la unificación del vivir y el entender.

Jesse Taft y Frederick Allen (1953 y 1942 en Gendlin 1973) encontraron formas de acentuar el vivir dinámico y actual y el proceso de interacción entre el paciente y el terapeuta y buscaron trabajar con cada problema no como si hubiera que discutir sobre él, sino considerando la manera en que el paciente manifestaba ese problema en el mismo instante de interacción con el terapeuta.

También ha habido autores que quisieron que el método terapéutico fuera más allá de la mera discusión verbal y de la introspección conceptual. Whitaker y Thomas P. Malone (1953) propusieron utilizar con el paciente sus propias fantasías espontáneas tanto como sus auténticas reacciones emocionales, lo que contribuyó a una relación interpersonal enriquecedora y llena de impacto (Gendlin, 1973).

Por su parte Binswanger (1958; 1967 en Gendlin 1973) desarrolló un sistema de análisis existencial o el análisis de la condición humana de uno mismo, al que llamó "Daseinsanalyse". Él tomó los planteamientos de Heidegger sobre el cuidado, la muerte, la elección y la culpa, poniendo atención en "aprehender lo que ha de ser humano" (Binswanger, 1967 en Gendlin 1973). En su obra acentúa el *amor*, no como algo que ha de estudiarse objetivamente sino como un estar juntos dos personas.

Merdard Boss (1963) siguió a Heidegger, desarrollando el análisis en las relaciones, articulando modelos de disfunciones en las relaciones interpersonales, marcando un énfasis interpersonal en la psicoterapia.

Rollo May (1958; 1967 en Gendlin 1973) evidentemente es el fundador de la psicoterapia existencial en América. Acentúa el enfrentamiento directo de las propias responsabilidades en relación con la vida y los desafíos en lo que a primera vista se observa como

angustia. May planteó fuertemente su concepción de la independencia de la persona frente a factores “deterministas” que podrían obligar a retraerse y renunciar a vivir. A su vez plantea dos roles para la angustia, un rol positivo que consiste en abrir nuevas posibilidades de vida viendo lo que le hace a uno estar angustiado; y otro rol, el que podemos llamar como doloroso y desesperado, que surge cuando evitamos aquellas posibilidades y procuramos vivir de un modo resignado o limitado. En este segundo caso la angustia sigue siendo un signo de posibilidades, pero hasta que no se vivan, la angustia representa una muerte antes de tiempo. Para May el término “neurosis existencial” caracteriza a muchas más personas, tiene más sentido en nuestro tiempo que neurótico “clásico” de Freud (Gendlin, 1973). Rollo May sostiene que hay un “daemon” revalorizador de la vida en cada persona, el cual va más allá del control deliberado, en el cual la persona debe confiar. Como plantea Gendlin (1973): “la terapia existencial de May se basa en trabajar con algo en la persona que no es conceptual, ya definido, sino que emergerá a lo largo de la vida si es que se le permite hacerlo”.

Viktor Frankl (1965 en Gendlin 1973) creó la llamada *Logoterapia*, que se centra en la necesidad humana de significado y de valores. Desde su propia experiencia en la guerra, habiendo perdido a su familia, plantea su convicción de que las personas pueden decir un sí a la vida a pesar del sufrimiento. Anteriormente el Existencialismo invoca la libertad, aunque esto solo parece aplicable a personas afortunadas Frankl desapruueba esto y procura que el paciente encuentre el significado y el valor a su existencia (Gendlin, 1973).

Como se ha planteado, la filosofía experiencial de Eugene Gendlin comienza ahí donde los existencialistas concluyen; desarrollando un sistema filosófico basado en la relaciones entre sentimiento y pensamiento; y haciendo hincapié en cómo los símbolos se relacionan con la experiencia concreta, que para Gendlin es corporal (Gendlin, 1962).

BASES FILOSÓFICAS DE LA PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL

Gendlin (1973) reconoce que las personas son existencias, no definiciones, lo cual evidentemente tiene una base en la *psicoterapia existencial* y el *existencialismo*. Al respecto Kierkegaard, Dilthey, Husserl, Heidegger, Buber, Sartre y Merleau-Ponty son los filósofos existencialistas que podemos reconocer como precursores de este nuevo modelo (Gendlin, 1973).

Al respecto es posible calificar a Soeren Kierkegaard (1813-1855) como el *abuelo del existencialismo*.

Kierkegaard deseaba un cambio activo de las estructuras sociales existentes, llamando a los hombres de su tiempo a la responsabilidad y a la decisión. Kierkegaard reduce el mundo social a cada uno de los hombres y sitúa su esperanza en la relación del individuo consigo mismo (Brito, 2010). Kierkegaard iguala la subjetividad, ligada al proceso, con la “verdad”; pues la verdad no es objetiva, sino que depende de si aquel que la busca está afectado por ella y puede concebir el proceso de búsqueda como verdad. Kierkegaard ve la acentuación del ser individual, pero de su decisión en vinculación con el mundo que le rodea. El conocimiento revolucionario de Kierkegaard consiste en que el hombre sometido a la angustia experimenta siempre también la posibilidad de libertad (Brito, 2010).

Wilhelm Dilthey (1883-1911) reaccionó en contra de la corriente que consideraba al ser humano en un marco solamente científico naturalista y matemático; para él la ciencia se deriva de la vida y no puede pretender explicar y reducir la vida a las configuraciones que utiliza (Gendlin, 1973). Edmund Husserl (1859-1938) rechazó teorías y especulaciones permitiendo que los conceptos surgieran directamente de la manera de *experienciar* de las personas; a su forma de fundamentar el pensamiento lo llamó fenomenología. Como plantea Gendlin (1973) el existencialismo es fenomenológico, “busca articular la experiencia tan pronto como se tiene, más que superponer un esquema teórico a la experiencia”. Hay que destacar que la experiencia siempre es de, en, sobre algo. De lo anterior deriva que el existencialismo no sea un subjetivismo ya que presta atención a la experiencia subjetiva, pero con un vivir en el mundo y en situaciones con otros (Alemany, 1997).

Martin Heidegger (1889-1967). Para él las personas ya están *arrojadas* a las situaciones para cuando comienzan a pensar en ellas; así la experiencia es básicamente histórica (Gendlin, 1973). Heidegger sostuvo que si uno atiende a su propio sentimiento será capaz de notar una *compresión* que está desde siempre en el sentimiento, pero que impulsa más allá de él (Gendlin 1973, en Alemany, 1997). Así, uno siente sus propias situaciones, su *vivir-con-otros*; siendo capaces de plantear infinitas posibilidades, que son abstractas, pero que se pueden hacer *auténticas*, en la medida que se logra atender al propio sentimiento de lo que ya es (Brito, 2010).

Martin Buber (1878-1965) plantea dos actitudes fundamentales: por un lado una actitud fundamental *orientadora*, que está más bien orientada hacia la seguridad, y una actitud fundamental *realizadora*, que ofrece la posibilidad de traspasar las fronteras. Buber desarrolla un “principio dialógico” donde acentúa la

igualdad de rango entre “orientación” y “realización”, planteando a su vez que en un ser humano que se autorrealiza ambas actitudes fundamentales están unidas, viven muy cerca una de la otra. El principio dialógico conduce constantemente al hombre hacia el “abismo de la dualidad”; así Buber ve al ser humano situado siempre frente a la necesidad de elección (Alemany, 1997).

Jean-Paul Sartre (1905-1956) llamó “*existencia*” al proceso mismo de la vida, y que no es reductible a definiciones lógicas. Así contrapuso *existencia* a *esencia*, que es el término filosófico que expresa la definición más profunda de algo. Para él (y como principio básico del Existencialismo) la existencia precede a la esencia (Gendlin 1973, en Alemany 1997). Esto quiere decir que los hombres hacen las definiciones y por lo tanto nunca se podrán reducir a ellas.

Para Gendlin (1973), *el uso positivo* del Existencialismo consiste al acceso al propio proceso vital, a través del “sentimiento” (que es corporal), y que está más allá de las palabras y definiciones últimas.

Merleau-Ponty (1908-1962) influyó fuertemente las ideas centrales de Gendlin. Planteó que el cuerpo viviente tiene las características que los filósofos anteriores atribuían a la experiencia y existencia. Merleau-Ponty hace el intento de trasladar la fenomenología de Husserl hacia la existencia concreta. En el pensamiento de Merleau-Ponty (1964) lo real se *interpenetra* con lo imaginario, está siempre en movimiento, es al mismo tiempo subjetivo y objetivo, y su trabajo va más allá de la dicotomía sujeto-objeto, no insertándose en el pensamiento dualista del mundo occidental; como lo dice Sartre (1972) “[...] aquellos que se jactan de mirar el mundo de frente, ¿no sabrían que este, el mundo, nos envuelve y nos produce?”. Merleau-Ponty (1964) plantea a su vez una conceptualización del hombre como *ser-en-el-mundo* que reconoce la existencia de una experiencia *mundana* que instaura al hombre en el mundo antes que este lo reflexione. En Merleau-Ponty (1964) 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 con el desarrollo de este pensamiento esboza su concepto de *carne*, el cual viene del término original en francés *chair*, que significa carne (viva) en los cuerpos. Merleau-Ponty niega el dualismo de la naturaleza, restituyendo al ser la unidad objetada por las oposiciones entre carne y espíritu, interior y exterior, individual y social; así Merleau-Ponty (1964, en Wolfenson, 2013) plantea que *carne* no sería la síntesis hombre-mundo, ya que es una forma de abordar el ser

que escapa a la representación, no es materia ni espíritu; está entre ambos. Entonces la *carne* es estar *aquí y ahora*, en todas partes, ser dimensión individual y universal, manteniendo la infinita reversibilidad.

Integrando podríamos decir que, como refiere Gendlin (2003), lo corporalmente sentido de una situación se relaciona con el concepto de *ser-en-el-mundo* de Heidegger (1927 en Britro, 2010). Tanto Heidegger como Merleau-Ponty escribieron ampliamente sobre lo que es inherentemente implícito o pretemático. En *Ser y Tiempo* Heidegger (1927 en Brito 2010) realizó un complejo análisis del *ser-en-el-mundo*, que siempre incluye sentimiento, comprensión, explicación, y discurso, re-entendiendo cada uno ellos y mostrando que son “igualmente básicos” para el otro, y siempre presentes en cada uno de los otros. Como enfatiza Gendlin (2003) Heidegger sostuvo que en nuestra comprensión sentida conocemos nuestras razones por una acción que está más allá de lo que la cognición puede alcanzar. A partir de su concepción unida con guion del *ser-en-el-mundo*, el modo humano de ser es realmente un “ser en”, es un ser en las situaciones con otros. Sin embargo y desgraciadamente Heidegger no entendió aquello de una manera corporal, pero nosotros podemos ir más allá, *ser-en* las situaciones con otros se aplica a la persona *corporizada* y sintiente (Gendlin, 2003).

ACERCA DE LA CREACIÓN DE SIGNIFICADO

Para Gendlin (1962) el conocimiento no solo está formado por dimensiones lógicas y operacionales, existiendo además otra dimensión directamente sentida, dimensión experiencial. Para él los conceptos, eventos o conductas son significativos solo “en la medida que algún tipo de sonido o evento interactúa con el *experiencing* sentido” (Gendlin, 1962). Por lo cual, se forman los significados a través de la interacción entre el *experiencing* y los símbolos y/o eventos.

Con anterioridad la “experiencia” era frecuentemente construida como un esquema o constructo lógico. Pero también se ha reconocido que además de esquemas lógicos y percepciones sensoriales existe “una dimensión sentida de la experiencia que es ‘prelógica’ y que interviene de forma decisiva es lo que pensamos, percibimos y en cómo nos comportamos” (Gendlin, 1962).

Es necesario ampliar los métodos científicos usuales, y no solo analizarlos como un constructo lógico. A su vez, no es conveniente dejar indefinidamente el sentido concreto siempre presente de la “experiencia” en forma vaga y en tierra de nadie. Como plantea Gendlin (1963) “no podemos, realmente, contentarnos con

perder cualquiera de los dos aspectos, o bien dejarlos a ambos como están". El desafío está en estudiar el comportamiento humano aprendiendo a captar "qué clase de conceptos 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, 1962). Para lograr aquello es necesario preocuparse de la experiencia previa al ordenamiento lógico; hay que investigar la experiencia "pre-conceptual", y cómo esta funciona conjuntamente con los símbolos lógicos.

Para referirse directamente a la experiencia, Gendlin (1992) plantea el concepto de *experiencing* como una corriente de sensaciones parcialmente formada y sostenida en cada momento; y a la cual cuando se desee se puede atender interiormente. Así, para Gendlin (1962) el *experiencing* es básico en la conducta y en la formación de significados. Por lo cual los esquemas lógicos estarán vacíos si no son considerados en relación a esos roles del *experiencing*.

La temática de cómo nos relacionamos con la creación de significados, desde un punto pre-conceptual, es un problema de magnitudes muy amplias, que involucra desde la relación corporal propia e individual, hasta todo tipo de interacciones sociales-culturales. En relación a esto Gendlin (1962) refiere:

Hoy en día el problema de la interacción entre el *experiencing* sentido y la simbolización es crucial para la filosofía y las ciencias de la conducta. Estamos, con precisión, conscientes del efecto de las sensaciones sobre el intelecto. Nuestro tiempo ha encubierto una multitud de formas en las cuales la función intelectual es afectada por este *experiencing* pre-conceptual: la cultura, la economía, los impulsos biológicos, las necesidades psicológicas, desarrollo temprano, intereses de clases, sexo, gustos, propósitos y así sucesivamente. Una gran cantidad de lo que la filosofía ha utilizado como fundamento puramente racional debe ahora ser considerada en relación a un *experiencing* pre-conceptual.

Es problemático observar que en las distintas áreas mencionadas el punto de vista racional de la "experiencia", lógicamente construido, se ha fuertemente abierto camino, dando como resultado, para Gendlin (1962), que:

La filosofía se ha tornado más y más estrecha. La política se perdió en la sociología, la Ética derivó en la psicología, la metafísica fue dejada de lado,

la epistemología se tornó solo en algo lógico. El intelecto fue reducido solo a las escasas fórmulas con las cuales se construye la sintaxis lingüística.

Así, la filosofía tuvo la difícil tarea de evitar transformarse en una mera "racionalización" de una clase más poderosa de "experiencia". A su vez, hay que destacar "que la sensación sin una simbolización es ciega, y la simbolización sin una sensación es una sensación vacía" (Gendlin, 1962). Al respecto podemos afirmar que no es posible saber lo que "significa" un concepto o utilizarlo significativamente sin la "sensación" de su significado. Por lo cual, en el lugar del significado sentido no puede utilizarse ningún monto de símbolos, definiciones o semejantes (Gendlin, 1962). No es posible comprender el concepto en su globalidad, si no poseemos el significado sentido del mismo. Por lo que los conceptos no son significados, excepto en relación con el *experiencing*.

CONCLUSIONES

Eugene Gendlin con su concepto de *experiencing* introduce lo corporal de manera radical, en el sentido de experimentar *consciente-corporalmente* un proceso interno, que es al mismo tiempo relacional, y que para su teoría sería una guía digna de seguir. Gendlin en su trabajo reflexiona respecto a los planteamientos *rogerianos*, con un marcado sentido existencial, pensando en la personalidad como la forma de *abrirse a la vida*.

REFERENCIAS

1. Alemany C (1997). "Psicoterapia Experiencial y Focusing. La aportación de E. T. Gendlin". Bilbao: Ed. Desclée
2. Alemany C (2007). "Manual práctico del Focusing de Gendlin". Bilbao: Ed. Desclée
3. Brito R (2010). Psicofosía y psicoterapia: tres ejemplos para una aproximación. Rev GPU 2010; 6; 4: 454-464
4. Gendlin E (1962). *Experiencing and the creation of meaning. A philosophical and psychological approach to the subjective*. New York: Free Press of Glencoe
5. Gendlin E (1967). *Existentialism and experiential psychotherapy*. En Moustakas C (Ed.), *Existentialism child therapy*, pp. 206-246. New York: Basic Books
6. Gendlin E (1967). "The Experiential Response". En "Use of Interpretation in Treatment", Capítulo 26, pp. 208-227. Traducción de Luis Robles Campos
7. Gendlin E (1969). *Focusing. Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Vol.6, n° 1, pp. 4-15
8. Gendlin E (1973). *Experiential Psychotherapy*. En: Corsini R. (ed.) *Current Psychotherapies*, 1st. Ed. Itasca, LL.: F.E. Peacock, pp. 317-352
9. 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

10. Gendlin E (1999). "El Focusing en Psicoterapia. Manual del método experiencial". Barcelona: Ed. Paidós
11. Gendlin E (1999). "A New Model". *Journal of Consciousness Studies*, 6(2-3), 232-237. Traducción de Luis Robles Campos
12. 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
13. Iberg J (1984). *Experiential Psychotherapy*. En Corsini R (Ed.) *Encyclopedia of Psychology*. Nueva York : While Interscience
14. Merleau-Ponty M (1964). *L'oeil et l'esprit*. Paris: Gallimard
15. Sartre J (1972). *Situações IV*. Lisboa: Publicaciones Europa-América
16. Wolfenson A. El paradigma Experiencial a propósito del problema mente-cuerpo. *Rev GPU* 2012; 8; 4: 453-456

TERAPÉUTICA

USO DEL ÁCIDO FÓLICO Y DERIVADOS EN DEPRESIÓN

(Rev GPU 2015; 11; 2: 175-182)

Pedro Retamal¹, Diego Villegas²

La depresión mayor (DM) es un serio problema de salud pública, y en nuestro país la realidad no es diferente. Para el año 2020 la Organización Mundial de la Salud ha estimado que será la segunda causa de discapacidad en el mundo, en tanto que en la década de los noventa se estimaba en el cuarto lugar (Murray C. y López, A., 1996).

INTRODUCCIÓN

En nuestro país la prevalencia de 6 meses de la DM es 4,6%, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1
PREVALENCIA DE VIDA Y ÚLTIMOS SEIS MESES EN POBLACIÓN CHILENA, POR SEXO, PARA TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR Y DISTIMIA

Trastorno	Hombres		Mujeres		Total	
	Vida	6 meses	Vida	6 meses	Vida	6 meses
Depresión Mayor	6,4	3,0	11,3	6,0	9,0	4,6
Distimia	3,5	1,5	12,1	4,8	8,0	3,2

Adaptada de Vicente, Rioseco, Saldívia, Kohn y Torres (2002).

Más recientemente, la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, utilizando el cuestionario CIDI, encuentra una prevalencia de síntomas depresivos en torno al

17% en los años 2003 y 2010, lo que se ilustra en la Tabla 2 (MINSAL, 2010).

Tabla 2

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2003 Y 2009-2010, MINSAL

Prevalencia síntomas depresivos último año	Mujeres	Hombres	Total
ENS 2003	24,3%	10,4%	17,5%
ENS 2009-2010	25,7%	8,5%	17,2%

En Chile el impacto de la enfermedad se observa en años de vida saludables perdidos, AVISA, ocupando el segundo lugar (169.769 años), superada solo por enfermedades cardiovasculares para ambos sexos (MINSAL, Informe Final Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, Chile, 2007).

En el estudio de causas de consultas que realizó la Organización Mundial de la Salud (OMS) paralelamente en 15 centros de atención primaria distribuidos en 14

¹ Médico Psiquiatra. Departamento Psiquiatría. Campus Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. pedroretamal@med.uchile.cl

² Ayudante Alumno. Séptimo Año. Escuela de Medicina. Campus Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

países, se encontró que en Santiago de Chile la prevalencia de 30 días de depresión en atención primaria era la más elevada de los países estudiados, alcanzando un 29,5%, muy por encima del promedio internacional de 10,4% (Florenzano R, Acuña J y Fullerton C. 1998).

De gran importancia es que en nuestro país se ha duplicado la tasa de suicidio desde los años 1990. En el año 2008 la tasa superaba los 12 por 100.000 habitantes (Retamal P, 2012).

Por otra parte, cada vez es más estrecha la relación de la depresión con el conjunto de la medicina. Desde febrero de 2014 la Asociación Americana de Cardiología considera oficialmente la depresión como un factor de riesgo en el pronóstico de pacientes con infarto agudo al miocardio (IAM) (Lichtman J. *et al.*, 2014).

Es relevante considerar que 20% de los pacientes con IAM sufren DM. Además, al empeorar la depresión aumenta la mortalidad, pero la evidencia actual no es suficiente para sugerir que el tratamiento de la depresión mejora la sobrevida después de un infarto. De todas maneras, la información disponible ratifica lo que por decenios ha ligado la depresión con la enfermedad cardiovascular (Retamal P., 1993).

DIFICULTADES CON EL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

A pesar del demostrado impacto de la depresión, el tratamiento no ha mostrado avances sustanciales en su arsenal farmacológico. Las pocas novedades terapéuticas en los últimos años responden a la necesidad de aminorar reacciones adversas o mejorar el perfil farmacodinámico de los antidepresivos tradicionales (por ejemplo venlafaxina, luego desvenlafaxina; citalopram, luego escitalopram), sin grandes cambios desde hace más de una década (Retamal P., 2012.). Una excepción corresponde a la Agomelatina, aprobada para su uso como antidepresivo en Europa en 2009, que ofrece una combinación de acción antagonista de receptores 5HT_{2C} y agonista de receptores melatoninérgicos MT₁ y MT₂, con múltiples estudios que demuestran una efectividad similar al de antidepresivos tradicionales (Lemoine P, Guilleminault C y Álvarez E, 2007; Taylor D, Sparshatt A, Varma S y Olofinjana O, 2014) y tendría especial utilidad en cuadros con alteración del ciclo circadiano (Huang K *et al.*, 2014).

El problema, sin embargo, no radica en la falta de novedades per se, si no en la cantidad de pacientes que no se ven beneficiados por las terapéuticas que se les ofrece.

El estudio STAR*D reveló que en un primer nivel terapéutico solo 37% de los pacientes responde en forma

satisfactoria, y en etapas sucesivas, si bien se acumula un 67% de respuesta, a un año de seguimiento apenas 30% permanece en remisión (Warden *et al.*, 2007). Además, el estudio evidenció la necesidad de combinar fármacos o potenciarlos para lograr mejores niveles de respuesta (Rush J, 2007), lo cual conlleva inevitablemente a mayores gastos y potencialmente a mayor aparición de reacciones adversas por los efectos de la polifarmacia (Thronson L., Pagalilauan G, 2014).

Por otra parte, un estudio en Dinamarca observó que una población que por primera vez recibía antidepresivos, a los seis meses de tratamiento un tercio lo había abandonado, sobre todo en pacientes de menor nivel sociocultural y cuando habían sido atendidos por médicos con alto nivel de prescripción de medicamentos. La frecuencia de abandono sobrepasa la mitad al observar pacientes usuarios de antidepresivos tricíclicos, comparados con usuarios de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (Hansen D. *et al.*, 2004).

Es por esto que otras formas de medicina han prosperado en las últimas décadas, principalmente como complemento de terapias convencionales, las cuales tienen una fuerte presencia en la sociedad. Al menos en Estados Unidos son utilizadas en un 40% de la población general en los últimos 12 meses y en un 63% de población usuaria de servicios de salud mental, y, notoriamente, la mayoría de estos señala no comunicarlo espontáneamente durante la entrevista médica (Freeman, 2009). En Chile un 22% de los psiquiatras las recomiendan en forma habitual (Salinas P., Fullerton C., Retamal P., Mazuera P., 2012).

Definimos terapias complementarias como aquellas, que si bien son poco usadas, tienen un buen asidero basado en diversos estudios y constituyen posibilidades terapéuticas de cuarta o quinta línea. Algunos ejemplos de terapias complementarias en las enfermedades del ánimo con mayor desarrollo en los últimos años son el empleo de ácidos grasos Omega 3 y la hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) (Freeman *et al.*, 2010) y el ácido fólico y sus derivados, tal como el L-metilfolato, y la S-adenosil metionina o SAM-e.

Las terapias alternativas serían aquellas sin fundamento en investigación médica (terapia floral, reiki, entre otras). Estos tipos de terapéutica han prosperado debido al creciente interés de los pacientes por explorar tratamientos en lo posible "naturales"; que resulta aún más importante para el paciente durante el embarazo y la lactancia (Retamal P, 2012). Lamentablemente los organismos que regulan estos tratamientos ejercen escaso control respecto al que se someten las terapéuticas convencionales, pudiendo no solo significar ausencia de efecto terapéutico, sino incluso un

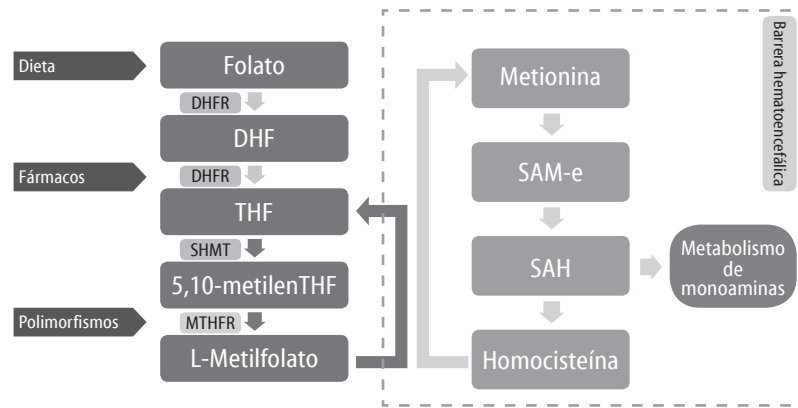


Figura 1. ESQUEMA SIMPLIFICADO DE LOS CICLOS DEL ÁCIDO FÓLICO (en azul) y de la metionina (en naranja), y los puntos críticos que alteran o inhiben su metabolismo (en rojo). Enzimas (en verde) Dihidrofolato reductasa (DHFR), Serinahidroximetil transferasa (SHMT), Metilentetrahidrofolato reductasa (MRHFR). En naranja, elementos del ciclo de la metionina: S-adenosil metionina (SAM-e), S-adenosil homocisteína (SAH) y formación de homocisteína.

daño al paciente, en especial si retrasan o reemplazan tratamientos con utilidad demostrada. Probablemente los efectos colaterales de las terapias alternativas no son frecuentes ni importantes y la ayuda del médico debe consistir en informar sobre el posible riesgo. Los esfuerzos en investigación clínica deben estar destinados a iluminar la presunta eficacia de estas terapias para conseguir un mayor refuerzo terapéutico en los casos resistentes a tratamientos convencionales de primera línea.

En esta ocasión revisaremos el empleo de ácido fólico y derivados.

ASPECTOS GENERALES SOBRE ÁCIDO FÓLICO

El ácido fólico ha estado presente en los libros de neurología desde inicios del siglo XX, principalmente asociado a los estudios de la vitamina B12 y las manifestaciones de la anemia perniciosa, pero no sería considerado como un factor importante en psiquiatría sino hasta la década de 1970, cuando se comenzó a asociar su déficit con cuadros depresivos (Lazarou C y Kapsou M, 2010; Reynolds, 2014).

El ácido fólico cumple un rol fundamental en el ámbito del desarrollo neurológico del embrión, por lo cual en nuestro país y en muchos otros la harina del pan se fortifica con 220 µg por 100 g de harina desde el año 2000 (Nazer J. *et al.*, 2007) de modo de evitar defectos de cierre del tubo neural (espina bífida, anencefalia) y otras malformaciones incompatibles con la vida (Young, 2007). La recomendación habitual

para la embarazada es la ingesta de 400 µg de ácido fólico previo y durante los primeros meses del embarazo. La disminución de malformaciones supera el 50% respecto del periodo prefortificación (Castilla E, Orioli I, López-Camelo J, Dutra M, Nazer J., 2003; López-Camelo J, *et al.*, 2005).

Las causas y consecuencias del déficit de ácido fólico han sido ampliamente descritas en la literatura médica, pero su conexión con la psiquiatría, y en especial con los cuadros depresivos, aún no se cimenta a la hora de evaluar un paciente con esta enfermedad. En esta revisión pretendemos destacar parte de la evidencia que sustenta la importancia de administrar ácido fólico o alguno de sus derivados como tratamiento complementario a los pacientes con respuesta insuficiente a los antidepresivos.

El ácido fólico es un micronutriente esencial, parte del complejo B de vitaminas, siendo esta la forma hidrosoluble B9, disponible en un gran número de alimentos, principalmente en legumbres, jugos y frutas cítricas, hortalizas de hoja verde oscura, hígado, carne de aves, carne de cerdo y mariscos, salvado del trigo y otros granos integrales (Nazki, 2014), pero su naturaleza termolábil puede hacer que se degrade entre un 50-95% al cocinarlos o incluso al mantener los vegetales almacenados a temperatura ambiente (Suárez, 2003). El término "ácido fólico" se utiliza en la literatura clínica preferentemente para referirse a la sustancia sintética que se prescribe como suplemento, mientras que el término "folato" se usa para denominar este tipo de vitamina presente naturalmente en los

alimentos o al medirlo en plasma, si bien pueden ser tratados químicamente como sinónimos (Scaglione y Panzavolta, 2014).

En nuestro organismo esta vitamina es el punto de partida del ciclo de transferencia de carbonos que permite finalmente la síntesis de S-adenosil metionina o SAM-e. Este ciclo tiene un rol fundamental en mecanismos de expresión, estabilidad e integridad del DNA y RNA, mediante metilación, así como también tiene un rol en la síntesis de purinas, transporte intracelular, síntesis de hemoglobina, neurotransmisores monoaméricos, entre otras funciones (Nazki, 2014).

El ciclo del ácido fólico, como se resume en la Figura 1, se inicia con la acción de la dihidrofolato-reductasa (DHFR), enzima que es susceptible de inhibición por fármacos como metotrexato, sulfasalazina, metformina y estabilizadores del ánimo (lamotrigina, valproato, carbamacepina), y que transforma el folato en dihidrofolato (DHF) y luego en tetrahydrofolato (THF). El THF es sustrato de otras enzimas para crear 5,10-metilen-tetrahydrofolato (5,10-metilenTHF). A su vez, también es posible incorporar otro derivado del ácido fólico a este nivel, el ácido folínico o formil-folato, disponible como suplemento, el cual no necesita de la acción de la DHFR ni la Serinohidroximetil transferasa (SHMT), pasando a 5,10-metilenTHF mediante otras enzimas (Fava M y Mischoulon D., 2009). Posteriormente se necesita la acción de la metiltetrahydrofolato-reductasa (MTHFR) el que transforma el sustrato en 5-metil-tetrahydrofolato o L-metilfolato, molécula con capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica y que está disponible como suplemento alimenticio en otros países. En este punto el ciclo retorna a THF al entregar el grupo metilo a la homocisteína, dando inicio al ciclo de la metionina (Fig. 1), el cual por acción de otras enzimas producirá SAM-e, etapa limitante para la síntesis de serotonina, dopamina y noradrenalina (Sugden, 2006). El buen funcionamiento de estos ciclos regula no solamente la transcripción de genes directamente relacionados con la memoria, el aprendizaje, funciones cognitivas y el comportamiento (Sugden, 2006) sino también la producción de monoaminas. Esta es la principal hipótesis que conecta el déficit del ciclo del ácido fólico y metionina con la depresión (Sugden, 2006; Stahl, 2008).

Se pueden identificar al menos tres puntos críticos en que estos circuitos metabólicos pueden verse afectados. El primero es la ingesta de folatos y su debida absorción. El segundo, la actividad de la DHFR susceptible de inhibición por fármacos. Finalmente, el tercer punto crítico corresponde al buen funcionamiento de la enzima MTHFR, ya que en la población podemos encontrar

polimorfismos de menor actividad, impidiendo la formación de L-metilfolato y con la consecuente acumulación de homocisteína (Lok, 2014). Cada uno de estos puntos alterará el ciclo de la metionina, disminuyendo la formación de SAM-e (Stanger, 2009).

En los párrafos siguientes discutiremos sobre la evidencia de cada uno de estos puntos como génesis de síntomas depresivos, causa de resistencia a tratamiento y, lo más importante, como potencial complemento terapéutico.

ÁCIDO FÓLICO EN DEPRESIÓN

A continuación revisaremos algunos estudios que demuestran que el déficit del ácido fólico, o alteraciones en su metabolismo, se relaciona con mayor prevalencia de síntomas depresivos, que pueden manifestarse en forma más prolongada y severa, con peor respuesta a antidepresivos. Las causas más frecuentes que conllevan a un déficit de folato las podemos encontrar en la Tabla 3.

Tabla 3
RESUMEN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DÉFICIT DE
ÁCIDO FÓLICO, ADAPTADO DE Fava *et al.* (2009)

Causas de déficit de folato	
Médicas	Embarazo y lactancia Abuso de alcohol Malabsorción Diálisis renal Hepatopatías Anemias
Fármacos	Anticonvulsivantes Metformina Sulfasalazina Metotrexato Barbitúricos
Otras	Déficit alimenticio

El nivel plasmático normal de folato es de 2.7 a 17.0 ng/mL, considerándose significativamente alterado cuando este es menor a 2.5 ng/ml (Sugden C. 2006).

Muy relevante es considerar que el déficit otorgaría riesgo aumentado de depresión y otras patologías psiquiátricas durante el embarazo, además de efectos cognitivos y peor respuesta a los antidepresivos en general (ver Figura 2) (Nelson, 2012; Fava, 2009; Lazarou Ch. y Kapsou M.

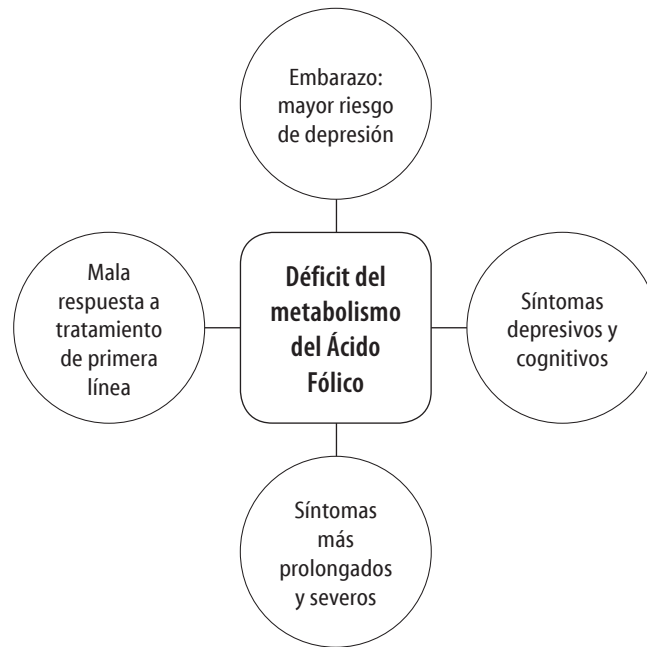


Figura 2. Resumen de las consecuencias del déficit del metabolismo del ácido fólico.

Uno de los primeros estudios fue realizado en Hordaland, Noruega, entre 1997 y 1999, llamado el Hordaland Health Study, que utilizó una subpoblación de un estudio mayor, el Hordaland Homocysteine Study, realizado entre 1992 y 1993. Este estudio reclutó a más de 7.000 individuos de entre 46 y 49 años y 70 y 74 años. Esta población respondió un cuestionario autoadministrado para síntomas ansiosos y otro para síntomas depresivos, y se obtuvo una muestra de sangre para determinar los niveles plasmáticos de folato, vitamina B12 y homocisteína, además del polimorfismo de la enzima MTHFR 677 C→T ("T/T").

La hiperhomocisteinemia y el genotipo "T/T" de la metilentetrahidro-reductasa MTHFR se relacionaron con depresión (Bjelland I, Tell G, Vollset S, Refsum H y Ueland P, 2003). En tanto que los niveles bajos de folato en plasma (<4.99 nmol/L) y síntomas depresivos se correlacionaban solo en mujeres de edad media.

En hombres, el estudio de Hordaland no encontró resultados significativos para bajos niveles de folato y síntomas depresivos, pero el mismo año en Finlandia, (Tolmunen *et al.* 2003) publicaron un reporte que reclutó a 2.682 hombres de entre 42 y 60 años sin antecedentes psiquiátricos, para responder un cuestionario de síntomas depresivos y paralelamente determinaron la ingesta promedio de folato calculado por un programa

computacional al registrar los alimentos consumidos durante cuatro días, corregido según nivel de actividad física. Dividieron los datos en tercios de consumo de folato. Concluyeron que el tercio de menor consumo de folato, por debajo de 300 µg/d, tiene un riesgo 67% mayor de estar deprimido comparado con el tercio de mayor consumo. Este riesgo se mantuvo significativo al ajustar por edad, tabaquismo, consumo de alcohol y grasa, apetito, IMC, educación y nivel socioeconómico.

Posteriormente, otro estudio en Finlandia (Seppälä *et al.*, 2012) separó la presencia de síntomas depresivos en melancólicos y no melancólicos según el cuestionario Beck de depresión, en una muestra de 4.500 individuos de entre 45 y 74 años, de los cuales 2.806 obtuvieron más de 10 puntos, y se calculó la ingesta de folato mediante un cuestionario validado para este propósito. Aquellos sujetos con síntomas depresivos melancólicos mostraron significativamente menor ingesta de folatos. Las personas con síntomas no melancólicos no mostraron esta relación.

A raíz de estos hallazgos, no tardaron en surgir estudios para poner a prueba la eficacia del ácido fólico y derivados como potenciadores de tratamientos anti-depresivos habituales versus placebo. Coppen y Bailey (2000) asociaron 20 mg de fluoxetina con 500 µg/d de ácido fólico o con placebo. Observaron al cabo de 10

semanas que 93,9% de las mujeres del grupo experimental disminuyó los síntomas en un 50% o más, versus un 61,1% del grupo que recibió fluoxetina más placebo. Además, los niveles plasmáticos de homocisteína habían disminuido en un 20% en mujeres que tomaron ácido fólico. Los hombres registraron un descenso en menor grado de homocisteína pero sin cambios en la depresión. Otro estudio más reciente señala no observar potenciación significativa usando una dosis de ácido fólico menor a 500 µg/d (Christensen *et al.*, 2011). Abou-Saleh y Coppen (2006) sugieren que los hombres podrían requerir mayor dosis de folato para observar respuesta y plantean emplear 2 mg de ácido fólico, lo que sería útil en ambos sexos sin mediar mayor incidencia de efectos adversos.

Si bien existen estudios que apoyan la potenciación de ISRS con ácido fólico (Coppen y Bailey, 2000; Venkatasubramanian, 2013; Resler *et al.*, 2008), otros autores sostienen que la evidencia sigue siendo débil y un mejor candidato para potenciar el tratamiento con antidepresivos sería el L-metilfolato (Bedson *et al.*, 2014), último paso del ciclo del ácido fólico que conduce, mediante el ciclo de la metionina, a la formación de SAM-e.

A. MTHFR, L-METILFOLATO Y HOMOCISTEÍNA

L-metilfolato es el último paso en el ciclo del ácido fólico, se conecta con el ciclo de la metionina, produciendo esta última a partir de homocisteína, en un proceso que involucra vitamina B12. La alteración de esta etapa provoca una acumulación de homocisteína, cuyo valor normal en plasma oscila entre 5 y 15 µmol/L (Bjelland *et al.*, 2003). Por otra parte, disminuye la producción de SAM-e (Fava, 2009), lo que merma la de monoaminas.

Cualquier defecto en la enzima metiltetrahidrofolato reductasa (MTHFR) produciría una disminución de la producción de L-metilfolato sin importar la ingesta de folato, la adición de ácido fólico o folínico, ni la indemnidad enzimática hasta este punto. En el estudio de Bjelland *et al.* (2003) correlacionaron niveles de homocisteína y vitamina B12 en plasma, la presencia del polimorfismo "T/T" de la enzima MTHFR (presente en 8,4% de los participantes), con los resultados del cuestionario para síntomas ansiosos y depresivos. Concluyeron que tanto los niveles elevados de homocisteína en plasma como la presencia del polimorfismo MTHFR T/T se relacionaron significativamente con síntomas depresivos pero no con síntomas ansiosos.

Kelly *et al.* (2004) no solo describió una asociación significativa entre el polimorfismo MTHFR T/T con síntomas depresivos en una población de Irlanda del

Norte, sino también una prevalencia del 70% de este polimorfismo en una población con depresión clínica. Otro estudio encontró la mutación en un 8% de la población general (Hustad, 2007) y en la población estadounidense 10,9% (CDC, 2009). Oliviera *et al.* (2014) describe que el polimorfismo "T/T" reduce la actividad enzimática en 70% con respecto al homocigoto "C/C".

Posteriormente, Papakostas *et al.* (2012), en un estudio multicéntrico, evaluó la respuesta de L-metilfolato como potenciador de ISRS, de modo de evadir los puntos críticos evidenciados hasta el momento, es decir, la ingesta de folato, la inhibición de DHFR y el polimorfismo de MTHFR T/T, y considerando que es el único derivado de ácido fólico con capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica. Los autores evaluaron una población con antecedente de respuesta parcial o nula a 8 o más semanas de ISRS en dosis terapéuticas. Se formaron dos grupos, de 148 y 75 pacientes respectivamente, y cada grupo se dividió en tres subgrupos. El primer subgrupo cursó con 30 días de L-metilfolato 7,5 mg/d, y 30 días con 15 mg/d. El segundo subgrupo cursó con 30 días de placebo y luego 30 días de L-metilfolato 7,5 mg. El tercer subgrupo recibió placebo por 60 días. El grupo de 75 sujetos se dividió de la misma forma, salvo que las dosis de L-metilfolato fueron siempre de 15 mg/d. Durante el estudio los participantes continuaron con el ISRS en sus dosis habituales. Al inicio y al final de los 60 días de estudio, se tomaron las puntuaciones en escala de Hamilton para depresión (HRSD) y otros cuestionarios *ad hoc* (QIDS, CGI). Se definió como respuesta favorable una reducción de al menos 50% en el HRSD, QIDS o CGI.

El análisis de los datos demostró que en el primer grupo no aparecieron cambios significativos de potenciación del ISRS con L-metilfolato 7,5 mg versus placebo. El subgrupo que aumentó la dosis a 15 mg/d de L-metilfolato por 30 días mostró mejoría pero con bajo poder estadístico ($P=0.1$). El segundo grupo, sin embargo, que recibió L-metilfolato en dosis de 15 mg/d, mostró un 32,3% de respuesta frente a 14,6% en el grupo de monoterapia de ISRS ($P=0.04$).

En otro estudio con 502 pacientes con indicación de L-metilfolato 7.5 – 15.0 mg/d como potenciación de su antidepresivo (con cualquier tipo de respuesta previa), a las 12 semanas, 67,9% de los participantes redujo al menos 50% su puntuación basal en el Patient Health Questionnaire (PHQ-9) y 47,7% alcanzó remisión. Además, cuestionarios de calidad de vida mostraron una mejoría muy importante. El empleo de metilfolato en monoterapia también resulta útil. Los efectos favorables aparecen también en depresiones de más de dos años de duración (Shelton, Sloan, Manning, Barrentine y Tipa, 2013).

B. SAM-E

El último paso del ciclo, la formación de S-adenosil metionina SAM-e también ha sido estudiada como tratamiento potenciador de antidepresivos y como monoterapia, en formas oral, intravenosa e intramuscular (Papakostas, 2009).

Bottiglieri *et al.* (1988) ya hace más de 25 años describió el déficit de SAM-e en plasma y líquido cerebrospinal en pacientes con depresión (Sugden, 2006).

En 2002 Delle Chiaie *et al.* estudiaron el efecto antidepresivo de SAM-e como monoterapia, comparando su efecto con imipramina. Observaron que tanto la forma intramuscular 400 mg como la oral 1.600 mg son estadísticamente similares a 150 mg de imipramina, reflejado en el porcentaje de disminución del score de Hamilton (HRSD), 12,6 puntos con ambas formas de SAM-e y 13,1 puntos con imipramina, pero además el SAM-e sería de mayor seguridad y menor incidencia de efectos adversos.

Posteriormente, en 2010, Papakostas *et al.* utilizaron SAM-e randomizado doble ciego, similar al que realizarían años más tarde con L-metilfolato (Papakostas, Mischoulon, Shyu, Alpert y Fava, 2010). Los investigadores reunieron 73 pacientes con respuesta parcial o nula a antidepresivos tradicionales, y los sometieron a seis semanas del mismo tratamiento con ISRS potenciado con SAM-e, 1.600 mg/día vía oral, evaluando respuesta según HRSD. Al finalizar el ensayo, 36,1% había mostrado respuesta y 25,8% logró remisión (HRSD \leq 7). Resultados similares a los que mostró el estudio de Alpert *et al.* (2004), en que obtuvo 50% de respuesta y 43% de remisión a la potenciación de ISRS con 800 a 1.600 mg/d de SAM-e.

CONCLUSIONES

Tanto la falta de respuesta a los antidepresivos, así como el abandono de los tratamientos, sobre todo por efectos adversos, hacen necesario diversificar los enfoques terapéuticos de la depresión.

Existe evidencia que apunta a una gama de suplementos con la facultad de potenciar tratamientos tradicionales, relacionados con el ciclo del ácido fólico y derivados, tal como ácido fólico, L-metilfolato y SAM-e, los cuales cobrarían real impacto en el manejo de cuadros refractarios.

Cada una de estas alternativas responde a sortear los puntos críticos del ciclo del ácido fólico, asegurando las funciones dependientes de metilación por parte de la S-adenosil metionina, hasta la regulación de producción de monoaminas.

El ácido fólico sería una buena alternativa para personas con déficit dietario de este nutriente, en dosis de 2 mg diarios según lo que plantean Coppens y Bailey.

En población con factores de riesgo para déficit de ácido fólico, además de la suplementación diaria, es necesario recomendar una dieta rica en este nutriente para otorgar formas naturales de la molécula, tales como legumbres, jugos y frutas cítricas, hortalizas de hoja verde oscura, hígado, carne de aves, carne de cerdo, mariscos, salvado del trigo y otros granos integrales. Es simple objetivar con un examen de laboratorio niveles plasmáticos de ácido fólico, siendo un nivel menor a 2,5 μ g/dL un hallazgo significativo que podría correlacionarse con síntomas depresivos. Este examen puede complementarse con la medición de homocisteína en plasma, que evidenciaría el desbalance del ciclo de la metionina, con menor producción de SAM-e. Niveles mayores de 15 μ mol/L de homocisteína son considerados anormales.

El ácido fólico en dosis de 15 a 30 mg diarios estaría indicado en caso de sospechar una deficiencia de la enzima dihidrofolato reductasa (DHFR), la cual es inhibida por medicamentos. Es relevante considerar que algunos de estos fármacos son usados habitualmente en psiquiatría (Lamotrigina, Ácido Valproico, Carbamazepina) y podrían contribuir a alterar el suministro de folatos, sobre todo por el uso muy prolongado. Menos frecuente resulta el empleo de metformina en el aumento de peso que provocan los antipsicóticos atípicos, pero es de los fármacos más usados en población insulinorresistente o diabética. En la Tabla 3 aparecen algunas condiciones que el psiquiatra debe tener en cuenta para eventualmente medir niveles plasmáticos de ácido fólico (Fava M, Mischoulon D, 2009).

Finalmente, L-metilfolato 15 mg/d y SAM-e 400 mg/d serían las mejores alternativas para cualquier defecto en el ciclo del ácido fólico y la metionina, únicas alternativas de utilidad en pacientes con mutaciones de la enzima metiltetrahidrofolato reductasa (MTHFR), presente en 10% de la población general.

Con la evidencia descrita es posible recomendar la suplementación con los diversos folatos ante la falta de respuesta a tratamiento antidepresivo, y de estos, metilfolato tiene mayor costo-efectividad que emprender el estudio directo de niveles de ácido fólico, homocisteína o polimorfismo de la enzima MTHFR. Estas conclusiones se enumeran en la Tabla 4.

L-metilfolato y SAM-e, lamentablemente, no están disponibles actualmente en las cadenas de farmacias habituales en Chile al momento de la realización de esta revisión, sin embargo no hay dificultades de disponibilidad de ácido fólico y fólico (Leucovorina), los cuales tienen escasos efectos adversos y un costo relativamente bajo.

REFERENCIAS

1. Barber JP, Foltz C, Weinryb RM (1998). The Central Relationship Questionnaire: Initial report. *Journal of Counseling Psychology*, 45(2), 131-142
2. Bernardi R, Goldstein S (2007). La relación terapéutica vista desde el campo de la psicoterapia y desde las neurociencias. Extraído desde http://www.adisamef.com/fondo%20documental/psicoterapia/la_relacion_terapeutica_vista_desde_el_campo_de_la_psicoterapia_y_de_las_neurociencias.pdf el 13 de diciembre de 2011
3. Bordin E (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 (3), 252-260
4. Cierpka M, Stasch M, Dahlbender R (2006). El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): Concepto, confiabilidad y validez. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 44(2): 105-125
5. DeRubeis RJ, Brotman MA, Gibbons CJ (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecific argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 174-183
6. Feixas G, González L, Krebs M, Melis F, Montesano A, Varlotta N, Ventosa A (2011). Conflictos cognitivos (dilemas) en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX, 41-48
7. Feixas G, Villegas M (2000). Constructivismo y Psicoterapia (3ª ed. rev.). Bilbao: Desclée de Brouwer
8. Foa EB, Kozak MJ (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychol Bull*, 99: 20-35
9. Guidano V (1994). El sí mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva posracionalista. Barcelona: Paidós
10. Horvath AO, Bedi RP (2002). The Alliance. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relations that work* (pp. 37-69). Oxford: University Press
11. Kandel ER (1999). Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal Psychiatry*, 156, 505-524
12. Karver MS, Handelsman JB, Fields S, Bickman L (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50-65
13. Kelly GA (1955). *The psychology of personal constructs*. Nueva York: Norton
14. Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M (2000). Prospective controlled study of psychiatric outpatient non-attendance: Characteristics and outcome. *British Journal of Psychiatry*, 176, 160-165
15. Krebs M, González LM, Rivera A, Herrera P, Melis F (2012) "Adherencia a Psicoterapia en pacientes con Trastornos de Ansiedad". *Revista Psikhe*, Vol. 21 (2), págs. 133-147
16. Luborsky L, Crits Christoph P (1990). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method*. New York, NY: Basic Books, Inc
17. Mahoney M (2005) *Psicoterapia Constructiva: Una guía práctica*. Barcelona: Paidós Ibérica. España
18. Mitchell AJ, Selmes T (2007). Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 423-434
19. Rothbaum BO, García-Palacios A, Rothbaum AO (2012) Tratamiento de los trastornos de ansiedad con terapia de exposición a realidad virtual. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 67-70. doi: 10.1016/j.rpsm.2011.05.003

PSICOANÁLISIS

PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE GRUPO Y LA PERSPECTIVA RELACIONAL E INTERSUBJETIVA

(Rev GPU 2015; 11; 2: 183-190)

Edgardo Thumala¹

En el presente escrito pretendo vincular algunos de los conceptos centrales de la comprensión de lo grupal con el desarrollo de la mirada relacional e intersubjetiva en el psicoanálisis, evidenciando la raíz relacional de la terapia grupal psicoanalítica. Posteriormente intentaré mostrar cómo esta mirada re-influencia y amplía mi trabajo como terapeuta grupal, ejemplificando con algunas viñetas clínicas. Para lograr lo anterior, primero haré un acercamiento histórico de los orígenes de la terapia grupal psicoanalítica, con el objeto de identificar puentes que desde muy temprano han emparentado esta disciplina con los conceptos relacionales, los cuales, posteriormente, vuelven a influenciar a la terapia grupal.

INTRODUCCIÓN

Las primeras distinciones de lo relacional en psicoanálisis surgen en los años 1980, con la separación de modelos que hacen Mitchell y Greenberg, quienes conceptualizan la nueva corriente relacional como “un modelo alternativo iniciado en el trabajo de Sullivan y Fairbairn, que desarrolla estructura solamente de las relaciones del individuo con otras personas” diferenciándolo del modelo original freudiano “que toma como punto de partida los impulsos instintivos” (Mitchell y Greenberg 1983). Esta distinción permite ordenar y separar varias corrientes dentro del psicoanálisis que venían abogando por una mirada, en la cual el otro se hace más importante desde el inicio, diferenciándose así de las miradas freudiana y kleiniana.

Es interesante observar cómo desarrolla Kaes en *Las Teorías Psicoanalíticas* del Grupo que los comienzos de la concepción grupal y de la perspectiva relacional se encuentran en estado germinal en los trabajos de Freud. Es así como encontramos en *Tótem y Tabú*, en *Psicología de las masas* y en *El malestar en la Cultura*, una línea de investigación sobre,

la apertura intersubjetiva de los aparatos psíquicos entre sí... la hipótesis de una psique de masa (masenpsyche) o de un alma de grupo (gruppenseele) formulada en la conclusión de *Tótem y Tabú*... Retomada y elaborada en varios lugares y en momentos sucesivos de la obra freudiana esta hipótesis supone la existencia de formaciones y procesos psíquicos inherentes a los conjuntos

¹ Presidente Asociación Chilena de Psicoterapia Analítica de Grupo. Miembro IARPP Chile

intersubjetivos; implica que la realidad psíquica no está localizada enteramente en el sujeto considerado en la singularidad de su aparato psíquico (Kaes, 1993).

Sin embargo, la teoría freudiana tomó otros rumbos y el nacimiento y primeros desarrollos de la terapia grupal psicoanalítica entre 1920 y 1940 estuvieron marcados por el traslado de conceptos psicoanalíticos desde la terapia individual hacia la terapia grupal, sin mayores modificaciones.

Es durante la segunda guerra mundial que W. Bion y S. Foulkes en Inglaterra y K. Lewin en USA, generan un conocimiento de lo específicamente grupal y ponen el sello relacional definitivo en la terapia grupal al plantear la existencia de “una mente grupal” más allá de la simple suma de los individuos que lo componen.

Todos ellos tienen una deuda conceptual que se remonta a los pensadores alemanes de la psicología de la *gestalt* de comienzos del siglo XX: el sociólogo Norbert Elias (el cual coexistía “en el mismo edificio en que trabajaban Adorno y Horkheimer”) es maestro de Foulkes, y estaba:

tratando de superar el antiguo paradigma, el cual estudia al individuo (psicología) y lo social (sociología) separadamente, y ambos aparte de las condiciones generacionales e históricas específicas en las cuales se desenvuelven (Lavie, 2005).

Para Dalal “muchas, si no la mayoría, de las ideas del Foulkes más radical tienen sus bases en Elias” (Dalal, 1998). También Foulkes habría tenido influencia de su maestro el psicólogo gestaltista Adhemar Gelb a cuyas clases asistió en la universidad. Por otro lado tanto Foulkes como Lewin tienen influencia del neurólogo Kurt Goldstein, el cual a partir de sus trabajos con pacientes con daño cerebral genera una mirada holística sobre el individuo:

el “organismo” es para Goldstein un todo organizado, una estructura, en la que cada “parte” se halla en interdependencia funcional con cada una de las otras partes, sin que se pueda entender una parte sin su interdependencia de las otras. Es en este sentido que Goldstein habla del organismo como “estructura” (Afbau). Con ello expresa que no hay que entenderlo como la “suma” de sus partes sino como el conjunto de todas ellas en cuanto imbricadas-entre-sí. Es todo el organismo el que está comprometido en todas y cada una de las acciones y de las reacciones particulares del sujeto (Pintos, 2004).

Los orígenes del pensamiento grupal de Bion son menos claros:

habiendo sido alumno de W. Trotter en 1930 y siendo este autor del concepto de instinto gregario es posible que Bion fuera influenciado en su mirada acerca de los grupos sociales a partir de ese contacto. Él comenzó un análisis con John Rickman, el cual siendo cuaquero tenía una fuerte conciencia social y usaba la comprensión psicoanalítica, para tratar de comprender los grupos sociales (Hinshelwood, 2007).

Otros piensan que “la derivación de la filosofía de Bion de Lewin no deja lugar para dudas” (Ancona, 2000).

Estos autores centrales a la práctica y teoría grupal psicoanalítica durante la segunda mitad del siglo veinte utilizaban conceptos que muestran la importancia central del otro en la generación de la mente y conducta humana. Es así que si tomamos por ejemplo la frase de Foulkes “la asociación libre es dependiente de la situación total” (Foulkes, 1948), estamos frente a la influencia del otro en nuestra mente. Es interesante pensar en cómo las vicisitudes y la fuerza de la corriente y política psicoanalítica llevó a que estos conceptos tan básicos del devenir grupal quedaran encerrados e infértiles para el resto de la teoría e inclusive para los propios terapeutas grupales hasta ser “redescubiertos” por los teóricos relacionales e intersubjetivos en los últimos 30 años:

Siguiendo el giro relacional e intersubjetivo en el psicoanálisis –basado primariamente en el giro cultural lingüístico en la posmodernidad– nosotros podemos atestiguar cómo Foulkes se adelantó a su tiempo cuando él internalizó y digirió los descubrimientos e *insights* de Norbert Elias los cuales eran en sí mismos los primeros orígenes de este giro cultural en las ciencias humanas (el nuevo paradigma basado en la primacía de la cultura y el lenguaje sobre el sujeto) que culminó en la segunda mitad del siglo XX (Lavie, 2005).

Un aspecto central de la mirada relacional e intersubjetiva es la crítica al “mito de la mente aislada” (Stolorow), y por extensión al mito de un analista observador separado e independiente de su objeto de estudio. Lo que está elegantemente dicho por Von Foerster: “La objetividad es la ilusión de que las observaciones pueden hacerse sin un observador” (H. Von Foerster citado por E. Von Glaserfeld, 1994) y en su origen desde las

ciencias duras “Lo que observamos no es la naturaleza en sí misma, sino la naturaleza expuesta a nuestro método de observación” (Heisenberg W. 1971). Esto necesariamente conduce a la reconsideración de conceptos fundamentales como transferencia-contratransferencia, libre asociación, resistencia, interpretación, encuadre, neutralidad, abstinencia y la teoría del cambio.

La concepción relacional se plantea también, consecuentemente, en una nueva forma de entender el desarrollo infantil y la psicopatología:

El origen de la vida individual psíquica... Es un campo transindividual, representado por la matriz madre / hijo, no un inconsciente individual e instintos residentes en un individuo (Loewald, 1988).

O como lo expresan Stolorow *et al.*:

Tanto el desarrollo psicológico como la patogénesis son conceptualizados en términos de los contextos intersubjetivos específicos que forman el proceso de desarrollo, y que facilitan u obstruyen la negociación del niño en tareas críticas de desarrollo y pasajes exitosos a través de las fases del desarrollo (R. D. Stolorow, Ph.D; Brandchaft; Atwood, 1984).

Esta manera de entender el desarrollo tiene un importante sustento en la observación e investigación infantil de los últimos años, en la cual se va configurando un bebé mucho más conectado y activo desde el inicio y ha permitido nuevas formas de entender la formación de la mente y el sí mismo (Stern, 1985; Trevarthen 1998; Tronick, 1977; Meltzoff, 1985; Jafee, 2001; Beebe y Lachmann, 2005). Surgiendo así una concepción muy distinta a la de un infante preocupado prioritariamente de la descarga del impulso a medida que atraviesa las etapas psicosexuales, o de las vicisitudes de la envidia con poca o casi ninguna influencia de los cuidadores en Klein: “para ella la importancia del objeto es secundaria en relación a la de los impulsos; poco hay en su teoría que explique los efectos de las cualidades reales del objeto o del rol del diálogo y la reciprocidad con el objeto en el desarrollo del niño” (Tyson 1990).

Este cambio paradigmático ocurrido en las últimas décadas en el escenario de todas las ciencias y en particular en el campo psicoanalítico nos ha llevado a un paulatino cambio en el modo en que trabajamos con grupos. Afortunadamente para nosotros, en Chile hemos contado con la apertura y creatividad muchas veces “en contra de la corriente” de nuestro principal maestro el profesor Dr. Hernán Davanzo.

Como parte de este cambio y de la posmodernidad, me he visto obligado a enfrentar un interesante desafío, parecido al que ocurre con la experiencia de convivir con hijos que han entrado a ser adultos jóvenes, mis puntos de referencia son profundamente cuestionados. Mi mirada actual me lleva a estar en una re-visión de prácticamente todos los conceptos que utilizo, tanto para pensar como para trabajar. En términos prácticos me muevo con la sensación de estar en un territorio inseguro, que me obliga a observar atentamente mis intervenciones y “comprensiones terapéuticas”, ya que muchas de ellas surgen de una mente formada en que existen verdades claras y objetivas, con un modelo psicopatológico más o menos preciso, congruente con lo anterior, conjuntamente con un determinado modelo del desarrollo infantil, así como un *self* definido y logros relativamente universales con respecto a los fines de la terapia (entre otras cosas). Como lo expresa Maroda, “tenemos que desaprender mucho de lo que nos enseñaron de manera que podamos relacionarnos efectivamente con nuestros pacientes” (Maroda, 2004).

A continuación voy a intentar explicitar más concretamente cómo los conceptos relacionales e intersubjetivos han afectado mi práctica en general y particularmente mi práctica como psicoterapeuta grupal.

El cambio de actitud básica: Quizás uno de los aspectos más importantes en mi propio trabajo ha sido el sentir que esta “nueva” concepción ayuda a tranquilizar una sensación culposa que me rondaba en forma más o menos sistemática, por no poder cumplir de forma natural todas las exigencias propias del *setting* y manejo clásico, experiencia que creo es compartida por muchos terapeutas de mi generación (Mitchell, 2003). En la actualidad me siento “más en mí mismo” y más capaz de reaccionar desde mi propio sentir, menos coartado en mi expresión, naturalmente tanto en lo primero como en lo segundo hay factores que no son atribuibles al cambio paradigmático y que tienen que ver con mi propio desarrollo. Pero lo interesante de esta nueva concepción es que es más “benigna” tanto con el paciente, “el paciente no es nuestro adversario” (Maroda, 2004), como con el terapeuta y su propio devenir.

Lo anterior genera un trato que ya desde el contacto telefónico es más suelto, y un encuadre que si bien tiene una estructura determinada, es más flexible en cuanto a su ruptura y su forma. Ya no le tenemos tanto miedo a entregar información acerca de nosotros mismos, porque no necesitamos condiciones de laboratorio, ni cinco ternos iguales, ni somos una pantalla en blanco. Por el contrario, somos entes participantes desde nuestras subjetividades.

el aceptar que el análisis es intersubjetivo significa reconocer que el encuentro clínico analítico consiste en una interacción entre dos subjetividades –el paciente y el analista– y que la comprensión ganada a través de la investigación clínica analítica es el producto de esa interacción (O. Renik 2004).

Por ejemplo en la actualidad mis pacientes saben que varias de mis interrupciones durante el año son por vacaciones y que me gusta el trópico. Frecuentemente a mi vuelta se suele comentar brevemente en los grupos que dirijo sobre lo mucho que me gusta viajar, y luego, simplemente, se pasa a otro tema. (Naturalmente en ocasiones puede surgir material relevante o necesario de investigar en los comentarios que emergen).

Cambio del foco de las intervenciones: En los comienzos de mi práctica grupal psicoanalítica mis intentos primordiales eran de interpretar al grupo como un todo, lo que con cierta frecuencia resultaba en la incomodidad o perplejidad de los pacientes, y en más de alguna ocasión en la expresión de comentarios como “ya se nos rayó el Dr. de nuevo” (naturalmente por mi falta de pericia al respecto). En la actualidad mis interpretaciones grupales son solo cuando son absolutamente obvias y por algún motivo nadie las ha formulado (Bion), además son mucho más tentativas y menos autoritarias en su forma. Sin embargo a partir de la propuesta de algunos autores de que el cambio psíquico no pasa necesaria o primordialmente por la interpretación (Stern 1998, Bacal 1998, Stolorow 1992, Ehrenberg 1974, Safran y Muran 2000) mi preocupación está dirigida mucho más en el sentido de ofrecer y resguardar un espacio de intimidad y confianza que de estar exclusivamente atento a los significados de lo que surge en el material. Esto es un punto de tremenda implicancia en el modo en que estoy durante la sesión y en lo que ocurre en la interacción, la confianza de estar ofreciendo un espacio experiencial de contención, reflexión e intimidad al grupo, me hace estar mucho más tranquilo en relación con la relativa falta de interpretaciones que “iluminen” la escena. En la actualidad me pasa que a pesar de que intervengo en lo que ocurre, tengo menos que decir. Si bien hago interpretaciones tanto grupales como individuales, estoy en cierto modo más atento al “estar” de cada uno de los pacientes y los sutiles signos no verbales que indiquen lo que Safran y Muran denominan como pequeñas rupturas de la alianza terapéutica por distanciamiento. Vale la pena aclarar la manera inclusiva en que ellos conceptualizan las rupturas de la alianza terapéutica:

Nosotros típicamente definimos las rupturas de la alianza más ampliamente como “problemas en

la cualidad de la cercanía” o deterioros en el proceso comunicativo al final definimos las rupturas de la alianza como ambas “rupturas en la colaboración” y “pobre calidad de la cercanía” (Safran y Muran 2006).

Un argumento interesante sobre por qué prestar una particular atención sobre las vicisitudes de la alianza terapéutica surge del trabajo en investigación de bebés. Beebe y Lachmann, hacen un paralelo de lo observado en la relación madre-bebé y la relación terapéutica, planteando que un mecanismo fundamental en la adquisición del sí mismo es la ruptura y reparación de la sintonía con la madre, la cual estaría ocurriendo continuamente.

Las disyunciones y la siguiente búsqueda por su corrección que sigue a las disyunciones proveen un importante principio organizador... la ruptura y reparación de secuencias de interacción esperadas va a organizar la experiencia del bebé sobre las bases de su inherente habilidad de percibir confirmación y violaciones de información ordenada... el principio de ruptura y reparación organiza las experiencias de enfrentamiento, efectividad, corrección y esperanza. Las interacciones son representadas como reparables (Beebe y Lachmann, 2002).

VIÑETA: La siguiente viñeta expresa una sutil ruptura de la cualidad de la cercanía y la comunicación. En un grupo de *training*, con becados de psiquiatría, todas mujeres, se habla del reciente embarazo de una de ellas; todas participan con mucho jolgorio del tema, pero una de ellas permanece silenciosa, con una postura ligeramente recogida sobre sí misma y esboza un pequeño bostezo. Al preguntarle: - ¿En qué piensas? Hay un claro cambio en el tono emocional, se le llenan los ojos de lágrimas y aparece un importante conflicto personal al respecto de tener pareja e hijos.

Para Stolorow la ruptura y reparación de la alianza terapéutica no son solo vitales para la mantención de la relación terapéutica sino que son “el camino real a la comprensión analítica” (Stolorow 1992). Es a través de la comprensión de los elementos involucrados en la ruptura que tenemos un acceso muy privilegiado a los “esquemas relacionales del paciente”. Safran y Muran avanzan aún más, al plantear:

De hecho se puede afirmar que el desarrollo y resolución de problemas a través de la alianza no son un simple prerrequisito para el cambio sino

más bien la esencia del proceso de cambio (Safran y Muran, 2000).

Por otra parte las rupturas de la alianza nos dan, a veces, una importante fuente de información sobre aspectos que no vemos de nosotros mismos. Definitivamente es evidente, si uno lo quiere ver, que los pacientes saben mucho de nosotros y que no solo en la ubicación, conformación y estética de nuestra consulta, sino también en nuestras vestimentas, arreglo personal, tipo físico y especialmente en las intervenciones que hacemos o no hacemos y en el tono en que las hacemos queda siempre en evidencia de que, como dice J.Greenberg,

la matriz interactiva es modelada, a cada momento en todo tratamiento, por las características personales del analizado y del analista. Estas incluyen las creencias, los compromisos, las esperanzas, los miedos, las necesidades y los deseos de ambos participantes (Jay Greenberg citado por Safran y Muran, 2000).

El asumir esto permite una aceptación de la propia subjetividad como un hecho más del encuentro clínico, también posible y necesario de incluir en la observación de lo que ocurre entre uno y el paciente. En la práctica esto me permite la propuesta de un tipo de relación, en la que por un lado puedo estar más cómodo en mi particular forma de ser y por otro me hace estar muy atento a lo que el paciente pueda percibir de esta. Y muchas veces esta percepción por parte del paciente en la situación clínica toma la forma de un distanciamiento en la comunicación u otras formas de ruptura a veces más explícitas que deben ser enfrentadas.

VIÑETA: Una paciente en terapia individual me esta hablando de su deseo de disminuir de dos a una sesión semanal; luego de algunas consideraciones prácticas, agrega: Siento que llego a sesión y no tengo nada que decir, no tengo espacio para mi propia reflexión, me siento demasiado entregada al otro. Luego, al pedirle que lo aclare, va apareciendo su sensación de que yo como psiquiatra estoy demasiado preocupado de su química cerebral y poco de lo que le pasa realmente.

T: ¿Cómo que yo no soy muy receptivo a su historia pasada?

P: Bueno, esa es mi sensación... A veces lo intento y no hay gesto, y soy muy sensible a eso... como si eso no importara tanto, soy así porque soy químicamente así... y yo no estoy de acuerdo...

Lo anterior me lleva a darme cuenta que, efectivamente, siendo una paciente con un Dg. de enfermedad

maniaco-depresiva y por la intensidad de sus emociones dolorosas, he estado sutilmente evitando conectarme más profundamente con su dolor, a través de una pre-ocupación, por sus estados anímicos y medicamentos.

El énfasis en lo experiencial: El estar abierto a la experiencia terapéutica en sí misma, como correctora del mundo interno del paciente tiene sus raíces históricas en Ferenczi y sus discípulos, Balint, y especialmente el mal comprendido Alexander y su "experiencia emocional correctiva" (Alexander, 1948). También podemos incluir la mirada kohutiana de Bacal y su concepto de "responsividad óptima" (Bacal, 1998). Desde otras concepciones tenemos a Daniel Stern y el grupo de Boston que han aportado el concepto de "momentos de encuentro" (Stern, 1990), a Erhenberg con su trabajo "en el borde de la intimidad" (Erhenberg 1974) y a D. Orange con su concepto de "disponibilidad emocional" (Orange, 1995). A mi modo de ver, estos aportes pueden ser vistos como lo que durante mucho tiempo la corriente principal del psicoanálisis mantuvo a distancia, formas de contacto real, profundo y existencial entre paciente y terapeuta. En el decir de Aron:

La visión que se está proponiendo es del psicoanálisis como un proceso creativo, en el cual las personas expanden su darse cuenta y desarrollan su mas personal y única individualidad en intima relación con un otro (Wilner 1975; Ehrenberg, 1992; Wolstein, 1994) La intimidad requiere apertura, franqueza mutua, interafectividad, exposición personal y riesgo. Paciente y analista deben permanecer abiertos a una vinculación afectiva mutua (Aron, 1996).

También y a partir de mi experiencia me parece pertinente rescatar a un analista "renegado" que generó una escuela por sí mismo: me refiero a Fritz Pearls, el cual enfatiza en su forma de terapia la importancia de la experiencia en sí misma para el cambio terapéutico "para el gestaltista, la verdadera vivencia es terapéutica o correctiva por sí misma" (Naranjo, 1970).

PSICOANÁLISIS COMPARTIDO: Este concepto que he tomado de Gerardo Stein, terapeuta grupal argentino que nos visitara hace algunos años. Se refiere a utilizar y promover las asociaciones espontáneas de los miembros del grupo frente al material de cualquiera de ellos en una función analítica intercambiable, se trata el descubrimiento por parte de los pacientes del grupo de que:

en el interior de cada uno de ellos existe un instrumento inconsciente, capaz de interpretar adecuadamente las producciones inconscientes de otro, y

este resulta ser ni más ni menos que el mismo instrumento que dispone para su trabajo el analista... tal modo de reconocer la actividad del psiquismo inconsciente se convertirá rápidamente en una actividad compartida que estimulará la circulación espontánea de la función analítica (Stein, 1991).

Si bien Stein lo genera desde un contexto freudiano, calza perfectamente en una mirada que considera que:

La visión relacional de la situación psicoanalítica abandona la idea de que el analista tiene un conocimiento superior de los psicodinamismos o la psique del paciente. En vez existe un fuerte compromiso a ver la situación analítica como pidiéndole prestado el término a Winnicott, "un espacio potencial" para la co construcción creativa mutua de significado L. Aron (1996).

Me ha parecido útil en los grupos que dirijo el intentar promover a través de mi actitud y también de mis intervenciones un espíritu de trabajo compartido que en lo posible me descentre de lo que Lacan plantea como "sujeto de supuesto saber" y promueva la participación interpretativa de todos los miembros del grupo. Lo anterior no significa en ningún caso que yo me desentienda de mis responsabilidades como conductor del grupo ni de la inevitable asimetría que esto conlleva. Esto genera en el grupo una forma de relación conmigo como terapeuta, menos dependiente y sobre todo menos idealizada, permitiendo a mi modo de ver un proceso más verdadero, más participativo, más creativo y una vía más expedita a la recuperación de la propia agencia ya no proyectada en un sujeto supuestamente sano, omnisciente y sin problemas. Estamos hablando de la democratización de la relación terapéutica en la cual la unidad terapeuta-paciente se plantea más cercana a una unidad de colaboración mutua que a la antigua lucha contra la resistencia del paciente. Esto ya está en Freud: "convertimos al paciente en nuestro colaborador" (Freud, 1894) refiriéndose a lo que a partir de Sterba (1934) y Zetzel (1956) se convirtió en el concepto de alianza terapéutica; sin embargo al plantearnos el campo terapéutico como un campo "bipersonal" en el cual no necesariamente yo como terapeuta tengo una posición particularmente privilegiada para comprender lo que ocurre, se produce una necesaria ubicación de nuestro verdadero alcance y poder como terapeutas. Esto pareciera estar también en la línea de lo planteado por Ficalini en su propuesta de investigación coparticipativa "como una

forma única de participación clínica la investigación coparticipativa está marcada por un énfasis radical en la mutualidad relacional de paciente y analista, reciprocidad motivacional, simetría psíquica, igualdad de la autoridad analítica y singularidad de la díada" (Fiscalini, 2004).

AUTODEVELACIÓN: Uno de los recursos interesantes que ha surgido a partir de la evolución del trabajo con la contratransferencia es la posibilidad de la autodevelación de sentimientos y emociones por parte del terapeuta. Existe una nutrida discusión al respecto de sus alcances, conveniencias e inconveniencias. En mi experiencia estoy cada vez más convencido de que:

incorporar la revelación y el análisis de la contratransferencia en la técnica analítica incrementa la oportunidad para el conflicto dinámico y su resolución dentro de la relación terapéutica (Maroda 2004).

O, como lo dice Bollas:

Me parece crucial que los clínicos encuentren la manera de poner sus estados psíquicos subjetivos como objeto de análisis a disposición del paciente y de ellos mismos, aunque todavía desconozcan el sentido de esos estados" (Bollas, 1983).

Sin embargo la transición no me ha sido fácil, en términos de los límites de esa disponibilidad. Resulta bastante obvio que la autodevelación debe estar guiada tanto en su oportunidad como en su profundidad por aquello que pueda ser mejor para el paciente. Pero esto es más fácil de decir que de hacer, ya que en los momentos en que surge la ocurrencia de autodevelar un pensamiento o emoción no siempre es tan claro para quién es conveniente. En este punto vale la pena agregar la sugerencia de Maroda que nos recuerda que "el aspecto esencial de develar la contratransferencia es la naturaleza de la respuesta afectiva al paciente, no la revelación de información personal" (Maroda, 2004).

VIÑETA: En un grupo de *training* para psicólogos en un postítulo, se produce una vez más un repetido silencio, luego de un rato de interacción que siento defensiva. Pienso para mis adentros, un tanto irritado.- ¡aahh si acaso quieren, total el grupo es de ellos! Una de las participantes me mira y me dice: -Tiene cara de enojado, Dr... Respondo: - estoy cansado... (Y luego de una vacilación) en realidad sí, estoy irritado. Y les cuento de mi pensamiento. Esta autodevelación genera una

inmediata reacción colectiva, todos se involucran y opinan planteando sentimientos similares, el grupo retoma su trabajo y se vitaliza.

JUEGO, CUENTOS Y HUMOR: La capacidad de jugar ha sido acogida y pensada en el psicoanálisis principalmente por Winnicott:

la psicoterapia se hace en la sobreposición de dos áreas de juego, la del paciente y la del terapeuta. Si el terapeuta no puede jugar, entonces él no es adecuado para el trabajo. Si el paciente no puede jugar, entonces algo debe ser hecho para permitir al paciente llegar a ser capaz de jugar, después de lo cual la terapia puede empezar. La razón por la que el jugar es esencial, es que en el jugar el paciente está siendo creativo (Winnicott, citado por Erhenberg).

Podemos pensar también que en el uso del humor y los cuentos en psicoterapia son aplicables los conceptos de regulación afectiva (Fonagy y Target, 2003) en el sentido de la función materna de disminuir para el bebé un afecto negativo de gran intensidad e incluir uno positivo, como por ejemplo la madre que acaricia el rasmillón de su hijo cantando "sana, sana, potito de rana"; por un lado está tomando en serio y respondiendo a la angustia y el dolor de este y por otro está relativizándolos y separándose de ellos.

En el anuncio de un Seminario dictado recientemente (febrero 2011) Ehrenberg lo conceptualiza así:

En muchos casos el humor y la risa pueden ser poderosas armas en el contexto analítico que permiten rápidamente una resolución radical en momentos muy difíciles. Ellos se convierten en herramientas "meta" que abren a una perspectiva nueva y más amplia y pueden iniciar un nivel diferente del discurso, la experiencia y el compromiso (Ehrenberg 2011).

El contar historias y algunos chistes forma parte cotidiana de mi modo de trabajar, creo que permite un acercamiento indirecto que deja relativizar y en cierto modo pone en un contexto más universal las dificultades humanas. La siguiente viñeta es más bien de una historia contada con resultados poco claros:

VIÑETA: En un grupo de mujeres que funciona una vez por semana en el Centro de Salud Mental de la Universidad Católica, una de las pacientes se queja: (extracto de la grabación)

P1: Ud. no nos dice nada, puro mira y no dice nada...

T: Otro pajarito (haciendo referencia a una sesión anterior en que habían calificado a los hombres (maridos) como "pajaritos")

P1: (risas) Noo, no creo que sea pajarito. Pero no nos dice nada concreto, no nos aconseja... mira, mira y no dice nada. Uno viene meses y meses y no escucha nada... porque una tiene que ir puro descubriendo...

P2: Lo lento del asunto...

T: Esto que usted dice me hizo recordar un cuento: Una vez va un gringo al mercado de Chillán, ve un buhito que había para la venta y le dice al vendedor: ¿Oiga, el lorito habla?

A lo que éste le contesta.- Claaro po patrón es cosa de que le enseñe. El gringo lo compra. Pasan dos meses y vuelve el gringo y el vendedor le dice ¿Y, patrón, le habló el lorito? -¡ Noo, todavía no habla, pero se fija mucho!

Risas de todo el grupo.

P1: Eso me gusta por un lado y por otro me entristece, porque yo viví años haciendo no más sin pensar.

Luego la paciente cuenta que su hermano tiene un hijo al que no le toma en serio sus cosas y que siempre se las echa a la broma y que ella lo confrontó con eso. Le observo que a lo mejor me parezco a este hermano, pero la paciente lo niega.

A la sesión siguiente la paciente falta, y yo pienso si habré cometido un error, al no tomar más directamente el reclamo de ella. A la sesión subsiguiente la paciente viene y retomo el tema, sugiriendo que esta sintió que no había entendido bien el cuento pero no se había atrevido a preguntar.

Para terminar, considero necesario mencionar, a propósito de la cantidad de artículos que promueven las ideas relacionales e intersubjetivas incluyendo este, algo que suele ocurrir en todas las ciencias y artes humanas con las verdades. Estas, luego de descubiertas tienden a la norma, la rigidez y la fosilización. Lo que me trae a la memoria esta pequeña historia:

Se encontraba el diablo conversando con un amigo, cuando repentinamente vieron a un hombre en la tierra que se encontró un pedazo de verdad; -hmm, le dijo el amigo, mal negocio para ti. -No importa, dijo el diablo, voy a dejar que la organice.

REFERENCIAS

1. Alexander F, French TM. (1946) Psychoanalytic therapy principles and application. New York Ronald Press
2. Ancona L. (2000) Bion and Foulkes, a mythological encounter. only, but it is already enough. *Funzione Gamma journal* 18 August 2000

3. Aron L. (1996) *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Relational Perspectives Book Series The analytic Press
4. Bacal HA. (compilador) (1998) *Optimal responsiveness: How therapist heal their patients*. New Jersey Jason Aronson Inc
5. Beebe B, Lachmann FM. (2002) *Infant research and adult treatment*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press
6. Dalal F. (1998) *Taking the group seriously: Toward a post Foulesian Group Analytic theory* International library of Group Analysis. London and Philadelphia. Jessica Kingley Publishers
7. Ehrenberg D. (1992) "The Intimate Edge." W.W. Norton & Company, Inc. USA
8. Fairbairn W. (1962) *Estudio psicoanalítico de la personalidad* Buenos Aires Ed. Paidós
9. Fiscalini J. (2006) Principles of coparticipant inquiry: An introductory outline and implications for therapeutic action. *International Forum of Psychoanalysis*, 1651-2324
10. Fonagy P. (1999) Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. Volume 15, Issue 4, 2006, Pages 214-219. Publicado en *Aperturas Psicoanalíticas* nº 3 el 05/11/
11. Fonagy P, Target M. (2003) *Psychoanalytic theories: perspective from developmental psychopathology*. New York Bruner y Routledge
12. Freud S. (1978) *Estudios sobre la histeria*. En: *Obras completas*. Amorrortu, Buenos Aires
13. Gill M. (1984) *Psychoanalysis and psychotherapy: a revision*. En the *International Review of Psychoanalysis* 11: 161-179
14. Guntrip H. (1969) *Schizoid phenomena, object relations and the self*. New York International Universities Press
15. Heisenberg W. (1971) *On physics and beyond*. New York, Harpers & Row
16. Hinshelwood RD. (2007) *Bion and Foulkes: The Group-as-a-Whole Group Analysis* 40(3) September
17. Jafee J, Beebe B, Feldstein S, Crown CL, Jasnow MD. (2001) Rhythms of dialogue in infancy monographs of the society for researching. *Child Development* 66 (2 serial N 265)
18. Kaes R. (1999) *Las Teorías Psicoanalíticas del Grupo* Amorrortu Editores
19. Krisnamurti J. (1970) *Early writings*. Vol III Bombay: Chetana
20. Lavie J. (2005) December *The Lost Roots of the Theory of Group Analysis: 'Taking Interrelational Individuals Seriously'*. *Group Analysis* 2005; 38; 519
21. Maroda K. (2004) *The Power of Contratransference*. (2 ed.) (version original 1991). London Routledge
22. Mitchell SA. (1988) "Conceptos Relacionales en el Psicoanálisis. Una integración." Siglo Veintiuno Editores. México
23. Naranjo C. (1970) *La vieja y novísima gestalt*. Santiago de Chile Editorial Cuatro Vientos
24. Orange D. (1995) *Emotional understanding Studies in psychoanalytical epistemology*. New York; Guilford Press
25. Pintos ML. (2004) *El neuropsiquiatra Kurt Goldstein en la génesis del pensamiento fenomenológico de Merleau-Ponty*. Universidad de Santiago de Compostela, España
26. Renik O. (2004) *Intersubjetivity in psychoanalysis*. En the *International Journal of Psychoanalysis* 85: 1053-64
27. Safran y Muran (2000) *La Alianza Terapéutica: una guía para el tratamiento relacional*. Desclee España
28. ——— (2006) *Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness?*
29. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2006. Vol. 43, No. 3, 286-291
30. Stein (1991) *Psicoanálisis Compartido* Colección Interinc Buenos Aires. Argentina
31. Sterba R. (1934) *The fate of the ego in analytic therapy*. En *International Journal of Psychoanalysis* 15: 117-126
32. Stern D. (1990). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Ed. Paidós
33. Stolorow R, Atwood G. (2004) "Los Contextos del Ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica." Herder Editorial, Barcelona España
34. Thumala (2004) *Psicoterapia Analítica de Grupo Técnica y Cambio Psíquico en Avances en Psicoterapia y Cambio Psíquico*. Santiago, Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental Stgo. Chile
35. Threvarthen C. (1998) *The concept and foundations of infant intersubjectivity* en S. Braten (Ed.). *Intersubjective communication in early ontogeny*. Cambridge: Cambridge University Press. pp. 15-46
36. Tyson P, Tyson RL. (1990) *Teorías psicoanalíticas del Desarrollo, una integración*. Yale U. USA
37. Von Glaserfeld E (1994) *Despedida de la Objetividad, en el Ojo del Observador*. P. Watzlavic y P K. Compiladores Editorial Gedisa, Barcelona
38. Zetzel E. (1956) *Current Concepts of transference*. En: *International Journal of Psychoanalysis* 37, 369-376

PSICOANÁLISIS

LA DIMENSIÓN HISTÓRICA DEL AFECTO EN LA OBRA DE FREUD

(Rev GPU 2015; 11; 2: 191-198)

Andrés Rojas¹, Margarita Larraín², Jaime Yasky³, Javiera Garrido⁴, Liliana Messina⁵

Este trabajo es el resultado del esfuerzo conjunto del equipo de psicosomática del Programa de Psicoanálisis de Facso, que investigó acerca del estatuto del afecto a lo largo de la obra de Freud revisando para ello una parte importante de los textos freudianos. Para la construcción de este artículo se tomaron todos los textos hasta La Interpretación de los sueños. Se discute la importancia del afecto desde lo teórico, en su dimensión económica, y en el trabajo clínico a través de la revisión de un caso analizado por Freud, Miss Lucy, donde el trabajo analítico pone especial énfasis en la trama afectiva y su entrelazamiento con la sintomatología de una manera bastante significativa. El trabajo se cierra con la discusión sobre la posibilidad o imposibilidad de suponer a los afectos un estado inconsciente, problema frente al cual Freud mostró una postura poco definida que intentamos aclarar. Y la importancia de la implicación en la dimensión histórica de cada caso para dar espacio a la particularidad de esos afectos

¹ Psicólogo clínico UC y candidato a magíster en psicología clínica mención Psicoanálisis ICHPA-UAI. Psicólogo clínico en consulta particular y en el Cosam Quinta Normal en el Programa de rehabilitación de alcohol y drogas.

² Psicóloga clínica UC, a cargo del programa psicosocial en Unidad de Patología Mamaria del Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente (CRSCO). Diplomado Estructuras Psicosomáticas y Anorexia, ICHPA.

³ PhD U. de Queensland, psicólogo clínico y supervisor clínico acreditado por CONAPC, docente U. Santo Tomás. Miembro Unidad de Psicosomática, Centro de Salud Mental, Centro Médico San Joaquín UC – Christus.

⁴ Psicóloga U. Católica. Magister (c) Clínico con mención en Psicoanálisis ICHPA. Docente de la Facultad de Medicina Occidente, U. de Chile

⁵ Psicóloga clínica U. Chile. Estudiante Doctorado en Psicología U. de Chile y Coordinadora de la Unidad de Psicosomática, Caps, U. Chile.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se centra en el concepto de afecto en la obra de Freud y en algunas formas en que esta noción aparece y adquiere rendimiento. Empleamos esta palabra, “rendimiento”, porque el afecto opera frecuentemente sin una definición precisa en su obra. Esto exige que el estudio deba hacerse de manera inferencial desde el uso específico que Freud le confiere en cada uno de sus textos, y no únicamente desde ideas que le anteceden o que le sean contemporáneas.

Como heredero de su época, Freud toma de Darwin (1872/1998) el concepto de expresión emocional, pero dándole a nuestro parecer mayor profundidad. Para Darwin la expresión emocional consistía en operaciones filogenéticas provistas de sentido y acordes a un fin; el miedo, el amor y otros afectos de nuestro cotidiano estarían ligados a la historia evolutiva de la especie en su lucha por sobrevivir. Y aun cuando la carga filogenética juega un rol en el concepto de afectividad usado por Freud, la aproximación darwiniana minimiza el peso de la historia individual a la hora de explicar el padecimiento afectivo. Freud, por su parte, si bien incluye la reacción de descarga motriz y su sensación correspondiente, en principio placentera o displacentera, y esto es común a toda la especie, el afecto además incluye una percepción individual de él con una tonalidad particular dada por la representación investida por el afecto.

Por otro lado, y para agregar otra dificultad al estudio del afecto, dentro de la misma obra de Freud este es transformado constantemente por otros conceptos en la medida que se vuelve operativo con ellos. Con esto queremos decir que su fundamento conceptual es permeable al lugar específico en que emerge, sin que por ello su rol se vuelva secundario o residual. Esto le da al afecto una complejidad teórica difícil de resolver, pues, por mucho que vaya cambiando conforme al desarrollo de la teoría, sigue ocupando un lugar privilegiado. Es por todo lo anterior que resolver su definición no es algo que haremos aquí; lo que nos interesa antes que nada es levantar problemas que suponemos subyacentes al desarrollo del concepto, problemas que pudieran ayudarnos más tarde a repensar su operatividad no solo en la teoría sino que también en nuestra práctica clínica. En una palabra, y para resumir lo dicho hasta ahora, el afecto es un concepto esquivo y abierto a la especulación en los albores del psicoanálisis. Muda, se desplaza y padece las transformaciones teóricas en las cuales se inscribe. Y si queremos detenernos en su especificidad desde una investigación teórica, tendremos que dar cuenta primero de algunas condiciones metodológicas con que se demarca nuestro esfuerzo investigativo.

METODOLOGÍA, RELEVANCIA Y DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Hemos establecido dos condiciones fundamentales. En primer lugar hablaremos de los afectos en general antes de tratarlos por separado; con esta exigencia intentamos observar el pathos freudiano de manera global y puesto en relación con otros procesos psíquicos. La angustia, el amor, la vergüenza, entre otros, pueden ofrecer líneas separadas de trabajo que quedarán pendientes. En segundo lugar, esta presentación tendrá como foco los primeros escritos de Freud hasta la *Interpretación de los sueños*. Si bien haremos algunas alusiones a textos posteriores, hemos tomado esta medida por razones prácticas y otras relativas a nuestro objeto de estudio: en este primer periodo el afecto freudiano todavía no se mezcla con la pulsión, y las nociones “monto de afecto”, “monto pulsional” o “suma de excitación”, que muchas veces se usan como sinónimos para ambos conceptos.

Pensamos que la relevancia de una investigación teórica de este tipo se desprende del interés por lo “afectivo” en la comprensión de los distintos cuadros psicopatológicos de nuestra práctica clínica, como los trastornos del ánimo y ansiedad, las adicciones, las neurosis traumáticas, y en especial las afecciones psicósomáticas. La vigencia de conceptos tales como el de alexitimia (Sifneos, 1973) y el de regulación afectiva (Taylor, Bagby y Parker, 1997) reflejan la importancia que los afectos tienen para la comprensión y tratamiento de estas y otras patologías. Sin embargo, ¿qué son los afectos desde una perspectiva psicoanalítica? Nuestro parecer es que los desarrollos contemporáneos que tratan acerca de estas perturbaciones muchas veces omiten la pregunta básica acerca de la naturaleza de los afectos. Pretendemos aportar entonces a esta discusión a través de una revisión y análisis de la noción de afecto en la obra freudiana, cuerpo teórico que tradicionalmente ha nutrido la comprensión de estos y otros cuadros psicopatológicos.

Inscribiéndose en el ámbito de la investigación teórica, este trabajo es fruto de un esfuerzo colectivo y sistemático del grupo de autores. Habiendo consultado a expertos en Freud para confeccionar un listado de escritos claves respecto al tema, el grupo se abocó durante un año a la revisión y análisis de los textos correspondientes a un primer periodo de la obra freudiana (desde sus inicios hasta 1900). Los textos fueron revisados individualmente y discutidos semanalmente de forma grupal, fruto de lo cual se elaboraron resúmenes de cada texto y un resumen general del periodo revisado, conteniendo las ideas centrales referidas a los afectos. En base a tales resúmenes, en un segundo momento el

grupo se abocó al análisis de las problemáticas teóricas subyacentes a estos textos, proponiendo hipótesis interpretativas de las principales problemáticas identificadas durante el periodo referido. En este artículo se presenta la síntesis de una de estas problemáticas.

DESARROLLO

El título del escrito alude a una de las hipótesis de lectura identificadas durante nuestro trabajo de investigación: la dimensión histórica del fenómeno afectivo presente en la obra de Freud. Esta hipótesis surge en contraposición a la noción preponderante de la dimensión consciente y sensitiva de la afectividad, llevando a un extremo la idea clásica de Freud de que no habría “sentimientos inconscientes”. Con decir esto nos topamos con el siguiente problema: ¿cómo hablar del afecto más allá de la conciencia si para Freud (1915/1991), en palabras del texto, “el hecho de que un sentimiento sea sentido, y, por lo tanto, que la conciencia tenga noticia de él, es inherente a su esencia (Freud, 1991 vol. 14, p. 173)”? Esperamos discutir este punto en el desarrollo de este artículo.

Desde sus primeros escritos vemos que para Freud el afecto tiende, por sobre todo, a la descarga; y para resolver esto la expresión corporal se muestra como una salida privilegiada. Esta relación con la descarga obedece a una dimensión económica visible en el *Proyecto de psicología para neurólogos* (Freud, 1950/1991), como en otros modelos metafóricos del aparato psíquico. En todos estos modelos las consideraciones físico-energéticas del aparato obedecen a un Principio de Constancia. La cuestión fundamental de este principio es dar libre curso a una suma de excitación que se ha vuelto displacentera. El afecto, ya sea concebido como cantidad, estado, toxina o vivencia, ante todo es tratado como una excitación del aparato que debe ser tramitada; y así entonces el aparato psíquico, que no puede ser indiferente ante el estímulo que padece, es llevado a reaccionar para deshacerse de él especialmente a través de la inervación corporal. Es en este desarrollo final del proceso, en que el estímulo se ha vuelto sensible a través de la expresión somática, que la conciencia entra en juego y el aparato es capaz de dar cuenta del afecto que padece. Desde este punto de vista económico todo dependerá entonces de la inervación corporal: la tristeza será advertida cuando aparezca el llanto, la angustia cuando se eleve la frecuencia cardíaca, comience la sensación de ahogo, mareo y náusea, etc.

Ahora bien, esta aproximación económica se complejiza prontamente en la obra de Freud (1893-1895/1991) desde los *Estudios sobre la histeria*. El afecto

se vuelve un estímulo que no siempre logra ser descargado, y que, amortiguando su curso natural en el cuerpo, es capaz de demorar su expresión sensible. Esto implica que el afecto puede conservarse en el psiquismo siempre que se ha intervenido su camino hacia la expresión corporal, y si esto llega a ocurrir es por lo que en palabras del texto se designa sofocación:

Si la reacción es sofocada, el afecto permanece conectado con el recuerdo. Un ultraje devuelto, aunque solo sea de palabra, es recordado de otro modo que un ultraje que fue preciso tragarse. El lenguaje reconoce también ese distingo en las consecuencias psíquicas y corporales, y de manera en extremo característica designa «mortificación» al sufrimiento tolerado en silencio (p. 34).

El afecto se sofoca, su curso se altera y la reacción que le era adecuada se posterga. Si bien esto sigue dentro de un plano económico, pues hasta este punto hemos hablado únicamente de energía en movimiento o en reposo, en su liberación o en su descarga, la apuesta freudiana se anticipa y genera otro plano de análisis, otro registro en el cual el afecto empieza a operar. El retardo en la expresión somática implica que el afecto no descargado se ha conservado en alguna parte. La falta de una reacción adecuada en el momento traumático no significa entonces que el afecto ha dejado de operar en el psiquismo, pues es precisamente por eso que cobra una existencia independiente de su expresión corporal. Hay un salto, un quiebre entre la energía psíquica y el cuerpo que la padece. Ambas formas no están ligadas necesariamente, y si el afecto no se ha expresado a través del cuerpo esto no significa que no seguirá participando, ya desde otro lugar o con otras formas. He ahí lo radical de la apuesta freudiana: el afecto sigue operando pese a que no se exprese directamente en el cuerpo.

Ahora bien, tenemos todo el derecho de preguntarle a Freud sobre el carácter que toma el afecto luego de ser conservado, y cómo participa en temáticas relacionadas a la memoria y a la historia. Este problema no es fácil de resolver principalmente por un punto que ya dijimos: la exteriorización última de los afectos se da para Freud en un nivel sensorial y se vuelve observable solo en la inervación corporal. Si intentamos concretizar esta reflexión en nuestra práctica clínica podemos preguntarnos qué ocurre antes de que nuestros pacientes se emocionen en sesión. ¿Qué lugar tenía el afecto antes de que fuese visible con el llanto, la rabia o incluso el amor transferencial?

Un primer planteamiento es que la conservación del afecto no puede pensarse de manera estática en la

memoria. El vínculo entre un recuerdo y su afecto asociado, o entre afectos y representaciones en el sentido amplio, es tan móvil y plástico como el vínculo entre el afecto y su expresión somática. En las *Neuropsicosis de defensa*, Freud (1894/1991) reflexiona sobre este punto: el lugar del afecto en el registro inconsciente para el campo de la psicopatología:

En las funciones psíquicas cabe distinguir algo (monto de afecto, suma de excitación) que tiene todas las propiedades de una cantidad –aunque no poseamos medio alguno para medirla–; algo que es susceptible de aumento, disminución, desplazamiento y descarga y se difunde por las huellas mnémicas de las representaciones como lo haría una carga eléctrica por la superficie de los cuerpos (p. 61).

La dimensión económica del afecto, como una carga energética o como un *quantum* indeterminado, vuelve sumamente difícil una caracterización unívoca y estable de los afectos antes de que participen en el plano de la sensibilidad. Una vez conservado, el afecto se desplazará de sus representaciones de origen a aquellas que se vuelvan más compatibles con el ocurrir consciente, dando paso a producciones desfiguradas como los recuerdos encubridores y los síntomas neuróticos, entre otros. Esto es fundamental. El abandono de la teoría catártica por la técnica propiamente psicoanalítica es simultáneo a la idea de que los afectos se conservan de manera inespecífica en el inconsciente. En concreto, esto significa que el tratamiento psicoanalítico ya no buscará abreaccionar la misma inervación corporal que en el momento traumático fue postergada; y abandonará este propósito porque ya no será posible diferenciar un suceso traumático de una fantasía de seducción en la etiología de las grandes neurosis. La desfiguración constante de la historia individual ya no necesitará de un origen específico, se abrirá un campo de sobredeterminación, y esto se dará paralelamente a la concepción de que un afecto puede asociarse libremente entre distintos contenidos representacionales.

Pero si ya no es de una manera exclusivamente representacional, la pregunta por cómo se conservan los afectos en lo inconsciente sigue insistiendo. En *La interpretación de los sueños* Freud (1900/1991) dará un paso decisivo en esta materia que confronta la dimensión económica, de la que hemos estado hablando, con una dimensión dinámica. En el acápite H del capítulo VI, titulado Los afectos en el sueño, Freud plantea que los afectos son conservados de manera incólume e intacta luego de la desfiguración onírica. A diferencia del con-

tenido representacional, que sufre desplazamientos y sustituciones luego de este proceso, el afecto mantiene, ante todo, su intensidad y su valor energético. Haciendo un símil de este proceso con las psiconeurosis, Freud plantea en el texto lo siguiente:

Quando el histérico se asombra de que una pequeñez le haya provocado tanto miedo, y lo mismo hace el que padece de ideas obsesivas por la nadería que engendró en él reproches tan penosos, ambos se equivocan, pues toman el contenido de representación –la pequeñez o la nadería– por lo esencial, y es en vano que quieran defenderse haciendo de ese contenido el punto de partida de su trabajo de pensamiento. Entonces, el psicoanálisis les muestra el camino correcto; al contrario de ellos, reconoce justificado al afecto y pesquisa la representación que le corresponde, reprimida mediante sustitución. La premisa es que el desprendimiento de afecto y el contenido de representación no formen esa unidad orgánica que estamos habituados a atribuirles, sino que ambas piezas puedan estar corridas una respecto a la otra (p. 459).

Decimos que aquí hay un paso a una concepción dinámica de los afectos porque si estos se han asociado a representaciones sustitutivas tiene que haber una dimensión conflictiva en la base de su movimiento. El afecto ya no buscará una simple descarga en la expresión somática. Antes bien, podrá conservar su intensidad en una dimensión inconsciente, y demarcará, con ello, los rastros de un conflicto psíquico arraigado históricamente.

Apelamos a un carácter histórico de este conflicto porque en textos posteriores el carácter dinámico de los afectos se topará directamente con el problema de la repetición. Tanto en 1917 con la 25ª Conferencia de introducción al psicoanálisis, titulada *La angustia* (Freud, 1917/1991) como en 1926 con *Inhibición, síntoma y angustia* (Freud, 1926/1991), Freud llega a señalar que los afectos son productos siempre mediados por una dimensión histórica, ya que en cada expresión emocional persistirá “la repetición de una determinada vivencia significativa” (1917/1991, p. 360). En el último texto señalado Freud (1926/1991) establece lo siguiente:

Los estados afectivos están incorporados en la vida anímica como unas sedimentaciones de antiquísimas vivencias traumáticas y, en situaciones parecidas, despiertan como unos símbolos mnémicos (p. 89).

Desde este punto llega, en ambos textos, a comparar los afectos con el caso específico de los ataques histéricos y con cómo estos, de manera desfigurada, señalan una vivencia traumática que ha comenzado a repetirse en la inervación corporal.

RELECTURA DE CASO: LA PROBLEMÁTICA AFECTIVA DE MISS LUCY

Hasta el momento hemos planteado una propuesta teórica sobre cómo ir pensando el posible estatuto histórico del afecto. No obstante, se vuelve necesario también pensar su operatividad en la práctica, ya que es ahí, en el quehacer clínico, donde probablemente surge la evidencia que moldea la noción del afecto que se expresa en los textos de carácter teórico. Conforme transcurre la práctica clínica freudiana, vemos cómo se inscriben cambios en su teoría y por tanto también en su técnica. Inicialmente vemos un modelo físico-energético desarrollado desde *Proyecto de Psicología para Neurólogos* (Freud, 1895). Esta concepción teórica es acompañada de un método catártico donde lo central es la necesidad de la descarga energética del organismo a través de la palabra. Ya en casos como los de Anna O. y Emmy von N., vemos cómo en los estados hipnoides del paciente se busca la expresión verbal para revivir el afecto de una situación traumática en particular. Así, se reproducirían los procesos psíquicos de dicho momento, permitiendo abreaccionar los afectos penosos estancados y de esta forma remover su efecto patógeno. Luego, vemos cómo este método es lentamente abandonado, pasando por periodos en que coexiste con las técnicas del psicoanálisis propiamente tales como la escucha parejamente flotante y la asociación libre. Se concibe además que lo traumático sea un excesivo monto afectivo, sin terminar de esclarecer su causalidad.

Para desplegar la relación entre teoría y práctica nos parece atingente tomar a modo de ejemplo un caso expuesto por Freud en *Estudios sobre la Histeria* (Freud, 1893-95). Específicamente, utilizaremos el caso de Miss Lucy ya que permite entrever un punto de encuentro entre distintos momentos teóricos. Es decir coexiste una visión económica por un lado y la introducción de concepciones dinámicas. Particularmente relevante es también la marcada conflictiva afectiva que se desarrolla a lo largo del caso.

Recordemos que Miss Lucy, de 30 años, es una mujer que le es derivada a Freud a fines de 1892 porque padece “una rinitis infecciosa de recurrencia crónica” y “había perdido por completo la percepción olfativa, y una o dos sensaciones olfatorias que sentía muy penosas la perseguían casi de continuo” (p. 124).

Inicialmente, Freud mantiene la postura de un evento traumático como origen de tales síntomas:

La desazón era acaso el afecto correspondiente al trauma, y debía de ser posible hallar una vivencia en la cual estos olores, ahora devenidos subjetivos, hubieran sido objetivos; esa vivencia tenía que ser el trauma, y las sensaciones olfatorias se repetirían como un símbolo de él en el recuerdo (p. 124).

Llama particularmente la atención el lugar que Freud le otorga no solo al trauma, sino que también al afecto, en este caso la desazón. Estas sensaciones olfatorias que se repiten simbolizan el trauma, pero es el afecto lo que posibilitaría la facilitación somática de los síntomas. La sensación olfatoria recurrente es la de pastelillos quemados, lo que lleva a Freud a “suponer, entonces, que en la vivencia de eficacia traumática realmente había intervenido el olor de pastelillos quemados” (p. 125). Al preguntarle a Miss Lucy por la ocasión en que se había generado por primera vez esta sensación olfatoria, ella indica que dos días antes de su cumpleaños estaba jugando a cocinar con las dos niñas a quienes cuidaba. En ese momento el cartero trajo una carta para ella, la cual sospechaba que era de parte de su madre. Las niñas le arrebataban la carta diciendo que como debe ser una carta de cumpleaños no puede leerla aún y serían ellas quienes la guardarían. Entonces, Miss Lucy describe:

Mientras las niñas jugaban así conmigo, se difundió de pronto un intenso olor. Las niñas habían abandonado los pastelillos que cocinaban, y se habían quemado. Desde entonces me persigue ese olor, en verdad está siempre ahí y se vuelve más fuerte cuando estoy emocionada (p. 131).

Pasa a relatar luego que aquello que la emocionó no era solo la ternura que demostraban las niñas, sino que a esto se sumaba lo que le provocó la carta de su madre. Recuerda que tiene el propósito de viajar a visitar a su madre, y le pesa abandonar a las niñas. ¿Por qué abandono? –se pregunta Freud. Porque dado los problemas que tiene al relacionarse con otras trabajadoras de la casa (el ama de llaves, la cocinera y la institutriz), decide presentar su renuncia. Ya la había presentado una vez y el padre de las niñas le pidió reconsiderar su decisión. Esta situación la perturba bastante, ya que no solo la ataba la ternura de las niñas, sino que además:

Había prometido en su lecho de muerte a la madre de ellas, que era parienta lejana de la mía, ocuparme con todas mis fuerzas de las pequeñas,

no abandonarlas, y sustituirles la madre. De haber dado preaviso habría roto esa promesa (p. 132).

Ahora bien, la sensación olfatoria subjetiva sí tiene un origen objetivo, una vivencia en particular en donde efectivamente sí había olor a pastelillos quemados. Entonces ¿qué es lo traumático de esta escena? La respuesta que Freud da a ello no es la de grandes montos afectivos. Ya no hablamos solo de afectos que se miden en términos de un quantum energético, de más o menos energía. En este caso lo que resalta es el carácter conflictivo que tomaron los afectos en dicha situación. Sin embargo, esto no implica necesariamente un abandono del factor económico: sí se presentaron grandes montos de energía, pero esto coexiste con una concepción dinámica sobre el afecto. Freud describe entonces que es en dicha escena

en que libraron batalla encontrados afectos: la lástima por abandonar a las niñas y las afrentas que empero la empujaban a tomar esa decisión [la de renunciar]. Es comprensible que la carta de la madre, puesto que ella pensaba irse de aquí a casa de su madre, le recordara los motivos de esta decisión. El conflicto de los afectos había elevado ese factor a la condición de trauma, y como símbolo de este permaneció la sensación olfatoria que se había conectado con él (p. 132)

A diferencia de las teorías previas de Freud, no hay aquí una reacción predeterminada por la especie. En este caso la fisiología del síntoma no explica la complejidad emocional que Freud le da. Hasta cierto punto, tiene relación evidente con la fisiología al existir un catarro previo como facilitación somática. No obstante, la persistencia del síntoma olfativo supera y sobrepasa esta explicación. Es crucial destacar que no hay un afecto buscando la expresión como mera descarga, sino que un afecto que se mantiene en movimiento a nivel inconsciente y cuya conservación no puede ser atribuida de manera estable a un complejo representacional o a un suceso traumático.

En el caso de Miss Lucy no necesitamos remitirnos a un origen específico, a una representación inconciliable particular o a un monto afectivo como traumático. Basta con que entren en conflicto la lástima por dejar a las niñas que tiene a su cargo y las dificultades laborales que la llevan a la decisión de renunciar. No hay una sola causa para el padecimiento de Miss Lucy, y esta sobredeterminación permite justamente que el afecto se asocie con diversos contenidos representacionales.

Hecha esta consideración, los afectos en Miss Lucy entrarían en conflicto, lo que los lleva a moverse y desplazarse. Específicamente, el mismo síntoma cambia y se desplaza de una representación a otra:

Cuando volví a preguntarle otra vez por el olor a pastelillos quemados, me anoticié de que había desaparecido por completo, solo que en su reemplazo la torturaba otro olor similar, como de humo de cigarro. Le parecía que este ya había estado ahí desde antes, pero como cubierto por el olor de los pastelillos. Me dijo que ahora había surgido puro (p.135).

De esta forma, un síntoma se reemplaza fácilmente por otro, sin la posibilidad de dilucidar su origen que pareciera siempre estar desplazado respecto de sí mismo. La repetición opera desfigurando el pasado en el presente: de pastelillos quemados a humo de tabaco, sin saber si el humo es quizás también otra cosa. Vemos así que el símbolo mnémico de los pastelillos quemados que unificarían los afectos encontrados a modo de síntoma es una unión que no tiene un sentido asociado a la base, sino que un conflicto. El síntoma olfativo de los pastelillos quemados o el del humo de tabaco no apunta a representaciones concretas, sino a afectos encontrados. En tanto los afectos de Lucy comienzan a asociarse al síntoma olfativo, no puede identificarse la etiología del afecto. Así, en el desarrollo que Freud hace del caso, se está hablando de un registro histórico en donde lo dinámico y conflictivo se encuentra con lo móvil y económico. Por tanto, en la práctica clínica, la atención se desvía del origen traumático y es el afecto el que cobra un sentido fundamental, pues al conservarse su intensidad, aparece indicando huellas de un conflicto psíquico que se arraigó históricamente.

DISCUSIÓN

A modo de conclusión queremos enfatizar que el afecto para Freud ocupa múltiples dimensiones en la vida anímica. Si bien al comienzo la dimensión económica situaba los afectos únicamente en el plano de la sensibilidad, la inervación corporal y la percepción consciente, es necesario establecer que con el desarrollo de su teoría esta dimensión se complejiza una vez que incorpora una concepción dinámica del acontecer psíquico. Estas dos dimensiones convergen más temprano que tarde, y prescriben un estatuto histórico que constituye un aporte fundamental de la obra freudiana para la comprensión general de los afectos.

Destacar el factor histórico parece central ya que el rol del afecto se ha visto subestimado en la constitución del psiquismo para el psicoanálisis. La afectividad ha tendido a relacionarse únicamente con cuestiones relativas a la conciencia, al yo o a una psicología de carácter general. Nuestro parecer es que se ha llevado a un extremo la idea clásica de que para Freud no habría “sentimientos inconscientes”. En su texto *Lo inconsciente*, diremos que Freud (1915/1991) no concluye que esto sea una imposibilidad, sino que le otorga una diferencia de registro o, en palabras menos cargadas, una diferenciación de cómo el afecto se presenta para el sujeto que lo padece. El problema está en cómo se exterioriza el afecto, es decir, de qué manera y para qué sistema (Cc o lcc), su participación se hace evidente:

Dentro del sistema inconsciente muy bien puede haber formaciones de afecto que, al igual que otras, devengan conscientes. Toda la diferencia estriba en que las representaciones son investiduras –en el fondo, de huellas mnémicas–, mientras que los afectos y sentimientos corresponden a procesos de descarga cuyas exteriorizaciones últimas se perciben como sensaciones (p. 174).

La lectura de que no hay “sentimientos inconscientes” plantea desde aquí que si las sensaciones son la última exteriorización de los afectos, el sistema en el cual estos participan no puede ser otro que la conciencia. Pero, ¿por qué no podemos decir que el afecto opera igualmente en un registro inconsciente antes de hacerse sensible? La aparición sensible del afecto será un registro final, pero ¿es por eso el único? Levantando estos problemas, a fin de cuentas, postulamos que la operatividad del afecto en el psiquismo no se reduce al nivel consciente y sus relaciones con la sensibilidad.

Esto tiene consecuencias determinantes en la práctica clínica. La afectividad situada en diversos registros a la vez y teniendo múltiples formas de presentación, jamás ha sido arbitraria para el psicoanálisis. Y una aproximación a la constitución histórica del afecto puede volverse un campo fecundo para nuestra forma de concebir la clínica en general.

En este sentido, queremos enfatizar que una propuesta histórica implica, en la situación analítica, poner al paciente como actor de la trama, donde el afecto es un emergente privilegiado para la labor de reconstruir los hechos de una historia con mirada subjetivante y dando cuenta de la secuencia de mutaciones que puedan haber sufrido los afectos a través del paso del tiempo.

Siguiendo a Freud y a las reflexiones antedichas, podemos plantear que incluso en aquellos pacientes, reticentes a reconocer la afectividad y fantasía, el afecto opera y estimula el aparato, más allá del saber consciente. El afecto, en pacientes llamados alexitímicos, a pesar que puede encontrarse inervado somáticamente, se halla escindido de su dimensión dinámica, histórica, y por lo tanto, incapacitado de su completa descarga, ya que en parte, seguirá ligado a representaciones sustitutivas, conservando sin embargo su intensidad en el aparato. Es por esto que el trabajo de historización e implicación es esquivo, aunque central; existiría un registro ajeno a la conciencia donde el afecto seguiría operando como fenómeno subjetivo y no solo como fenómeno somático.

El trabajo crítico y reflexivo respecto del afecto abre puertas que motivan la discusión teórica para comprender el fenómeno, pero también otorga lineamientos que permiten poner en cuestión nuestra forma de comprender y enfrentar la práctica clínica con pacientes diversos. Así, ponemos hincapié en la dificultad de generalizar procesos estandarizados, y la importancia del esfuerzo ideográfico por rescatar la individualidad histórica de cada paciente y, de cierta forma, de cada dupla terapéutica. Lo que se genera ahí, en cada experiencia analítica, involucra al máximo las particularidades de los implicados, destacando en tal labor reconstructiva la unicidad de la historia. Como manifestación primordial de lo subjetivo, el afecto es un referente privilegiado en tal labor historizante.

REFERENCIAS

1. Darwin C (1989). *El Origen del Hombre*. Julián Aguirre (trad.) (1ª ed. edición). Madrid: Edaf (Trabajo original publicado en 1872)
2. Freud S (2013). *Studien über Hysterie*. Im *Gesammelte Werke: Sigmund Freud* (Bd. 1, S. 163-183). Norderstedt, Germany: Verlag Grin Verlag GmbH. (Originalveröffentlichung in 1893-1895 veröffentlicht)
3. Freud S (1991). *Estudios sobre la histeria*. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 1-315). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1893-1895)
4. Freud S (1991). *Las neuropsicosis de defensa* (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias). En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 41-60). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1894)
5. Freud S (1991). *La interpretación de los sueños*. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 5, pp. 345-700). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1900)
6. Freud S (1991). *Lo inconsciente*. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 152-213). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915)

7. Freud S (1991). Conferencias de introducción al psicoanálisis: 25ª conferencia. La angustia. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). Obras completas: Sigmund Freud (Vol. 16, pp. 357-374). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917)
8. Freud S (1991). Inhibición, síntoma y angustia. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). Obras completas: Sigmund Freud (Vol. 20, pp. 71-174). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1926)
9. Freud S (1991). Proyecto de psicología para neurólogos. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). Obras completas: Sigmund Freud (Vol. 1, pp. 323-446). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1950)
10. Otero J (1999). Alexitimia, una revisión, en Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 1999, vol. XIX, nº 72, pp. 587-596
11. Krystal H (1982). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 353-378
12. Sifneos PE (1973). The Prevalence of 'Alexithymic' Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262
13. Subic-Wrana C (2011). Emotion Regulation and Mentalization in Somatoform Disorders. In I. Nyklíček, A. Vingerhoets & M. Zeelenberg (Eds.), *Emotion Regulation and Well-Being* (pp. 245-260). New York: Springer
14. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1997). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge UK: Cambridge University Press

ATENCIÓN CLÍNICA

COSTOS Y BENEFICIOS DE LA CONSULTA PRIVADA

(Rev GPU 2015; 11; 2: 199-203)

Adriana Pedrals¹, Gino Ravera, Constanza Recart

Este artículo es una reflexión que nace de un grupo de psiquiatras dedicados solo a la práctica privada y presentan las motivaciones de esta decisión, revisando los costos y pérdidas que conlleva abandonar el sistema público y el sistema privado institucional², los riesgos y desafíos que significa mantenerse al día y no aislado, así como los beneficios y ventajas de este estilo de trabajo.

LA OPCIÓN DE TRABAJO EXCLUSIVAMENTE EN LA CONSULTA PRIVADA

El transitar a la consulta privada y trabajar en ella como único campo de desempeño es una elección significativa. ¿Dónde está la visión de equipo del paciente; cómo se trabajan las dudas diagnósticas, con quién se discuten los protocolos de tratamiento y la puesta al día?

Estas preguntas surgen en muchas partes del mundo. Es así como la American Psychiatry Association (APA) ofrece a los socios que desean iniciar su consulta privada una guía práctica para enfrentar las dificultades que pueden aparecer en el curso del ejercicio privado de la profesión. La APA aborda temas como el manejo de la confidencialidad y de las fichas clínicas de los pacientes; ofrece guías prácticas al psiquiatra, informa cómo disminuir los riesgos de mala práctica, los consentimientos informados a los pacientes, además de los temas legales que pueden aparecer en la práctica privada: abuso, fraude, Medicare³, Medicaid⁴.

Existen distintos modelos cuando se trabaja en la consulta privada, el psiquiatra puede ejercer solo en la consulta o bien al alero de una clínica o una aseguradora de salud; otros combinan la práctica privada pero mantienen su trabajo en el hospital o en clínicas privadas, de esta manera mantienen el nexo con otros psiquiatras y equipos multidisciplinarios; otros trabajan en la consulta privada y realizan periódicamente estudios formales o informales.

Un estudio publicado en 1994 en el *American Journal of Psychiatry* revisa los distintos modelos de la práctica psiquiátrica en Estados Unidos. Se encuestó a los psiquiatras de la APA y se describieron siete modelos de práctica médica. Entre estos mencionan a los psiquiatras que trabajan solo en el área pública, otros que lo hacen solo en el área privada, y todas las combinaciones posibles que incluyen el trabajo en clínicas privadas como independientes o bien dependiendo de estas, etc. Se recopiló información de 16.135 psiquiatras. Un grupo importante combinaba el trabajo en la

¹ adrianapedrals@gmail.com

² Clínica Privada, Prestadores de Salud, Consultorios Municipales.

³ Programa Seguridad Social para mayores de 65 años y jóvenes discapacitados.

⁴ Programa Seguro Salud para personas de bajos ingresos y discapacitados.

clínica privada y en hospitales generales, clínicas privadas o en instituciones de salud. El estudio concluye que de diez psiquiatras solo uno trabaja en la clínica privada exclusivamente, y destaca que el lugar de trabajo pareciera ejercer influencia en el tipo de pacientes que se ven y qué servicios se ofrecen (1).

Sería interesante tener un catastro de la realidad chilena en este sentido tanto de los psiquiatras de adultos como los psiquiatras infanto-juveniles y poder analizar su distribución laboral, puesto que nosotros no encontramos información al respecto.

Otro estudio publicado el año 2012 en la World Psychiatry Association hace una revisión del periodo de transición entre el tiempo y la formación de la especialidad y el inicio de la práctica privada. Para esto desarrolló un cuestionario con 27 ítems explorando las razones por las cuales algunos psiquiatras eligen la práctica independiente, qué subespecialización toman y las posibilidades laborales que se les ofrecen. Participaron 40 de los 60 miembros del consejo que representan a 35 países de los cinco continentes. El estudio mostró que la elección está influenciada principalmente por variables personales, tales como salario, interés personal y compatibilidad con la vida privada más que por factores externos como expectativas sociales y ambiente político. En tres países el género jugaba un rol importante; en seis la elección del lugar donde se hacía la práctica clínica no lo definía el propio psiquiatra. El riesgo de desempleo era bajo, pero 21 de los miembros reporta que era difícil obtener justo el trabajo que se deseaba. Acceder a trabajos en hospitales universitarios y a práctica privada eran en general opciones atractivas. En 14 países era difícil establecerse en una práctica privada después de terminada la formación, porque los gobiernos determinaban que era necesario el trabajo en el sector público como requisito previo y en un país se requerían al menos 9 años de desempeño en el servicio público (2).

COSTOS Y BENEFICIOS DE TRABAJAR INDEPENDIENTE

El manejo de los horarios

El manejo del tiempo es una variable importante en la elección de dedicarse a la práctica privada. Nosotros somos los que determinamos los horarios de trabajo, el número de horas que queremos trabajar y el tiempo que queremos dedicarle a cada paciente. Esto es una gran diferencia con el policlínico del servicio público o de algunas instituciones privadas, el número de pacientes atendidos en una hora tiene más relación con lo económico y el rendimiento que el considerar el

tiempo necesario para dar una atención médica de calidad. La consulta privada permite decidir con libertad el tiempo que requiere cada paciente y cuándo es necesario controlarlos.

Lo mencionado, además, facilita conciliar la vida privada con la actividad laboral. Sin embargo, las horas trabajadas muchas veces son prolongadas porque hay atenciones de urgencia fuera de las horas establecidas, control de pacientes hospitalizados en clínicas psiquiátricas, respuesta a los correos enviados por pacientes y además en nuestro caso el teléfono abierto los siete días de la semana.

Mantenerse actualizado

Los avances científicos de nuestra especialidad demandan una necesidad ineludible de estar actualizados, situación que fuera de los establecimientos e instituciones se hace mucho más necesaria y éticamente es una obligación.

Para esto permanecer en grupos de supervisión y asistir a actividades de capacitación de distinta índole son maneras de cumplir con este propósito. Si bien nosotros creemos debe ser una motivación de cada cual, estamos en tiempos de cambio, donde la recertificación obligatoria es algo que se está debatiendo, como en el último Congreso de Psiquiatría de Adulto de la Sonepsyn y en el *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry* de octubre 2014, por lo que más allá de ser una motivación personal pudiera llegar a ser una obligación nacional.

La actualización, las dudas diagnósticas o el enfrentar pacientes complejos son temas importantes en la consulta privada. Es vital tener estrategias para poder solucionar estos desafíos. Nosotros, como grupo, hemos tenido supervisiones durante años con reconocidos psiquiatras de mayor experiencia (los primeros años fueron supervisiones semanales y hasta hace dos años mensuales).

Grupo de trabajo y estudio

Otra actividad que hemos mantenido es nuestro grupo de estudio con reuniones todas las semanas desde hace 15 años. En esta instancia revisamos artículos de la especialidad, comentamos pacientes complejos y se evalúan pacientes en grupo cuando se considera necesario.

Nosotros pensamos que es vital una visión integral del paciente y mantener una relación cercana con los psicólogos y eventualmente con los terapeutas ocupacionales que ven a los pacientes en co-terapia. Esta cercanía nos motivó a formar un grupo de psiquiatras

y psicólogos para trabajar durante alrededor de cinco años el tema de la co-terapia, llegando a publicar dos artículos al respecto (3, 4), realizando además un taller sobre co-terapia en el mes de noviembre del año 2006. En la encuesta realizada a psiquiatras y psicólogos el año 2005 respecto de la cual se basó uno de dichos estudios, se obtuvo que pertenecer a un grupo de estudio y supervisarse periódicamente alcanzaba a un 71% y 70% respectivamente de los psiquiatras consultados.

Importancia de seguir protocolos y guías de tratamiento

Conocer y seguir los protocolos de tratamiento cuando se trabaja en la consulta privada también es un desafío. Un psiquiatra está enfrentado a muchos dilemas en el curso de su práctica clínica; relacionados con el consentimiento informado del paciente frente al uso de algún medicamento, el uso de procedimientos como la terapia electroconvulsiva; las indicaciones de hospitalización o alta, etc.

En 1970 la APA formó un comité que desarrolló un código de ética y en 1977 la World Psychiatric Association desarrolló un código de ética que se llamó "Declaración de Hawaii" (5).

Un estudio en el *Indian Journal of Psychological Medicine* del año 2011 revisa los dilemas a los que se ven enfrentados los psiquiatras cuando trabajan en la práctica privada. Plantean que en algunas oportunidades las elecciones que se hacen no son de acuerdo con la ética médica y que pueden incluso violar los derechos de los pacientes. La Sociedad Psiquiátrica India adoptó su código de ética el año 1989 (6).

En dicho estudio cuarenta y ocho psiquiatras dieron consentimiento para participar. Un cuestionario especial fue elaborado y consultaba sobre los dilemas comunes en la práctica privada; 42 psiquiatras eran hombres y 6 mujeres; la edad promedio era 43 años (28 a 65 años) y los años de práctica clínica eran de 14.8 \pm 11 años. Las preguntas estaban relacionadas con la hospitalización, alta médica, consentimiento, restricción física, ECT, tratamiento, suicidio y psicoterapia, etc. Las preguntas eran para ser contestadas con si/no respuestas y eran anónimas, para poder evaluar cómo era la práctica clínica real y no la ideal.

El estudio concluye que en la práctica privada de la psiquiatría los estándares y recomendaciones no siempre se practican; las áreas de mayor conflicto son la indicación de hospitalización y el uso de ECT; la práctica de la psicoterapia no está incorporada como parte del tratamiento ya que se privilegia el tratamiento farmacológico. Finalmente recomiendan la necesidad de

mejorar los estándares de la práctica privada y preparar protocolos clínicos.

En ocasiones esto no es suficiente y es necesario complementarlo con interconsultas a psiquiatras de mayor experiencia o especialistas en el tema. O incluso puede ser bueno presentarlo en una reunión clínica. Contrario a lo que se piensa, los pacientes acceden y valoran la honestidad y profesionalismo de estas dos intervenciones.

Nuestro grupo se formó inicialmente como una manera de mantenernos apegados a los protocolos y también para enfrentar como grupo casos complejos, pudiendo cada uno realizar interconsultas a colegas de confianza y mayor experiencia, con lo cual se obtiene un intercambio de conocimiento y experticia que luego llevamos a nuestra reunión clínica para compartirla en el grupo.

Además esto adquiere mayor relevancia en una época donde la demanda legal a los médicos por mala práctica está más presente que lo que era hasta hace unos años atrás.

Elección del lugar de trabajo

Las condiciones de trabajo son también una variable importante a considerar cuando elegimos trabajar en la consulta privada. Desde el lugar físico, las distancias a recorrer para llegar a él, el clima organizacional que se tenga, etc.

Sin embargo, las precariedades que existen en algunos lugares, donde no se puede incluso disponer de un lugar personal, junto a la inexistencia de las comodidades mínimas que se requieren para trabajar satisfactoriamente, motivan la búsqueda de un espacio acorde a las necesidades de cada cual, en un ambiente de confort y tranquilidad que en general solo nos proporciona nuestra consulta privada.

Los honorarios

Al ser nosotros los que definimos nuestro quehacer clínico, también determinamos el tema de los honorarios que cobramos a nuestros pacientes; el monto plantea una relación, entre otras cosas, con los años de experiencia y la población objetivo que atendemos. Por lo mismo tenemos la posibilidad de cobrar diferenciadamente a nuestros pacientes, teniendo un porcentaje de nuestra consulta sin costo o un porcentaje de nuestro arancel habitual, según sea el caso.

Como una de las complicaciones que tenemos en este ámbito está la del lucro cesante, en que toda actividad que saque al colega de su consulta implica una

merma en su ingreso, esto incluye asistencia a toda actividad de capacitación, vacaciones, etc. No existen días administrativos o vacaciones pagadas.

Evitar el *burn-out* y el exceso de pacientes graves

Según un artículo de *World Psychiatrist* de octubre del año 2007, la psiquiatría está dentro de la especialidad médica que tiene un alto riesgo de experimentar *burn out*, mucho más que otras especialidades (7). Sin embargo un artículo en *Medscape Medical News* de abril del 2013 describe lo contrario, planteando que los psiquiatras al tener un alto control sobre sus horarios, menos demanda y mayor control de su ambiente laboral tienen menos riesgo de sufrir estrés (8).

El artículo describe que hay factores que protegerían contra el *burn out*, donde el trabajo académico sería uno de estos y que si bien puede aumentar la carga laboral, aumenta considerablemente los niveles de satisfacción. Los grupos de apoyo con otros psiquiatras y con amigos también son considerados factores protectores.

Pero cuando vemos que nuestros pacientes pueden ser potencialmente suicidas o agresivos, incluso hacia nosotros los terapeutas, que las horas de trabajo por las razones expuestas anteriormente pueden ser muchas, que el lidiar con familiares difíciles u hostiles tiene un alto costo o que el grado de aislamiento que podemos experimentar en la consulta privada puede ser muy alto, tenemos claro que la exposición a la cual estamos afrontados es grande y estamos en riesgo de desgastarnos.

Es sabido que el suicidio de un paciente es parte del trabajo al que debemos hacer frente; sin embargo, más allá de los estándares "teórico-técnicos" que se describen para manejarlo, poco se nos prepara para enfrentarlo. Un tema similar ocurre en las agresiones a las que estamos expuestos, donde la "soledad" de la consulta privada nos mantiene en una situación de clara vulnerabilidad y sin un repertorio de estrategias preestablecidas de cómo enfrentarlas.

En estos dos temas nos parece que sería deseable se abriera un espacio académico e institucional para ayudarnos.

El número de pacientes graves a atender ha sido un tema de conversación recurrente en nuestras reuniones, donde en ocasiones el grupo completo ha estado claro en limitar dentro de lo posible el libre ingreso de este tipo de pacientes, ya que requieren equipos multidisciplinarios para tratarlos, así como un soporte institucional y legal que pueda hacerse cargo de ellos.

COMENTARIOS

Nos parece importante generar espacios donde compartir con psiquiatras que se dediquen a lo privado a través de grupos de estudio permanentes, así como grupos de supervisión, talleres de casos clínicos de las propias consultas de cada cual.

Esperamos que estas reflexiones motiven a psiquiatras, especialmente a colegas jóvenes, a participar a formar grupos de supervisión y de estudio.

La recertificación, los cursos de educación médica continua, la pertenencia a las sociedades científicas son una manera de mantener la calidad de la atención médica sin importar si es una medicina pública, privada o combinada. Son aspectos que mejoran la calidad de la atención, para el paciente, el médico y para la psiquiatría como especialidad.

En el desarrollo de nuestro artículo hemos quedado con la inquietud de poder profundizar en algunos de los temas abordados, continuar explorando con la realidad de lo que ocurre en las consultas privadas, del manejo de las agresiones y el impacto en nosotros del suicidio de parte de nuestros pacientes, así como también los datos epidemiológicos de la consulta privada y el establecimiento de redes más estructuradas con grupo de pares que también trabajen en el área privada a través de grupos de estudio o de supervisión.

Para nosotros la opción de dedicarnos en forma exclusiva a la práctica privada ha sido muy beneficiosa. Logramos generar espacios grupales que nos han servido de apoyo frente a situaciones complejas, como son los pacientes muy descompensados, los pacientes suicidas, las agresiones y/o demandas del paciente o su familia. Nos hemos podido acompañar haciendo llevadera la falta de un respaldo institucional. También hemos logrado generar un espacio de estudio y crecimiento profesional manteniendo reuniones semanales de revisión de artículos, protocolos o nuevas investigaciones. Compartimos nuestro conocimiento y generamos un espacio de discusión. Esto sin dejar de lado la supervisión de pacientes entre nosotros mismos, con un psiquiatra de mayor experiencia y decidimos si lo evaluamos en conjunto en reunión clínica.

Hemos logrado satisfacciones profesionales y personales construyendo un equipo de trabajo agradable y duradero; un grupo con una instancia cerrada, por los años compartidos y las similitudes de profesión y de paradigmas, pero también con otras instancias abiertas y muy enriquecedoras con más psiquiatras u otros profesionales de la salud mental.

Hemos querido compartirla porque creemos que ha sido una gran experiencia, que es replicable y que nos ayuda a todos aquellos que por distintas razones no estamos trabajando en alguna institución

REFERENCIAS

1. Professional practice patterns of US psychiatrists. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 89-95
2. Transition from psychiatric training to independent practice: a survey on the situation of early career psychiatrists in 35 countries. *World Psychiatry*. Feb 2013; 12(1): 82-83
3. Practica Psicoterapéutica: El Desafío de la Psicoterapia. *Rev GPU* 2007; 3; 3: 327- 330
4. Estudio Descriptivo Exploratorio de la Co-Terapia. *Rev GPU* 2010; 6; 1: 92-97
5. http://www.hmc.mil.ar/webResources/Documentos/declaracion_hawai.pdf
6. Dilemmas in Private Psychiatric Practice *Indian J Psychol Med.* 2011 Jul-Dec; 33(2): 149-152
7. Burnout in Psychiatrists. *World Psychiatry*. Oct 2007; 6(3): 186-189.
8. Psychiatrist Burnout Less Than Most Other Physicians. *Medscape Medical News*. April 01, 2013

INVESTIGACIÓN

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y DISFUNCIÓN COGNITIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN EUTIMIA

(Rev GPU 2015; 11; 2: 204-208)

Ulises Ríos¹, Darío Villanueva, Oscar Urrejola, Mauricio Barrientos, Vanessa Acuña

El estudio de la conciencia de enfermedad (CE) en pacientes con Trastorno Bipolar en eutimia es un área de investigación relevante, dada su asociación con el deterioro de importantes variables de evolución clínica. La presente investigación propone un estudio de corte transversal cuyo objetivo es medir el grado de conciencia de enfermedad en pacientes bipolares en eutimia, evaluando su posible correlación con diferentes dimensiones de funcionamiento cognitivo y variables clínico-asistenciales. Se evaluó a 38 pacientes con trastorno Bipolar en eutimia, controlados en la Unidad de Trastornos del Ánimo del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso. Se midió grado de CE mediante escala SUMD versión abreviada en español, y funcionamiento cognitivo a través de batería neuropsicológica Cogstate®. Los resultados revelaron que un 47% de la muestra de pacientes bipolares presenta algún grado de compromiso de conciencia de enfermedad cuando se encuentran en eutimia. Se encontraron bajos niveles de correlación entre CE y la mayoría de las variables estudiadas. El “antecedente de síntomas psicóticos previos” y las alteraciones en las “pruebas de cognición social” se mostraron como variables que destacan en su grado de correlación por sobre las otras dimensiones estudiadas. Se propone información en torno a un relevante y complejo tópico de estudio, que permita el planteamiento de futuras preguntas de investigación y nuevas hipótesis.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la conciencia de enfermedad (CE) en los trastornos psiquiátricos es un área de complejo debate dada la ausencia de consensos epistemológicos en

las definiciones del concepto, con los consecuentes desacuerdos sobre cómo acercarse a su medición. A partir de las investigaciones de David y Amador se ha generado evidencia con supuestos teóricos explicitados, hecho que ha permitido el inicio de un diálogo entre equipos

¹ Unidad de Trastornos del Ánimo Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso. Departamento de Psiquiatría Universidad de Valparaíso. Contacto: ulisesrios@gmail.com

de investigadores acerca de un fenómeno clínico muy difícil de asir. Los instrumentos de investigación desarrollados para medir la conciencia de enfermedad han propuesto un alejamiento de la comprensión dicotómica del constructo, considerándolo más bien como un fenómeno complejo y multidimensional que presentaría graduaciones en relación a tres tópicos principales: *conciencia de padecer un trastorno mental; atribución de consecuencias sociales a dicho trastorno; y la capacidad de identificar la necesidad y/o beneficio de tratamiento* (1). Los estudios de CE en el Trastorno Bipolar (TB) han descrito como una de sus características principales la presentación *estado dependiente* del fenómeno, es decir, en esta enfermedad el mayor deterioro de CE se daría mientras el paciente se encuentra cursando una fase maníaca, situación que tendería a mejorar una vez que remiten los síntomas anímicos y el paciente regresa a la eutimia (2). Este hecho, que se comportaría como un marcador de rasgo frente a pacientes con otras enfermedades psiquiátricas con compromiso de CE como la esquizofrenia, no ha mostrado coherencia absoluta en los datos empíricos. Dias *et al.* encontraron que la CE se encuentra deteriorada en el 60% de pacientes bipolares en eutimia (3), mientras que Varga *et al.* no dieron con diferencias significativas en los valores de CE entre pacientes bipolares y pacientes con esquizofrenia (4). Donde parece existir mayor acuerdo es en la relevancia clínica del deterioro de la CE en los trastornos bipolares, el cual ha sido relacionado con un pobre funcionamiento global, mayor severidad en la presentación de fenómenos psicopatológicos, y menor adherencia a tratamiento psiquiátrico (5). Es probable que también existan otras dimensiones clínicas comprometidas como consecuencia del deterioro de la CE en pacientes bipolares, en especial las relacionadas con el acto diagnóstico, el cual se fundamenta en muchas ocasiones desde el relato psicopatológico retrospectivo que ofrece el paciente durante la entrevista realizada por el equipo de salud mental. Al respecto, resulta relevante consignar que uno de los grandes desafíos asistenciales en el trastorno bipolar es dar respuesta al gran retraso diagnóstico que presenta esta enfermedad, con la consecuente demora en el inicio del tratamiento adecuado con estabilizadores del ánimo. La literatura al respecto es extensa y coincidente. Uno de los últimos artículos publicados referentes a este tópico mostró que el retraso diagnóstico es de 8.8 años para el TB tipo I, y de 13.5 años para el TB tipo II (6). En cuanto a la comprensión de la cascada causal de la CE, existen diversas formas de acercarse a hipótesis explicativas sobre el mayor o menor grado de CE en pacientes bipolares en eutimia. Desde una mirada biologicista, el fenómeno de la

conciencia de enfermedad ha sido concebido como una consecuencia del funcionamiento cognitivo (5); desde otras miradas, sería posible entender la conciencia de enfermedad como un fenómeno que se construye desde la biografía y el mundo interpersonal del paciente, con importante participación de variables psicosociales. El estudio aquí presentado indaga sobre algunas de las problemáticas anteriormente enunciadas. La pregunta de investigación nace de la relevancia asignada al constructo CE desde la práctica clínica, y el supuesto ofrecido en relación con su determinación en los procesos clínicos diagnósticos y terapéuticos de la enfermedad bipolar. Se pregunta entonces por las características de la CE en pacientes bipolares en eutimia, describiendo variables neuropsicológicas, y preguntando sobre la asociación entre disfunción cognitiva y CE. También se describen variables clínico-asistenciales de plausible asociación con el grado de CE en el grupo de pacientes bipolares estudiados.

METODOLOGÍA

La metodología propone un estudio analítico observacional de corte transversal que busca conocer la relación entre el grado de conciencia de enfermedad, funcionamiento cognitivo y variables clínico-asistenciales, en pacientes bipolares en eutimia pertenecientes a la Unidad de Trastornos del Ánimo del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso.

Objetivos específicos

1. Medir el grado de conciencia de enfermedad en pacientes bipolares en eutimia.
2. Evaluar si el grado de conciencia de enfermedad se relaciona con dimensiones de funcionamiento cognitivo.
3. Conocer el grado de correlación entre variables clínico-asistenciales y el grado de conciencia de enfermedad en pacientes estudiados.

El universo definido para esta investigación está dado por los pacientes con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar en eutimia según criterio DSM-IV TR evaluados por equipo interdisciplinario de la Unidad de Trastornos del Ánimo del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso. Un total de 38 pacientes cumplieron criterios de ingreso al protocolo de estudio durante el periodo de enrolamiento. Cada uno de los pacientes completó el proceso de consentimiento informado. El grado de CE se estudió mediante la aplicación de instrumento clínico SUMD (Scale of Unawareness of

Tabla 1
DESCRIPCIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS Y
SOCIODEMOGRÁFICAS.

Variable	X
Edad	37,6
Género (masc/fem)	16 / 22
Escolaridad	12,7 (2.3)
HAM-D	3,0 (2.2)
YMRS	1,3 (1.7)
Edad 1° fase anímica	20,3 (6.3)
N° hospitalizaciones	3,6
Retraso diagnóstico	7,9 (años)

YMRS: Young Mania Rating Scale, HAM-D: Hamilton Depression

Tabla 2
CORRELACIÓN ENTRE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y
VARIABLES CLÍNICO-ASISTENCIALES

Variable Clínica	Coefficiente Spearman
Tipo de fase anímica última hospitalización	0.08
Edad de 1ª fase anímica	0.15
Adherencia según niveles plasmáticos	-0.14
Historia de síntomas psicóticos	-0.32
Número de hospitalizaciones	0.07
Tiempo desde última hospitalización	-0.12
Retraso diagnóstico (años)	-0.06
Índice de polaridad	0.00

Mental Disorder) en su versión abreviada en español (7). El estado de eutimia se valoró con escalas Young Mania Rating Scale (YMRS), y Hamilton Depression (HAM-D). El funcionamiento cognitivo de pacientes bipolares en eutimia se estudió mediante la batería neuropsicológica computarizada Cogstate®, la cual mide ocho dominios cognitivos: velocidad de procesamiento psicomotor, atención y vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visual, razonamiento y resolución de problemas, funciones ejecutivas y cognición social. Finalmente se consideraron variables demográficas como edad y género, y variables clínico-asistenciales como el número de hospitalizaciones, edad de primera fase anímica, índice de polaridad, tiempo desde la última hospitalización, tipo de fase anímica en la última hospitalización, tiempo de retraso diagnóstico medido en años, adherencia terapéutica medida indirectamente a través de niveles plasmáticos de estabilizadores del ánimo, y antecedentes de presencia de síntomas psicóticos en algún momento del curso de la enfermedad. El análisis estadístico consideró la utilización de software STATA versión 12. La estadística inferencial consideró el análisis de la asociación entre disfunción cognitiva y conciencia de enfermedad mediante coeficiente de correlación de Spearman. El mismo análisis se realizó para la correlación con variables demográficas y clínico-asistenciales

RESULTADOS

La muestra del estudio estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (22/16). El promedio de edad fue de 37,6 años, con un promedio de 12,7 años de escolaridad, hecho que permitió realizar una evaluación

adecuada de las pruebas de funcionamiento cognitivo incluidas en el software Cogstate. El promedio de la edad de la primera fase anímica fue de 20,3 años, constatando un retraso diagnóstico de 7,9 años, valor similar a lo reflejado en la literatura (6). La revisión de variables asistenciales constató un promedio de 3,6 hospitalizaciones por causa del trastorno bipolar en la muestra estudiada. La Tabla 1 muestra los principales resultados de la medición de variables sociodemográficas y clínico-asistenciales.

La aplicación de la Escala SUMD constató que un 47,3% de la muestra mostró algún grado de deterioro de su conciencia de enfermedad. Los resultados del estudio de correlación entre el grado de CE y variables clínico-asistenciales dieron cuenta de bajos niveles de asociación en términos generales. El "índice de polaridad", "retraso diagnóstico", "número de hospitalizaciones" y "tipo de fase anímica durante la última hospitalización" mostraron los menores valores en el análisis mediante coeficiente de Spearman. La "historia de síntomas psicóticos" en la biografía del paciente fue la variable que mostró el mayor valor de correlación, con un coeficiente de -0.32 , situación coincidente con algunos datos de la literatura (7). La Tabla 2 resume los valores de coeficientes de correlación para cada una de las variables clínico-asistenciales estudiadas.

La batería neuropsicológica Cogstate aplicada a pacientes en eutimia, reveló datos que fueron analizados según dimensión cognitiva. Los valores de correlación fueron bajos tomando en consideración la totalidad de las funciones cognitivas analizadas. La prueba de "cognición social" destacó como una de las dimensiones de mayor correlación con el grado de conciencia de enfermedad, con un valor de 0.32 , coeficiente que aun siendo bajo, se diferencia de forma

Tabla 3
CORRELACIÓN ENTRE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

Dimensión cognitiva	SUMD
Shopping list (aprendizaje y memoria verbal)	-0.003
Shopping list recall	-0.009
Groton Maze Learning task (funciones ejecutivas)	-0.238
Set shifting task (funciones ejecutivas)	-0.181
Detection Task (Velocidad de procesamiento psicomotor)	-0.127
Identification Task (Atención – velocidad de respuesta)	-0.124
One card learning task (aprendizaje y memoria visual)	-0.108
One back task (memoria de trabajo)	0.103
Social emotion cognition task (cognición social)	0.317

importante del resto de las dimensiones cognitivas valoradas. La Tabla 3 muestra los valores de correlación con el grado de conciencia de enfermedad para cada una de las dimensiones cognitivas estudiadas.

CONCLUSIONES

La conciencia de enfermedad en el Trastorno Bipolar es un área de estudio de gran complejidad debido a la ausencia de consensos en cuanto a la conceptualización del fenómeno en pacientes que padecen un trastorno mental. La primera dificultad frente a este hecho estaría dada por la validez de los instrumentos que intentan describir este fenómeno en un tiempo determinado. La evaluación en estos términos plantea tácitamente al menos dos interrogantes: el de la estabilidad temporal del fenómeno y la posibilidad de dar valor numérico a un estado subjetivo del individuo mediante una entrevista clínica semiestructurada. Estas dudas han sido abordadas en los estudios de validación de la escala SUMD utilizada (8).

Nuestra investigación ofrece información en relación con un tópico de gran relevancia en el proceso diagnóstico y terapéutico de pacientes con Trastorno Bipolar. Si bien la muestra de pacientes es pequeña, el exhaustivo análisis de cada uno de los casos permite ofrecer datos de utilidad para el planteamiento de futuras preguntas de investigación.

El primer análisis de importancia da cuenta de la alta proporción de pacientes bipolares que, aun estando en eutimia, presentan algún grado de deterioro de conciencia de enfermedad. Al respecto los datos en la literatura son heterogéneos (2, 3). Se aporta información, por tanto, al debate en relación a la conciencia de enfermedad como marcador de rasgo en pacientes bipolares en eutimia, situación que requiere de mayores estudios para ser aclarada.

Los objetivos de la investigación proponen un análisis desde un supuesto de asociación entre funcionamiento cognitivo y conciencia de enfermedad. En este sentido, los datos aportados no permiten confirmar dicha hipótesis. Los valores de correlación fueron bajos en todas las dimensiones cognitivas evaluadas, sin embargo el estudio de la dimensión “cognición social” fue el que presentó comparativamente el mayor coeficiente de correlación, fenómeno que sugiere un área de estudio interesante, ya que acerca la comprensión del fenómeno de conciencia de enfermedad al proceso de codificación, almacenamiento y aplicación de información al mundo de las relaciones interpersonales. Desde aquí, entender la enfermedad psiquiátrica como una realidad que se constituye fundamentalmente desde el encuentro interpersonal asoma como razonable argumentación.

Las variables clínico-asistenciales consideradas fueron seleccionadas con una lógica plausible desde el ejercicio clínico. La “edad de la primera fase anímica”, el “número de hospitalizaciones” y el “tiempo transcurrido desde la última hospitalización” hasta el momento de la evaluación, eran variables que hipotéticamente podrían haber mostrado altos niveles de correlación con el grado de conciencia de enfermedad, desde una mirada que propone cómo el devenir de la enfermedad va sumando experiencia desde la vivencia. El “índice de polaridad” (predominancia del tipo de fase anímica), y el “grado de retraso diagnóstico” (tiempo desde la primera fase anímica hasta el diagnóstico de trastorno bipolar) tampoco reflejaron correlaciones importantes con el grado de conciencia de enfermedad. El estudio de correlación entre “nivel de adherencia terapéutica” (medido a través de niveles plasmáticos de fármacos estabilizadores del ánimo) y el grado de CE, mostró bajos índices de correlación, constatando que la frecuente asociación desde la práctica clínica entre conciencia

de enfermedad y adherencia terapéutica no sería un fenómeno de pleno consenso. Por último, la historia de síntomas psicóticos fue la variable que presentó el mayor grado de correlación en comparación con las demás variables estudiadas, revelando que la presencia de fenómenos psicóticos podría presentarse como un elemento diferenciador entre las distintas presentaciones de trastornos bipolares, tal como lo han revelado otros estudios (7).

Los datos ofrecidos dan cuenta de una ausencia de altos niveles de correlación entre CE y las variables estudiadas; sin embargo, la dimensión cognitiva “cognición social” y la variable clínica “antecedente de síntomas psicóticos”, revelaron índices de correlación que se diferenciaron de la mayoría de las variables estudiadas, sugiriendo la importancia de profundizar el estudio del rol de dichas variables en el grado de CE.

La presente investigación ofrece información que permite el planteamiento de nuevas preguntas de estudio, las cuales deberían incorporar de forma más amplia variables psicosociales, poniendo énfasis en aspectos culturales y estudios de estigma, como dimensiones que probablemente están jugando un rol importante en la “comprensión” de “enfermedad” por parte de los pacientes. Es posible que aspectos relacionados con el mundo interpersonal del individuo también pudieran tener un rol relevante. Al respecto, el indagar, por ejemplo, en los grados de percepción de enfermedad por parte de familiares directos y otros significativos para el paciente podría ofrecer información valiosa para una mejor descripción del fenómeno de la conciencia de enfermedad. Por último, el

incorporar metodologías cualitativas que permitan acceder a las narrativas de los pacientes en relación con su enfermedad se presenta como una herramienta no solo deseable sino necesaria.

El estudio de la CE en pacientes con Trastorno Bipolar en eutimia se presenta como un área de estudio tan compleja como necesaria. La disponibilidad de fármacos eficaces no exime el desafío clínico permanente de la adherencia terapéutica y mejoras en la calidad de vida. Resulta por tanto necesario permanecer en la generación de estudios que permitan avanzar en una mejor descripción y comprensión del fenómeno de la conciencia de enfermedad.

REFERENCIAS

1. David and Amador. *Insight and psychosis*. Oxford University Press 2004
2. Ghaemi *et al.* Is insight in mania state – dependent? A meta-analysis. *J nerv Ment Dis* 2004; 192: 771-5
3. Dias *et al.* Clinical and neurocognitive correlates of insight in patients with bipolar disorder in remission. *Acta Psychiatry Scand* 2008; 117: 28-34
4. Varga *et al.* Clinical and neuropsychological correlates of insight in schizophrenia and bipolar disorder: Does diagnosis matter?. *Compr Psychiatry* 2007; 48: 583-591
5. Marieke J Van der Werf-Eldering *et al.* Insight in bipolar disorder: associations with cognitive and emotional processing and illness characteristics. *Bipolar Disorders* 2011; 13 : 343-354
6. Drancourt *et al.* Duration of untreated bipolar disorder: missed opportunities on the long road to optimal treatment. *Act Psychiatry Scand* 2013; 127:136-144
7. Van des werf-Eldering *et al.* *Bipolar disorders* 2011:13:343-354
8. Ruiz *et al.* “Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD)”. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36 (2) : 111-119

INVESTIGACIÓN

INDEPENDENCIA DE LOS ESTILOS DE APRENDIZAJE DE KOLB Y LAS INTELIGENCIAS MÚLTIPLES EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN FÍSICA DE LA USEK DE CHILE

(Rev GPU 2015; 11; 2: 209-215)

Fernando Maureira¹, Fabiola Durán, Sebastián Pastén, María Paz Herrera, Pamela Urquejo, Leonardo Opazo

Los objetivos del presente estudio fueron describir los estilos de aprendizaje de Kolb y el nivel de desarrollo de las inteligencias múltiples en estudiantes de educación física de la USEK de Chile. También se estudió la relación entre ambas variables. Para ello se evaluó a 192 alumnos de la carrera mediante el Inventario de Estilos de Aprendizaje de Kolb y el Multiple Intelligences Developmental Assessment Scales (MIDAS). Los resultados muestran que estos estudiantes son preferentemente convergentes y que en la mayoría de los casos los estilos permanecen constantes durante los cuatro años de carrera. Por su parte, las inteligencias menos desarrolladas son la musical y la matemática, siendo la intrapersonal la que alcanza mayores puntuaciones. Finalmente, no existe relación entre los estilos de aprendizaje y las siete inteligencias en la muestra evaluada. Son necesarias futuras investigaciones de los estilos de aprendizaje y su relación con otra variables cognitivas.

INTRODUCCIÓN

Para Keefe (1979) los estilos de aprendizaje son comportamientos cognitivos, afectivos y psicológicos que sirven como indicadores relativamente estables de la manera en que las personas perciben, integran y responden en un ambiente de aprendizaje. Por su parte, Kolb (1984) argumenta que si bien existen diverso

estilos para aprender, ninguno es mejor que otro y que la clave para un aprendizaje efectivo es ser competente en cada modo cuando se requiera.

En la actualidad existen variados modelos sobre los estilos de aprendizaje (Dunn y Dunn, 1974; Herrmann, 1990; Honey-Munford, 1982; etc.), siendo el modelo de Kolb (1984) uno de los más utilizados. Este se basa en un ciclo de cuatro etapas: a) Experiencia concreta,

¹ Docente Facultad de Patrimonio Cultural y Educación. Universidad SEK. Santiago, Chile. E-mail: maureirafernando@yahoo.es

que enfatiza un involucramiento con las personas y las situaciones diarias, donde se aprende a través de los sentimientos y la relación con la gente. b) Observación reflexiva, que involucra la interpretación de ideas y situaciones desde diversos puntos de vista, donde se aprende observando y buscando significado a las cosas. c) Conceptualización abstracta, que involucra el uso de la lógica y las ideas para entender problemas, donde se aprende a través del pensamiento y la planificación. d) Experimentación activa, que involucra la acción, la experimentación y los cambios de situaciones, donde se aprende a través del hacer cosas.

A partir de estas etapas Kolb identifica cuatro tipos de aprendedores:

- Acomodador: que surge de la experimentación activa y la experiencia concreta. Se caracteriza por hacer cosas e involucrarse en experiencias nuevas, se destacan en situaciones donde hay que adaptarse a circunstancias inmediatas específicas, son pragmáticos, se sienten cómodos con las personas, son sensitivos, etc.
- Divergente: que surge de la experiencia concreta y la observación reflexiva. Posee una fuerte capacidad imaginativa, tiende a considerar situaciones concretas desde muchas perspectivas, son sensitivos, sentimentales y observadores, se interesan en las personas y el arte, producen muchas ideas, etc.
- Asimilador: que surge de la observación reflexiva y la conceptualización abstracta. Tiene la capacidad de crear modelos teóricos, se caracteriza por un razonamiento inductivo y poder juntar observaciones dispares en una explicación integral, se interesan menos por las personas que por los conceptos abstractos, y dentro de estos prefiere lo teórico a la aplicación práctica.
- Convergente: que surge de la conceptualización abstracta y la experimentación activa. Se caracteriza por la aplicación práctica de las ideas, se desempeña mejor en las pruebas que requieren una sola respuesta o solución concreta para una pregunta o problema, posee buen razonamiento hipotético-deductivo, son poco sensibles, prefirieren las cosas a las personas, etc.

En la actualidad existen numerosos estudios que describen los estilos de aprendizaje de Kolb en estudiantes universitarios de nuestro país en áreas como salud y ciencia (Bitrán *et al.* 2003, 2004, 2005; Concha y López, 2009) y en educación física (Maureira y Bahamondes, 2013) donde se observa que de un total de 254 alumnos de dos universidades el 36% fue divergente,

el 24% asimilador, el 25% acomodador y el 14% convergente en primer año, y el 60% es divergente, 18% asimilador, 14% acomodador y 10% convergente en cuarto año.

Por otra parte, Gardner (1983) da inicio a la teoría de las inteligencias múltiples, fundamentando la existencia de siete tipos de inteligencias: la musical (aptitudes para la composición, interpretación, oído y discernimiento musical), la kinestésica o cinestésica-corporal (aptitudes de control y armonización de movimientos a nivel corporal o manual), lógico-matemática (aptitudes para el razonamiento lógico y numérico), espacial (aptitudes para la percepción y recreación de formas de manera no concreta), lingüística (aptitudes en la generación y utilización del discurso hablado y escrito), interpersonal (aptitudes para las relaciones sociales, para la motivación de otros, para entender los estados de ánimos, etc.) e intrapersonal (capacidad de introspección y autoanálisis).

Para Orozco (2010) este modelo permite desarrollar diferentes facetas de la cognición y también un mayor éxito académico. Pérez y Beltrán (2006) plantean que la teoría de Gardner tiene muchas aplicaciones en educación, como la selección de los elementos más relevantes en las diversas asignaturas para lograr aprendizajes significativos en áreas no tradicionales del aprendizaje.

El nuestro país Castillo *et al.* (2000, 2002), validaron el Multiple Intelligences Developmental Assessment Scales (MIDAS), instrumento creado por Shearer (1995) para medir el desarrollo de las inteligencias múltiples. Por su parte, Maureira, Méndez y Soto (2014) validaron esta misma escala en estudiantes de educación física.

Siguiendo los trabajos de Castaño (2004) que muestran la independencia de los estilos de aprendizaje de Kolb con la inteligencia medida con las matrices progresivas de Raven y el test de flexibilidad cognitiva de seis dedos y de Maureira, Aravena, Gálvez y Cea (2014) que muestran que no existe relación entre los estilos de aprendizaje y la atención selectiva, la memoria visual y las funciones ejecutivas (inhibición de la interferencia y planificación) es que se ha establecido el objetivo principal del presente estudio: Determinar si existe relación entre los estilos de aprendizaje de Kolb y los niveles de desarrollo de las inteligencias múltiples de los estudiantes de educación física USEK 2014. Esto para dar argumentos de la independencia de los estilos de aprendizaje de otras funciones cognitivas o constructos psicológicos y, por lo tanto, fundamentar la pertinencia de su estudio como otra característica del aprendizaje.

MATERIAL Y MÉTODO

MUESTRA: Se trabajó con una muestra no probabilística intencional, que estuvo constituida por 192 estudiantes de educación física de la USEK. La edad mínima fue de 18 años y la máxima 34 años, con una media de 22,6 (d.e.=3,23). Del total, 28 (14,58%) corresponden a damas y 164 (85,41%) a varones. Del total de estudiantes evaluados 100 (52,08%) son alumnos de la jornada diurna de la carrera y 92 (47,91%) son de jornada vespertina. Finalmente, 46 (23,95%) corresponde a estudiantes de primer año, 50 (26,04%) a segundo año, 58 (30,20%) a tercer año y 38 (19,79%) a cuarto año.

INSTRUMENTOS: Se utilizó el learning style inventori (LSI) de Kolb, un instrumento de autoinforme que consta de nueve filas (horizontales), identificadas por las letras "A" hasta la "I". Cada fila es un conjunto de cuatro situaciones de aprendizaje. Se debe asignar un puntaje (de 1 a 4) a cada una de las situaciones de una fila determinada, respondiendo a la pregunta: "¿cómo aprendo mejor?". La calificación de 4 puntos corresponde a la situación que reporta más beneficios cuando alguien aprende, y se asignan los puntajes 3, 2 y 1 a las restantes situaciones expuestas en la fila, en función de la efectividad que tienen estas en la forma de aprender. Este instrumento ha sido ampliamente validado.

El Multiple Intelligences Developmental Assessment Scales (MIDAS) es un instrumento para medir el desarrollo de las inteligencias múltiples en adultos, mediante preguntas con 6 alternativas de respuesta, donde cada opción posee una puntuación (a=1; b=2; c=3; d=4; e=5; f=0). El instrumento posee 106 preguntas: las 14 primeras corresponden a la inteligencia musical, las 13 siguientes a la inteligencia cinestésica, 17 a la inteligencia matemática, 15 a la inteligencia espacial, 20 a la inteligencia lingüística, 18 a la inteligencia interpersonal y 9 a la inteligencia intrapersonal. Este instrumento es confiable y válido en estudiantes de educación física (Maureira, Méndez y Soto, 2014).

PROCEDIMIENTO: El test de escala evolutiva de evaluación de inteligencia y el cuestionario de estilos de aprendizaje de Kolb fueron aplicados a los estudiantes de pedagogía en educación física de la Universidad SEK de Santiago de Chile en el primer semestre del año académico de 2014, fue resuelto en horario de clases en forma individual y su aplicación duró aproximadamente 50 minutos. Cada estudiante que conformó la muestra firmó un consentimiento informado.

ANÁLISIS DE DATOS: El análisis de datos se realizó a través del programa SPSS 16.0 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva, pruebas de proporciones para los estilos de aprendizaje por sexo, curso y jornada, pruebas t y ANOVAs para comparar las inteligencias múltiples por sexo, curso y jornada, y correlaciones de Spearman para relacionar los estilos de aprendizaje y las inteligencias múltiples.

RESULTADOS

Estilos de aprendizaje

A continuación en la Tabla 1 se presenta la estadística descriptiva de los estilos de aprendizaje medido con el inventario de Kolb de los estudiantes de educación física de la USEK del año 2014. El porcentaje más alto fue alcanzado por el estilo convergente (42,2%) y el más bajo fue del estilo acomodador (8,3%).

En la Tabla 2 se observan las pruebas de proporciones de los estilos de aprendizaje de los estudiantes de educación física de la USEK. El estilo convergente es estadísticamente más frecuente que los otros tres, el acomodador se presenta de igual forma que el asimilador y el divergente es el de menor frecuencia en la muestra.

En la Tabla 3 se observan los porcentajes de los estilos de aprendizaje en los cuatro cursos de la carrera de educación física. La frecuencia más alta del estilo acomodador fue obtenida en cuarto año (31,6%), del

Tabla 1
FRECUENCIA DE LOS ESTILOS DE APRENDIZAJE DE ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE EDUCACIÓN FÍSICA DE LA USEK

	Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Acomodador	42	21,9	21,9	21,9
Asimilador	53	27,6	27,6	49,5
Convergente	81	42,2	42,2	91,7
Divergente	16	8,3	8,3	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Tabla 2
PRUEBAS DE PROPORCIONES DE LOS ESTILOS DE APRENDIZAJE DE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN FÍSICA

	Acomodador	Asimilador	Convergente	Divergente
Acomodador		-1,297	-4,367**	3,791**
Asimilador			-3,037**	5,091**
Convergente				8,303**
Divergente				

* Diferencia significativa al 0,05

** Diferencia significativa al 0,01

Tabla 3
FRECUENCIA DE LOS ESTILO DE APRENDIZAJE EN LOS CUATRO AÑOS DE LA CARRERA DE EDUCACIÓN FÍSICA DE LA USEK

	Acomodador	Asimilador	Convergente	Divergente
Primer año	8 (17,4%)	10 (21,7%)	21 (45,7%)	7 (15,2%)
Segundo año	5 (10,0%)	20 (40,0%)	23 (46%)	2 (4,0%)
Tercer año	17 (29,3%)	14 (24,1%)	24 (41,4%)	3 (5,2%)
Cuarto año	12 (31,6%)	9 (23,7%)	13 (34,2%)	4 (10,5%)

estilo asimilador fue en segundo año (40%), del estilo convergente fue en segundo año (46%) y del estilo divergente fue en primer año (15,2%).

Las pruebas de proporciones muestran que el estilo de aprendizaje acomodador presenta diferencias entre segundo y tercer año ($Z=-2,633$) y entre segundo y cuarto año ($Z=-2,496$). No existen diferencias entre los otros cursos. La frecuencia del estilo acomodador se mantiene baja en primero y segundo año aumentando hacia tercero y cuarto.

El estilo de aprendizaje asimilador presenta diferencias entre primer y segundo año ($Z=-1,986$), no existiendo diferencias entre los otros cursos. La frecuencia del estilo asimilador aumenta entre primero y segundo año de la carrera, manteniéndose constante hacia cuarto año.

Los estilos de aprendizaje convergente y divergente no presentan diferencias entre ninguno de los cursos. La frecuencia de estos estilos se mantiene constante durante los cuatro años de carrera.

En relación con los estilos de aprendizaje por jornadas de clases, las pruebas de proporciones muestran que no existen diferencias entre los estudiantes de educación física de la jornada diurna y vespertina (acomodador $Z=-0,301$; asimilador $Z=-1,774$; convergente $Z=-1,223$; divergente $Z=-0,175$).

Finalmente, en relación con los estilos de aprendizaje según el sexo de la muestra, las pruebas de proporciones muestran que no existen diferencias entre damas y varones (acomodador $Z=-1,204$; asimilador $Z=1,774$; convergente $Z=1,732$; divergente $Z=0,451$).

Tabla 4
VALORES MEDIOS DEL DESARROLLO DE LAS INTELIGENCIAS MÚLTIPLES DE LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN FÍSICA DE LA USEK DE CHILE (EN PARÉNTESIS SE OBSERVAN LAS DESVIACIONES ESTÁNDAR).

	1 ^{er} año	2 ^o año	3 ^{er} año	4 ^o año	Total
Musical	2,64 (0,82)	2,74 (0,70)	2,68 (0,71)	2,69 (0,70)	2,69 (0,73)
Cinestésica	3,11 (0,52)	3,22 (0,49)	3,10 (0,53)	3,28 (0,47)	3,18 (0,50)
Matemática	2,68 (0,61)	2,70 (0,56)	2,66 (0,64)	2,91 (0,61)	2,73 (0,61)
Espacial	2,71 (0,58)	2,90 (0,63)	2,78 (0,54)	2,85 (0,51)	2,81 (0,57)
Lingüística	2,90 (0,53)	3,05 (0,50)	2,89 (0,51)	3,09 (0,62)	2,97 (0,54)
Interpersonal	3,35 (0,65)	3,44 (0,67)	3,35 (0,65)	3,50 (0,64)	3,39 (0,64)
Intrapersonal	3,53 (0,59)	3,61 (0,58)	3,56 (0,64)	3,61 (0,69)	3,58 (0,62)

Inteligencias múltiples

En la Tabla 4 se presentan las medias de las puntuaciones de cada inteligencia por curso de la carrera de educación física de la USEK. Se puede observar que las inteligencias musical y matemática poseen las medias más bajas, en cambio las inteligencias cinestésica, intrapersonal e interpersonal poseen el desarrollo más alto. La prueba de Welch (57,799; $gl_1=6$; $gl_2=593,354$; $p=0,000$) y de Brown-Forsythe (62,677; $gl_1=6$; $gl_2=1268$; $p=0,000$) muestran que existen diferencias entre las medias totales de las siete inteligencias. Posteriormente, en la prueba de Tukey se observa que la puntuación de la inteligencia musical y matemática es menor a todas las demás, la espacial es igual a la lingüística pero menor a la cinestésica e interpersonal. La inteligencia más desarrollada fue la intrapersonal.

Las pruebas de ANOVAs muestran que no existen diferencias al comparar las medias de la inteligencia musical ($F=0,163$; $p=0,921$), cinestésica ($F=1,437$; $p=0,233$), matemática ($F=1,526$; $p=0,209$), espacial ($F=1,021$; $p=0,384$), lingüística ($F=1,619$; $p=0,170$), interpersonal ($F=0,550$; $p=0,649$) e intrapersonal ($F=0,158$; $p=0,924$) entre los cuatro cursos de la carrera de educación física.

En relación con las inteligencias múltiples por jornadas de clases no existen diferencias en la inteligencia musical ($t=-1,773$; $p=0,078$), cinestésica ($t=1,742$; $p=0,083$), matemática ($t=0,142$; $p=0,887$), espacial ($t=1,523$; $p=0,129$), lingüística ($t=1,214$; $p=0,226$) e interpersonal ($t=0,282$; $p=0,778$) entre estudiantes diurnos y vespertinos. Sí se muestran diferencias en la inteligencia intrapersonal ($t=2,168$; $p=0,031$) siendo los alumnos de jornada diurna quienes presentan una media más alta.

Finalmente, en relación con las inteligencias múltiples según el sexo de la muestra, las pruebas t muestran que no existen diferencias en la inteligencia cinestésica ($t=0,608$; $p=0,544$), espacial ($t=0,497$; $p=0,620$), lingüística ($t=0,574$; $p=0,567$), interpersonal ($t=0,672$; $p=0,512$) e intrapersonal ($t=0,399$; $p=0,691$). Pero los varones poseen un mayor desarrollo de la inteligencia musical ($t=-2,678$; $p=0,008$) y matemática ($t=-2,279$; $p=0,024$).

Relación entre los estilos de aprendizaje y las Inteligencias múltiples

En la Tabla 5 se observan las correlaciones entre los estilos de aprendizaje de Kolb y las inteligencias múltiples. De igual forma como Castaño (2004) mostró la falta de relación entre los estilos de aprendizaje y el coeficiente intelectual, aquí se aprecia que no existe relación entre los estilos de aprendizaje y las inteligencias múltiples.

Tabla 5

CORRELACIONES DE SPEARMAN ENTRE LOS ESTILOS DE APRENDIZAJE Y LAS INTELIGENCIAS MÚLTIPLES DE LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN FÍSICA DE LA USEK DE CHILE

	Rho Spearman
Musical	$r=0,069$; $p=0,344$
Cinestésica	$r=0,086$; $p=0,237$
Matemática	$r=-0,018$; $p=0,805$
Espacial	$r=-0,004$; $p=0,951$
Lingüística	$r=0,066$; $p=0,360$
Interpersonal	$r=0,016$; $p=0,824$
Intrapersonal	$r=0,043$; $p=0,554$

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De estos resultados es posible concluir que el estilo de aprendizaje convergente es el más frecuente en estudiantes de educación física de la USEK, los cuales se caracterizan por la aplicación práctica de las ideas y gustan más de los problemas que requieren una sola respuesta. Estos estudiantes captan la información de manera abstracta y la procesan activamente, en forma experiencial, todas estas características fundamentales en un profesor de educación física ya que su campo laboral se basa en el hacer, en llevar a la práctica sus conocimientos mediante la experiencia corporal del aprendizaje motor.

Por otra parte, se puede observar que los estilos de aprendizaje permanecen constantes a lo largo de los años de formación académica, ya que las frecuencias de cada estilo son muy similares entre 1° y 4° año. Tampoco se observan diferencias entre los estudiantes de la jornada diurna y vespertina, lo que da cuenta de un posible perfil de los estudiantes de educación física de la USEK en relación con la forma de captar y procesar la información. Para asegurar esto sería recomendable realizar estudios longitudinales de estos estudiantes y además realizar investigaciones en otras carreras de educación física, con el fin de determinar si esto es una característica particular de este grupo de estudiantes o es una constante que se da en alumnos de esta formación. Finalmente, tampoco se observan diferencias en los estilos de aprendizaje entre damas y varones.

En relación con las inteligencias múltiples de estos estudiantes, se observan diferencias en su desarrollo ($p=0,000$), siendo las puntuaciones más bajas en la inteligencia musical y matemática, que según Tiburcio (2002) se encuentran íntimamente relacionadas, y la puntuación más alta fue alcanzada por la inteligencia intrapersonal.

La mayor parte de las inteligencias múltiples no presentó diferencias por sexo a excepción de la inteligencia musical donde se puede observar que los varones presentan un mayor desarrollo que las damas, misma situación que ocurrió con la inteligencia matemática. Según un estudio de Kane y Mertz (2011) sobre la diferencia en la habilidad matemática entre damas y varones, concluye que esto depende en gran medida de las costumbres culturales, ya que de los 86 países que evaluaron, aquellos donde las mujeres presentaban menor igualdad de oportunidades también presentaban puntuaciones inferiores a los hombres, además que esto últimos son más competitivos y de cierta manera cohiben la participación de las damas en estas actividades. En cambio los países que presentaban una educación separada de niños y niñas presentaban resultados muy similares entre ambos sexos. Finalmente, los autores concluyen que el desempeño de las damas en las matemáticas se debe más a la autoconfianza que a un talento genético para ello.

Los análisis por jornada de clases arrojaron que la mayoría de las inteligencias muestran puntajes similares; no obstante, en la inteligencia intrapersonal muestra que los estudiantes diurnos poseen mayor desarrollo que los vespertinos. Resultan necesarias nuevas investigaciones para aclarar esta situación, ya que las edades entre ambos grupos no presentan diferencias que pudiesen explicar las diferencias en la introspección de estos estudiantes.

Finalmente, se observa que entre los estilos de aprendizaje y las inteligencias múltiples no existe relación, por lo tanto ambos parecen ser constructos psicológicos independientes, al menos en la muestra evaluada. Esto quiere decir que el modo de percibir, procesar y responder ante situaciones de aprendizaje no depende del desarrollo de alguna de las inteligencias múltiples planteadas por Gardner, sino más bien pertenecen a un ámbito propio de espacio de actividad psíquica. Recordemos que Castaño (2004) mostró la independencia de los estilos de aprendizaje del coeficiente intelectual y Maureira *et al.* (2014) mostraron la independencia de los estilos de aprendizaje con la atención, memoria, inhibición y planificación; por lo tanto, este trabajo entrega nueva información sobre la realidad de los estilos de aprendizaje como un constructo natural que no depende de otras variables cognitivas y que ayuda a establecer esta variable del aprendizaje como un elemento concreto y que debe ser estudiado en forma separada de las demás funciones cerebrales.

Resultan necesarias más investigaciones sobre los estilos de aprendizaje en estudiantes de educación física, tratando de evaluar en forma longitudinal la evolución de estas en el contexto universitario. También resulta interesante relacionar los estilos de aprendizaje con otras variables del aprendizaje como la inteligencia emocional, la motivación, etc.

REFERENCIAS

1. Bitrán M, Zuñiga D, Lafuente M, Viviani P, Mena B (2003). Tipos psicológicos y estilos de aprendizaje de los estudiantes que ingresan a medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev Med Chile* 131, 1067-1078
2. Bitrán M, Zuñiga D, Lafuente M, Viviani P, Mena B (2004). Características psicológicas y estilos cognitivos de estudiantes de medicina y de otras carreras de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev Med Chile* 132, 809-815
3. Bitrán M, Zuñiga D, Lafuente M, Viviani P, Mena B (2005). Influencia de la personalidad y el estilo de aprendizaje en la elección de especialidad médica. *Rev. Med. Chile*, 133, 1191-1199
4. Castaño M (2004). Independencia de los estilos de aprendizaje de las variables cognitivas y afectivo-motivacionales. Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España
5. Castillo J, Pizarro S, Saavedra M, Redondo J, Alarcón D, Juliá M (2000). La aplicación del paradigma de las inteligencias múltiples en el mejoramiento de la calidad de la educación media y la orientación educacional. Proyecto FONDEF D00I1047, Universidad de Chile, 2000
6. Castillo J, Pizarro S, Saavedra M, Redondo J, Alarcón D, López C (2002). Presentación de resultados finales proyecto FONDEF D00I1047, Universidad de Chile, 2000. Santiago de Chile: FONDEF-CONICYT
7. Concha G, López I (2009). Estilos de aprendizaje y rendimiento teórico-práctico de alumnos de imagenología. Tercer año de odontología. *Int J Odontostomat* 3(1), 23-28
8. Dunn K, Dunn R (1974). Learning style as a criterion for placement in alternative programs. *Phi Delta Kappan* 36, 275-279
9. Gardner H (1983). *Frames of mind*. New York: Basic Book
10. Herrmann N (1990). *The Creative Brain*. Lake Lure: Basic books
11. Honey P, Mumford A (1982). *The Manual of Learning Styles*. Maidenhead: Honey
12. Kane J, Mertz J (2011). Debunking myths about gender and mathematics performance. *Notice of American Mathematical Society* 59(1), 10-21
13. Keefe J (1979). *Nassp student learning styles: Diagnosing and prescribing programs*. Technical report, National Association of Secondary School Principals, Reston: VA
14. Kolb D (1984). *Experiential Learning. Experience as the source of learning and Development*. New Jersey: Prentice Hall
15. Maureira F, Aravena C, Gálvez C, Cea S (2014). Independencia de los estilos de aprendizaje con la atención, memoria y función ejecutiva en estudiantes de pedagogía en educación física de la USEK de Chile. *Revista de Psicología Iztacala* 17(4), 1559-1579
16. Maureira F, Bahamondes V (2013). Estilos de aprendizaje de Kolb de los estudiantes de educación física de la UMCE, UISEK de Chile. *Revista Estilos de Aprendizaje* 11(11), 139-150

17. Maureira F, Méndez T, Soto C (2014). Inteligencias múltiples en estudiantes de educación física de La USEK de Chile. *Revista de Ciencias de la Actividad Física UCM*, 15(2), 53-62
18. Orozco M (2010). Confiabilidad y validez predictiva de la prueba de evolución de inteligencias múltiples de los estudiantes de los grados séptimo y noveno del colegio Eugenia Ravasco de Manizales. Tesis de Magister, Universidad de Manizales, Colombia
19. Pérez L, Beltrán J (2006). Dos décadas de inteligencias múltiples: implicaciones para la psicología de la educación. *Papeles del Psicólogo* 27(3), 147-164
20. Shearer B (1995). *The MIDAS manual*. U.S. Department of Education: National Institute on Disability and Rehabilitation Research
21. Tiburcio S (2002). Música y matemáticas. *Elementos: Ciencia y Cultura* 8, 21-26

