

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 4 DICIEMBRE 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. Nueva Providencia 1881, of. 1414 - Providencia
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 o en cualquier otro medio escrito.

ÍNDICE

312 EDITORIAL

- 312 SIGMUND FREUD, EL FACTOR "P" Y EL DESMONTAJE DE LA METAPSICOLOGÍA
Alberto Botto

314 ESCRÍBANOS

316 ACADÉMICAS

- 316 DIPLOMADO EN DIAGNÓSTICO, INDICACIÓN Y ESTRATEGIAS EN PSICOTERAPIA: DIAGNÓSTICO PSICODINÁMICO OPERACIONALIZADO (OPD-2)

317 COMENTARIO DE LIBROS

- 317 LEER AL ENFERMO. HABILIDADES CLÍNICAS EN LA FORMACIÓN PSIQUIÁTRICA
Autor: Mario Vidal Climent
Editorial: USACH, Santiago, 2015
Comentarista: *Hernán Silva*

319 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

321 ENSAYO

- 321 ¿MALESTAR EN LA CULTURA? ¿O LA TRAGEDIA DE LA MORALIDAD?
Hernán Villarino

323 REVISIÓN

- 323 ¿VULNERABLES O SENSIBLES? OXITOCINA, COMPORTAMIENTO SOCIAL Y DEPRESIÓN. IMPLICANCIAS PARA LA PSIQUIATRÍA Y LA PSICOTERAPIA
Alberto Botto

- 333 CONSIDERACIONES SOBRE LA MAGNITUD E IMPORTANCIA DEL EFECTO PLACEBO EN PSIQUIATRÍA
Diana Aceituno, Jaime Santander

339 PSICOANÁLISIS

- 339 ILUSIÓN DE ILUSIÓN
Bernardita Méndez

- 347 LITERATURA Y PSICOANÁLISIS EN LOS ESCRITOS DE SIGMUND FREUD
Juan Pablo Vildoso

353 PSICOTERAPIA

- 353 DE LA ACTITUD A LA COSMOVISIÓN TERAPÉUTICA: PROPUESTA DE UN MODELO PSICOSÓFICO. SEGUNDA PARTE
Rodrigo Brito

368 PSICOPATOLOGÍA

- 368 DESCARTES Y EL CUERPO EN EL NARCISISMO
Jacqueline Serra

379 PRÁCTICA CLÍNICA

- 379 PANDAS: ENFERMEDAD PEDIÁTRICA NEUROPSIQUIÁTRICA AUTOINMUNE ASOCIADA A INFECCIÓN POR ESTREPTOCOCO
Maritza Bocic, Paulina Cárcamo

- 383 LOS HERMANOS ENTRE LOS SOBREVIVIENTES A UN SUICIDIO
Tamara Rivera, Kurt Kirstein

390 CASO CLÍNICO

- 390 QUÉ OCURRE CUANDO NO VEMOS LO QUE LLAMAMOS UNIDAD BEBÉ-AMBIENTE (MADRE): UNA MIRADA RETROSPECTIVA DE UN CASO CLÍNICO
Patricia González

395 INVESTIGACIÓN

- 395 CAPACIDAD INTELECTUAL DE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN FÍSICA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE SANTIAGO DE CHILE
Fernando Maureira, Elizabeth Flores, María Ravanal

402 SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

- 402 AYAHUASCA: UNA INTRODUCCIÓN PARA PROFESIONALES CHILENOS DE LA SALUD MENTAL. PRIMERA PARTE
Matías Méndez

SIGMUND FREUD, EL FACTOR “P” Y EL DESMONTAJE DE LA METAPSICOLOGÍA

Alberto Botto

Tengo sobre la mesa de mi escritorio dos estupendos libros publicados recientemente: uno es la excelente y muy documentada biografía de Sigmund Freud preparada por Elizabeth Roudinesco (*Freud en su tiempo y en el nuestro*, Editorial Debate, 2015) y el otro es el *Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology*, editado por Patrick Luyten *et al.* (The Guilford Press, 2015), probablemente el texto sobre psicopatología psicoanalítica más actualizado disponible hasta el momento. Curiosa coincidencia. En el libro de Roudinesco encontramos a un Freud conocido: apasionado por el saber, erudito, contradictorio, empapado de mitos, personajes y citas provenientes de la literatura, casi confundido con la ficción, pero al mismo tiempo riguroso y obstinado en el estudio; es decir, aparece como un profundo investigador, apegado a la observación clínica, siempre atento a lo que sus pacientes mostraran y, quizás todavía más, a lo que dejaran de mostrar. Por su parte, el texto de Luyten *et al.* parte con la premisa de ser un trabajo con vocación empírica (apoyado, por supuesto, en las “ideas psicoanalíticas”) y cuya pretensión última es, justamente, “poner a prueba” dichas ideas. Los autores sostienen que en este momento estamos siendo testigos del nacimiento de una nueva psicología y psiquiatría psicodinámicas caracterizadas por cuatro puntos: (1) un lenguaje cada vez más relacional y cercano a la experiencia, (2) conceptos diagnósticos cada vez más integrativos, *transdiagnósticos* y basados en el desarrollo, (3) una mayor apertura a las aproximaciones empíricas en diálogo con otros campos de la investigación científica, y (4) un mayor apoyo de la evidencia respecto de la eficacia y la efectividad de los tratamientos psicodinámicos.

Durante el mes de noviembre pasado estuvo en Chile Peter Fonagy¹ (coeditor del segundo de los textos mencionados al comienzo), reconocido psicoanalista e incansable investigador en psicoterapia, invitado a participar en una serie de actividades organizadas por el Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP). Durante uno de los encuentros sostuvo una animada y muy natural conversación con Juan Pablo Jiménez, donde no faltaron ideas novedosas, recuerdos personales y un refinado sentido del humor. Allí pudo referir ampliamente su historia, sus inicios en el psicoanálisis y sus motivaciones más recientes. Fue muy enfático al señalar que está lejos de su interés el formar una nueva escuela de psicoterapia (aludiendo a sus trabajos sobre la psicoterapia basada en la mentalización) y subrayó la importancia de sostener a largo plazo un trabajo en equipo, siempre con la intención de acercar sus hipótesis a la práctica clínica. Apoyado en la teoría de la pedagogía natural –relacionada con la transmisión de la cultura y el aprendizaje social–, durante los últimos años Fonagy (2015) ha desarrollado el concepto de “confianza epistémica” entendida como la capacidad de un individuo para considerar el conocimiento proveniente de otra persona como confiable, generalizable y relevante para el *self*; es decir, confianza en la posibilidad de aprender de la experiencia social. La confianza epistémica ha sido vinculada con el estilo de apego y la capacidad de mentalizar, de modo que, puesto en términos simples,

¹ Para quienes estén interesados, recomiendo la entrevista realizada a Peter Fonagy publicada el año pasado en GPU (Rev GPU 2014; 10; 2: 161-170).

para un niño con apego seguro el cuidador será considerado como una fuente confiable de conocimiento. Según este modelo, el cambio terapéutico no se debe solo al *insight* que se obtiene dentro de la consulta sino a la capacidad de la relación terapéutica de potenciar el aprendizaje acerca de uno mismo y de los demás fuera del encuadre de la sesión, es decir, en el ambiente social donde se desarrolla el individuo. Pero todavía hay más. En un intento por establecer una correlación entre la confianza epistémica y alguna medida de psicopatología, Fonagy utiliza el concepto de “factor p” (Caspi *et al.*, 2014) –un constructo estadístico que entrega un valor dimensional de psicopatología general– y plantea que dicho factor correspondería a la magnitud de la confianza epistémica. De esta manera, una persona con un elevado puntaje en el “factor p” presentaría un estado de hipervigilancia y, en consecuencia, sería un indicador de desconfianza epistémica.

Ciertamente no es mi intención confundir al lector con una terminología que a primera vista parece poco clara y cuya comprensión requiere de un mayor desarrollo de las ideas, tarea que este espacio no permite. Para eso lo remito a la lectura de las referencias. El propósito de estas líneas es poner en perspectiva, de manera deliberadamente forzada, el devenir que ha tenido el psicoanálisis desde Freud hasta nuestros días,

específicamente bajo un cierto enfoque –la teoría del apego, la mentalización y la investigación en psicoanálisis– considerando que la propuesta de Fonagy es una más dentro de lo que podría denominarse el “psicoanálisis contemporáneo”. Por lo mismo, es evidente que en la actualidad resulta impensable identificar al psicoanálisis con la totalidad de las ideas de Freud, sin embargo vale la pena hacer un ejercicio comparativo entre los dos textos mencionados y, aprovechando su naturaleza diversa –uno de carácter biográfico y el otro científico–, preguntarse: luego de más de un siglo de psicoanálisis, ¿qué ha ocurrido desde que Sigmund Freud dejara la fisiología para dedicarse al estudio de la mente? Desde luego, es imposible responder esta pregunta brevemente, pero de todas maneras podríamos aventurar una respuesta: el desmontaje de la metapsicología.

REFERENCIAS

1. Caspi A, Houts RM, Belsky DW, Goldman-Mellor SJ, Harrington H, Israel S, ... Moffitt TE (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clin Psychol Sci*, 2(2), 119-137. doi: 10.1177/2167702613497473
2. Fonagy P, Campbell C (2015). Bad Blood Revisited: attachment and psychoanalysis, 2015. *British Journal of Psychotherapy*, 31(2), 229-250

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



Estimado Dr. Botto
Editor de la GPU

El Dr. Desviat¹ ha tenido la amabilidad de proveernos de una última reflexión sobre la psiquiatría comunitaria, donde se exponen, una vez más, sus fundamentos, su historia y sus desafíos. La temática, como se ve, es muy amplia, y no nos es posible referirnos ni comentarlo todo. No obstante, quisiéramos analizar en esta carta uno de los aspectos tratados por él, quizá el de mayor envergadura e importancia. Nos referimos a lo que desde Foucault se denomina “el monólogo de la razón”, y que es uno de los pilares conceptuales de la psiquiatría comunitaria. Si Dios lo permite, en algún próximo trabajo quisiéramos discutir más a fondo tanto este concepto como otros derivados de él, y por lo mismo faltos de fundamentación.

La psiquiatría comunitaria, dice nuestro autor, “Es un proceso que, de cumplir con sus principios, dinamita² las bases con-

ceptuales de la psiquiatría” (Desviat). En efecto, la psiquiatría comunitaria dinamita, pulveriza, nihiliza un trabajo de dos siglos de indagación e investigación sobre la enfermedad mental³, supuestamente porque esta se hizo “En el adentro de los muros hospitalarios; de una psiquiatría que entroniza el signo médico y considera la enfermedad como un hecho natural, prescindiendo del sujeto y de su experiencia de vida, promoviendo una práctica trabada entre la normalización y la disciplina. El modelo comunitario crea la necesidad de ampliar la clínica en una dimensión social, una clínica más plural, que define como biopsicosocial” (Desviat). Es decir, gracias a la psiquiatría comunitaria la locura salta los muros de los psiquiátricos, se hace visible socialmente y “rompe con el monólogo de la razón”, como agrega el autor más adelante.

La frase “monólogo de la razón”, como ya advertimos, fue acuñada por Foucault, y hacía referencia a que la locura estaba intervenida, no podía hablar por sí misma

sino por mediación de un otro racional, a saber, el psiquiatra, que en calidad de tal, de agente racional, era incapaz de comprenderla, en primer lugar, y, en segundo lugar, que vertida en su lenguaje la locura dejaba de ser ella misma y hablar por sí misma. Esta interpretación tuvo su momento de gloria allá por la década de los sesenta del siglo pasado, no obstante algunos siguen blandiéndola y apelando a ella como si fuera una verdad inconcusa, aunque, como demuestra Derrida⁴, realmente es autocontradictoria.

“Foucault ha querido –y en eso está todo el valor pero también la misma imposibilidad de su libro– escribir una historia de la locura misma. Ella misma. De la locura misma. Es decir, dándole la palabra. Foucault ha querido que la locura fuese el tema, el sujeto de su libro; el sujeto en todos los sentidos de la palabra: el tema de su libro y el sujeto hablante, el autor de su libro, la locura hablando de sí. Escribir la historia de la

¹ Desviat M. *La salud mental a contracorriente: del individuo a la colectividad en tiempos privatizadores*. Rev. GPU 2015; 11; 3: 268-274.

² Pareciera que el insólito pero significativo término dinamitar fuera pariente de deconstruir, hoy en boga en la filosofía francesa. No obstante, el sentido del deconstruir no es un dinamitar, sino un reconstruir sobre lo ya construido, un volver a meditar y reordenar y no un destruir. Uno de los deconstructores más famosos es Jean-Luc Nancy, quien deconstruyó el cristianismo, es decir, lo conservó todo entero pero despojándolo de su dimensión trascendente y de su apelación a la divinidad. El cristianismo, se concluye de su escrito, es el ateísmo más complejo y sofisticado que haya existido nunca (incomparablemente superior a cualquier vulgar materialismo, como por ejemplo el de los escritos ateológicos de Onfray). En este sentido la filosofía siempre ha sido deconstrutora, y como ejemplo valga la también la deconstrucción del cristianismo que antes de Nancy hizo Hegel. En cambio Marx y muchos otros por el estilo no son deconstructores, sino dinamiteros.

³ Trabajo que ciertamente contiene multitud de errores y que siempre es mejorable, lo que por lo demás ocurre con cualquier investigación en cualquier otro terreno de la realidad.

⁴ Derrida J. *Cogito e historia de la locura*. <http://web.archive.org/web/20071011134628/http://jacquesderrida.com.ar/textos/foucault.htm>

locura misma, es decir, a partir de su propio instante, de su propia instancia, y no en el lenguaje de la razón, en el lenguaje de la psiquiatría sobre una locura ya aplastada bajo ella, dominada, abatida, recluida, es decir, constituida en objeto y exilada como lo otro de un lenguaje y de un sentido histórico que se ha querido confundir con el logos mismo. Historia no de la psiquiatría, dice Foucault, sino de la locura misma, en su vivacidad antes de toda captura por el saber” (Derrida).

Que el libro de Foucault, es decir, que la idea y el propósito que lo animan sean

en realidad insostenibles⁵ radica en cuatro argumentos. En primer lugar, todos los testimonios foucaultianos donde se supone que habla la locura misma y por sí misma antes de ser capturada por el saber resulta que están tomados de textos médicos y psiquiátricos, es decir, las declaraciones las brinda el mismo sujeto racional que está en cuestión. En segundo lugar, puesto que aparte los escritos psiquiátricos no hay ninguna otra atestación directa de la locura en “estado salvaje”, en realidad la locura ha de ser un puro silencio, pero del silencio no cabe ninguna historia. En tercer lugar, una historia, incluso aunque fuera la historia

imposible del silencio, en tanto que historia siempre está vaciada en algún molde racional. En cuarto lugar, dado que Foucault no estaba loco no hablaba de sí mismo, hablaba de otro, y este oír y entender a otro supone inexorablemente un lenguaje común, racional y compartido, como el que habla el propio Foucault o el psiquiatra. En todos y en cualquiera de los casos la locura historizada por Foucault ni ha saltado fuera de los muros del hospital ni ha podido eludir el “monólogo de la razón” (lo que quiera que sea que estas cosas signifiquen).

Hernán Villarino

⁵ Aunque esto no autoriza a desconocer que el texto contiene una asombrosa erudición, pareciera como si el autor lo hubiera leído todo, hasta lo más insignificante, lo hubiera comprendido todo, mucho mejor a veces que los autores que expone y lo hubiera asimilado todo del modo más sagaz, razones por las que este famoso libro sea excelente desde todos los puntos de vista, excepto en el de su eje principal.



FACULTAD DE MEDICINA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CHILE



DIPLOMADO EN

Diplomado en Diagnóstico, Indicación y Estrategias en Psicoterapia:

Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2)

Sistema de diagnóstico operacionalizado que permite además focalizar, establecer una indicación y posibles estrategias terapéuticas en psicoterapia.

MODALIDAD:
Semipresencial

FECHAS:
20 de Mayo al 17 de Diciembre de 2016

JEFE PROGRAMA:
Dr. Guillermo de la Parra C.

DIRIGIDO A:
Psicoterapeutas (psicólogos y psiquiatras) de todas las orientaciones teóricas, residentes de psiquiatría.

VALOR:
\$ 1.400.000 (USD\$ 2.090)

CONTACTO:
Verónica Rubilar R. | vrubilarr@uc.cl | 23542089

**diplomados
y cursos 2016**



**HAZ LA
DIFERENCIA**

diplomados.uc.cl



COMENTARIO DE LIBROS

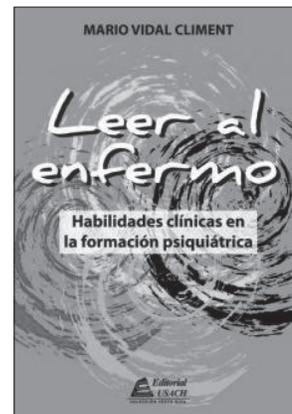
LEER AL ENFERMO

HABILIDADES CLÍNICAS EN LA FORMACIÓN PSIQUIÁTRICA

Autor: Mario Vidal Climent

Editorial: USACH, Santiago, 2015

(Rev GPU 2015; 11; 4: 317-318)



Hernán Silva

Uno de los principales problemas de la psiquiatría actual es la disminución del interés por la psicopatología. Esta tendencia se ha traducido en un empobrecimiento de las descripciones clínicas, lo que ha llevado a la práctica de una clínica empobrecida o sobresimplificada, en la que se pierde la riqueza de las manifestaciones psicopatológicas que presentan los pacientes. En una época que ha registrado importantes avances en la comprensión de las bases biológicas de la conducta, el empobrecimiento de la psicopatología representa una importante limitación en la investigación neurobiológica de las patologías psiquiátricas. Por muy refinadas que sean las actuales técnicas neuroquímicas, genéticas o moleculares, por ejemplo, no ayudarán a entender los trastornos psiquiátricos si no son aplicadas al estudio de grupos homogéneos y más específicos de pacientes. Un solo ejemplo puede graficar esta afirmación. En la edición de *Nature* del 30 de julio de 2015 se publica el hallazgo de dos genes asociados a depresión, no descritos con anterioridad, en una población china de la etnia Han. Lo que permitió este importante hallazgo fue que se estudió casos de depresión melancólica (antigua depresión endógena) en lugar de la vaga entidad llamada “depresión mayor”. Es decir, se pudo correlacionar estos polimorfismos genéticos con pacientes con una psicopatología bien definida.

Esta consideración me parece adecuada como preámbulo para presentar el libro del Dr. Mario Vidal titulado *Para leer al enfermo. Habilidades clínicas en la*

formación psiquiátrica publicado por la Editorial de la Universidad de Santiago de Chile (USACH). Se trata de un texto que, precisamente, busca formar en psicopatología a las nuevas generaciones de psiquiatras. En relación con el libro quisiera destacar algunos aspectos que me parecen relevantes.

En primer lugar se trata de un texto didáctico, escrito con la intención expresa de ayudar a la formación del médico especialista en dos áreas fundamentales. Por una parte la capacitación en habilidades clínicas que permitan la aproximación diagnóstica a un nivel sintomático, sindromático y nosológico. En segundo lugar busca formar en la comprensión del paciente como persona, rescatando la individualidad del enfermo como ser único e irrepetible. Quisiera destacar el carácter didáctico del texto en el que, empleando un lenguaje sencillo y accesible, pero riguroso, se describen los síntomas y signos fundamentales de los diversos cuadros psiquiátricos. Estos son abordados desde una perspectiva fenomenológica, siguiendo la tradición de Jaspers y de su escuela. En dicha perspectiva se dejan de lado supuestos y presuposiciones, con el fin de poder mirar sin prejuicios la realidad del paciente y así poder captar lo esencial de los fenómenos psicopatológicos que este presenta.

Quiero destacar que en esta tarea el Dr. Vidal demuestra una admirable vocación docente y un afán por transmitir a las nuevas generaciones la pasión y el entusiasmo por la tarea de entender y ayudar a los

pacientes con sus características individuales y únicas. Conceptos complejos y profundos son abordados con un lenguaje sencillo y claro, que incita a profundizar en el estudio de los diversos casos clínicos. Las descripciones clínicas son ilustradas con ejemplos de pacientes concretos, lo que facilita la comprensión y hace más ameno el libro.

Asimismo, quisiera destacar que, junto a los conceptos de la psicopatología fenomenológica clásica, el Dr. Vidal también analiza conceptos de autores más recientes, lo que enriquece la perspectiva clínica que se presenta en el texto.

La estructura de los capítulos sigue un orden didáctico que va desde la aproximación metodológica a la descripción de los diversos síndromes observables

en la clínica y a las características dentro de ellos que orientan a patologías específicas.

Sin duda este libro constituirá un aporte fundamental a la formación de nuevos psiquiatras y también será una lectura útil para los especialistas ya formados, a quienes les permitirá reactualizar y profundizar la aproximación psicopatológica a nuestros pacientes.

Para finalizar quisiera destacar la vasta trayectoria del Dr. Vidal como Profesor en la Universidad de Chile, su importante papel en la formación de muchas generaciones de psiquiatras y sus valiosas contribuciones a nuestra especialidad a través de libros como *El hombre inconcluso*, *Temas de psiquiatría*, *Para leer a Jaspers*, *Psiquiatría en la unidad de corta estadía* y el texto que hoy presentamos.

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 hacerse llamando por teléfono.



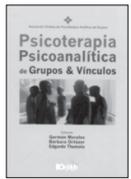
ON KINDNESS

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



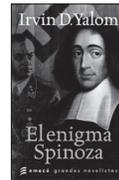
PENSAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

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



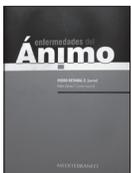
PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE GRUPOS Y VÍNCULOS

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



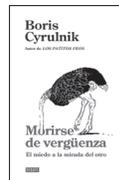
EL ENIGMA SPINOZA

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



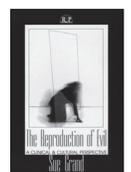
PRINCIPIOS CLÍNICOS EN PSICOTERAPIA RELACIONAL

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



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



COMPLEXITÉ-SIMPLEXITÉ

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



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

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



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



CEROCEROCERO

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



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



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



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



LA PLASTICIDAD EN ESPERA

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



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



EMPATÍA CERO. NUEVA TEORÍA DE LA CRUELDAD

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



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



FRITZ PERLS EN BERLÍN (1893-1933). EXPRESIONISMO, PSICOANÁLISIS, JUDAÍSMO

Autor: Bernd Bocian
Editorial: EHP Verlag Andreas Kohlhage / Cuatro Vientos
Comentario: Rev GPU 2015; 11; 3: 224-225



LEER AL ENFERMO. HABILIDADES CLÍNICAS EN LA FORMACIÓN PSQUIÁTRICA

Autor: Mario Vidal Climent
Editorial: USACH, Santiago, 2015
Comentario: Rev GPU 2015; 11; 4: 317-318

ENSAYO

¿MALESTAR EN LA CULTURA? ¿O LA TRAGEDIA DE LA MORALIDAD?

(Rev GPU 2015; 11; 4: 321-322)

Hernán Villarino

Ernst Jünger simboliza admirablemente nuestra época y la desoladora experiencia de sus alternantes generaciones. Cuando rememora los días en que fue movilizado para combatir en la Primera Guerra Mundial, dice que *Habíamos abandonado las aulas de las universidades, los pupitres de las escuelas, los tableros de los talleres, y en unas breves semanas de instrucción nos habían fusionado hasta hacer de nosotros un único cuerpo, grande y henchido de entusiasmo. Crecidos en una era de seguridad, sentíamos, todos, un anhelo de cosas insólitas, de peligro grande. Y entonces la guerra nos había arrebatado como una borrachera. Habíamos partido hacia el frente bajo una lluvia de flores, en una embriagada atmósfera de rosas y sangre. Ella, la guerra, era la que había de aportarnos aquello, las cosas grandes, fuertes, espléndidas. La guerra nos parecía un lance viril, un alegre concurso de tiro celebrado sobre floridas praderas en que la sangre era el rocío. [No hay en el mundo muerte más bella...]* ¡Ah, todo menos quedarnos en casa, todo con tal de que se nos permitiese participar!

A lo largo de la historia reciente muchos otros también henchidos de entusiasmo, anhelando cosas inéditas y arrebatados como en una borrachera han corrido tras sus propios ideales, tales el fascismo, el comunismo, el liberalismo, el socialismo, el desarrollismo, el nacionalismo, últimamente el etnicismo, la Nueva Mayoría, etc., pero también todos, como Jünger, han terminado defraudados, desengañados y hundidos en una ciénaga de crímenes, sangre o corrupción.

Si todos los trayectos, a pesar de iniciarse en puntos antagónicos, concluyen siempre en el mismo agujero negro es porque prevalece algo más que el puro

azar o la mala suerte. Una cierta fuerza atrae todas esas manifestaciones sobre un centro único de colapso y homogeneización. Hay un algo necesario, imperativo, que debiéramos descubrir.

Pero, ¿buscamos acaso una ley física, biológica, psicológica, económica, etc.? A juicio de Hegel, se trata de la moralidad. Es mérito suyo haber visto el sombrío panorama del presente antes de que irrumpiera, y haber descrito su origen necesario. A comienzos del siglo XIX, en unas cuantas páginas de la Fenomenología del Espíritu quedaron comprendidos, y casi retratados, los dos siguientes siglos de la historia humana. Lo posterior no ha hecho más que pintar los detalles donde se cumple lo pavoroso e inexorable aprehendido allí.

La sustancia ética, para Hegel, es la coincidencia entre la ley pensada, que como toda ley es objetiva, universal y necesaria, y la autoconciencia, que es subjetiva, particular y contingente. Esta sustancia es la difícil y casi imposible identidad entre la ley y la subjetividad, entre lo particular y lo universal, entre lo necesario y lo contingente, y a juicio de Hegel solo ha existido en un pueblo histórico, a saber, entre los griegos. Pero se dio allí como una gracia divina, no fue propuesta por los mismos griegos, solo se encontraron en ella, y por lo mismo, porque no la habían construido, tampoco la entendían y se debía disolver. Su descomposición significó que el sujeto dejó de universalizarse en la ley y la ley de encarnarse en el singular, o que lo universal y necesario ya no fue encontrado ni reconocido por la subjetividad. Pero si la ley no es objetiva ni universal hay que sacarla desde uno mismo; claro que esa nueva ley, llamada ahora moral, desde el origen está

impregnada de subjetivismo y contingencia, es decir no es ninguna ley.

Quien encuentra en sí mismo la ley es el hombre moral, pero como no la ha hallado en el mundo se la inventa y como la tiene por ley cree también que vale para todos. La ley moral, la ruinosa moralidad, históricamente ha adoptado tres formas que están vinculadas entre sí. En primer lugar la del sujeto del placer (la obra de Freud es una larga crónica de esta figura hegeliana de la moralidad, es decir, la del individuo que cree que la vida está regida por el principio del placer, pero la inviabilidad radical y la consumada desdicha de un sujeto tal fue perspicazmente comprendida por el vienés al comprobar que aquel principio se asociaba invariablemente con el afloramiento de una pulsión de muerte, o del deseo de morir). En segundo lugar Hegel describió la ley del corazón y, por último, la de la virtud. Solo nos interesa la segunda, porque es ella la que nos manda hoy en día.

Nace esta ley cuando, conmovido frente a lo mal que anda el mundo, rendido a un orden que oprime la individualidad y bajo el cual padece toda la humanidad, el corazón opone su propia intención, pureza y bondad. Pero no se trata de una reacción sentimental, lo que el corazón pretende es ser la ley misma, y que su placer por lo tanto sea simultáneamente el placer de todos los corazones. Sin embargo, dice Hegel, la individualidad aún no se ha desplazado de su sitio y la unidad de ambos (de lo singular y de lo universal) no se ha realizado aun a través del movimiento mediador entre ellos, no es todavía el producto de la disciplina. No obstante, la realización de esta esencia inmediata no disciplinada se justifica así misma tanto por su excelencia como por su aspiración al bien de la humanidad.

El corazón entonces se introduce en la realidad, es decir, Jünger llega al campo de batalla. Pero si bien la ley del corazón ha devenido orden universal bajo el que viven todos los hombres, con ello descubre su propia contradicción: deja de ser ley del corazón (inmediatez) precisamente al realizarse (mediatizándose). Ahora es una realidad para la que este corazón es indiferente

(Jünger puede con su corazón decidirse ir a la guerra pero no es su corazón el que decide lo que la guerra sea). El individuo que establece su propio orden, una vez objetivado, devenido ley universal, deja de encontrarlo como el orden suyo. La realización de su ley es una realización de lo indisponible, extraño y hostil.

En segundo lugar el corazón descubre también su propia paradoja: los actos del corazón, dice Hegel, deberían valer de un modo inmediato como lo universal, pero solo son algo particular revestido con la forma de la universalidad. Como cada cual tiene su propio corazón y los demás no encuentran plasmado en aquel contenido la ley del suyo sino la de un otro, se revuelven contra lo que este otro propone. El individuo, que al principio repudiaba la rígida ley bajo la que la humanidad oprimida yacía doliente, ahora encuentra contrarios a sus excelentes intenciones los propios corazones de los otros hombres, y abomina también de ellos. En esta inevitable dialéctica el generoso corazón se revela en realidad como egoísta, de modo que su esencia es de modo inmediato una no-esencia, su realidad inmediata una no-realidad y su ley una pura arbitrariedad. La ley del corazón, para Hegel, a la postre es desvarío, infatuación y demencia.

Hoy por hoy vivimos en un mundo saturado con las rectas intenciones y las santas leyes de tantísimos corazones (las que una vez realizadas los realizadores son los primeros en incumplir porque no se reconocen en ellas) pero, también, con la pugna insoluble de muchos y muy diversos corazones particulares. Es decir, vivimos en un mundo hobbesiano donde todos luchan contra todos por imponer su excelente y bondadoso corazón. Al fin de cuentas, la moralidad, que es la invención e inspiración de los corazones contemporáneos cuando se empeñan en justificarse, ¿no será el catastrófico epílogo de la humanidad? ¿O acaso en el último minuto percibirá la sustancia ética frente a la cual el corazón debe disciplinarse, no imponerse, y convencida de esta realidad dejará de mirarse el ombligo para contemplar aquello que la trasciende pero que está hecho con su misma sustancia verdadera?

REVISIÓN

¿VULNERABLES O SENSIBLES? OXITOCINA, COMPORTAMIENTO SOCIAL Y DEPRESIÓN. IMPLICANCIAS PARA LA PSIQUIATRÍA Y LA PSICOTERAPIA¹

(Rev GPU 2015; 11; 4: 323-332)

Alberto Botto²

La oxitocina es un nonapéptido que se ha vinculado con la regulación del estrés, el sistema de recompensa, la cognición social y la formación de vínculos de apego. Cada día existe más evidencia respecto al rol que juegan el sistema de estrés, los circuitos de recompensa y el comportamiento social en el origen de la depresión. En este trabajo se revisa la relación entre el funcionamiento de la oxitocina, sus efectos sobre las conductas sociales y su rol en la etiopatogenia de la depresión. Más allá del modelo de “vulnerabilidad al estrés” se enfatiza la importancia de un enfoque que considere una “sensibilidad diferenciada” ante los estímulos del ambiente. Por último, se discute acerca de las implicancias de estos hallazgos sobre la práctica de la psiquiatría y la psicoterapia.

SISTEMAS MOTIVACIONALES

Desde hace algún tiempo el conocimiento surgido en el campo multidisciplinario de las neurociencias afectivas –que postula la integración de aspectos neurobiológicos, mentales y conductuales en la comprensión de los fenómenos emocionales– ha reconocido la importancia de los sistemas motivacionales en el desarrollo psicobiológico y, por lo tanto, en el establecimiento de una adecuada salud mental. Su alteración,

que puede darse en múltiples niveles, se ha vinculado con diversas formas de psicopatología y, en consecuencia, con el origen de muchos trastornos mentales (Panksepp, 1998).

Los sistemas motivacionales corresponden a una variedad de disposiciones emocionales heredadas presentes en los mamíferos, cuyo funcionamiento depende del sistema nervioso central y que han jugado un rol fundamental como herramientas de sobrevivencia en la historia de la especie (LeDoux, 2012). Jaak Panksepp

¹ Este estudio recibió apoyo del Fondo de Innovación para la Competitividad (FIC) del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, a través de la Iniciativa Científica Milenio, Proyecto IS130005.

² Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

(2009) ha desarrollado una clasificación en la que describe siete sistemas motivacionales/emocionales básicos: búsqueda (SEEKING), miedo (FEAR), rabia (RAGE) pánico (PANIC), cuidado (CARE), deseo (LUST) y juego (PLAY). El sistema de búsqueda promueve la exploración y la elaboración de planes conductuales para lograr diversos objetivos y metas con la finalidad de satisfacer algún deseo (hambre, sed, reproducción sexual, etc.). En humanos se relaciona con la energía, la motivación y la curiosidad –incluyendo la de tipo intelectual–. Con los años su actividad tiende a disminuir lo que, desde un punto de vista psicopatológico, se relaciona también con la depresión. Por el contrario, su hiperactividad se asocia con estados de exaltación psicomotora, tal como ocurre en distintos tipos de psicosis, dentro de las que se encuentran la esquizofrenia y la manía. Funcionalmente depende de la actividad dopaminérgica en diversas regiones cerebrales como el área ventro tegmental anterior, núcleo *accumbens*, amígdala, giro cingulado anterior, corteza prefrontal e hipotálamo dorsolateral. Desde un punto de vista evolutivo el propósito del sistema de miedo es asegurar la sobrevivencia frente a situaciones de peligro a través de conductas de congelamiento (*freezing*) y de escape. Se relaciona con la amígdala central y lateral, el hipotálamo medial y anterior y con la sustancia gris periacueductal. Su neurotransmisor más significativo es el GABA y, farmacológicamente, es el sitio específico de acción de las benzodiazepinas. El sistema de rabia regula las conductas hostiles y agresivas que surgen habitualmente en respuesta a una frustración. Este sistema se inhibe recíprocamente con el sistema de búsqueda y es activado por el sistema de miedo. Se relaciona con el funcionamiento de la amígdala, partes del hipotálamo y la sustancia gris periacueductal. Su hiperactivación patológica puede observarse como consecuencia de tumores o lesiones cerebrales de origen traumático. El sistema de pánico (o distrés de separación) regula las conductas de apego, la angustia de separación y los vínculos sociales. Es activado por el sistema de miedo y es inhibido por los de búsqueda y rabia. Anatómicamente se relaciona con el giro cingulado anterior, núcleos talámicos e hipotalámicos, área ventro tegmental anterior y sustancia gris periacueductal. Los neurotransmisores involucrados en su funcionamiento son la prolactina, oxitocina (OXT) y los opioides endógenos. El sistema de cuidado se asocia con la crianza materna durante los primeros años de vida. Se encuentra altamente representado en el giro cingulado anterior y está relacionado con el sistema dopaminérgico de búsqueda. Su funcionamiento depende de diversas hormonas que regulan las conductas instintivas y promueven los cuidados maternos como la OXT y la prolactina. El

sistema de deseo regula los impulsos libidinales y tiene un importante componente instintivo. Además, se han descrito algunas diferencias dadas por el género. En los hombres depende del funcionamiento de áreas como la amígdala medial y preóptica, vinculadas con la vasopresina; por el contrario, en la mujer este sistema está regulado fundamentalmente por circuitos oxitocinérgicos de la región hipotalámica. Por último, el sistema de juego –uno de los descritos más recientemente– se vincula con las regiones talámicas mediales ricas en opioides, así como con el sistema dopaminérgico ascendente relacionado con la modulación de la alegría y la risa. Este sistema tiene un rol crucial en la socialización y la comunicación interpersonal, pudiendo influir también en el proceso de las intervenciones psicoterapéuticas.

VÍNCULOS DE APEGO

Desde el nacimiento hasta la muerte vivimos en un contexto de relaciones intersubjetivas (Stolorow, 2004). Nuestro desarrollo biológico (cerebral) y psicológico (mental) se encuentra determinado por la manera en que nos vinculamos con el ambiente, representado, durante los primeros años de vida por los padres o cuidadores, y especialmente por la madre (Siegel, 1999).

Utilizando como punto de partida el psicoanálisis, pero basado en estudios etológicos y en la teoría de la evolución, John Bowlby concluyó que la psicopatología se originaba en experiencias reales de la vida interpersonal. Planteó que la tendencia del niño a formar un vínculo fuerte y fundamental con una figura materna forma parte de una herencia arcaica, cuya función es asegurar la supervivencia de la especie, y que esta tendencia es relativamente independiente de la oralidad y de la alimentación (Bowlby, 2009a). Para Bowlby la *teoría del apego* es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas, y un intento por explicar la multiplicidad de reacciones emocionales y fenómenos clínicos que surgen como consecuencia de la separación y la pérdida afectiva (Bowlby, 2009b). Desde este punto de vista, el apego puede definirse como una conducta innata, biológicamente determinada, que forma parte de una serie de sistemas motivacionales, cuyo eje organizador es la búsqueda de proximidad con una figura significativa que otorgue seguridad y protección (habitualmente los progenitores o algún cuidador cercano) a través de la cual se desarrolla un vínculo afectivo. Evolutivamente, los vínculos de apego favorecen la sobrevivencia del recién nacido al protegerlo del daño frente a las adversidades ambientales, los ataques de los demás, la separación del grupo y la muerte por

inanición. Por lo mismo, el sistema de apego es altamente sensible a las señales de peligro, activándose no solo ante situaciones externas de amenaza sino también frente a la posibilidad de una separación del cuidador más cercano, lo que se asocia frecuentemente con una experiencia interna de angustia. Sin embargo la búsqueda de proximidad y el establecimiento de un vínculo afectivo, además de otorgarle al individuo una ventaja evolutiva, favorece el desarrollo de una relación intersubjetiva que será fundamental en la organización del funcionamiento cerebral, la estructuración de la mente, el desarrollo de la personalidad y la capacidad para, más tarde, establecer otras relaciones en la vida social adulta (Cozolino, 2006).

Durante su desarrollo el niño utiliza la figura de apego (representada por la unidad cerebro/mente de la madre) para que le ayude a organizar sus propios estados emocionales, es decir, su propia unidad cerebro/mente (Siegel, 1999). A través de la *respuesta sensible* del cuidador –entendida como su capacidad para reconocer, interpretar y responder adecuadamente a las demandas del niño– se produce en el vínculo una sintonía psicobiológica (o *estado de resonancia mental*) que contribuye a fortalecer y mantener los procesos de regulación afectiva. De esta manera las transacciones emocionales que forman parte de las relaciones de apego le permiten al niño regular sus estados afectivos a través de las respuestas que recibe de sus progenitores modulando aquellos sentimientos más disruptivos como el miedo, la rabia, la ansiedad y la tristeza y potenciando aquellas experiencias que le otorguen un sentido de coherencia interna, seguridad y confianza (Schore, 2003). Esta experiencia relacional se organiza en torno a representaciones mentales que son codificadas como modelos de funcionamiento que son almacenados bajo la forma de una memoria implícita y que más tarde, a lo largo del ciclo vital, podrán reactivarse ante nuevas relaciones. Uno de los supuestos sustratos neurobiológicos de estos fenómenos interpersonales –que van desde la imitación hasta la forma cómo entendemos a los otros, pasando por la capacidad de empatizar y de mantener relaciones amorosas– se localiza en la región orbitofrontal y corresponde al denominado sistema de neuronas en espejo ubicado específicamente en la zona F5 de la corteza motora (Rizzolatti & Craighero, 2004).

Desde un punto de vista neurobiológico se ha visto que, en la relación con sus hijos, las madres con apego seguro muestran una mayor activación de regiones cerebrales relacionadas con la recompensa, incluyendo el *striatum* ventral, y regiones hipotálamo-hipofisiarias asociadas con la OXT. Además, la respuesta periférica de

OXT frente al contacto con el niño es significativamente mayor en dichas madres y se correlaciona positivamente con una activación cerebral en ambas regiones (Strathearn, Fonagy, Amico y Montague, 2009).

Algunos autores han planteado que el logro más significativo del desarrollo y del adecuado establecimiento de los vínculos tempranos es la capacidad de mentalizar, es decir, de entender las propias conductas y las de los demás en términos de estados mentales como deseos, creencias, sentimientos y motivaciones (Fonagy, Bateman y Luyten, 2012). En la actualidad diversas fallas en la mentalización se han relacionado con el origen de cuadros clínicos como los trastornos de la personalidad (Choi-Kain y Gunderson, 2008) y la depresión (Luyten, Fonagy, Lemma y Target, 2012).

OXITOCINA Y CONDUCTAS SOCIALES

La OXT es un nonapéptido sintetizado por neuronas ubicadas en los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo –junto con la vasopresina u hormona antidiurética– y que se libera a la circulación sanguínea a través de axones terminales ubicados en la hipófisis posterior (neurohipófisis), presentando también proyecciones hacia otras regiones cerebrales como la corteza y el sistema límbico. De esta manera, la OXT cumple una doble función: como hormona (a nivel periférico) y como neurotransmisor (en el sistema nervioso central), separada anatómicamente por la barrera hematoencefálica. Además del plasma sanguíneo, la OXT puede encontrarse en el líquido cefalorraquídeo (LCR), saliva y orina, sin que exista una correlación directa entre los niveles plasmáticos y su concentración cerebral (Amico, Tenicela, Johnston y Robinson, 1983). Aunque inicialmente su funcionamiento se describió sobre la base de su rol en el proceso de contracción uterina y el comienzo de la lactancia durante el posparto inmediato –la succión del pezón por el recién nacido es un potente estímulo para la liberación de OXT en la madre–, en la actualidad se le atribuyen efectos que participan en la modulación de una amplia variedad de conductas tanto sociales como no sociales dentro de las que se cuentan: reconocimiento y memoria social, afiliación (comportamiento sexual, maternal y paternal), agresión (en ambos sexos), aprendizaje, y en la regulación del estrés, el dolor, los estados ansiosos y la depresión (Lee, Macbeth, Pagani y Young, 2009). Fuera de los sitios de acción más estudiados como el cerebro, el útero (contracción del músculo liso durante el parto) o la glándula mamaria (secreción de leche durante la lactancia), se ha encontrado evidencia de síntesis y efectos de OXT en tejidos tan diversos como: ovarios, testículos,

corazón, timo, adenohipófisis, glándulas suprarrenales, páncreas, intestino y adipocitos (Evans, 1997).

La OXT ejerce un importante rol en la formación de vínculos de apego a través de la activación de un complejo proceso que involucra cambios sensoriales, cognitivos y emocionales relacionados con el inicio de los cuidados parentales en el posparto y la mantención de los vínculos afectivos durante la infancia y también a lo largo de la vida (Insel y Young, 2001). Al momento del nacimiento, y estimulada por la succión durante el amamantamiento, la OXT se libera a la circulación sanguínea y aumenta sus concentraciones en el tejido cerebral de la madre, promoviendo el desarrollo de conductas de cuidado y la formación de un vínculo de apego hacia el recién nacido (Kendrick, 2000). Muchas de las consecuencias de la OXT sobre las conductas sociales se relacionan con su potente efecto modulador en el funcionamiento de los sistemas de neurotransmisión ubicados en distintas regiones cerebrales.

En humanos se han desarrollado múltiples estudios tanto no clínicos como clínicos que han demostrado una amplia gama de efectos prosociales atribuibles a la OXT (Striepens, Kendrick, Maier y Hurlemann, 2011). Dentro de los primeros se encuentran: incremento de las conductas de apego y los vínculos sociales, aumento de la confianza, generosidad y altruismo (tanto en contextos económicos como de interacción social), aumento de la empatía, disminución de la respuesta ante el estrés, reducción de la respuesta amigdalina ante evocación de estímulos de miedo y aumento de la memoria social. Respecto a los segundos, los datos son menos consistentes y varían según el grupo de trastornos estudiados. En pacientes con diagnóstico de trastornos del espectro autista la mayoría de los trabajos indican que existe una disminución de los niveles plasmáticos de OXT, pero en otros cuadros como la esquizofrenia, el trastorno obsesivo compulsivo o los trastornos de la alimentación la evidencia aún es contradictoria.

El receptor de oxitocina (OXTR) corresponde al tipo de receptores transmembrana asociado a proteína G y su mecanismo de acción se encuentra íntimamente regulado por los derivados esteroidales (Gimpl y Fahrenholz, 2001). El gen que codifica para el OXTR se ubica en la banda 25 del brazo corto del cromosoma 3 (3p25) y está compuesto por 4 exones y 3 intrones. Diversos estudios han reportado una asociación entre los polimorfismos de nucleótido simple (PNS) rs53576 y rs2268498 y una serie de alteraciones en el comportamiento social.

En relación con el PNS rs53576 las variantes A/G y A/A se han relacionado con un aumento de la sensibilidad al estrés, disminución de habilidades sociales

y resultados negativos en salud mental en comparación con los homocigotos G/G (Lucht *et al.*, 2009). Al respecto se ha encontrado que las variantes A/A y A/G presentan déficits en los recursos psicológicos manifestados en una baja autoestima y menores índices de optimismo en comparación con la variante G/G; más aún, el efecto del OXTR sobre la sintomatología depresiva se encontraría mediado por su influencia sobre los recursos psicológicos (Saphire-Bernstein, Way, Kim, Sherman y Taylor, 2011). El alelo A del OXTR rs53576 también se ha vinculado con una menor sensibilidad parental (Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn, 2007), aumento de la reactividad ante el estrés (Rodrigues, Saslow, Garcia, John y Keltner, 2009) disminución de la búsqueda de soporte social (Kim *et al.*, 2010) y disminución de la activación amigdalina durante el procesamiento de emociones faciales (Tost *et al.*, 2010). Las variantes G/G, por su parte, se asocian con una mayor reactividad fisiológica materna ante el llanto repetido del niño, excepto cuando presentan síntomas depresivos (Riem, Pieper, Out, Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn, 2011).

Por su parte, el polimorfismo del OXTR rs2254298 se ha asociado con el volumen amigdalino (Inoue *et al.*, 2010), apego inseguro en mujeres adultas y rasgos autistas en hombres (F. Chen y Johnson, 2001) y síntomas depresivos y ansiosos en adolescentes mujeres; más específicamente, el alelo A del OXTR rs2254298 se ha asociado con apego seguro en niños no caucásicos (F. S. Chen, Barth, Johnson, Gotlib y Johnson, 2011).

Por último, aunque de manera incipiente, también se ha enfatizado la importancia de los factores epigenéticos en la regulación de la expresión del gen que codifica el OXTR (Kimura *et al.*, 2003; Unternaehrer *et al.*, 2012). Un estudio reciente demostró un aumento significativo en el estado de metilación del ADN del OXTR después de un estresor psicosocial agudo y una disminución luego de un tiempo de seguimiento (Unternaehrer *et al.*, 2012).

OXITOCINA Y DEPRESIÓN

En la actualidad existe evidencia que relaciona el sistema oxitocinérgico con la cognición social (Cusi, Nazarov, Holshausen, Macqueen y McKinnon, 2012; Wang, Wang, Chen, Zhu y Wang, 2008; Wolkenstein, Schonenberg, Schirm y Hautzinger, 2011), el sistema de recompensa (Young, Lim, Gingrich y Insel, 2001) y la respuesta al estrés (Neumann y Landgraf, 2012; Onaka, Takayana-gi y Yoshida, 2012), funciones que se encuentran estrechamente vinculadas con la depresión (Auerbach, Admon y Pizzagalli, 2014; Gold, 2015).

Diversos estudios han encontrado un efecto moderador del genotipo (representado por ciertos polimorfismos del receptor de OXT) entre las experiencias tempranas adversas y la sintomatología depresiva. Por ejemplo, Thompson *et al.* (2011) observaron que las mujeres heterocigotas (A/G) para el PNS OXTR rs2254298 con una historia de elevada adversidad durante la infancia, presentaron niveles altos de depresión y ansiedad; por el contrario, aquellas mujeres con alta adversidad pero homocigotas para el alelo G mostraron niveles de ansiedad y depresión similares a las mujeres con baja adversidad (independiente del genotipo). Otro estudio (Apter-Levy, Feldman, Vakart, Ebstein y Feldman, 2013) encontró que la presencia del alelo A del mismo PNS en madres depresivas redujo el riesgo de psicopatología en su descendencia. Costa *et al.* (2009) estudiaron la relación entre dos variantes del PNS del OXTR (rs2254298 y rs53576) y el estilo de apego adulto en la depresión, encontrando una asociación positiva entre la variante G/G y la depresión unipolar. En este grupo los individuos G/G presentaron puntajes en factores del instrumento Attachment Style Questionnaire (“necesidad de aprobación” y “confianza”) que han sido relacionados previamente con la depresión (Abdul Kadir y Bifulco, 2013; Bifulco *et al.*, 2006; Conradi y de Jonge, 2009; Mickelson, Kessler y Shaver, 1997). Además, en el mismo trabajo, el genotipo G/G se asoció con niveles altos de ansiedad de separación del adulto.

Desde el punto de vista de los sistemas motivacionales, la reacción depresiva se relaciona en primer lugar con una hiperactivación sostenida del sistema de pánico (distrés de separación) y a continuación con una fase de desesperanza caracterizada por una disminución de la actividad del sistema de búsqueda. Se considera que esta respuesta en dos fases otorga una ventaja evolutiva ya que permite conservar los recursos luego del periodo de hiperactivación prolongada típica del distrés de separación. Sin embargo también representa una manera de explicar los mecanismos a través de los cuales las pérdidas y separaciones pueden ser causa de sufrimiento y dolor (Panksepp y Watt, 2011). El circuito del sistema de pánico comienza a nivel de la sustancia gris periacueductal y asciende a través del tálamo dorsomedial para finalizar en los ganglios basales y la región del giro cingulado anterior. Como una manera de favorecer los vínculos sociales (evitando sufrir a causa del aislamiento) es probable que este sistema haya evolucionado a partir de los mecanismos de regulación del dolor –de ahí el estrecho vínculo entre la OXT y los opioides–. De esta forma la activación del sistema de pánico produce un aumento de la neurotransmisión de glutamato y CRF y una disminución de OXT y opioides.

Una de las principales hipótesis biológicas acerca de la etiopatogenia de la depresión postula una hiperactivación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Una de las causas de esta hiperactivación sería la exposición a situaciones traumáticas (abuso o abandono) ocurridas durante la infancia (Heim y Nemeroff, 2001). Al respecto, se ha encontrado que pacientes adultas que han sufrido algún tipo de trauma infantil (especialmente abuso emocional) presentan niveles significativamente más bajos de OXT en el LCR (Heim *et al.*, 2009). Además se ha visto que los niveles bajos de OXT plasmática durante el embarazo se asocian significativamente con el desarrollo de depresión en el periodo posparto (Skrundz, Bolten, Nast, Hellhammer y Meinschmidt, 2011). Sin embargo también se ha encontrado evidencia de un aumento de niveles plasmáticos de OXT en pacientes que se encuentran cursando un episodio depresivo mayor (Parker *et al.*, 2010). En un estudio donde se midió el nivel de OXT en sangre y saliva antes, durante y después de una intervención psicoterapéutica de apoyo se observó que en la depresión subclínica los niveles fueron significativamente más altos, posiblemente mediado por el estrés, y que estas diferencias fueron minimizadas luego del tratamiento (Holt-Lunstad, Birmingham y Light, 2011). En conclusión, a pesar del estrecho vínculo entre la OXT, los vínculos sociales y la depresión, los resultados de los estudios donde se ha medido OXT plasmática en pacientes deprimidos han sido poco consistentes (Ozsoy, Esel y Kula, 2009). Por último, un estudio posmortem encontró un aumento significativo de RNAm OXT en pacientes depresivos de tipo melancólico, en comparación con no melancólicos lo que apoya la hipótesis de la existencia de subtipos de depresión diferenciables clínica y neurobiológicamente (Meynen, Unmehopa, Hofman, Swaab y Hoogendijk, 2007).

IMPLICANCIAS PARA LA PSIQUIATRÍA Y LA PSICOTERAPIA

El modelo de vulnerabilidad al estrés ha sido considerado por años como el paradigma en la etiopatogenia de la mayoría de los trastornos mentales. Según este modelo (Monroe y Simons, 1991), la psicopatología se origina por la interacción entre una vulnerabilidad constitucional premórbida (diátesis) y las agresiones del ambiente (estrés). Sin embargo, en los últimos años se ha planteado la importancia de considerar que, más allá de una diátesis (entendida como una predisposición orgánica), lo que los individuos presentan es una susceptibilidad diferenciada a las influencias del ambiente; esto significa que las personas no solo serían

más “sensibles” a los efectos negativos de un ambiente adverso sino también más receptivos a los efectos beneficiosos de un ambiente positivo y enriquecedor o, incluso, ante la ausencia de adversidad (Belsky, Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn, 2007; Boyce y Ellis, 2005; Ellis, Essex y Boyce, 2005). Por lo tanto, a diferencia de la hipótesis de la “vulnerabilidad”, según este modelo los genes ejercerían su función como factores de “plasticidad”, permitiendo que el sujeto sea más permeable a las influencias –tanto positivas como negativas– originadas en el ambiente (Belsky *et al.*, 2009). Por ejemplo, en el trabajo de Thompson (2011) antes mencionado, las variantes A/G y A/A del PNS OXTR rs2254298 presentaron una mayor vulnerabilidad a desarrollar síntomas ansiosos y depresivos ante situaciones adversas tempranas (como la depresión materna) que la variante G/G; sin embargo, también se vio que las variantes A/G que no presentaron eventos tempranos adversos obtuvieron menores puntajes en la sintomatología depresiva y ansiosa que la variante G/G en ambas situaciones, es decir, tanto la expuesta a eventos adversos como la no expuesta. En consecuencia, es posible plantear que si los sujetos que presentaron la variante A/G hubiesen sido expuestos a condiciones favorables durante la infancia, su puntuación en la sintomatología depresiva sería aun menor o nula. Incluso podría suponerse que esos mismos sujetos puestos en ambientes favorables podrían llegar a desarrollar mayores niveles de bienestar subjetivo. De esta manera el modelo de la plasticidad genética puede explicar por qué la selección natural ha mantenido ciertos alelos de riesgo en el acervo genético de una población (Brune, 2012) y los mecanismos mediante los cuales la cultura interactúa con los genes. Dado que el polimorfismo genético confiere de manera diferencial una “susceptibilidad a la plasticidad” ante los estímulos ambientales dependiendo de cuán adversas o favorables hayan sido las experiencias tempranas, es posible plantear que, desde un punto de vista evolutivo, la variación alélica otorga una ventaja selectiva si las contingencias externas han sido beneficiosas (Wurzman y Giordano, 2012). El modelo de la susceptibilidad diferenciada postula que la misma variación alélica que predispone a un trastorno psiquiátrico cuando se asocia con eventos vitales adversos puede llevar a una respuesta incluso mejor que el promedio en el mismo dominio bajo condiciones ambientales favorables. De esta manera, aunque los individuos más “sensibles” a los estímulos del ambiente son los que más se ven afectados por las fuentes de estrés, asimismo son los que mejor responden ante los estímulos positivos (como el soporte social). En consecuencia, es posible sostener que aquellos sujetos

más “sensibles” eventualmente podrían deprimirse de manera más frecuente o intensa, pero también podrían responder mejor a las intervenciones psicoterapéuticas. En todo caso, este es un campo donde aún queda mucho por explorar.

Otro aspecto importante tiene que ver con los usos potencialmente terapéuticos de la OXT. En modelos animales, la administración de carbetocina (un agonista del OXTR) produjo cambios conductuales de tipo “antidepresivo” similares a los observados con el uso de imipramina (Chaviaras, Mak, Ralph, Krishnan y Broadbear, 2010). Otro estudio, al igual que el anterior efectuado en ratas, mostró que el citalopram produjo un aumento significativo en la OXT plasmática, lo que sugiere un posible efecto mediador de la OXT en la acción de los fármacos serotoninérgicos sobre la sintomatología depresiva (Uvnäs Moberg, Bjokstrand, Hillegaard y Ahlenius, 1999). Al administrarla de manera endovenosa la OXT prácticamente no atraviesa la barrera hematoencefálica, por lo que ha sido necesario estudiar otras vías de administración como la aspiración por medio de un spray nasal (Born *et al.*, 2002). La administración intranasal tiene la ventaja de favorecer una mayor absorción a nivel del sistema ventricular cerebral ya que en la zona de la base de la nariz la barrera hematoencefálica es más débil; sin embargo, debido a la rica vascularización, un alto porcentaje de las sustancias continúa por la circulación sanguínea, lo que podría incrementar las tasas de efectos adversos. Al respecto, una posible solución sería combinar en los preparados de uso nasal la OXT más alguna sustancia que sirva como vasoconstrictor. Aunque en humanos los hallazgos iniciales sugieren que la administración de OXT intranasal puede aliviar los síntomas de la fobia social y el autismo, no existe evidencia suficiente para indicarla como tratamiento estándar (Liu, McErlean, Rebecca y Dadds, 2012). En pacientes con ansiedad generalizada (que presentan una hiperactivación de la amígdala ante señales sociales) la OXT intranasal disminuye la ansiedad y favorece los encuentros sociales, atenuando la reactividad amigdalina (Labuschagne *et al.*, 2010). En humanos la administración de OXT intranasal aumenta la habilidad de inferir los estados mentales de otros ante claves sociales utilizando el test Reading the Mind in the Eyes (RMET), potenciando la capacidad de mentalización (Domes, Heinrichs, Michel, Berger y Herpertz, 2007). En conflictos de pareja se ha encontrado que la OXT incrementa la comunicación positiva y reduce los niveles de cortisol (Ditzen *et al.*, 2009). Además se ha encontrado que la OXT intranasal es capaz de provocar modificaciones funcionales en la conectividad cerebral ante estímulos del ambiente

como la risa de los niños (Riem *et al.*, 2012). Sin embargo también existe evidencia respecto a posibles efectos nocivos de la administración de OXT. Así, se ha visto que el uso de OXT intranasal puede alterar la confianza y las conductas de cooperación en pacientes con personalidad límite (J. Bartz *et al.*, 2011). Por lo mismo, al momento de evaluar los efectos clínicos de la intervención sobre el sistema oxitocinérgico es necesario considerar rigurosamente tanto a la persona como el contexto familiar, social y cultural (J. A. Bartz, Zaki, Bolger y Ochsner, 2011).

Las razones por las cuales los hallazgos científicos no han sido consistentes (por ejemplo, en la medición de niveles plasmáticos de OXT en pacientes deprimidos) pueden deberse a diferencias de género, una baja muestra, la influencia de variables que interfieren en las mediciones (como el uso de fármacos antidepresivos u otros), pero también porque la naturaleza del fenómeno clínico que llamamos depresión es compleja y, por lo tanto, su adecuada comprensión requiere de múltiples niveles de análisis, desde la genética hasta la conducta (Parnas, 2012). Respecto a la OXT, se piensa que probablemente funciona amplificando el efecto de las señales sociales, de modo que las experiencias positivas o negativas resultan en respuestas exageradas capaces de influir sobre los estados afectivos (Shamay-Tsoory y Abu-Akel, 2015).

Conocer las bases neurobiológicas de las conductas sociales –desde sus orígenes filogenéticos hasta la naturaleza de la cooperación y el altruismo– puede permitirnos entender por qué, por ejemplo, en la actualidad es casi imposible separar la depresión de sus manifestaciones somáticas como el dolor. Dado que la depresión “duele” desde hace bastante tiempo el diseño de los nuevos fármacos antidepresivos apunta hacia el alivio conjunto tanto de sus síntomas físicos como emocionales. Sin embargo la investigación no solo puede ser útil al momento de diseñar nuevos fármacos, sino también para redefinir la manera en que entendemos los tratamientos en psiquiatría y psicoterapia. Para Panksepp (2012), la noción de un terapeuta emocionalmente neutral no solo puede ser deletérea para el tratamiento sino que simplemente es imposible: como mamíferos, todos los seres humanos necesitamos de relaciones positivas. Por lo tanto, un terapeuta inexpressivo o distante emocionalmente será, inevitablemente, percibido de manera negativa por su paciente. Esto no significa desconocer el conflicto, los desacuerdos o la agresión; por el contrario, significa incorporar dichos aspectos en un contexto relacional positivo que permita tolerar y resolver las dificultades que plantea el tratamiento como las amenazas de ruptura de la alianza.

Probablemente uno de los mayores desafíos que plantea la investigación neurocientífica en torno a los comportamientos complejos se encuentra en la manera de incorporar en sus métodos y en el análisis de sus hallazgos la complejidad inherente a dichos fenómenos sin que por eso pierda su valor heurístico (Cacioppo y Decety, 2011). Es evidente que existen cuadros como la esquizofrenia o la enfermedad bipolar que requieren, en primer término, de un riguroso abordaje farmacológico; sin embargo con frecuencia nos encontramos con situaciones donde el uso combinado de fármacos y psicoterapia constituye la indicación preferencial. De esta manera, algunos han planteado que el uso de OXT intranasal podría ser de utilidad al comienzo de los tratamientos –o en momentos de crisis– como una intervención focalizada con el objeto de favorecer los procesos de regulación mutua en aquellos casos donde sea difícil establecer una adecuada alianza, exista una disrupción social severa de los vínculos sociales o una baja adherencia a las indicaciones, tal como ocurre con los trastornos de la personalidad. Este modelo –que ha sido llamado “terapia psicobiológica” (Meyer-Lindenberg, Domes, Kirsch y Heinrichs, 2011)– puede enmarcarse conceptualmente dentro de una farmacoterapia “pro-psicoterapéutica” cuya finalidad, más que tratar cuadros clínicos específicos (entendidos categorialmente), es complementar y apoyar las intervenciones psicosociales considerando las distintas susceptibilidades tanto genéticas como biológicas y emocionales. Indudablemente, esta es un área que puede ser fuente de múltiples debates y que requiere de mayor investigación; sin embargo también sustenta la idea de que cualquier intervención con fines terapéuticos que se implemente en psiquiatría (sea utilizando medios farmacológicos, verbales o corporales) es, en definitiva, una *psicoterapia*, en la medida que su fin último es aliviar el sufrimiento psíquico de cada persona en su naturaleza particular.

REFERENCIAS

1. Abdul Kadir NB, Bifulco A (2013). Insecure attachment style as a vulnerability factor for depression: Recent findings in a community-based study of Malay single and married mothers. *Psychiatry Research*, 210(3), 919-924. doi: 10.1016/j.psychres.2013.08.034 [doi]
2. Amico JA, Tenicela R, Johnston J, Robinson AG (1983). A time-dependent peak of oxytocin exists in cerebrospinal fluid but not in plasma of humans. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 57(5), 947-951
3. Apter-Levy Y, Feldman M, Vakart A, Ebstein RP, Feldman R (2013). Impact of maternal depression across the first 6 years of life on the child's mental health, social engagement, and empathy: The moderating role of oxytocin. *The American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1161-1168. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12121597; 10.1176/appi.ajp.2013.12121597

4. Auerbach RP, Admon R, Pizzagalli DA (2014). Adolescent depression: Stress and reward dysfunction. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 139-148. doi: 10.1097/HRP.0000000000000034 [doi]
5. Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH (2007). Research review: Genetic vulnerability or differential susceptibility in child development: The case of attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48(12), 1160-1173. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01801.x
6. Bartz J, Simeon D, Hamilton H, Kim S, Crystal S, Braun A, Hollander E (2011). Oxytocin can hinder trust and cooperation in borderline personality disorder. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 6(5), 556-563. doi: 10.1093/scan/nsq085 [doi]
7. Bartz JA, Zaki J, Bolger N, Ochsner KN (2011). Social effects of oxytocin in humans: Context and person matter. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(7), 301-309. doi: 10.1016/j.tics.2011.05.002; 10.1016/j.tics.2011.05.002
8. Belsky J, Bakermans-Kranenburg M, Van Ijzendoorn M (2007). For better and for worse: Differential susceptibility to environmental influences. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 300-304
9. Belsky J, Jonassaint C, Pluess M, Stanton M, Brummett B, Williams R (2009). Vulnerability genes or plasticity genes? *Molecular Psychiatry*, 14(8), 746-754. doi: 10.1038/mp.2009.44; 10.1038/mp.2009.44
10. Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A, Beer N (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(10), 796-805. doi: 10.1007/s00127-006-0101-z
11. Born J, Lange T, Kern W, McGregor GP, Bickel U, Fehm HL (2002). Sniffing neuropeptides: A transnasal approach to the human brain. *Nature Neuroscience*, 5(6), 514-516. doi: 10.1038/nn849
12. Bowlby J (2009a). Los comienzos de la conducta de apego. El apego. Volumen I de la trilogía "El apego y la pérdida" (Primera edición ed., pp. 354-392). Buenos Aires: Paidós
13. Bowlby J (2009b). Papel de la separación y la pérdida en psicopatología. La separación. Volumen II de la trilogía "El apego y la pérdida" (Primera edición ed., pp. 44-52). Buenos Aires: Paidós
14. Boyce WT, Ellis BJ (2005). Biological sensitivity to context: I. an evolutionary-developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and Psychopathology*, 17(2), 271-301
15. Brune M (2012). Does the oxytocin receptor (OXTR) polymorphism (rs2254298) confer 'vulnerability' for psychopathology or 'differential susceptibility'? insights from evolution. *BMC Medicine*, 10, 38-7015-10-38. doi: 10.1186/1741-7015-10-38; 10.1186/1741-7015-10-38
16. Cacioppo JT, Decety J (2011). Social neuroscience: Challenges and opportunities in the study of complex behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1224, 162-173. doi: 10.1111/j.1749-6632.2010.05858.x; 10.1111/j.1749-6632.2010.05858.x
17. Chavarras S, Mak P, Ralph D, Krishnan L, Broadbear JH (2010). Assessing the antidepressant-like effects of carbetocin, an oxytocin agonist, using a modification of the forced swimming test. *Psychopharmacology*, 210(1), 35-43. doi: 10.1007/s00213-010-1815-x; 10.1007/s00213-010-1815-x
18. Chen F, Johnson S (2001). An oxytocin receptor gene variant predicts attachment anxiety in females and autism-spectrum traits in males. *Soc. Psychol Personal*, doi: 10.1177/1948550611410325
19. Chen FS, Barth ME, Johnson SL, Gotlib IH, Johnson SC (2011). Oxytocin receptor (OXTR) polymorphisms and attachment in human infants. *Frontiers in Psychology*, 2, 200. doi: 10.3389/fpsyg.2011.00200; 10.3389/fpsyg.2011.00200
20. Choi-Kain LW, Gunderson JG (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07081360; 10.1176/appi.ajp.2008.07081360
21. Conradi HJ, De Jonge P (2009). Recurrent depression and the role of adult attachment: A prospective and a retrospective study. *Journal of Affective Disorders*, 116(1-2), 93-99. doi: 10.1016/j.jad.2008.10.027 [doi]
22. Costa B, Pini S, Gabelloni P, Abelli M, Lari L, Cardini A, Martini C (2009). Oxytocin receptor polymorphisms and adult attachment style in patients with depression. *Psychoneuroendocrinology*, 34(10), 1506-1514. doi: 10.1016/j.psyneuen.2009.05.006; 10.1016/j.psyneuen.2009.05.006
23. Cozolino L (2006). The social brain. The neuroscience of human relationships. attachment and the developing social brain (First edition ed., pp. 10-20). New York: W.W. Norton & Company
24. Cusi AM, Nazarov A, Holshausen K, Macqueen GM, McKinnon MC (2012). Systematic review of the neural basis of social cognition in patients with mood disorders. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*, 37(3), 154-169. doi: 10.1503/jpn.100179 [doi]
25. Ditzen B, Schaer M, Gabriel B, Bodenmann G, Ehrlert U, Heinrichs M (2009). Intranasal oxytocin increases positive communication and reduces cortisol levels during couple conflict. *Biological Psychiatry*, 65(9), 728-731. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.10.011; 10.1016/j.biopsych.2008.10.011
26. Domes G, Heinrichs M, Michel A, Berger C, Herpertz SC (2007). Oxytocin improves "mind-reading" in humans. *Biological Psychiatry*, 61(6), 731-733. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.07.015
27. Ellis BJ, Essex MJ, Boyce WT (2005). Biological sensitivity to context: II. empirical explorations of an evolutionary-developmental theory. *Development and Psychopathology*, 17(2), 303-328
28. Evans JJ (1997). Oxytocin in the human—regulation of derivations and destinations. *European Journal of Endocrinology / European Federation of Endocrine Societies*, 137(6), 559-571
29. Fonagy P, Bateman A, Luyten P (2012). Introduction and overview. In A. Bateman, P. Fonagy (Eds.), (First edition ed., pp. 3-42). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing Inc
30. Gimpl G, Fahrenholz F (2001). The oxytocin receptor system: Structure, function, and regulation. *Physiological Reviews*, 81(2), 629-683
31. Gold PW (2015). The organization of the stress system and its dysregulation in depressive illness. *Molecular Psychiatry*, 20(1), 32-47. doi: 10.1038/mp.2014.163 [doi]
32. Heim C, Nemeroff CB (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1023-1039
33. Heim C, Young LJ, Newport DJ, Mletzko T, Miller AH, Nemeroff CB (2009). Lower CSF oxytocin concentrations in women with a history of childhood abuse. *Molecular Psychiatry*, 14(10), 954-958. doi: 10.1038/mp.2008.112; 10.1038/mp.2008.112
34. Holt-Lunstad J, Birmingham W, Light KC (2011). The influence of depressive symptomatology and perceived stress on plasma and salivary oxytocin before, during and after a support enhancement intervention. *Psychoneuroendocrinology*, 36(8), 1249-1256. doi: 10.1016/j.psyneuen.2011.03.007; 10.1016/j.psyneuen.2011.03.007
35. Inoue H, Yamasue H, Tochigi M, Abe O, Liu X, Kawamura Y, Kasai K (2010). Association between the oxytocin receptor gene and amygdalar volume in healthy adults. *Biological Psychiatry*, 68(11), 1066-1072. doi: 10.1016/j.biopsych.2010.07.019; 10.1016/j.biopsych.2010.07.019
36. Insel TR, Young LJ (2001). The neurobiology of attachment. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(2), 129-136. doi: 10.1038/35053579

37. Kendrick KM (2000). Oxytocin, motherhood and bonding. *Experimental Physiology*, 85 Spec No, 1115-1245
38. Kim HS, Sherman DK, Sasaki JY, Xu J, Chu TQ, Ryu C, Taylor SE (2010). Culture, distress, and oxytocin receptor polymorphism (OXTR) interact to influence emotional support seeking. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107(36), 15717-15721. doi: 10.1073/pnas.1010830107; 10.1073/pnas.1010830107
39. Kimura T, Saji F, Nishimori K, Ogita K, Nakamura H, Koyama M, Murata Y (2003). Molecular regulation of the oxytocin receptor in peripheral organs. *Journal of Molecular Endocrinology*, 30(2), 109-115
40. Labuschagne I, Phan KL, Wood A, Angstadt M, Chua P, Heinrichs M, ... Nathan PJ (2010). Oxytocin attenuates amygdala reactivity to fear in generalized social anxiety disorder. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 35(12), 2403-2413. doi: 10.1038/npp.2010.123; 10.1038/npp.2010.123
41. LeDoux J (2012). Rethinking the emotional brain. *Neuron*, 73(4), 653-676. doi: 10.1016/j.neuron.2012.02.004; 10.1016/j.neuron.2012.02.004
42. Lee HJ, Macbeth AH, Pagani JH, Young WS, 3rd. (2009). Oxytocin: The great facilitator of life. *Progress in Neurobiology*, 88(2), 127-151. doi: 10.1016/j.pneurobio.2009.04.001; 10.1016/j.pneurobio.2009.04.001
43. Liu J, McElean A, Rebecca R, Dadds M (2012). Are we there yet? the clinical potential of intranasal oxytocin in psychiatry. *Current Psychiatry Reviews*, 12, 37-48
44. Lucht MJ, Barnow S, Sonnenfeld C, Rosenberger A, Grabe HJ, Schroeder W, Roskopf D (2009). Associations between the oxytocin receptor gene (OXTR) and affect, loneliness and intelligence in normal subjects. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 33(5), 860-866. doi: 10.1016/j.pnpbp.2009.04.004; 10.1016/j.pnpbp.2009.04.004
45. Luyten P, Fonagy P, Lemma A, Target M (2012). Depression. In A. Bateman, P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (First ed., pp. 385-417). Washington DC: American Psychiatric association
46. Meyer-Lindenberg A, Domes G, Kirsch P, Heinrichs M (2011). Oxytocin and vasopressin in the human brain: Social neuropeptides for translational medicine. *Nature Reviews. Neuroscience*, 12(9), 524-538. doi: 10.1038/nrn3044; 10.1038/nrn3044
47. Meynen G, Unmehopa UA, Hofman MA, Swaab DF, Hoogendijk WJ (2007). Hypothalamic oxytocin mRNA expression and melancholic depression. *Molecular Psychiatry*, 12(2), 118-119. doi: 10.1038/sj.mp.4001911
48. Mickelson KD, Kessler RC, Shaver PR (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1092-1106
49. Monroe SM, Simons AD (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110(3), 406-425
50. Neumann ID, Landgraf R (2012). Balance of brain oxytocin and vasopressin: Implications for anxiety, depression, and social behaviors. *Trends in Neurosciences*, 35(11), 649-659. doi: 10.1016/j.tins.2012.08.004; 10.1016/j.tins.2012.08.004
51. Onaka T, Takayanagi Y, Yoshida M (2012). Roles of oxytocin neurons in the control of stress, energy metabolism, and social behaviour. *Journal of Neuroendocrinology*, 24(4), 587-598. doi: 10.1111/j.1365-2826.2012.02300.x; 10.1111/j.1365-2826.2012.02300.x
52. Ozsoy S, Esel E, Kula M (2009). Serum oxytocin levels in patients with depression and the effects of gender and antidepressant treatment. *Psychiatry Research*, 169(3), 249-252. doi: 10.1016/j.psychres.2008.06.034; 10.1016/j.psychres.2008.06.034
53. Panksepp J (1998). *Affective neuroscience. History and major concepts. Affective neuroscience. the foundations of human and animal emotions* (First edition ed., pp. 9-23). New York: Oxford University Press
54. Panksepp J (2009). Brain emotional systems and qualities of mental life. from animal models of affect to implications for psychotherapeutics. In D. Fosha D Siegel, M. Solomon (Eds.), *The healing power of emotion. affective neuroscience, development & clinical practice* (First edition ed., pp. 1-26). New York: W. W. Norton & Company Inc
55. Panksepp J, Biven L (2012). *Born to cry. the panic/grief system and the genesis of life-sustaining social bonds. The archaeology of mind. neuroevolutionary origins of human emotions* (First edition ed., pp. 312-349). New York: W. W. Norton & Company Inc
56. Panksepp J, Watt D (2011). Why does depression hurt? Ancestral primary-process separation-distress (PANIC/GRIEF) and diminished brain reward (SEEKING) processes in the genesis of depressive affect. *Psychiatry*, 74(1), 5-13. doi: 10.1521/psyc.2011.74.1.5; 10.1521/psyc.2011.74.1.5
57. Parker KJ, Kenna HA, Zeitzer JM, Keller J, Blasey CM, Amico JA, Schatzberg AF (2010). Preliminary evidence that plasma oxytocin levels are elevated in major depression. *Psychiatry Research*, 178(2), 359-362. doi: 10.1016/j.psychres.2009.09.017; 10.1016/j.psychres.2009.09.017
58. Parnas J (2012). A sea of distress. In K. Kendler, J. Parnas (Eds.), *Philosophical issues in psychiatry II: Nosology* (First edition ed., pp. 229-233). Oxford: Oxford University Press
59. Riem MM, Pieper S, Out D, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH (2011). Oxytocin receptor gene and depressive symptoms associated with physiological reactivity to infant crying. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 6(3), 294-300. doi: 10.1093/scan/nsq035; 10.1093/scan/nsq035
60. Riem MM, Van IJzendoorn MH, Tops M, Boksem MA, Rombouts SA, Bakermans-Kranenburg MJ (2012). No laughing matter: Intranasal oxytocin administration changes functional brain connectivity during exposure to infant laughter. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 37(5), 1257-1266. doi: 10.1038/npp.2011.313; 10.1038/npp.2011.313
61. Rizzolatti G, Craighero L (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169-192. doi: 10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230
62. Rodrigues SM, Saslow LR, Garcia N, John OP, Keltner D (2009). Oxytocin receptor genetic variation relates to empathy and stress reactivity in humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 106(50), 21437-21441. doi: 10.1073/pnas.0909579106; 10.1073/pnas.0909579106
63. Saphire-Bernstein S, Way BM, Kim HS, Sherman DK, Taylor SE (2011). Oxytocin receptor gene (OXTR) is related to psychological resources. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(37), 15118-15122. doi: 10.1073/pnas.1113137108; 10.1073/pnas.1113137108
64. Schore A (2003). *Parent-infant communications and the neurobiology of emotional development. Schore A. affect dysregulation and disorders of the self/affect regulation and the repair of the self* (two-volume set). new york US W. W. norton & company; 2003. (First edition ed., pp. 71-86). New York: W. W. Norton & Company
65. Shamay-Tsoory SG, Abu-Akel A (2015). The social salience hypothesis of oxytocin. *Biological Psychiatry*, doi: 50006-3223(15)00639-3 [pii]
66. Siegel D (1999). *Interpersonal connection. The developing mind. how relationships and the brain interact to shape who we are* (First edition ed., pp. 276-300). New York: The Guilford Press

67. Skrundz M, Bolten M, Nast I, Hellhammer DH, Meinschmidt G (2011). Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 36(9), 1886-1893. doi: 10.1038/npp.2011.74; 10.1038/npp.2011.74
68. Stolorow R (2004). The intersubjective context of intrapsychic experience. In R. Stolorow, G Atwood, B. Brandchaft (Eds.), *The intersubjective perspective*. (First edition ed., pp. 3-14). Maryland: Rowman & Littlefield Publishers Inc
69. Strathearn L, Fonagy P, Amico J, Montague PR (2009). Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 34(13), 2655-2666. doi: 10.1038/npp.2009.103; 10.1038/npp.2009.103
70. Striepens N, Kendrick KM, Maier W, Hurlmann R (2011). Prosocial effects of oxytocin and clinical evidence for its therapeutic potential. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 32(4), 426-450. doi: 10.1016/j.yfrne.2011.07.001; 10.1016/j.yfrne.2011.07.001
71. Thompson RJ, Parker KJ, Hallmayer JF, Waugh CE, Gotlib IH (2011). Oxytocin receptor gene polymorphism (rs2254298) interacts with familial risk for psychopathology to predict symptoms of depression and anxiety in adolescent girls. *Psychoneuroendocrinology*, 36(1), 144-147. doi: 10.1016/j.psyneuen.2010.07.003; 10.1016/j.psyneuen.2010.07.003
72. Tost H, Kolachana B, Hakimi S, Lemaitre H, Verchinski BA, Mattay VS, Meyer-Lindenberg A (2010). A common allele in the oxytocin receptor gene (OXTR) impacts prosocial temperament and human hypothalamic-limbic structure and function. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107(31), 13936-13941. doi: 10.1073/pnas.1003296107; 10.1073/pnas.1003296107
73. Unternaehrer E, Luers P, Mill J, Dempster E, Meyer A, Staehli S, Meinschmidt G (2012). Dynamic changes in DNA methylation of stress-associated genes (OXTR, BDNF) after acute psychosocial stress. *Transl Psychiatry*, 2(e150) doi: 10.1038/tp.2012.77
74. Uvnäs Moberg K, Bjokstrand E, Hillegaard V, Ahlenius S (1999). Oxytocin as a possible mediator of SSRI-induced antidepressant effects. *Psychopharmacology*, 142(1), 95-101
75. Wang YG, Wang YQ, Chen SL, Zhu CY, Wang K (2008). Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: A componential view. *Psychiatry Research*, 161(2), 153-161. doi: 10.1016/j.psychres.2007.07.018 [doi]
76. Wolkenstein L, Schonenberg M, Schirm E, Hautzinger M (2011). I can see what you feel, but I can't deal with it: Impaired theory of mind in depression. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 104-111. doi: 10.1016/j.jad.2011.02.010 [doi]
77. Wurzman R, Giordano J (2012). Differential susceptibility to plasticity: A 'missing link' between gene-culture co-evolution and neuropsychiatric spectrum disorders? *BMC Medicine*, 10, 37-7015-10-37. doi: 10.1186/1741-7015-10-37; 10.1186/1741-7015-10-37
78. Young LJ, Lim MM, Gingrich B, Insel TR (2001). Cellular mechanisms of social attachment. *Hormones and Behavior*, 40(2), 133-138. doi: 10.1006/hbeh.2001.1691 [doi]

REVISIÓN

CONSIDERACIONES SOBRE LA MAGNITUD E IMPORTANCIA DEL EFECTO PLACEBO EN PSIQUIATRÍA

(Rev GPU 2015; 11; 4: 333-338)

Diana Aceituno¹, Jaime Santander²

El efecto placebo fue ampliamente utilizado en medicina hasta mediados del siglo 20, desmereciéndose posteriormente con el surgimiento de la medicina basada en la evidencia. El impacto de este fenómeno cruza diversos aspectos de la práctica médica, predominando en las patologías psiquiátricas debido a los diversos mecanismos psicobiológicos implicados en su origen. A pesar de que estudios contemporáneos revelan y reafirman cómo este fenómeno explica la mejoría de enfermedades mentales –pudiendo llegar hasta un 90% en la depresión– existe ignorancia tanto en la comprensión del fenómeno mismo como en la consideración de la transversalidad de su impacto. El presente artículo pretende indagar el origen del efecto placebo y su importancia en los trastornos psiquiátricos más frecuentes, ofreciendo la oportunidad de dimensionar cómo podemos aplicar este fenómeno en el tratamiento de patologías mentales.

INTRODUCCIÓN

En ciencias de la salud la condición ideal para la aceptación de un tratamiento es someterlo a un ensayo clínico controlado randomizado donde el grupo tratado se compare con un grupo control. En este procedimiento, para disminuir sesgos o factores confundentes, se estima como patrón de oro que el grupo control sea sometido a la administración de un agente farmacológicamente inerte, y así desmembrar qué porción del

efecto obtenido con el tratamiento en evaluación se debe al efecto biológico de este y qué porción se atribuye al efecto placebo. La eficacia terapéutica se define así como la habilidad de que la intervención evaluada supere los beneficios generados por el placebo, entendiendo este último como aquel fenómeno en el cual los individuos experimentan beneficios físicos y/o psicológicos otorgados por sustancias farmacológicamente inactivas. Procediendo de esta manera, científicos y personal de la salud han ido estableciendo –a veces

¹ Interna de Medicina, Universidad de los Andes.

² Profesor Asociado de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile.

con una seguridad apodíctica— tratamientos de primera línea para diversas patologías. Sin embargo, actualmente nos encontramos frente a un escenario crítico, donde la validez de terapias previamente aprobadas se halla en tela de juicio, pudiéndose observar que tratamientos aprobados durante décadas no poseen la eficacia previamente atribuida, percatándonos que el efecto del medicamento se debe —en un porcentaje a veces abismante— al mero efecto placebo. Esto es especialmente cierto en patologías del ámbito psiquiátrico, donde la interacción del individuo y su entorno juega un rol determinante en la evolución de la enfermedad. Es entonces cuando debemos replantearnos nuestro nivel de entendimiento acerca de este fenómeno que se superpone en el esfuerzo constante de búsqueda de soluciones a diversas patologías de la mente humana, tomando conciencia de su génesis, su impacto y la autonomía de su existencia.

La palabra placebo deriva del término hebreo *ethalekh* en el Salmo 116, que significa “yo caminaré”, concepto que cambia “voy a complacer” en *La Vulgata* de San Jerónimo. Los sacerdotes católicos romanos del Medioevo cantaron este Salmo como parte de la oración de Víspera para los muertos y para los dolientes. Posteriormente, La Reforma —en su postura contra los excesos de la Iglesia Católica Romana— concibió el término placebo peyorativamente, sentimiento que ha continuado inherente al concepto. La administración de placebo era común entre los practicantes de medicina hasta mediados del siglo XX, sin embargo a medida que la práctica médica se basó en la evidencia fue considerándose antiética y anticientífica. La utilidad y fortaleza terapéutica del efecto placebo pudo ser evidenciada en la famosa anécdota de Henry Knowles Beecher, el cual —estando en el Hospital Anzio Beachhead (Italia)— tuvo que efectuar un procedimiento quirúrgico sin la disponibilidad de morfina, procediendo a inyectar solución salina a los soldados, explicándoles que estaban recibiendo un potente calmante para el dolor. Los soldados finalmente fueron beneficiados por este procedimiento y Beecher se decide a publicar un artículo en 1955 en *The Journal of the American Medical Association* titulado “The Powerful Placebo”, donde concluye que “el 35% del éxito de un doctor o de un fármaco se debe a la expectativa del paciente de un resultado deseado, o de la respuesta placebo” (1). Este y otros reconocimientos de la existencia del placebo llevan a Kradin a definirlo como “una interacción cuerpo-mente compleja, evocada dentro de una dinámica terapéutica, en la cual el ofrecimiento de tratar una condición disfórica preexistente con una intervención inerte o inefectiva, resulta en la restauración del bienestar del individuo” (2).

Sin embargo, también se ha observado que la administración de medicamentos puede acompañarse de la aparición de efectos indeseables, perjudiciales, que no siempre se deben al mecanismo farmacológico del tratamiento. En 1993 Rosenzweig publica un artículo donde se describen los acontecimientos adversos producidos en individuos sanos tras la administración de una sustancia inerte, encontrando que la incidencia de acontecimientos adversos fue del 19% (3), efectos adversos también hallados en un estudio de Sibille (4). Se plantea así el concepto de efecto nocebo (del latín *nocebo*, primera persona del singular del futuro imperfecto del indicativo de *noceo*, y traducido por «te haré daño», «te perjudicaré») (5) definido por Richard L Kradin como una respuesta disfórica al tratar a un individuo con una sustancia inactiva o placebo, presentando este vivencias desagradables tales como dolor de cabeza, astenia o mareos, pudiendo alcanzar prevalencias cercanas al 20% (3). La presencia del efecto nocebo abarca los mismos contextos clínicos y posee igual impacto que el efecto placebo, siendo ambos procesos subyacentes a toda práctica clínica, constituyéndose como obstaculizadores o facilitadores en la terapia psiquiátrica según el grado de manejo y conciencia que posea el personal de salud respecto a la importancia de ambos fenómenos en las patologías mentales.

PLACEBO EN TRASTORNOS DEL ÁNIMO

El efecto placebo puede alcanzar hasta un 90% en ensayos clínicos, particularmente en aquellos relacionados con la psicofarmacología de la ansiedad y depresión (6). En los últimos años la magnitud del efecto placebo se ha sugerido como clínicamente relevante en pacientes con depresión leve a moderada. Un metaanálisis de 35 estudios randomizados controlados encontró poca evidencia al evaluar la eficacia de los antidepresivos en pacientes donde su depresión no era severa (7). Estos hallazgos fueron confirmados en un metaanálisis donde se demostró que la eficacia de los antidepresivos, al compararla con aquella del placebo, incrementa con la severidad de los síntomas depresivos (8), hallazgos confirmados por estudios de Hamilton (9) y Leucht (10). La presencia del efecto placebo en depresión se acompaña por la búsqueda en entender la biología de este fenómeno; así, Mayberg *et al.*, en el año 2002, al evaluar cambios en el metabolismo de la glucosa en el tratamiento de depresión unipolar hallaron que la respuesta placebo se asociaba a cambios en regiones cerebrales comparables con los generados en el tratamiento con ISRS; sin embargo en los sujetos tratados con fluoxetina se agregaban además cambios

en el tronco cerebral, estriado e hipocampo. A pesar de estas diferencias, la respuesta clínica al tratamiento para la depresión –independiente de si era con placebo o con fármaco– estaba asociada a un patrón común de cambios recíprocos en regiones corticales y paralímbicas, sugiriendo que el tratamiento para la depresión consistía en la facilitación de cambios específicos límbico-corticales, independiente del modo de tratamiento, pudiéndose alcanzar tanto con placebo como con ISRS (11). En el mismo año, Leuchter *et al.* efectuaron un estudio que comparó sujetos tratados con placebo y con antidepresivos, documentando los cambios funcionales cerebrales con EEG. Este estudio demostró que si bien existe mejoría sintomática en ambos grupos, ambos tratamientos no generan los mismos cambios fisiológicos: los individuos que respondieron a placebo mostraron un incremento en la actividad cerebral en la zona prefrontal, mientras que aquellos que respondieron a medicamentos mostraron una disminución en esta misma área, diferencias que pueden explicar la heterogeneidad que se ha visto en pacientes con depresión estudiados con PET (12). Posteriormente, este mismo autor, en el año 2004 investigó para observar si se podía predecir –con base en ciertas características– si un individuo con depresión responderá o no a placebo. En este estudio se encontró que sí es posible, basándose en medidas pretratamiento de función cerebral, severidad de síntomas y desempeño cognitivo. Los sujetos que respondían a placebo mostraron pretratamiento de menor actividad en la región frontocentral, menos insomnio y procesamiento cognitivo más rápido que aquellos no respondedores (13).

A pesar de la clara existencia de la respuesta placebo en depresión, existen interrogantes específicas respecto a este fenómeno. No se posee claridad cuando se compara el grado de mejoría en los grupos placebo comparado con los grupos tratados, no existe claridad respecto a si la mejoría en los grupos placebo se da solo en variables primarias (depresión) o también en la psicopatología general del individuo y su calidad de vida. Otra interrogante respecto al tema surge con el hecho de que la respuesta placebo ha sufrido un cambio con el paso del tiempo (14), observándose que desde 1980 ha aumentado la respuesta placebo, concordante con estudios que revelan una disminución de la efectividad de las drogas en función del año de publicación. Se ha cuestionado si el efecto placebo está limitado a escalas basadas en observadores (Escala de Depresión de Hamilton o el cuestionario de Montgomery Asberg) o si es extrapolable a la evaluación por autorreporte, permitiendo así evaluar la mejoría desde la perspectiva del paciente. Al respecto, un metaanálisis que incluyó

estudios desde 1980 a 2005, donde se analizaba depresión unipolar en pacientes adultos (15), sugiere que el 67,6% de la mejoría en los grupos tratados es atribuible al efecto placebo, y que si bien el efecto placebo fue mayor en la variable primaria depresión, efectos sustanciales también emergieron para variables como ansiedad, psicopatología general y calidad de vida. El promedio del tamaño del efecto en los grupos placebo fue más del doble en los estudios cercanos al 2005 versus antes de 1985; sin embargo este efecto no se encontró en las escalas autorreferenciales de depresión, lo cual plantea la pregunta sobre qué modo de análisis es el más válido y si quizás existe una sobrestimación creciente por parte de los clínicos respecto a la eficacia de los antidepresivos. A su vez parte del efecto del año de publicación puede deberse a la disminución de la heterogeneidad de las muestras, y a que el punto de corte de la escala de Hamilton para la inclusión en los estudios ha aumentado a través de los años, de modo que los investigadores pueden sobrestimar la severidad de la depresión basal, asociándose a una disminución sustancial entre la primera y segunda evaluación.

PLACEBO Y PSICOSIS

La respuesta placebo es menor en desórdenes psicóticos que en desórdenes neuróticos, reportándose una tasa promedio de respuesta placebo correspondiente a 25% en pacientes con esquizofrenia (16). En estudios sobre esquizofrenia de las últimas dos décadas se ha observado una mejoría del puntaje total en la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) al administrar placebo, llegando a desestimar la eficacia de agentes antipsicóticos antes considerados estándar en el tratamiento de la esquizofrenia. Lo anterior plantea una dificultad al momento del análisis de nuevos tratamientos para esta patología, pues pone en tela de juicio los fármacos que se consideraron siempre como el patrón contra el cual comparar nuevas propuestas. Debido al impacto de estos hallazgos, Agid realiza una metaregresión analizando los factores que pudiesen estar implicados en la respuesta placebo al evaluar la eficacia de antipsicóticos en esquizofrenia (17), encontrando que hay mayor respuesta placebo si el ensayo es de mayor duración (una mayor respuesta placebo en ensayos de corta duración podría reflejar los efectos inmediatos al hecho de la hospitalización), si incluye pacientes más jóvenes, si incluye pacientes con un menor tiempo de duración de la enfermedad o si la enfermedad presenta mayor severidad basal (pudiendo explicarse esto último como un efecto de regresión a la media propio de la evolución natural de la enfermedad). Otros factores

destacables que influyen es el aumento del número de lugares por estudio y la disminución de instituciones académicas que efectúan estos estudios, haciéndose más numerosos con el paso del tiempo los estudios realizados por compañías farmacéuticas. E. Jiménez previene al respecto sobre el continuo aumento de las tasas de respuesta a placebo en los ensayos de nuevos tratamientos si no se proponen soluciones concretas a los elementos que están generando esta tendencia actual (18). Correll ofrece una revisión completa en la evaluación de los factores implicados en esta problemática para así parar con el círculo vicioso y eliminar los obstáculos en la propuesta de tratamientos realmente efectivos para pacientes esquizofrénicos (19).

PLACEBO EN TRASTORNOS ANSIOSOS

Un metaanálisis del Quality Assurance Project encontró una tasa de efecto placebo de un 53% en el trastorno de ansiedad generalizada, 23% en agorafobia y 21% en trastorno obsesivo compulsivo (20). Así mismo, en estudios para tratamiento de fobia social, se han encontrado tasas de respuesta placebo cercanas al 20% (21). Un estudio realizado en individuos con fobia social demostraba una mejoría significativa en sus síntomas emocionales y cognitivos al usar un brebaje placebo luego de someterse a un discurso público. Esta mejoría se daba solo en hombres y era mayor mientras mayor fueran las expectativas del alivio que generaría el alcohol, demostrando la importancia de ambos factores en los efectos de las sustancias psicoactivas (22). Reconociendo que pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) poseen una tasa de efecto placebo mucho menor si se comparan con pacientes que padezcan otro tipo de trastorno ansioso (23), y que pacientes con trastorno por déficit atencional y esquizofrenia presentan tasas de efecto placebo bajas contrastando con trastornos depresivos o ansiosos (24), parece lógica la búsqueda del origen de aquellas diferencias tan evidentes. Al respecto, se plantea como explicación la prevalencia de diferentes anormalidades neurofisiológicas según sea el trastorno determinado, pudiendo corresponder a defectos en mecanismos hedónicos en el caso de pacientes con TOC, o a anormalidades en el circuito de recompensa en el caso del trastorno por déficit atencional, o incluso en alteraciones en la construcción de significado en las situaciones terapéuticas en el caso de pacientes con esquizofrenia (25), lo que llevaría a incentivar o dificultar la generación del mecanismo placebo en cada patología.

Con el afán de profundizar en la ansiedad como síntoma aislado, se realizó un estudio con pacientes

con altos puntajes de ansiedad según la escala State-Trait Anxiety Inventory (STAI-S) luego de una cirugía. Para la reducción de la ansiedad algunos pacientes fueron tratados a su conciencia con diazepam mientras otros pacientes fueron sometidos a dosis ocultas de este, encontrándose que en los sujetos que recibieron la dosis a conciencia hubo un decremento significativo de la ansiedad, mientras que en aquellos que recibieron diazepam de modo oculto no hubo efectividad para disminuirla. Así mismo, cuando se interrumpió la dosis de diazepam con conocimiento por parte del paciente, la ansiedad aumentaba luego de 4 a 8 horas, mientras que cuando la interrupción era oculta no existía incremento de la ansiedad (26). Los hallazgos anteriores concuerdan con observaciones respecto a que la administración oculta de tratamiento para pacientes con dolor, ansiedad o enfermedad de Parkinson tiene menor efecto que la administración dada con el paciente consciente de esta y en un contexto clínico rutinario.

MECANISMOS PSICOLÓGICOS IMPLICADOS EN EL EFECTO PLACEBO

Una teoría para explicar el fundamento psicológico de este fenómeno considera al efecto placebo como un ejemplo de condicionamiento clásico. De esta manera, aspectos del ambiente clínico pueden actuar como un estímulo condicionado que genera una respuesta terapéutica en ausencia de un principio activo. Como ejemplo tenemos el estudio de Voudouris (27), donde se asoció la aplicación de una crema analgésica placebo a la provocación de dolor, dolor que se fue reduciendo consecutivamente desde el nivel basal sin que los pacientes estuvieran conscientes de ello. Al comparar el grupo previamente condicionado con el que estaba libre de condicionamiento se observó que la reducción del dolor en el grupo condicionado fue significativamente mayor. Otra explicación pone énfasis en la expectativa generada secundaria a un compromiso cognitivo, es decir, la anticipación propia del paciente de un resultado positivo o negativo basándose en variables como instrucciones verbales, experiencia previa o trato con el personal de salud. Esta anticipación sobre el futuro genera cambios internos que resultan en experiencias específicas (algesia o hiperalgesia i.e placebo o nocebo) y dependiendo del grado de expectativa, se pueden obtener respuestas también graduadas: lo anterior se verifica en un estudio donde observó que la aplicación de una misma crema en tres áreas contiguas de la piel induce mayor analgesia según la potencia de las palabras que se verbalizan durante la aplicación (28). La expectativa de un dolor futuro puede ser modulada tanto

por factores cognitivos y emocionales tales como el deseo, la autoeficacia y el “self-reinforcing feedback”: el deseo es la dimensión de la experiencia donde se quiere la ocurrencia o no de un suceso (29), la autoeficacia es la creencia de ser capaz de manejar la enfermedad y el “self-reinforcing feedback” es un circuito positivo donde el sujeto está selectivamente atento a signos de mejoría, considerando a estos como una evidencia de que el tratamiento placebo está siendo exitoso. Lo anterior ha sido a veces denominado foco somático, es decir, el grado en el que el individuo se focaliza en sus síntomas (29). Considerando que el esperar un resultado clínico beneficioso es una forma de recompensa, el mecanismo de recompensa surge como protagonista en la interacción de los circuitos que condicionan la respuesta placebo (30). Se reconoce también la importancia que juega la disminución de la ansiedad en este fenómeno, concordante con el rol que posee la ansiedad anticipatoria en su contraparte, la respuesta nocebo. Variables situacionales y de personalidad también interactúan para hacer posible la respuesta placebo, observándose que aquellos individuos pesimistas tienen mayor probabilidad de experimentar los síntomas que estos esperaban de la administración del placebo (31).

CONCLUSIÓN

La psiquiatría actualmente se haya frente a la presión de responder con efectividad a las diversas enfermedades mentales en un contexto de avances científicos que pretenden alcanzar una solución farmacológica a estas como respuesta a la comprensión cada vez mayor de la neurofisiología de los procesos cognitivos y emocionales. Es en este ambiente de biologización donde el reconocimiento de que agentes no farmacológicos puedan revertir o mejorar procesos con estructuras y circuitos ya adjudicados parece producir aversión y desconfianza. A pesar de ello, es en los mismos estudios en pos de establecer medicamentos como solución a diversas enfermedades donde encontramos datos duros que muestran que gran parte de la resolución de estas –o una porción no menor– se debe a la íntima relación creada entre factores ambientales y el complejo binomio cognición/emoción del paciente.

El reconocimiento de que hay mecanismos psicológicos bien definidos implicado en el efecto placebo/nocebo nos debe llevar a plantearnos una serie de preguntas de importancia clínica. Por ejemplo: ¿hasta qué punto son los medicamentos recetados una medida efectiva para ayudar a individuos afectados por trastornos mentales?, ¿cómo podemos utilizar el conocimiento acerca de este efecto a favor del proceso terapéutico

dándole mucho mayor potencia incluso a una intervención farmacológica bien definida? La transversalidad del impacto de este fenómeno en psiquiatría –y de su contraparte, el efecto nocebo– ya ha sido vislumbrada por múltiples investigadores y clínicos a través de la historia. Así mismo –a pesar de los críticos que dudaban de su real existencia como fenómeno en sí mismo– ya se reconoce su autonomía y sustrato biológico. Considerando lo anterior, es menester poner una pausa a la sobrevaloración de la farmacología como única salida a las patologías de la psique y considerarla con la real efectividad que posee y sus limitantes correspondientes. Lo anterior no significa desvincularnos de la objetivización que otorga el conocimiento de los circuitos y sustancias neuroendocrinas subyacentes al comportamiento humano, sino más bien comprender que la mejoría del trastorno en cuestión abarca más aspectos que administrar un agente que actúe sobre los 2 o 4 circuitos que por teoría se reconocen como involucrados. Después de todo, incluso las expectativas del paciente son capaces de producir un cambio biológico a veces tan evidente como aquel producto de una intervención farmacológica. Por cierto, la correcta utilización del efecto placebo/nocebo a favor del paciente implica avanzar en reconocer en qué circunstancias este es de mayor magnitud y en cuáles su importancia es de menor cuantía o solo debe ser considerado de manera colaborativa, como pudiera ser en los casos de psicosis, déficit atencional o trastorno obsesivo compulsivo. Para cada caso tenemos que aprender a realizar un esfuerzo por ejecutar una personalización que es requerida en todo tratamiento psiquiátrico exitoso.

REFERENCIA

1. Beecher HK. The powerful placebo. *J Amer Med Assoc* 1955; 159: 1602-6
2. Kradin R. *The Placebo Response: Power of Unconscious*. Healing. London: Routledge; 2008. (This is a novel consideration of the science of placebo effects and their link to developmental neurobiology)
3. Rosenzweig P, Brohier S, Zipfel A. The placebo effect in healthy volunteers: influence of experimental conditions on the adverse events profile during phase I studies. *Clin Pharmacol Ther* 1993; 54: 578-83
4. Sibille M, Deigat N, Janin A, Kirkesseli S, Vital Durand D. Adverse events in phase-I studies: a report in 1015 healthy volunteers. *Eur J Clin Pharmacol* 1998; 54: 13-20
5. Ferreres J. Efecto nocebo: la otra cara del placebo. *Med Clin (Barc)* 2004; 122(13): 511-6
6. Shapiro AK. Etiological factors in placebo effects. *JAMA* 1964; 187: 712-715
7. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLOS Med*. 2008; 5: 260-268

8. Fournier JC, De Rubeis RJ, Hollon SD, *et al.* Antidepressant drug effects and depression severity, a patient-level meta-analysis. *JAMA*. 2010; 303: 47-53
9. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960; 23: 56-62
10. Leucht C, Huhn M, Leucht S. Amitriptyline versus placebo for major depressive disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 12: CD009138
11. Mayberg HS, Silva JA, Brannan SK, Tekell JL, Mahurin RK, McGinnis S, Jerabek PA (2002). The functional neuroanatomy of the placebo effect. *American Journal of Psychiatry*, 159, 728-737
12. Leuchter. Changes in Brain Function of Depressed Subjects During Treatment With Placebo. *Am J Psychiatry* 159: 1, January 2002
13. Leuchter. Pretreatment neurophysiological and clinical characteristics of placebo responders in treatment trials for major depression. *Psychopharmacology* (2004) 177: 15-22
14. Walsh BT, Seidman SN, Sysko R, Gould M, 2002. Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing. *Journal of the American Medical Association* 287, 1840-1847
15. Winfried Rief. Meta-analysis of the placebo response in antidepressant trials *Journal of Affective Disorders* 118 (2009) 1-8
16. Khan A, Kolts RL, Rapaport MH, *et al.* Magnitude of placebo response and drug-placebo differences across psychiatric disorders. *Psychol Med* 2005; 35: 743-749
17. Agid *et al.* Meta-Regression Analysis of Placebo Response in Antipsychotic Trials. 1970-2010. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 1335-1344
18. E. Jiménez. El papel del placebo en ensayos clínicos en esquizofrenia. *Psiquiatr Biol* 2013; 20(4): 63-69
19. Correll CU, Kishimoto T, Kane JM. Randomized controlled trials in schizophrenia: Opportunities, limitations, and trial design alternatives. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011; 13: 155-72.7
20. Andrews G. Placebo response in depression: bane of research, boon to therapy (Editorial). *Br J Psychiatry* 2001; 178: 192-194
21. Davidson. Treatment of Social Phobia With Clonazepam and Placebo. *Journal of Clinical Psychopharmacology* December 1993
22. Kenneth Abrams. The moderating effects of tension-reduction alcohol outcome expectancies on placebo responding in individuals with social phobia. *Addictive Behaviors* Volume 29, Issue 6, August 2004, Pages 1221-1224
23. McDougle CJ, Goodman WK, Price LH. The pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Pharmacopsychiatry* 1993, 26(Suppl 1): 24-29
24. Blum K, Chen AL, Braverman ER, *et al.* Attention-deficit-hyperactivity disorder and reward deficiency syndrome. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008, 4: 893-918
25. Richard L. Kradin. Placebo Response: A Consideration of its Role in Therapeutics. *Curr Psychiatry Rep* (2011) 13: 37-42
26. Luana Colloca. Overt versus covert treatment for pain, anxiety, and Parkinson's disease. *Lancet Neurol* 2004; 3: 679-684
27. Voudouris NJ, Peck CL, Coleman G. The role of conditioning and verbal expectancy in the placebo response. *Pain* 1990; 43: 121-128
28. Price DD, Milling LS, Kirsch I, Duff A, Montgomery GH, Nicholls SS. An analysis of factors that contribute to the magnitude of placebo analgesia in an experimental paradigm. *Pain* 1999; 83: 147-156
29. Price DD, Finniss DG, Benedetti F. A comprehensive review of the placebo effects: recent advances and current thought. *Annu Rev Psychol* 2008; 59: 565-590
30. Lidstone SC, Stoessl AJ. Understanding the placebo effect: contributions from neuroimaging. *Mol Imaging Biol* 2007; 9: 176-185
31. Geers AL. Reconsidering the role of personality in placebo effects: dispositional optimism, situational expectations, and the placebo response. *J Psychosom Res* 2005; 58: 121-7

PSICOANÁLISIS

ILUSIÓN DE ILUSIÓN

(Rev GPU 2015; 11; 4: 339-346)

Bernardita Méndez¹

“Lo que este tipo de interacciones ofrecen es una oportunidad para el analizando, no tanto de renunciar a sus ilusiones sino más bien a experimentarlas en un contexto más amplio, no como límites constrictivos frente a las experiencias con los otros sino como posibles formas de enriquecer sus interacciones. La propia facilidad del analista de involucrarse y alejarse de las ilusiones relativas a sí mismo y a los otros resulta crucial para este proceso”².

De este modo finaliza el trabajo titulado *The wings of Icarus* donde Mitchell (1999) examina el concepto Ilusión y el problema del narcisismo. En sus palabras finales añade la posibilidad de que el analizando aprenda o internalice un tipo de *amor a la vida* que no se sustenta en las ilusiones pero que se ve continuamente enriquecido por estas³.

Más tarde, en el epílogo de este trabajo escrito años después, Mitchell menciona uno de sus intereses más recientes, el cual: “...incluye una suerte de retorno hacia una de mis preocupaciones más tempranas –la función de la idealización, no en el narcisismo sino en el *romance*”.

INTRODUCCIÓN

En las citas anteriores he destacado en cursivas las expresiones “amor a la vida” y “romance”⁴, expresiones que al momento de reunirse se descubren ocupando el espacio informe y generativo de la ilusión. ¿En qué consiste este espacio? Para responder a esta interrogante

habrá que seguir el camino inaugurado por Winnicott y Kohut, quienes complementan y amplían el significado restringido de ilusión entendido como distorsión del examen y sentido de la realidad, acercándolo al ámbito del juego, creatividad y esperanza.

Atendiendo a la descripción que Mitchell (2000) hace del “romance” que se desarrolla entre él y su paciente

¹ Licenciada en Psicología Universidad Católica de Chile, Psicoanalista ICHPA. (La actual es la Monografía presentada en Seminario dedicado a Stephen A. Mitchell organizado por la Asociación Chilena de Psicoanálisis, APCh, julio, 1915). b.mendezsusaeta@gmail.com.

² Mitchell S. y Aron L. (1986). *The Wings of Icarus: Illusion and the Problem of Narcissism*. En Mitchell S. & Aron L., *Relational Psychoanalysis. The Emergence of a Tradition*. Hillsdale NJ: The Analytic Press, 1999, p. 176.

³ *Ibid*, p. 176.

⁴ Una de las acepciones del vocablo Romance es “Relación amorosa pasajera”. Diccionario de la Real Academia Española. Versión Digital.

Gloria⁵ es posible situar también esta experiencia relacional junto a cierta vitalidad y sentido de agencia. Mitchell describe ese “romance” como poseyendo la cualidad de un espacio “potencial” al modo winnicottiano. Este espacio “...cobró vida en las sesiones y ella se lo llevaba fuera de las sesiones como una presencia intrapsíquica constructiva. (...) durante este periodo ella creció en modos que ambos veíamos como muy constructivos”⁶.

Cuando Winnicott se refiere al espacio potencial, describe, entre otros distintivos, su carácter de *zona de ilusión*⁷. Esta zona intermedia de experiencia entre el individuo y el ambiente constituye para Winnicott y otros autores la clave del sentido de la vida y de la salud mental. Desde esta perspectiva, salud mental será entendida como sinónimo de la capacidad de jugar.

Mitchell comenta que el espacio potencial en análisis a veces es llenado con el romance. ¿Podremos entender el romance al interior de la situación analítica como una forma particular de invitación a la experiencia de ilusión y de juego?

ESPACIO POTENCIAL E ILUSIÓN

En el caso del “romance” de Mitchell y Gloria se observa lo que se ha descrito como las formas específicas del espacio potencial que incluyen entre las experiencias humanas la del espacio analítico o terapéutico. Mitchell (2000) lo expresa de un modo sutilmente distinto pero probablemente más preciso cuando se refiere a los espacios potenciales que el psicoanálisis *hace posible* (las cursivas son mías)...⁸. Más preciso ya que tal espacio no siempre se da, así como las madres no siempre están en condiciones de facilitararlo.

En tanto continente y contenido, el espacio potencial se llena y se construye a partir de la capacidad de jugar, de ilusionar y, podría decirse también, siguiendo a Mitchell, la capacidad de abandonarse a las emociones que emergen en un espacio que posibilita el desarrollo de la confianza mutua.

Mitchell nos muestra una y otra vez a partir de su experiencia clínica que la disponibilidad del analista a aceptar lúdicamente las invitaciones de sus pacientes

a unirse en una forma de interacción particular y de abandonarse responsablemente a las emociones emergentes en el espacio del análisis resulta fundamental para los fines analíticos.

¿Qué es lo que lleva a una persona a buscar la ayuda de un analista y luego a mantenerse en esa forma particular de relación? Resulta coherente pensar que, junto a los motivos conscientes, un motivo inconsciente central es la búsqueda y la esperanza de integrarse en una relación que posibilite la construcción (co-construcción) de una zona de ilusión. He aquí donde se nos muestra la doble acepción del vocablo ilusión: por un lado suspensión de la realidad, por otro, esperanza. Motivo, entonces, que podría expresarse como “ilusión de ilusión”.

SELF

Desde la perspectiva de los autores que ponen su mirada en el polo del *self* para establecer la primacía de las relaciones interpersonales dentro de la experiencia humana⁹, los distintivos de la vida mental saludable son las autorrepresentaciones duraderas integradas, la constancia objetal y la flexibilidad en la regulación de la autoestima, los que se adquieren en un proceso que depende de las relaciones del niño con su entorno humano.

Qué sea o en qué consista el *self* es una pregunta que no se responde fácilmente. Desde ya hablar de *el self* conduce al equívoco de identificarlo con una sustancia, con un objeto separado y ubicado en el centro del individuo. Quizás resulte más acertado entenderlo como un proceso o actividad de carácter autorreflexivo, que opera en el ámbito intrapsíquico e interpersonal de una manera simultánea.

Ahora bien, aun cuando autores como Sullivan denuncian el carácter ilusorio de la singularidad e individualidad del *self*¹⁰; aun cuando el psicoanálisis

⁵ Mitchell S. (2000). *Intersubjectivity: Between: Expressiveness and Restraint in the Analytic Relationship*. En *Relationality: From Attachment to Intersubjectivity*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press. Cap. 6, pp. 125-146.

⁶ *Ibid*, p. 137.

⁷ Winnicott D. *Objetos transicionales y fenómenos transicionales en Realidad y Juego*. Gedisa, 1971.

⁸ *Intersubjectivity*, p. 138.

⁹ Así clasifica Mitchell uno de los modelos relacionales basado en su tendencia conceptual y en la manera en que se establece la primacía de las relaciones dentro de la experiencia humana. En: Mitchell S. (1988). *La matriz relacional*. En *Conceptos relacionales en psicoanálisis: una integración*. México: Siglo XXI eds. Cap. 1, p. 43.

¹⁰ Resulta interesante comentar aquí que Sullivan se refiere a tal ilusión como la “madre de las ilusiones” como una ilusión esencialmente narcisista, sirviendo a la función defensiva de distanciar la ansiedad y distraer la atención de los modos en que las personas de hecho operan con otros (*Multiple Selves, Singular Self*, p. 106). Esta corresponde, a mi juicio, a la forma restringida de entender la ilusión.

contemporáneo descubre en la discontinuidad de la organización del *self* un elemento enriquecedor de la experiencia vital, todo ello no contradice el estatus motivacional central que posee la *experiencia* subjetiva de un *self* independiente de los cambios en el tiempo, de un *self* conectado con la función de la autorreflexión, y los esfuerzos para organizar y mantener un sentido del *self* integrado¹¹.

De acuerdo con Kohut¹², la confirmación de la subjetividad por parte de un otro resulta clave para el proceso de formación y articulación del *self*, así como también resulta ser la acción terapéutica central del proceso analítico. Al referirse a la perspectiva de la psicología del *self* Mitchell (1993) comenta que el factor clave de todo el proceso de formación y articulación del *self* en el contexto analítico es la búsqueda largamente perseguida por parte del paciente de una experiencia saludable con un Otro, el esfuerzo y la búsqueda permanente de un “nuevo comienzo”. Desde esta perspectiva, añade Mitchell, la tarea del analista es localizar y aliarse con la *esperanza* (las curvas son mías) asociada a la expresión y articulación del *self*, ahí donde hay un *self* dañado que necesita ser reparado¹³.

A tales distintivos de un *self* saludable se suma el sentido de agencia equivalente a la descripción que hace Kohut como “centro de iniciativa”¹⁴. ¿Podrá asociarse este centro de iniciativa a la idea de vitalidad?

Desde la perspectiva del modelo relacional la experiencia subjetiva de un *self* integrado está profundamente incrustada en las relaciones pasadas y presentes que tenemos con otros¹⁵, razón por la cual la relación analítica es susceptible de convertirse en una oportunidad, entre otras, para la integración del *self* y de la autoestima. Ello en tanto se la entiende como una relación, no solo con un objeto “antiguo y/o malo” (Loewald/ Fairbain) sino también como un objeto “nuevo/bueno”, cuya participación cuestiona, retroalimenta, se muestra escéptica, sostiene, etc. Constituye una oportunidad para quebrar las categorías habituales a partir de las cuales empaquetamos automáticamente nuestra experiencia.

ILUSIÓN Y NARCISISMO

En *Wings of Icarus* Mitchell (1999) compara dos enfoques contrastantes frente al problema del narcisismo: aquel que lo ve como una ilusión y el que lo ve como la base de la creatividad y ensanchamiento de los bordes del *self*; el que lo considera una defensa versus el que lo considera como la base de la creatividad y el crecimiento¹⁶.

En un esfuerzo de síntesis Mitchell (1999) propone una tercera aproximación desde el modelo relacional, que incorpora algunos aspectos de estos modelos al mismo tiempo que pone el acento en la comprensión del narcisismo como un patrón aprendido de integración de las relaciones, que sirve al propósito de vehicular y mantener la conexión íntima con otros.

En términos descriptivos el narcisismo implica la atribución de un valor ilusorio. Para Freud, tal sobre valoración conlleva una imagen inflada en importancia, sea de uno mismo o del otro, la exageración de su poder, el ensalzamiento de su perfección.

Desde la teoría clásica que ve en el desarrollo un proceso lineal que progresa desde un modo de funcionamiento infantil y primitivo a uno más evolucionado y racional, la sobrevaloración ilusoria representa un alejamiento indeseable de la realidad o del involucramiento con otros, incluso en aquellos casos en que la ilusión se transfiere a través de la idealización hacia el objeto amado.

No obstante, a pesar de lo limitado que resulta este enfoque, la teorización y tratamiento del narcisismo a partir de la teoría clásica y posterior abrió paso al estudio del concepto del *self* y los dinamismos intrapsíquicos de fenómenos asociados, tales como la regulación de la autoestima y de la autovaloración. Permitió, como señala Mitchell (1999), responder a interrogantes como estas: “¿Cómo llega una persona a experimentar y visualizarse a sí misma del modo en que lo hace? ¿Cómo se desarrolla la autovaloración y cómo se conserva?”¹⁷, interrogantes que luego constituirían la preocupación central para teóricos del modelo relacional.

Mitchell (1993) repara en que los primeros modelos que intentan responder a dichas interrogantes, enfocan el desarrollo psíquico desde las dinámicas intrapsíquica¹⁸ correspondientes a los estadios tempranos

¹¹ Kohut en Mitchell S. *Multiple Selves, Singular Self*. En Hope and Dread in Psychoanalysis. New York: Basic Books. (1993) Cap. 4, pp. 95-122.

¹² *Ibid*, p. 108.

¹³ *Ibid*, p. 108.

¹⁴ *Ibid*, p. 109.

¹⁵ *Ibid*, p. 113.

¹⁶ *Óp. cit.*, p. 154.

¹⁷ *Óp. cit.*, p. 156.

¹⁸ En *True Selves, False selves* (Hope and Dread in Psychoanalysis. New York: Basic Books. (1993), p. 143), Mitchell sostiene que, a su juicio, la psique humana es ambas, intrapsíquica e interpersonal. Se trata de un fenómeno de una persona y de dos personas simultáneamente.

del desarrollo, perdiendo de vista lo profundamente incrustada que está la experiencia subjetiva del *self* en su medio interpersonal pasado y actual. A pesar de ello los fenómenos que se describieron como asociados al desarrollo temprano del *self*, tales como la creatividad, ilusión y juego, la necesidad de un reflejo, la empatía, el espacio potencial, etc., poseen una relevancia central a la hora de pensar el tratamiento psicoanalítico entendido como una relación de dos.

Por otro lado, de acuerdo con Mitchell (1999) la determinación de la patología o salud emocional, cuando se trata de ilusiones narcisistas, tiene menos que ver con el contenido de la ilusión que con la actitud de la persona acerca de tal contenido: cuán serio se lo toma, y de qué modo tal actitud determina sus actuaciones y disposiciones vitales¹⁹. Tal aproximación da pie para pensar en un narcisismo saludable, el cual refleja un equilibrio dialéctico entre ilusión y realidad: las ilusiones concernientes a uno mismo y a otros aparecen, se gozan de un modo lúdico y se renuncia a ellas de cara a las desilusiones. En el narcisismo patológico, en cambio, las ilusiones son tomadas demasiado en serio, la realidad es sacrificada con el fin de perpetuar la ilusión. En este caso está ausente la capacidad de juego.

Para Mitchell (1999) el factor etiológico clave de esta dificultad de equilibrar ilusión y realidad está dado al interior de las relaciones con otros significativos que conducen a la formación del carácter. “El desarrollo de este equilibrio necesario para un narcisismo saludable requiere un tipo de relación particular con un padre (madre) en el cual este es capaz de experimentar de un modo confortable tanto al niño como a sí mismo en ambos modos, en ilusiones juguetonas de grandiosidad, idealización y fusión, y también en desilusiones decepcionantes y en limitaciones realistas. Requiere de la capacidad del padre de gozar y jugar con las ilusiones del niño, sumar las propias ilusiones y ser capaz de dejarlas ir, experimentándose a sí mismo como al niño, de un modo más realista”²⁰.

CONSIDERACIONES TÉCNICAS

Tanto en *Wings of Icarus* como en *Intersubjectivity*, Mitchell describe su postura analítica consistente en una tarea doble. En el caso del análisis de las ilusiones narcisistas se trata de una “dialéctica sutil que alterna el unirse con el paciente en una integración narcisista y simultáneamente cuestionar la naturaleza y el propósito

de dicha integración”²¹. Mitchell propone la utilidad de entender a las ilusiones narcisistas como una forma de participación con otros, como una táctica y una invitación a una forma particular de interacción. El paciente requiere que el analista complete el lazo con el objeto antiguo. Se trata, en otras palabras, de una invitación o de la esperanza (inconsciente) de unirse en un juego particular y, por lo tanto, requiere del analista una disposición al juego, la capacidad de entrar y salir del espacio del juego y la ilusión. En este proceso algunos pacientes habrán de aprender a jugar.

En cuanto a las emociones y sentimientos que se desarrollan en la relación analítica, Mitchell (2000) sostiene que lo que se le pide al analista es que permita que sus sentimientos (amor, odio) emerjan, pero de un modo responsable, esto es, sin dejar simultáneamente de tomar en cuenta sus implicaciones en el proceso analítico del cual ellos son los guardianes²². Y, más que guardianes, Mitchell combina la responsabilidad analítica con la preocupación que naturalmente emerge al interior de una relación en que nos involucramos profundamente con una persona²³.

ROMANCE EN EL ESPACIO POTENCIAL ANALÍTICO

Comenta Mitchell que luego de transcurrido un tiempo de este “romance” entre él y su paciente las fantasías de Gloria comenzaron a tornarse obsesivas y, en lugar de abrirse a nuevas experiencias su vida comenzó a colapsar en torno al análisis. En algún momento se hizo claro que ella creía verdaderamente que una aventura amorosa entre ellos después o durante el análisis era posible. Esta situación condujo a que Mitchell le aclarara que él nunca tendría una aventura con una paciente durante o después del tratamiento. El hacer explícitos sus límites dio lugar a que Gloria evocara dolorosamente el rechazo por parte de su padre y la retirada de su tío con quien había tenido en su niñez una relación profunda y apasionada. Pero, paulatinamente, el señalamiento de los límites le permitió a Gloria consolidar sus relaciones con otros hombres de su mundo –lo que constituía su motivo de consulta– incluida la relación amorosa con su marido.

Mitchell comenta que los espacios analíticos que el psicoanálisis hace posible tienen una duración limitada en el tiempo. “Pueden resultar de una enorme utilidad analítica, pero solo por un tiempo. Más allá se vuelven

¹⁹ *Óp. cit.*, p. 165.

²⁰ *Óp. cit.*, p. 167.

²¹ *Óp. cit.*, p. 171.

²² *Óp. cit.*, p. 132.

²³ *Óp. cit.*, p. 134.

constrictivos”²⁴. Al igual que en el tratamiento de las ilusiones narcisistas, Mitchell descubre en este contexto la necesidad de encontrar un equilibrio constructivo a fin de facilitar el proceso analítico. En estos casos, entre el amor cultivado y el amor cuestionado en la transferencia y la contratransferencia.

CONCLUSIÓN

Tanto en inglés como en castellano el vocablo *ilusión* (*illusion*) denota un engaño a nivel de los sentidos (espejismo) y de las creencias, sumado a la connotación de esperanza, poco realista en el caso del inglés. En castellano, en cambio, se añade a la esperanza el sentido de entusiasmo y alegría²⁵.

Desde el psicoanálisis podría decirse que el sentido de esperanza que el fenómeno de la ilusión comporta se asocia también a la idea de vitalidad o, como dice Mitchell, a una suerte de “amor a la vida que se sostiene en el doble juego de la ilusión y la renuncia a ellas”.

De acuerdo con Winnicott, el espacio que hace posible la experiencia de una ilusión vital y saludable asociada al juego y a la creatividad es aquella zona intermedia de experiencia entre el individuo y el ambiente facilitador. Desde el modelo relacional, podría plantearse que el espacio potencial que el análisis hace posible consiste en una experiencia compartida de ilusión. Ahora bien, para que el espacio analítico se transforme en un ambiente facilitador se requiere, en primera instancia, de la capacidad de juego del analista. Dicha capacidad facilita la co-construcción (analista-analizando) de un espacio que se ofrece a este último como una oportunidad de juego e ilusión.

Entendida así, la oportunidad de jugar junto a un otro que se deja llevar responsablemente resulta ser un aspecto motivacional fundamental, que probablemente subyace a muchos motivos de consulta. El proceso de análisis se entiende, desde esta perspectiva, como aquel que se encamina al “encuentro del momento de la esperanza” (Kohut), de la revitalización de un un *self* congelado y abortado, en el decir de Winnicott²⁶.

Por su parte, Mitchell (1999) comenta la importancia para los fines analíticos de una disposición del analista a aceptar la invitación del paciente a participar en una forma particular de relación. Para ello se requiere de una disposición y habilidad para jugar, lo que implica la libertad de moverse de ida y vuelta entre

la realidad y la ilusión. El hecho de poder participar en ese juego con el paciente se traduce en una facilitación para que este último se reúna con la esperanza, recuperando o quizás conquistando por primera vez el amor a la vida.

Posiblemente la vitalidad fundada en la esperanza es la que está en la base de la capacidad de aceptar la realidad con sus limitaciones.

De otra parte, se requiere del analista la disposición y capacidad de abandonarse en forma responsable a la emergencia de sentimientos en la relación analítica con y hacia su paciente.

Mitchell comenta que la base para todas las relaciones interpersonales futuras del niño dependen de la capacidad de los padres de jugar al juego de la construcción y renuncia de las ilusiones y de ofrecerle una presencia emocional completa y variada.

De la información que Mitchell nos entrega acerca de Gloria no sabemos cuán en serio o no se tomaba su tío este “romance apasionado” con su sobrina. De ello depende que pudiese entenderse como un juego del cual en algún momento habrían de salir, ya sea que se diluyese gradualmente o bien que el tío se viese obligado en algún momento a poner límite a la ilusión. Tal como a Mitchell le ocurrió al interior del proceso analítico con Gloria. Pero ese tránsito quedó suspendido en la niñez de Gloria, cuando su padre retorna al hogar y el tío se retira de la relación, transformándose en una presencia inmutable. Tampoco ocurrió viniendo del padre ya que, al parecer, este no fue capaz de establecer una relación propia con su hija.

Mitchell (1999) señala lo limitado que resulta la perspectiva de Kohut al igual que las posturas más tradicionales cuando entienden la ilusión como una actividad mental localizada en las fases tempranas del desarrollo y no como el “producto normal de una actividad mental a lo largo de todo el ciclo vital”. Del mismo modo, comenta, las ilusiones que aparecen en la situación psicoanalítica son tratadas como reflejando necesidades tempranas del desarrollo, en su “forma pura” en vez de entenderlas como un modo aprendido de conexión íntima con otros. Para este autor las ilusiones narcisistas se generan a lo largo de todo el ciclo vital.

En una línea similar podría pensarse que la invitación a participar de un tipo de relación particular, por ejemplo el “romance” de Gloria, puede ser entendida como el vehículo para completar lazos pertenecientes a distintos momentos de la vida así como a distintas dinámicas psíquicas: el lazo amoroso con su tío y sus correspondientes dinámicas de amor edípico, al mismo tiempo que el vehículo para completar y reparar el probable lazo deficitario con una madre depresiva.

²⁴ *Óp. cit.*, p. 138.

²⁵ Diccionario Word Reference: www.wordreference.com

²⁶ En *Wings of Icarus*... p. 162.

En otras palabras, un mismo sentimiento como el amor transferencial puede dar cuenta de necesidades de integración narcisista correspondientes a distintas etapas del desarrollo. De este modo se vuelve más complejo lo que en otro momento se habría entendido como una transferencia de carácter edípico, originada en la etapa del desarrollo correspondiente e integrando mociones pulsionales específicas.

¿Podrá, entonces, entenderse el romance de Gloria con el tío como una ilusión narcisista particular de esta fase del ciclo vital? ¿Como el momento de la idealización propia del amor romántico, hacia una figura que sustituyó al padre, ahí donde había una madre depresiva y un padre ausente, y/o como la esperanza por parte de Gloria asociada a la experiencia articuladora de su *self* y de su autoestima? ¿Se trataba de un modo de conexión entre ellos que llenó ese espacio de juego compartido con la ilusión entendida como esperanza de amar y de sentirse amados, de reflejar y ser reflejado, de admirar y sentirse admirados?

Sea como sea, este juego y su correspondiente duelo se vio interrumpido cuando el padre de Gloria vuelve al hogar, momento en que el tío se retira. Queda abierta la pregunta de si se trataba de un juego o de una suerte de "adicción"²⁷ del tío a esta ilusión, que no le dejase a Gloria opción para relacionarse con él de otro modo. Si ese fuese el caso se podría pensar que el juego romántico al que Gloria invita a Mitchell constituiría un modo aprendido de conexión con otros que se volvió un patrón estereotipado y compulsivo de integración.

Del mismo modo en que Mitchell propone ver las ilusiones narcisistas como una táctica o invitación a participar en una forma particular de relación, podría extenderse esta mirada al campo de las ilusiones entendidas como esperanza de jugar el juego de la ilusión²⁸, lo que sería consistente con la idea de los espacios potenciales que el psicoanálisis hace posible, y que, como Mitchell nos muestra, a veces son llenados con amor romántico.

Pero este juego, este espacio potencial, tiene su fecha de expiración, como toda experiencia que se desarrolla en la temporalidad, es decir, que forma parte de un ciclo vital. Fijar lo límites tal como lo tuvo que hacer

Mitchell o como lo deben hacer los padres re-envía la ilusión al campo de las relaciones con objetos nuevos a la vez que reales, así como al mundo de la cultura, las artes y la religión.

REFLEXIÓN FINAL

El psicoanálisis en cuanto experiencia vivida es uno de los tantos caminos que se pueden emprender con el propósito de lograr cambios significativos en la forma de experimentar la propia vida. En tanto camino, este nos pone frente a preguntas cruciales relativas a la experiencia humana. ¿Por qué una persona busca y luego permanece en este dispositivo que se caracteriza por la integración de una relación particular con otro, una de cuyas tareas es facilitar el proceso de la autorreflexión? ¿Qué motivos profundos, aparte del sufrimiento y el conflicto, conducen a una persona a unirse en una relación con un otro cuya participación cuestiona, retroalimenta, se muestra escéptica, sostiene, etc., y que, en definitiva, se constituye en una oportunidad para quebrar las categorías habituales a partir de las cuales empaquetamos automáticamente nuestra experiencia? Es más: ¿cómo se entiende esta motivación si se considera que, inevitablemente, conlleva el peligro de ingresar en zonas "peligrosas" de la experiencia humana como son las del perderse a sí mismo, dejar de reconocerse, quedar arrojado a una soledad absoluta, quedar sometido a la arbitrariedad de los propios impulsos inaceptables, etc.?

En cuanto al analista, ¿cuál es el supuesto último que guía su práctica?

Si bien podría pensarse, a primera vista, que la pregunta que interroga por los supuestos que guían el actuar del analista se sitúa en un terreno distinto a aquel que concierne a las motivaciones profundas en el analizando, si se los entiende desde la perspectiva general que indaga sobre las motivaciones humanas y el sentido de la propia existencia, es posible reunir a ambas bajo una mirada común. Resulta coherente suponer que la ilusión como esperanza, como movimiento de sentido progresivo y afín a la vida, posee un estatus central en lo que concierne a las motivaciones profundas del ser humano. Esta postura es una alternativa frente a los planteamientos de Fromm (en Mitchell, 1999, p. 160) para quien existen, en términos generales, dos tipos de respuestas posibles frente a realidades ineludibles de la condición humana, tales como la finitud y la separación: respuestas progresivas y productivas que aceptan las realidades existenciales y crean lazos significativos con otros, y respuestas regresivas y destructivas, basadas en el autoengaño y la negación de las realidades de la condición humana.

²⁷ Así se refiere Mitchell a la actitud de los padres que se toman demasiado en serio sus ilusiones narcisistas, obligando al niño a participar de tales ilusiones, como único modo de conectarse con ellos. *Op. cit.*, pp. 167-168.

²⁸ Cabe comentar aquí el uso que se le da a la palabra ilusión en Chile para referirse al anillo de compromiso, anterior al matrimonio.

A partir de los conceptos revisados en el presente trabajo se hace posible visualizar una tercera alternativa a partir de la cual se abre la oportunidad de barajar las cartas de la propia vida y buscar nuevas combinaciones.

¿Qué distingue a esta esperanza entendida como “fuerza” subyacente afín a la vitalidad del concepto de pulsión de vida contrapuesta a la pulsión de muerte, de Eros confrontado a Tánatos? Por lo pronto, estos conceptos remiten a una realidad abstracta de carácter especulativo, difícil de aprehender en el momento en que se piensa en las particularidades de la experiencia vivida. Resulta más fácil y cercano a la experiencia, sin que por ello se sacrifique la profundidad, pensar en elecciones particulares de vida en las que este supuesto vital tiene el espacio para manifestarse. O inhibirse. Un ejemplo es la decisión de iniciar un análisis, lo mismo de persistir en él durante un tiempo indeterminado. Allí se pone en juego la esperanza (consciente e inconsciente) puesta en las fuerzas internas de crecimiento, de vitalización-revitalización y de enriquecimiento. Kohut lo expresa como el “esfuerzo perpetuo de encontrar un puente constructivo sobre los *impasses* del desarrollo.” Fuerzas y/o movimientos que se oponen, en un juego dialéctico, a aquellos que empujan en la dirección contraria, regresiva, destructiva e inmovilizadora.

Lo novedoso, desde el modelo relacional, es que dicha esperanza requiere de un contexto relacional particular para que se exprese y se co-construya a la vez. Requiere del analista que localice y se alíe con una esperanza constructiva: “ese esfuerzo positivo del desarrollo es la voz entre otras que Kohut siente que necesita ser encontrada, amplificada y cálidamente acogida si es que hay un *self* dañado que debe ser reparado”²⁹. Requiere, entonces, que el analista integre para sí y desde sí ese supuesto básico de confianza en la existencia de un fondo esperanzador que subyace a la relación con su paciente. Supuesto que contradice la interpretación restringida de las ilusiones como defensas frente a la realidad, como resistencias frente al proceso analítico.

A mi juicio, lo restringido de esta perspectiva consiste en una suerte de negación de la temporalidad de los procesos humanos. Desde el modelo clásico, en lo que se ha llamado una “hermenéutica de la sospecha”, las ilusiones del paciente son vistas como manifestaciones de una defensa frente a la realidad, lo que pone al analista, por ejemplo a Kernberg (en Mitchell, 1999) en la tarea de interpretar “*rápidamente*” y con vigor

su carácter defensivo y su irrealidad (las cursivas son mías). Aquí no hay espacio para el tiempo de la espera. Tales intervenciones no operan bajo el supuesto de la confianza en las fuerzas constructivas del crecimiento. Supuesto que se situaría en una posición dialéctica frente a las fuerzas regresivas que fijan al paciente en ilusiones a partir de las cuales se niega la realidad. Desde la modelo tradicional, resulta una ingenuidad pensar que el resplandor de estas experiencias narcisistas se transformará, con el tiempo, en un sentido más realista y duradero del *self* como algo valioso.

Ahora bien, la función de corte y de límite, proveniente de la realidad externa y de la relación con otros significativos, sin duda es un factor de crecimiento. Desde esta perspectiva Loewald, por ejemplo, critica a Kohut, quien pareciera evitar todo sentido de “una afirmación de los aspectos positivos y enriquecedores de las limitaciones del *self* y de los otros”, lo que constituye, a juicio de este autor, un modo sutil de seducción del paciente (en Mitchell, 1999, p. 164)

Desde la perspectiva de Mitchell, quien considera la utilidad de entender las ilusiones narcisistas no solo como una solución al servicio de una economía psíquica interna, ni tampoco solamente como una pura eflorescencia de la vida mental infantil, sino que fundamentalmente como una forma de participación con otros, se interpretan los anhelos de admiración e idealización en el paciente como “invitaciones” al analista a participar en un modo particular de relación. Considerar a las ilusiones narcisistas de este modo sitúa la respuesta del analista bajo una perspectiva diferente a la que se deriva del modelo clásico, por cuanto integra simultáneamente el elemento regresivo de los patrones de relación en el momento en que estos de tornan compulsivos al sentido progresivo de esperanza que la ilusión comporta.

El analizando, nos dice Mitchell, requiere de cierta participación del analista para completar el lazo con el objeto antiguo. Sin embargo, a la hora de plantear las implicancias técnicas derivadas de esta mirada, Mitchell muestra cierta inconsistencia cuando considera el *timing* de este proceso. Por un lado entiende que los analizandos que manifiestan transferencias narcisistas necesitan idealizar al analista o ser admirados por él (o ambos), por lo menos por un tiempo, de manera de sentirse involucrados y de sentir que algo importante está pasando. Pero por otro lado, cuando se refiere a las implicancias técnicas de este enfoque, repetirá en más de una ocasión la necesidad de unirse a la integración narcisista y *simultáneamente* (las cursivas son mías) cuestionar la naturaleza y el propósito de tal integración.

²⁹ Mitchell, “Multiple selves, singular selves” en *Hope and Dread*, 19, p. 108.

A mi juicio, poner límites a la ilusión, sean estas narcisistas u otras como en el caso del romance, cuestionar sus beneficios, mostrar su fijación en el tiempo, todas estas intervenciones son necesarios para el crecimiento del analizando. La cuestión es cuándo resulta provechoso para el proceso analítico plantear estos límites. Permitir la integración y “simultáneamente” cuestionarla pareciera delatar una cierta desconfianza en lo que puede resultar de dicha integración, lo que conduce a la idea de acotarla en el mismo momento en que se manifiesta. Bromberg (1983 en Mitchell, 1999, p. 175) pareciera otorgarle al tiempo un “espacio” más amplio cuando sostiene que: “Para algunos de estos individuos, más que para otros, el éxito del análisis depende de ser capaz de participar en un periodo inicial de duración indefinida, en el cual el análisis los protege parcialmente de la cruda realidad que aún no pueden integrar, mientras se lleva a cabo una función más amplia de mediar su transición hacia un nivel de las representaciones del *self* y de los objetos más madura y diferenciada”.

Tal como lo expresa Mitchell (1999), su postura analítica consiste en una disposición a participar así como la curiosidad frente a los límites constrictivos a que esta forma de participación da lugar. Para ejemplificar esta postura utiliza la metáfora del baile: “No estoy proponiendo ir al baile y quejarse todo el rato de la música, sino más bien disfrutar de la música sumado al poner en cuestión la particularidad del estilo. ¿Cómo es que el analizando no aprendió otros pasos? ¿Por qué el analizando cree que esta es la única forma deseable de bailar? La mayoría de los analizandos necesita sentir que su propio estilo de danza es apreciado de manera de abrirse a expandir su repertorio”.

Hay algo que resulta confundidor en esta metáfora: ¿se puede disfrutar verdaderamente del baile, abandonarse a sus ritmos y al mismo tiempo reflexionar acerca del estilo? ¿No representan, acaso, dos momentos distintos: el del –movimiento– de la danza y el de la –detención– propia del momento de la reflexión?

Ahora bien, esta “tensión” temporal pareciera distenderse en el caso del “romance” de Mitchell (2000) con su paciente Gloria: “Nuestra relación analítica se caracterizó por una tensión romántica y un sutil flirteo erótico de parte de los dos. No elegí de manera

consciente ser coqueto, pero tampoco restringí de una manera consciente esta forma de ser con ella y que podía ser interpretado potencialmente como coquetería (...) Durante este periodo que duró varios años, ella creció en modos en que ambos considerábamos como constructivos. El romance entre nosotros tenía mucho de la cualidad de un espacio “potencial” winnicottiano...” (p. 138).

¿Cómo podremos entender esta duración, esta suerte de rendición o abandono a los sentimientos emergentes, sino a partir de una confianza tácita de que, en la medida que se aborda la labor analítica de una manera responsable y cuidadosa, disponiéndose a poner los límites cuando el analizando se muestre capaz de integrarlos, el proceso se encaminará hacia un crecimiento deseado?

Resulta coherente entender este “romance” como el modo particular en que se expresó la ilusión en su doble sentido de espejismo e imaginación junto a la esperanza que nos lanza ciega y confiadamente a un futuro prometedor. La oportunidad de ingresar y quedarse, por un tiempo, en estos espacios ilusorios probablemente es lo que nos otorga las fuerzas para tolerar la realidad ineludible de la separación y de la finitud.

Para Winnicott (en Mitchell, 1988), algunos pacientes *parecen* personas, pero carecen de las experiencias de ellos mismos como seres reales y existentes en el tiempo. Podría decirse que se asemejan a los “zombis”³⁰, o a aquellos personajes ficticios a quienes se les ha robado el alma.

En los espacios de ilusión que el psicoanálisis hace posible hay lugar para imaginar una suerte de ritual mágico, en el que se ponen en juego principios de la naturaleza, entre ellos el fuego y sus atributos de movimiento y permanente cambio: “La tarea del analista es soplar las brazas, reavivar el fuego, encender la chispa. Él debe crear una atmósfera lo más receptiva posible frente a la subjetividad del paciente...” Con estas metáforas describe Mitchell (1999) la tonalidad afectiva con que Winnicott recibiría a un paciente con un *self* fracturado y magullado por las intromisiones maternas que han precipitado en él la necesidad de una adaptación prematura a la vida y una desconexión con su propia realidad subjetiva, el núcleo (corazón) del *self* y la fuente (*desde la cual mana*) su creatividad.

³⁰ Según Wikipedia, un zombi es una figura legendaria propia del culto vudú, y es la representación de un cadáver que de una u otra manera puede resucitar o volver a la vida.

PSICOANÁLISIS

LITERATURA Y PSICOANÁLISIS EN LOS ESCRITOS DE SIGMUND FREUD

DE LA EXPERIENCIA ANALÍTICA A LA LITERATURA: UN MODO DE EJEMPLIFICAR, REAFIRMAR Y *COMPLEJIZAR* (PRIMERA PARTE)

(Rev GPU 2015; 11; 4: 347-352)

Juan Pablo Vildoso¹

*“Lo mejor que alcanzas a saber,
no puedes decirlo a los muchachos”*

GOETHE, Fausto²

En el presente trabajo, enmarcado en una investigación mayor sobre el valor de la literatura para el psicoanálisis y para la psicoterapia en general, realizo una primera aproximación que intenta situar dicho valor más allá del psicoanálisis aplicado. Con tal objetivo, he revisado los denominados textos literarios de Freud y los he agrupado en tres categorías: trabajos en los que Freud buscó ejemplificar y reafirmar experiencias analíticas; textos en los que se adentra en las preguntas sobre la creatividad y la experiencia estética; y finalmente trabajos en los que la literatura constituye un objeto para la aplicación empírica de conceptos psicoanalíticos en sus dos vertientes, el trabajo con una obra, o bien, el trabajo con un autor. En esta entrega analizo y discuto sobre la primera categoría concluyendo que: lo fundamental para esta nueva articulación es rescatar las múltiples opciones de cursos asociativos que nos abre una determinada obra; y que el psicoanálisis resulta doblemente enriquecido en su diálogo con la literatura, ya que además de reafirmarse y ejemplificar en esta, es posible *complejizar* las intelecciones obtenidas en la experiencia clínica. Estas posibilidades de diálogo y apertura requieren el establecimiento de una relación transferencial, con un autor o un texto.

¹ Psiquiatra. Instituto Psiquiátrico José Horwitz B., Ms. Psicofarmacología y Drogas de Abuso U.C.M., Mg. © Psicología Clínica U. de Chile. Profesor colaborador Universidad Alberto Hurtado.

² Como señala Strachey (1966), esta fue una de las citas favoritas de Freud.

INTRODUCCIÓN

El psicoanálisis ha transitado su tortuoso sendero de la mano de las producciones culturales. Este vínculo fue iniciado por Sigmund Freud, quien tempranamente mostró un intenso apasionamiento por la antropología, el folclore, la mitología y la literatura (Anzieu 1993), de acuerdo con el mismo Freud, ya que con la interpretación de los sueños el psicoanálisis traspasó las fronteras de una ciencia puramente médica, y en muchos de sus trabajos insertaba digresiones para satisfacer sus intereses extra-médicos (Freud 1925 [1924]). Toda su obra se encuentra habitada por referencias a la literatura, extrayendo de una tragedia clásica, el mito de Edipo escrito por Sófocles (reformulado a modo de complejo estructurante del sujeto)³, el nombre de uno de los cimientos iniciales de la teoría (Freud 1900, Bayard 2009). Posteriormente, continuó utilizando la literatura para ejemplificar múltiples aspectos de la clínica y de la teoría e incursionó en la creación literaria y la estética (Freud 1908 [1907], 1919), realizando además dos análisis literarios en los que aplica el método psicoanalítico (Freud 1907 [1906], 1928 [1927]), sentando las bases de lo que hoy conocemos como psicoanálisis aplicado, el que posteriormente se ampliará a los campos de la antropología, la sociología y la religión⁴. Pero, ¿es solo una aplicación del psicoanálisis lo que realiza Freud en sus textos literarios?, ¿o se trata, por el contrario, de un diálogo, de un ir y venir desde el psicoanálisis hacia la literatura y viceversa?

En consecuencia, con estas preguntas, y en el marco de una investigación mayor sobre el valor de la literatura para la clínica psicoanalítica y para la psicoterapia en general, he revisado los denominados textos literarios de Freud, intentando despejar la pregunta planteada, cuya respuesta podría depender en último término de la extracción de algunos elementos específicos de los textos mismos (Thévoz 2014). Para organizar la revisión seguí en un primer momento la indicación de Strachey (1966) sobre los textos que

versan predominantemente sobre literatura, asumiendo que dicha selección dista mucho del valor real de la literatura en la obra de Freud; empero, era necesario comenzar de algún modo. La agrupación de los textos podría haber sido realizada de múltiples maneras. Por ejemplo: siguiendo un criterio metapsicológico en función del giro teórico de los años veinte (Green 1990); o de su ubicación dentro de la primera o segunda tópica; también siguiendo un criterio eminentemente histórico (que se entrelaza con el anterior), en función de su relación temporal con el evento más determinante de la historia del siglo XX, la primera guerra mundial. Sin embargo, he preferido elegir una sistematización en función de la relación de Freud, y de los textos mismos, con la literatura. De esta forma los textos pudieron ser agrupados en tres categorías: trabajos en los que Freud buscó ejemplificar, reafirmar (y *complejizar*), experiencias analíticas; textos en los que se adentra en las preguntas sobre la creatividad y la experiencia estética; y finalmente trabajos en los que la literatura constituye un objeto para la aplicación empírica de conceptos psicoanalíticos en sus dos vertientes, el trabajo con una obra, o bien, el trabajo con un autor.

En esta primera entrega sintetizaré y discutiré en profundidad tres textos de Freud en los que el trayecto de los mismos sigue claramente un derrotero que va desde la experiencia analítica hacia la literatura: la *carta 71*; parte del capítulo D de *La interpretación de los sueños* y el artículo *Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico*.

LAS CARTAS A FLIESS Y LA INTERPRETACIÓN DE LOS SUEÑOS: EL MITO DE EDIPO

La primera mención explícita a una obra literaria hecha por Freud data de la carta 71 fechada el 15 de octubre de 1897. En esta afirma haber encontrado en él mismo un estado de enamoramiento hacia su madre y celos contra el padre, considerándolo como un suceso universal de la niñez temprana⁵; a partir de este hecho discierne el poder cautivador del *Edipo Rey* de Sófocles, que captura y expone una compulsión que reconocemos en nosotros mismos precisamente por haberla experimentado. En la misma carta también encuentra en *Hamlet* de Shakespeare los efectos de las mociones hostiles hacia el padre, esta vez en la conciencia de culpa inconsciente del príncipe, responsable de la

³ Para Freud, el “complejo de Edipo” adquirió una importancia insospechada para la comprensión de la historia de la humanidad. La expresión “complejo de Edipo” fue utilizada como tal por primera vez en el artículo de 1910: Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre (Strachey 1966).

⁴ Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos (1913 [1912]), Psicología de las masas y análisis del yo (1921), El malestar en la cultura (1930 [1929]), Moisés y la religión monoteísta (1939[1934-38]).

⁵ La diferencia entre las personas normales y los neuróticos históricos de acuerdo con el Freud de esta época, sería la ocurrencia más precoz de este fenómeno en los segundos.

inhibición que le impide vengar el asesinato de su padre el rey (Freud 1897).

Posteriormente en el capítulo D de la quinta parte de *La interpretación de los sueños* (Freud 1900-1901), dedicado al análisis de algunos “sueños típicos”, vuelve sobre el mito en el apartado sobre los sueños de muerte de personas queridas⁶. Plantea que el poder de conmoción de la tragedia griega radica en la particularidad del material que evidencia; *tiene que haber en nuestra interioridad una voz predispuesta a reconocer el imperio fatal del destino de Edipo... Su destino nos conmueve únicamente porque podría haber sido el nuestro* (Freud 1900-1901, p. 271). Para Freud la pieza complementaria del sueño de muerte del padre son los sueños de comercio sexual con la madre a menudo comunicados por sujetos neuróticos; de esta manera el mito constituiría una reacción de la fantasía (¿de Sófocles o de Freud?) frente a estos dos sueños típicos. Tal como en la carta 71, la siguiente pieza de la argumentación es *Hamlet*, tragedia en la que según Freud se evidencia el progreso de la represión en la vida espiritual de la humanidad desde los tiempos de la antigüedad a la edad moderna, ya que en *Edipo* la fantasía es actuada pero en *Hamlet* permanece reprimida, evidenciándose de manera disfrazada en las inhibiciones del príncipe que no puede cumplir la venganza encargada por el espectro de su padre, ya que ha identificado sus deseos en el asesino y usurpador, trocando el horror y espíritu de venganza en autorreproches e inhibición. *Hamlet* es por lo tanto un histérico. Como puede leerse, el análisis ya estaba planteado de manera prácticamente idéntica en la carta 71, sin embargo en el párrafo final Freud agrega un comentario de gran valor al señalar que, como cualquier síntoma neurótico y el sueño, toda genuina creación literaria admite *más de una interpretación, las que incluso podrían ser indispensables para una comprensión plena*⁷, aunque asigna a esta (la interpretación edípica), el valor de alcanzar la mayor profundidad dentro de las mociones del alma del creador.

⁶ En el apartado anterior sobre los sueños de turbación por desnudez Freud había citado el cuento, *El vestido nuevo del Emperador de Andersen*, así como un episodio de *La Odisea*. Y previamente a la mención del mito de Edipo, en el apartado de sueños de muerte de personas queridas, los mitos de Cronos y Zeus, así como los dramas de Ibsen (Freud 1900, Le Rider 1968).

⁷ Las bastardillas y el subrayado son míos.

ALGUNOS TIPOS DE CARÁCTER DILUCIDADOS POR EL TRABAJO PSICOANALÍTICO

Este artículo de 1916 es uno de los pocos que Freud dedicó al estudio del carácter⁸, describiendo y reconduciendo a sus orígenes tres tipos (rasgos) de carácter; *Las excepciones, Los que fracasan cuando triunfan y Los que delinquen por conciencia de culpa*. Aunque el tema es eminentemente clínico, Freud rehúsa manifiestamente apoyarse en descripciones clínicas extensas, y las descripciones de los dos primeros tipos están fuertemente apoyadas en personajes de algunas tragedias de Shakespeare.

Freud afirma que algunos sujetos se revuelven contra la propuesta del médico de avanzar desde el principio del placer al de realidad, argumentando que ya han sufrido bastante como para continuar privándose. En estos sujetos la neurosis estaría anudada a una vivencia de sufrimiento infantil en la que habían sido inocentes, por lo que la estimaron como un perjuicio a su persona. Freud acude a la literatura para ejemplificar su propuesta, citando el monólogo de apertura de Gloucester (Gloster), quien luego será Ricardo III en el drama del mismo nombre. Freud trata el monólogo como el texto de un sueño, desentrañando lo que verdaderamente nos dice⁹:

“La naturaleza ha cometido conmigo una grave injusticia negándome la bella figura que hace a los hombres ser amados. La vida me debe un resarcimiento, que yo me tomaré. Tengo derecho a ser una excepción, a pasar por encima de los reparos que detienen a otros. Y aún me es lícito ejercer la injusticia pues conmigo se la ha cometido” (Freud 1916, p. 322).

⁸ Freud (1916) escribió que el analista estaría mucho más interesado en el esclarecimiento de los síntomas de un neurótico que en el carácter de este, que solo cobraría importancia en tanto ofrece resistencia al análisis. Los otros artículos en los que se ocupa de este problema son *Carácter y erotismo anal y Tipos libidinales*.

⁹ *Pero yo, que no he sido formado para estos traviesos deportes ni para cortejar a un amoroso espejo...; yo, contrahecho y sin majestuosa gentileza para pavonearme ante una ninfa de libertina desenvoltura; yo, privado de la bella proporción, desprovisto de todo encanto por la pérfida naturaleza; deforme, mal fraguado, enviado antes de tiempo a este latente mundo; acabado a medias y eso tan imperfectamente y fuera de la moda, que los perros me ladran cuando ante ellos me detengo... Y así, ya que no puedo mostrarme como un amante, para entender estos bellos momentos de galantería, he determinado proceder como un villano y odiar los frívolos pasatiempos de estos días...* (Shakespeare, Ricardo III. Ed. Andrés Bello 1999).

Para Freud, Ricardo es la magnificación de un aspecto que está en todos nosotros, en verdad todos querríamos presentarnos como excepciones y exigir compensaciones por las afrentas a nuestro narcisismo, siendo este aspecto lo que permite la identificación con el personaje y completar mediante nuestra actividad espiritual el texto de las motivaciones del héroe.

El segundo tipo, los que fracasan cuando triunfan, lo constituyen justamente aquellos sujetos que enferman cuando se les cumple un deseo profundamente arraigado y por mucho tiempo perseguido, como si no supieran soportar la dicha. Freud discierne que es nuestra conciencia moral (de culpa) la que provoca la enfermedad por el triunfo y esta se encuentra íntimamente enlazada con el complejo de Edipo. Para ilustrarlo se apoya en dos breves reseñas clínicas y sobre todo en dos personajes de obras dramáticas de Shakespeare e Ibsen, Lady Macbeth y Rebeca West respectivamente. Lady Macbeth, quien no vaciló en empujar a su predispuesto marido al asesinato de Duncan para convertirse en rey, comienza a mostrar indicios de hastío una vez consumada la ascensión al poder de Macbeth: *Nada se gana, al contrario, todo se pierde, cuando nuestro deseo se cumple sin contento: vale más ser aquello que hemos destruido, que por la destrucción vivir en dudosa alegría* (Freud 1916, p. 326). Posteriormente la enfermedad mental se hace evidente, comenzando a deambular sonámbula, como un espectro más. Freud se pregunta por los motivos que llevaron al quebrantamiento de ese frío y resistente carácter, las alternativas que plantea son las siguientes: por un lado la desilusión de ver la hazaña cumplida; y por otro, una reacción ante la imposibilidad de tener hijos producto de su misma ambición de poder; en efecto, esta última alternativa sería válida en la versión de Holinshed, de la que Shakespeare tomó el tema, pero no en la versión del segundo, en la que los acontecimientos se suceden en el transcurso de unos cuantos días. Los motivos del cambio de carácter deben ser entonces buscados en aspectos más internos y en último término no podrían esclarecerse. Tal vez la única solución posible es representarnos a Macbeth y a su esposa como dos componentes de un solo carácter, entonces los gérmenes de angustia que emergen en el hombre la noche del asesinato continúan su desarrollo en la mujer. Él es el que escucha (de manera alucinada) que no dormirá más, pero es ella quien enferma de insomnio. En suma, ambos muestran las posibilidades de reacción frente al crimen como partes de una sola entidad psíquica, ella pasa a ser la arrepentida y Macbeth el temerario. Como el esclarecimiento del fenómeno queda a juicio de Freud incompleto, pasa a analizar *Rosmersholm*, un drama de Ibsen.

En este drama Rebeca, hija adoptiva del doctor West, se instala tras la muerte de este en la casa de un pastor llamado Rosmer, que vive con su esposa Beate. La joven logra mediante intrigas que Beate se suicide y que Rosmer la quiera hacer su esposa; sin embargo, en el mismo momento en el que el plan se consume, un aspecto del pasado le impide acceder a la felicidad, se ha despertado en ella la conciencia de culpa que la lleva incluso a confesar su crimen al propio Rosmer y a Kroll, hermano de la mujer a quien asesinó indirectamente. Rebeca atribuye su cambio a la convivencia con el noble Rosmer, pero no es suficiente. El verdadero motivo por el que fracasa cuando triunfa, que permanece secreto en la obra hasta que Kroll lo incita a aparecer al enrostrarle a Rebeca que es la hija bastarda de West, es que ella además ha sido la amante del doctor. La motivación del fracaso sería entonces múltiple, el motivo superficial sería la culpa por la muerte de Beate y el profundo, que permanece largo tiempo velado (siguiendo de acuerdo con Freud las reglas de la economía poética), la culpa por el incesto. Rebeca siempre estuvo bajo el imperio del complejo de Edipo, y cuando llegó a Rosmersholm, el yugo de la primera experiencia la impulsó contra su voluntad a recrear la misma situación que inicialmente se había concretado sin su intervención, eliminar a la mujer-madre (muerta de causa natural en su caso) para ocupar su lugar junto al hombre-padre. Para Freud, Rosmersholm recrea la fantasía cotidiana de las mujeres que ingresan como sirvientas a una casa, pero se convierte en una pieza trágica, *con el añadido de que al sueño diurno de la heroína le ha precedido, en su prehistoria, la realidad que le corresponde íntegramente* (Freud 1916 p. 337).

DISCUSIÓN

En estos cinco ejemplos, *Edipo Rey*, *Hamlet*, *Ricardo III*, *Macbeth* y *Rosmersholm*, queda clara la dirección del pensamiento de Freud. El recorrido se inicia en una experiencia extraída de la práctica analítica y deriva hacia la literatura. En el primer caso las experiencias son nada menos que: el autoanálisis de Freud (comenzado de manera sistemática en 1897), mediatizado por la relación epistolar con su amigo berlinés Wilhelm Fliess (Jaccard 2014); y el trabajo de interpretación de los sueños. El tetragenario doctor realiza un descubrimiento empírico y posteriormente acude o salta a la literatura para ejemplificar y también reafirmar, al modo de evidencias reunidas para confirmar una hipótesis, la intelección extraída del sondeo de lo inconsciente. Freud reafirma en *Edipo Rey* y *Hamlet* la intelección del

deseo de eliminación y suplantación de la figura parental descubierto primero en sí mismo y luego en el análisis de los sueños de neuróticos, bajo la forma del sueño típico de muerte de personas queridas. Un punto de vista similar es expresado por Julia Kristeva, quien señala que *no es solo fundándose en la emoción que le provoca el texto de Sófocles, en las observaciones que el mismo hace, por lo tanto en su propia historia... sino escuchando a sus pacientes que Freud interpreta su lectura y su pensamiento con el nombre de complejo de Edipo* (Kristeva 1999, p. 128-129). Además podría plantearse que el tránsito desde la experiencia analítica hacia la literatura se revierte para *complejizar* la teoría, ya que Freud descubre en Hamlet una consecuencia adicional del deseo, o más bien de su represión, el desarrollo de una neurosis histérica manifiesta en la inhibición del príncipe.

En el segundo texto, escrito casi veinte años después, la experiencia la constituye la práctica analítica que tiene que vérselas no solo con síntomas cuyo contenido debe ser esclarecido, sino también con ciertos tipos de carácter que dificultan la tarea del esclarecimiento sintomático. Aquí Freud transita desde la descripción fenomenológica de ciertos tipos de carácter, *las excepciones y los que fracasan cuando triunfan*, hacia un terreno metapsicológico, ya que ambas tipologías son reconducidas hasta la problemática del narcisismo y la conciencia moral respectivamente. El texto sobre el narcisismo había sido escrito dos años antes (*Duelo y melancolía apenas uno*), y en él también introdujo por primera vez los conceptos de ideal del yo y de la instancia de observación de sí, bases de lo que posteriormente denominará superyó (Strachey 1966). Freud vuelve a las tragedias de Shakespeare, utilizando como apoyo complementario la obra de Ibsen, para ejemplificar y reafirmar tanto el narcisismo como los efectos en la realidad de la conciencia moral y el sentimiento de culpa inconsciente. Como puede verse, la metapsicología se mantiene y se amplía, al igual que las referencias literarias.

Aunque la argumentación de Freud, que se basa en contrargumentaciones permanentes, es sólida, él mismo se encarga de aclarar que, al igual que un síntoma neurótico y un sueño, los caminos señalados por las obras son múltiples, por lo que no se trata tanto de cerrar las vías en un ejercicio interpretativo, sino más bien de apoyarnos en los textos en un ejercicio libre-asociativo, que permita, ejemplificar, reafirmar y adicionalmente *complejizar* el pensamiento nacido en la experiencia analítica. A modo de ejemplo, y tomando el mismo mito de Edipo, cabe mencionar la relectura lacaniana en la que el mito representa el pasaje

desde el orden imaginario a lo simbólico (Evans 2007), aunque en la obra de Lacan tal vez el caso más paradigmático de diálogo con la literatura lo constituya el trabajo con el cuento de Edgar Allan Poe, *La carta robada*, utilizado para reafirmar y ejemplificar la tesis de la determinación fundamental que recibe un sujeto (del inconsciente), del recorrido de un significante (Lacan 1956).

Volviendo a la tragedia de Sófocles, y en una línea de interpretación complementaria, Kristeva subraya por sobre todo la trágica re-vuelta edípica, estructurante para el sujeto del mismo modo como el banquete totémico lo es del pacto social (Freud 1913 [1912], Kristeva 1999). De acuerdo con Kristeva, la importancia contemporánea del mito griego es señalar un camino de re-vuelta (rebeldía) permanente, inacabable e inagotable, en un momento en el que las sociedades posindustriales parecieran imposibilitar cualquier forma de re-vuelta (Kristeva 1999, 2000, 2001). En una línea muy similar, el psiquiatra chileno César Ojeda revisita de manera bastante literal la tragedia griega para afirmar que el sentido del mito es enaltecer una apropiación rebelde del más trágico destino; *ese destino injusto, brutal, irritante e inaceptable*" (Ojeda 2009, p. 474), que por lo demás está irremediamente atado a lo hecho o no hecho por su padre Layo, introduciendo de este modo una lectura en la clave de la transmisión. También resulta interesante la ubicación de la tragedia en función de la misma *mitología psicoanalítica* que realiza Malpartida (2009), quien apuntalado en el trágico destino de la progenie de Edipo, advierte sobre la tragedia que implicaría cerrar la teoría analítica en torno del mismo mito, que no es otra que impedir el diálogo con otras disciplinas.

Más allá de los ejemplos aquí mencionados, sin duda una pequeña muestra de un universo de posibilidades, lo central es rescatar la afirmación de Freud, sobre *las múltiples opciones de decursos asociativos que nos abre una determinada obra*. Adicionalmente, como queda en evidencia a partir del trabajo realizado con Hamlet, el psicoanálisis resulta doblemente enriquecido de su diálogo con la literatura, ya que, además de reafirmar y ejemplificar, se complejizan las intelecciones obtenidas en la experiencia clínica.

Estas posibilidades de diálogo y apertura requieren el establecimiento de ciertas condiciones mínimas, que pueden resumirse a una, que se *des-ate algo* en el lector. Para esto debe mediar una identificación y establecerse una relación transferencial con el autor o el texto. Esta idea de transferencia con un autor, con un texto, en definitiva de transferencia a la literatura, será especificada y desarrollada en trabajos posteriores.

REFERENCIAS

1. Anzieu D. *El cuerpo de la obra, ensayos psicoanalíticos sobre el trabajo creador*. Siglo XXI, 1993
2. Bayard P. *¿Se puede aplicar la literatura al psicoanálisis?, Capítulo 1. Freud y la Literatura*. Paidós, 2009
3. Evans D. *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. 4ª Reimpresión. Ed. Paidós, Buenos Aires, 2007
4. Freud S. (1892-99) *Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Carta 71 (1897)*. Tomo I. En Obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires, 1950
5. Freud S. (1900-1901) *La interpretación de los sueños. Segunda parte*. Tomo V. En Obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires, 1950
6. Freud S. (1907 [1906]) *El delirio los sueños en la "Gradiva" de W. Jensen*. Tomo IX. En Obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires, 1950
7. Freud S. (1908 [1907]) *El creador literario y el fantaseo*. Tomo IX. En Obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires, 1950
8. Freud S. (1913 [1912]) *Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos*. Tomo XIII. En Obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires, 1950
9. Freud S. (1916) *Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico*. Tomo XIV. En Obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires, 1950
10. Freud S. (1919). *Lo ominoso*. Tomo XVII. En obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires, 1950
11. Freud S. (1925 [1924]). *Presentación autobiográfica* cap. VI. Tomo XVIII. En obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires, 1950
12. Freud S. (1928 [1927]). *Dostoievski y el parricidio*. Tomo XXI. En obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires, 1950
13. Green A. *Introducción. El giro de los años locos*. En: La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud. Aspectos fundamentales de la locura privada (2001). Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1990
14. Jaccard R. *Freud. Capítulo V, Freud líder. Freud y Fliess*. Ed. Ariel, Barcelona, 2014
15. Kristeva J. *Sentido y sinsentido de la rebeldía. Literatura y psicoanálisis*. Ed. Cuarto Propio. Santiago, 1999
16. Kristeva J. *El porvenir de una revuelta*. Ed. Seix Barral, Barcelona, 2000
17. Kristeva J. *La revuelta íntima. Literatura y psicoanálisis*. Ed. Eudeba, Buenos Aires, 2001
18. Lacan J. (1956) El seminario sobre "La carta robada". En: Escritos 1. Ed. Siglo Veintiuno. Argentina
19. Le Rider J. *Freud y la literatura, en Historia del psicoanálisis*. Ed. Paidós, Bs. Aires, 1968
20. Malpartida D. ¿De qué era culpable Edipo? Rev GPU 2009; 5(4): 475-480
21. Ojeda C. Edipo Rey: Una relectura psicológica. Rev GPU 2009; 5(4): 470-474
22. Strachey J. *Notas introductorias y comentarios a los artículos de Sigmund Freud*. En: Obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires, 1966
23. Thévoz M. *Freud y el arte*. En: Jaccard R (2014). Freud. Ed. Ariel, Barcelona, 2014.

PSICOTERAPIA

DE LA ACTITUD A LA COSMOVISIÓN TERAPÉUTICA: PROPUESTA DE UN MODELO PSICOSÓFICO SEGUNDA PARTE

(Rev GPU 2015; 11; 4: 353-367)

Rodrigo Brito¹

Cada uno ve el mundo según la idea que tiene de sí mismo.
Según lo que crees ser, así crees que es el mundo.

NISSARGADATTA

Dada la extensión del presente artículo, en esta segunda parte se propone un modelo cuya pretensión consiste en hacer posible una articulación personal de la propia actitud terapéutica en términos de una cosmovisión explícita, a partir de siete dimensiones fundamentales. El modelo lleva por nombre "psicosófico" y consiste en un esfuerzo por articular de un modo integral los distintos aspectos de este fenómeno complejo que llamamos actitud terapéutica, llevando a cabo una integración (principalmente) entre psicología y filosofía, en el sentido de aportar un saber que incluya la sabiduría propia de una experiencia meditada, más allá del conocimiento científico de una disciplina específica.

PROPUESTA DE UN MODELO PSICOSÓFICO PARA EXPLICITAR LA ACTITUD TERAPÉUTICA

Hasta aquí hemos intentado mostrar y *fundamentar* la inevitable influencia que tiene la actitud terapéutica en el desarrollo de todo proceso terapéutico, así como aclarar en qué consiste el fenómeno mismo de la

actitud y la posibilidad de una explicitación apropiada del mismo que lo convierta en una cosmovisión más consciente. A continuación emprendemos el camino por la parte *propositiva* de este trabajo, en la que desarrollaremos una manera definida y específica de llevar a cabo este proceso de explicitación del que hemos venido hablando, es decir, una manera de transformar

¹ El autor es Psicólogo Clínico y Licenciado en Filosofía por la P.U.C. Además, Magister en Psicología Clínica de Adultos por la U. de Chile. Actualmente se desempeña como psicoterapeuta de adultos, como académico de la Escuela de Psicología de la U. Mayor y como Director del Centro Umbrales. Contacto: rbritopastrana@gmail.com.

en cosmovisión explícita lo que hasta el momento es (en su mayor parte) una actitud implícita y automática: este es el propósito del modelo psicósófico.

Antes de desarrollar este modelo es necesario aclarar su sentido y alcance, sobre todo para no despertar expectativas grandilocuentes que puedan ensombrecer lo que en mi opinión representa un valioso aporte *germinal*. En primer lugar, hay que decir que este modelo psicósófico no pretende proponer determinados contenidos para una supuesta cosmovisión terapéutica “superior”, sino más bien ofrecer un mapa estructural de la armazón básica que a mi juicio está implicada en toda actitud terapéutica. Nuestros esfuerzos apuntan, más bien (y siguiendo de cerca a Heidegger (1927)), a *esbozar una ontología² de la actitud terapéutica*, es decir, a poner en evidencia cómo es su estructura de base, bajo la convicción de que esta estructura puede ser “rellenada”, realizada, de múltiples formas y en diversos sentidos.

Valga también una aclaración para el nombre de este modelo: psicósófico³. Desde que comencé mi vida universitaria he estado dividido entre la psicología y la filosofía, y mientras duraron estos estudios me fue muy difícil integrarlos de alguna manera. Creo que esto se debe, fundamentalmente, a que ambas disciplinas son enseñadas desde veredas muy distantes. En psicología se dedican un par de cursos en el primer año al estudio de la filosofía, casi siempre en la línea de la fundamentación y que, en el último tiempo, tienen una marcada tendencia epistemologizante. Esta manera de introducir la filosofía deja una impresión de aridez y de desconexión con lo que el resto de la carrera enseña, ignorando la profunda vocación psico-terapéutica de la filosofía desde su origen mismo⁴. En filosofía, por su parte, hay una omisión casi total de la psicología en favor de una enseñanza marcada por la teoría pura y un academicismo abstracto que raras veces es aterrizado

a problemas reales de la vida cotidiana. De este modo, veo que a la propia filosofía académica le ha venido sucediendo (desde hace ya algunos siglos) que se ha olvidado de su más propia vocación psicoterapéutica, delegando estos temas “concretos” a la psicología en cuanto ciencia específica. A esto apunta Marinoff (1999) cuando afirma que:

Cualquier filosofía de la humanidad estaría incompleta sin un punto de vista psicológico. La psicología, a su vez, fracasa cuando está desprovista de un punto de vista filosófico, y ambas disciplinas no han hecho sino empobrecerse como resultado de su bifurcación (p. 48).

El modelo se llama psico-sófico, por una parte, porque hace un reconocimiento explícito de la radical unidad vocacional que hay entre psicología y filosofía y, por otra, porque, como lo indica la etimología de la palabra, se trata de poner en el centro al alma humana en su complejidad (*psiché*) para comprenderla y tratar con ella desde un saber amplio y transdisciplinario (*sophía*), que acude a múltiples fuentes de sabiduría, trascendiendo la tendencia al predominio de un solo tipo de saber (el científico) y los peligros de estrechez y descontextualización que de él surgen.

Quisiera explicitar también en qué sentido lo entiendo como un modelo. Un modelo es una forma simplificada de acercarse a un fenómeno complejo, del mismo modo en que un *mapa* nos ayuda a orientarnos a la hora de explorar un territorio desconocido. El mapa es útil puesto que nos ayuda a maximizar el tiempo y a dirigirnos en una determinada dirección, permitiéndonos además hacernos una panorámica del lugar en el que estamos. Sin embargo, si solo nos quedamos mirando el mapa jamás tendremos la experiencia directa ni alcanzaremos una comprensión auténtica del territorio mismo. El mapa solo tiene sentido mientras nos mantengamos en la experiencia de explorar un lugar y mientras lo estamos explorando.

El modelo psicósófico que aquí presento se ententeje a partir de ciertas *dimensiones* que a mi juicio configuran la actitud implícita de todo terapeuta. El concepto de dimensión que aquí utilizamos se asemeja a la idea de V. Frankl expresada en su libro *Psicoanálisis y existencialismo* de 1946 (2002) según la cual el ser humano al mismo tiempo que es una unidad está constituido por distintas dimensiones, ilustrándolo por medio de una figura en la que un cilindro tridimensional (totalidad y unidad del ser humano) se proyecta hacia el lado y hacia abajo figurando dos dimensiones diferentes bidimensionales, un rectángulo y un círculo

² En el contexto de estas reflexiones tomamos la noción de ontología del pensamiento heideggeriano en una de sus múltiples significaciones, esto es, como una forma de comprender (interpretar) los fenómenos desde la perspectiva de su ser, es decir, desde el punto de vista de su articulación estructural y formal a diferencia de una perspectiva óptica que pretende conocerlos en sus atributos reales observables.

³ Véase mi artículo “Psicosofía y psicoterapia: tres ejemplos para una aproximación” (2010), en donde llevo a cabo una primera aproximación general a la idea de psicósófico desde la perspectiva de la vía del ejemplo.

⁴ Véase, por ejemplo, la figura de Sócrates, cuya actividad filosófica se desplegó bajo la inspiración del famoso lema del oráculo de Delfos “conócete a ti mismo”.

(distintas dimensiones de la totalidad). En palabras del propio Frankl (2002 [1946]):

La marca característica de la existencia humana es la coexistencia entre su unidad antropológica y sus diferencias ontológicas, entre la forma unitaria de ser que tiene el hombre y las modalidades diferenciadas del ser, de las que participa aquella (p. 49).

Las dimensiones que abordaremos, en el orden de aparición, son las siguientes: 1. Dimensión ética autobiográfica, 2. Dimensión metódica, 3. Dimensión de crítica sociocultural, 4. Dimensión ontoantropológica, 5. Dimensión ontopsicológica, 6. Dimensión psicoterapéutica y 7. Dimensión espiritual.

Dimensión ética autobiográfica

Una actitud terapéutica debe contemplar una dimensión *ética*, acaso la más decisiva de las dimensiones que orientan una efectiva actitud terapéutica. Me parece la más decisiva ya que de todas las dimensiones que he de proponer esta es la que se hace cargo más directa y concretamente del modo de ser y de actuar del terapeuta en el mundo, más allá de su quehacer terapéutico, como espero que se aprecie en lo que sigue. Mientras que la moral (del latín *moris*, que significa costumbre) tiene más que ver con contenidos y normas a ser aplicadas, la ética (del griego *ethikos*, que significa carácter, modo de ser) tiene que ver con actitudes y modos que solo emergen ahí cuando efectivamente los vivimos. No podemos ser éticos por el puro hecho de querer serlo, basados en buenas intenciones. En cambio, podemos dar cuenta de una elevada moralidad justificada en una buena comprensión y en la engañosa idea de andar en su búsqueda. Éticamente hablando no hay nada que buscar porque todo lo que puedo ser ya lo soy... precisamente ahora, mientras soy consciente de mi modo de estar presente-atento. Así lo expresa la filósofa española M. Cavallé (2006):

La virtud del sabio es su integridad, la fidelidad a su propio ser, el respeto consciente y activo por lo que de hecho *ya* es [...] La virtud no es cultivable ni imitable; irradia espontáneamente de todo aquello que se limita a ser lo que es (pp. 107-108, cursiva del original).

Como lo señala Varela (1991), cuando hablamos de ética nos referimos a una maestría, a una *destreza*, más que a un tipo de erudición. El ser ético, en este sentido, se parece más a la práctica de un ejercicio físico o a la

progresiva ejecución de un instrumento musical, más que al estudio sistemático de ciertos contenidos. Me puedo leer un manual completo acerca de cómo nadar estilo crol y, sin embargo, una vez en el agua sigo sin “saber” qué hacer. Puedo ver a un amigo cómo toca la guitarra, entusiasmare y creer que debe ser fácil hacerlo y, sin embargo, una vez con la guitarra en las manos (de nuevo) no “saber” qué hacer. A nadar aprendemos nadando, del mismo modo como a tocar guitarra aprendemos tocando. La ética emerge ahí donde nos entregamos confiados y espontáneos a la práctica del estar presentes-atentos momento a momento, en cada situación, con nuestro ser total.

Con base en lo recién dicho, lo medular de esta dimensión ética radica en el esfuerzo constante por ir *alineando* la tríada fundamental de la experiencia humana: mente-cuerpo-relaciones (ver el apartado sobre la dimensión ontoantropológica). Ahora bien, esta tríada emerge, por supuesto, en un entrelazamiento conjunto, por lo que separarla en distintos elementos no es más que un juego intelectual. De los tres componentes de la tríada son las relaciones el ámbito más significativo para la experiencia ética. Es precisamente nuestro modo de abrirnos y de encontrarnos con otros lo que define decisivamente la autenticidad/inautenticidad de nuestra alineación, de nuestra integración, de nuestro habitar el mundo. La alineación entre mente-cuerpo-relaciones se expresa en una actitud hacia el otro que puede ser caracterizada como de *respeto*. En un sentido estricto, respetar al otro (del latín *re-specere*: mirar haciéndose hacia atrás) significa quitarse uno mismo del centro para dejar que el otro se muestre tal cual es, para que se haga presente confiadamente en su real humanidad. Es a lo que apunta Buber (cit. en Orange, 2012) al señalar:

El supuesto principal para el surgimiento del diálogo genuino es que cada uno contemple a su compañero tal como es. Me vuelvo consciente de él, consciente de que es diferente, esencialmente diferente de mí mismo, en la forma definida y única que le es peculiar, y acepto a quien veo de este modo de manera que en total sinceridad le puedo dirigir lo que digo en cuanto a la persona que es (p. 22).

Por otra parte, que la ética sea *autobiográfica* es, en rigor, una redundancia, cuyo propósito es enfatizar el compromiso cotidiano y práctico de la persona del terapeuta en su totalidad. La única manera que tenemos de dar cuenta de nuestra ética es apelando a nuestra vida cotidiana, al modo real en que estamos comprometidos con nuestro propio proceso de alineación y bienestar.

De ahí que estemos obligados a referirnos a nosotros mismos cada vez que intentemos dar cuenta de cómo hacemos lo que hacemos como terapeutas.

Mientras que la moral se transmite de manera pedagógica, por medio de una enseñanza básicamente verbal, la ética se propaga a través de dos procesos experienciales fundamentales. El primero es la *extensión*, que es el proceso por medio del cual una experiencia de alineación puntual en un contexto determinado se expande a un contexto distinto, ampliando la capacidad para estar presente, abierto y receptivo a un ámbito cada vez mayor de situaciones. Es lo que sucede, por ejemplo, con la práctica de meditación formal, en la medida en que al ejercitar el estar presente, abierto y receptivo mientras nos sentamos en el cojín, podemos ir extendiendo este modo de estar a otros ámbitos de nuestras vidas cotidianas (Varela, 1991). El segundo es la *irradiación*, que consiste en un proceso por medio del cual nuestro propio modo de estar presentes, abiertos y receptivos, por el puro hecho de darse, ejerce una influencia en el entorno, especialmente en los otros con los que nos relacionamos. Es como si nuestro ser irradiara una cierta luminosidad, la que de ser más radiante puede influir directamente en el ser de otro. Por supuesto que el mismo proceso vale cuando nuestra luminosidad está más bien opaca o apagada (Brito, 2011). Esta idea es avalada por una investigación cotidiana que llevó a cabo un psicólogo en un hospital psiquiátrico en Illinois (en Kornfield, 2010, pp. 349-350), quien observó a profesionales que pagaban o no el estacionamiento, cuyo cobro no era vigilado. Este psicólogo observó los registros de los pacientes “curados y dados de alta” y descubrió que había una consistencia interesante: “los pacientes de los médicos y psicoterapeutas que pagaban el estacionamiento mejoraban más rápidamente que los de aquellos que no pagaban”. Kornfield (2010) concluye lo siguiente: “Parece que los que trabajamos en la sanación [propia] de alguna manera comunicamos nuestra integridad y fortalecemos también a las personas con las que trabajamos (p. 350).

Dimensión metódica

En mi opinión, toda actitud terapéutica implica una dimensión metódica, entendida como una manera de enfocar y de comprender los fenómenos y el mundo en general. Cuando hablamos de métodos⁵, al menos

en un contexto académico, resulta fácil pensar en algo árido cercano al procedimiento científico. Sin embargo, en este contexto uso esta palabra en un sentido más fundamental, como la perspectiva que utilizamos todo el tiempo cada vez que intentamos comprender y dar cuenta de algo. En este sentido, tenemos que hacer la distinción entre el método (tal y como lo entendemos en este apartado) y la metodología, en cuanto aproximación científica a la realidad orientada por reglas y desde supuestos bien definidos, propios de la comprensión científica. Como psicoterapeutas vamos formando una manera de comprender el sufrimiento humano y de intervenir en él, que se apoya parcialmente en nuestra formación formal y, a mi juicio, fundamentalmente en nuestro modo de comprender el mundo en general.

Pero, ¿cómo está constituida estructuralmente la dimensión metódica de la actitud terapéutica? Sírvanos a este respecto la siguiente propuesta de Varela (2010):

En una primera aproximación podemos decir que hay al menos dos dimensiones que deben ser consideradas para que un método sea tal:

1. Que entregue un claro *procedimiento* para acceder a un campo fenoménico.
2. Que entregue medios claros de *expresión* y *validación* al interior de una comunidad de observadores que tengan familiaridad con los procedimientos señalados en 1. (p. 302, cursivas del original)

Según lo anterior, lo primero que tenemos que explicitar son los *procedimientos*, es decir, las distintas maneras que tenemos como terapeutas de llegar a la observación y a la comprensión de un fenómeno de significación psicoterapéutica. *Desde dónde*, desde qué “lugar”, estoy mirando este fenómeno, por ejemplo, una determinada constelación sintomática de un paciente. ¿Estoy parado en el supuesto de las categorías psiquiátricas, desde donde se orienta un diagnóstico y un tipo de tratamiento recomendado? ¿Estoy parado en el supuesto de una perspectiva existencial que reconduce los síntomas a sus fundamentos en los insoslayables dilemas de la existencia tales como la muerte, la libertad, el sentido de la vida, la angustia, etc.? Tenemos que dar cuenta de cómo es que observamos lo que observamos y esto implica explicitar nuestros “desde dónde”. Pero

⁵ Del griego *meta* (más allá) y *odós* (camino), por lo que “método” es un camino posible de llegar a comprender un aspecto del mundo más allá de la mera percepción

de lo evidente, por lo que implica necesariamente un supuesto desde donde seleccionar y enfocar un fenómeno en un contexto dado.

también necesitamos explicitar nuestros “*cómos*”; nuestras maneras concretas de proceder a la observación y comprensión de un fenómeno⁶. Si nuestros “desde dónde” funcionan como la dirección que hemos de seguir y la luz que ilumina dicha dirección, nuestros “*cómos*” (procedimientos) son los pasos y las peripecias que hemos de dar para ir descubriendo nuestro territorio. Estos pasos los vamos dando como terapeutas por medio de nuestras preguntas y de nuestras estrategias terapéuticas, así como por medio del tipo de relación que contribuimos a entablar con nuestros pacientes. Un paciente nos cuenta algo que hizo que lo perturba intensamente y que no comprende. Ante esto le podemos preguntar, por ejemplo: “¿por qué crees tú que hiciste eso?” o “¿cuéntame qué te pasa ahora que me dices esto?” o tantas otras cosas. Y no da lo mismo qué y cómo preguntamos, pues abrimos ámbitos distintos del ser de la otra persona. La primera pregunta abre el ámbito causal del pasado e invita a una reflexión más intelectual; la segunda abre el ámbito de la experiencia en el aquí y ahora e invita a entrar en contacto con el proceso presente. Nuestros métodos disponen en el encuentro terapéutico lo que ha de quedar abierto como asunto a trabajar y las modalidades en que puede desplegarse este trabajo terapéutico.

El segundo punto que propone Varela (2010) no es tan evidente en este contexto como el primero. En cuanto psicoterapeutas tenemos que tener un procedimiento para orientar el proceso terapéutico en su totalidad. Pero en la práctica, la mayoría de nosotros no está expuesto a tener que *validar* este procedimiento ante una “comunidad de observadores”; aunque sí ante el propio paciente. En este caso, son las propias comunicaciones del paciente acerca de su proceso las que sirven como la más fiable fuente de validación de nuestros procedimientos. Esto es fundamental, ya que por muy encariñados que estemos con nuestros procedimientos, si nuestros pacientes no hacen eco de sus

efectos transformadores en ellos mismos no son más que mera pérdida de tiempo.

Pero también es importante esta dimensión si pensamos en la deseabilidad de un diálogo clínico más fecundo y transparente. En cuanto psicoterapeutas participamos eventualmente en instancias de supervisión, de exposición de nuestro quehacer y/o de nuestras reflexiones acerca de nuestro quehacer (en congresos, reuniones clínicas, etc.), de intercambios espontáneos con otros terapeutas, etc. Aunque no necesariamente estamos expuestos a la validación de nuestros procedimientos, creo que puede ser una instancia enriquecedora siempre que tomemos este proceso de validación en un sentido más amplio y a la vez más cotidiano que el proceso de validación científica. En este sentido, la validación de nuestros métodos supone un ejercicio de honestidad y transparencia por parte de los terapeutas, que en el contexto de estas reflexiones implica atrevernos a explicitar nuestra propia actitud terapéutica en sus diferentes dimensiones y muy especialmente nuestros procedimientos de observación de los fenómenos clínicos. Incluso una intervención fundamentalmente intuitiva o “inspirada” puede ser comprendida en el trasfondo de la actitud básica del terapeuta. El solo hecho de permitirnos como terapeutas intervenir desde la inspiración da cuenta de una determinada actitud que para otra ni siquiera cabría dentro de sus posibilidades.

Dimensión de crítica sociocultural

Por otra parte, una actitud terapéutica supone una posición ante nuestra sociedad y cultura que sirven de contexto amplio e inevitable de nuestro quehacer terapéutico. Todos nosotros, por el mero hecho de existir en un determinado tiempo-lugar, tenemos implícitamente una manera de ver y de juzgar la sociedad y la cultura en la que habitamos. Como psicoterapeutas, pienso que esta perspectiva implícita tiene que ser convertida en una crítica relativamente bien fundada y coherente, capaz de orientar globalmente nuestra comprensión e intervención de los fenómenos clínicos. Entiendo por “crítica” el compromiso del terapeuta por estar atento y por pensar en forma continua los rasgos idiosincráticos y característicos de su contexto sociocultural desde la perspectiva de su influencia en el bienestar y/o malestar de los individuos y de la colectividad. Una vez más, se trata de una estructura formal susceptible de ser llenada por cada terapeuta en relación con su contexto y con su propia sensibilidad con esta dimensión.

Esta dimensión sociocultural implica distintos niveles de aplicación, desde lo más global hasta lo más específico, siguiendo para su estratificación un criterio

⁶ Nótese que este acceso primario a un fenómeno psicoterapéutico (observación y comprensión) implica, al mismo tiempo y necesariamente un modo concreto de intervenir en él. De ahí que esta dimensión esté interrelacionada nítidamente con la dimensión psicoterapéutica que se explica más adelante. En rigor, todas las dimensiones de la actitud terapéutica aquí desarrolladas están en *interrelación esencial* con todas las demás, ya que son diferentes dimensiones de *una misma actitud*, es decir, del ser total de una misma persona. En la medida de lo posible, intentaré ir explicitando esta intrínseca red de conexiones cuando nos vayamos deteniendo en cada una de las dimensiones.

básico de *diferenciación*. Esto significa que tenemos un determinado fenómeno sociocultural ahí donde lo podemos distinguir con relativa claridad de otro fenómeno sociocultural. En este sentido, el estrato más global que al menos yo puedo identificar es el de la distinción Occidente/Oriente, para hablar así de sociedades y culturas occidental y oriental, mientras que el estrato más específico que puedo identificar es el familiar, es decir, el contexto sociocultural de crianza y de arraigo individual. Simplificando los diferentes niveles de amplitud y complejidad en que se despliega esta dimensión de la actitud terapéutica, creo que podemos abordarla básicamente desde una doble perspectiva. Una *global* que abarca nuestra reflexión en torno a la época en la que vivimos, a la cultura occidental en su generalidad y, más en particular, a la idiosincrasia sociocultural de nuestro propio continente latinoamericano y de nuestro país en especial. En este nivel, me parece de suma importancia mantener una reflexión comparativa constante entre sociedades y culturas diferentes a la nuestra, como por ejemplo las de Oriente o las indígenas, entre otras. Este nivel es enseñable en cursos universitarios, y de hecho lo es, aunque en nuestro país en forma todavía etnocéntrico-alienada (Gissi, 2002)⁷. Y otra *particular*, acotada al contexto sociocultural del paciente en cuestión, con su propia historia y tradición. En este caso no hay consignas generales, sino la disposición a ir paso a paso con el paciente para ir explicitando su propio entramado histórico con el propósito de ir iluminando su modo de ser actual con las posibilidades que de él se derivan.

En esta dimensión en particular se vuelve crucial el cultivo de un *sentido histórico*, no al modo de la disciplina histórica (como si tuviéramos que conocer fechas y acontecimientos específicos), sino más bien como la necesidad que tenemos de ir a la tradición para iluminar y comprender mejor nuestra situación actual así como nuestras posibilidades. Para comprender nuestro contexto sociocultural tenemos que comprender a su vez su origen y las vicisitudes de su desarrollo histórico, al menos en sus rasgos fundamentales. Un buen ejem-

⁷ Hago aquí un recuerdo y un reconocimiento a las clases del profesor y psicoterapeuta chileno Jorge Gissi, de quien aprendí este concepto. El etnocentrismo alienado implica tomar como referencia y como modelo a una cultura distinta de la propia, la que es considerada desde todo punto de vista como superior. De este modo, la relación con lo idiosincrático de la propia cultura se torna más bien inconsciente, lo que repercute en una confusión y fragilidad de la propia identidad cultural. En nuestro caso como chilenos y latinoamericanos, nuestras culturas de referencia son la europea y la estadounidense.

plo de un psicoterapeuta especialmente sensibilizado con esta dimensión y muy consciente de su importancia y utilidad en el contexto terapéutico es el caso de Jung (2006 [1942]). Valgan las siguientes referencias a modo de ilustración:

Por eso nos vemos obligados a recurrir al material de las cosmovisiones anteriores y exteriores al cristianismo, pues la humanidad no es una prerrogativa de Occidente y la raza blanca no es una especie del *homo sapiens* privilegiada por Dios (p. 85, cursiva del original).

“[...] las premisas cosmovisivas las tomamos en su mayor parte de la tradición general y del entorno, y solo en una pequeña parte las hemos construido personalmente o las hemos elegido conscientemente” (p. 119).

Dimensión Ontoantropológica

Junto con las otras dimensiones, y en interdependencia con ellas, la actitud terapéutica implica asumir una posición ontoantropológica, es decir, una determinada comprensión de la naturaleza humana en su conexión con el mundo. Antepongo el prefijo “onto”⁸ para enfatizar que una comprensión del ser humano suficientemente compleja requiere partir de la base de que este no es un ser fundamentalmente substancial e individual, sino (como diría un sistémico) un sistema al interior de otros sistemas; o como diría Heidegger (1927), un estar-en-el-mundo. Este es un hecho que en la actualidad está respaldado incluso desde la investigación neurobiológica, la que afirma que nuestro

⁸ Del griego *ontos*, que significa ser. En la tradición filosófica la pregunta por el ser ha guiado gran parte del pensar metafísico, el que se caracteriza por el intento de una reflexión acerca de la naturaleza de la realidad y sus fundamentos. Al echar un vistazo a esta larga tradición lo primero que llama la atención es la enorme diversidad de opiniones acerca del ser, configurando un panorama confuso y, a ratos, irreconciliable, marcado por una especulación abstracta. En el presente contexto, dentro de un horizonte psicósófico, entiendo el prefijo “onto” no desde una perspectiva metafísica, sino *ontológica*, es decir, desde nuestra experiencia de la otredad que nos sostiene y en la que estamos enraizados constantemente, la que comprendo simplemente como mundo. *Onto, mundo, es el entramado de posibilidades, condiciones y realizaciones desde las que en cada momento existimos y desde donde podemos comprender el sentido de lo que somos y hacemos.*

cerebro es en sí mismo interactivo con “su entorno” y depende de este para su normal crecimiento y desarrollo (Schare, 1994, 2003). Por su parte, el descubrimiento en las décadas recientes de las neuronas espejo reafirma esta comprensión del cerebro como una estructura biológica básicamente interaccional, evidenciando los fundamentos neurobiológicos de eso que desde una perspectiva psicósica entendemos como ex-sistencia, apertura o interacción hombre-mundo (Cozzolino, 2006).

Este ser interaccional o abierto que somos supone considerar y explorar distintos ámbitos y niveles en que nuestro ser se despliega, dado que existir significa, precisamente, ser desde y hacia lo otro de mí. Frankl (2002 [1946]) lo expresa como sigue:

Porque ser hombre significa, por sí mismo, estar orientado hacia más allá de sí mismo. La esencia de la existencia humana se encuentra en su auto-trascendencia, por así decirlo. Ser hombre significa estar, desde siempre, orientado y dirigido a algo o a alguien, estar dedicado a un trabajo al que se enfrenta un hombre, a otro ser humano al que ama, o a Dios a quien sirve (p. 51).

En especial, esta dimensión ontoantropológica supone una comprensión acerca del ser extático del hombre, desde una doble perspectiva: una sincrónica y una diacrónica. Desde una mirada *sincrónica* podemos entender la experiencia humana desde la trinidad mente-cuerpo-relaciones (mencionada en la dimensión ética). La *mente* refiere a todas aquellas experiencias simbólicas cargadas de un significado personal que, sin embargo, emergen en interacción con el mundo. Forman parte de estas experiencias los pensamientos, los recuerdos, las expectativas, las emociones, los estados anímicos, la atención que tenemos momento a momento, sean estos conscientes o inconscientes. El rasgo fundamental de toda experiencia mental está dado por la posibilidad de ser comprendida y formulada lingüísticamente, en forma tanto verbal como no-verbal. El *cuerpo* alude, por una parte, a todos aquellos procesos biológicos que sostienen nuestra vida y nuestra conciencia (por ejemplo, el funcionamiento cerebral) y, por otra, a todas aquellas experiencias sensibles que sentimos como sensaciones y que nos conectan al mismo tiempo con el “exterior” y con el “interior” de nuestro cuerpo. Estas experiencias suelen ser implícitas y acontecen como una corriente ininterrumpida de vitalidad interaccional. Por último, las *relaciones* remiten al hecho radical de que toda experiencia-acción personal surge desde y hacia un específico ámbito contextual.

Mis formas de experimentar el mundo van emergiendo de una interacción histórica con mis situaciones y son, en todo momento, una respuesta a un movimiento de esta situación aquí y ahora. Saint-Exupéry (cit. en Orange, 2012) lo expresa así: “El hombre no es más que una red de relaciones y son estas lo único que le es importante” (p. 61). Ahora bien, la situación no solo está constituida por el conjunto complejísimo de las circunstancias presentes en cada momento (desde las condiciones físicas hasta la propia disposición hacia ellas), sino más radicalmente por la presencia de los otros en mi vida.

En el contexto del quehacer terapéutico, en concreto, lo anterior supone explicitar una comprensión acerca de esta trinidad tanto respecto de nosotros mismos como terapeutas como de nuestros pacientes. En el plano *mental* esto implica indagar, con el paciente, su nivel de conciencia respecto de sí mismo y del mundo, respecto de su propio sufrimiento, de sus posibles condiciones y soluciones, así como respecto del sentido que esto tiene en el entramado total de su existencia. En el plano *corporal* implica explorar el grado de conexión que nuestros pacientes tienen con su cuerpo, el modo en que lo cuidan (o descuidan), así como detenernos para darle voz y escuchar lo que el cuerpo “dice”. La corporalidad es un ámbito de la experiencia humana crucial a la hora de pretender saber de nosotros mismos, siendo incluso la portadora de un tipo muy concreto y vivencial de memoria, investigada por la neuropsicología bajo el nombre de memoria implícita o procedural y que podríamos comprender como portadora de parte de nuestras vivencias inconscientes. En el plano *relacional* implica explorar cómo les va a nuestros pacientes en sus diversas vinculaciones e interacciones con el mundo, con los otros, con sus quehaceres, con sus proyectos personales y laborales, con el convivir en general y muy en especial con las personas significativas con las que desarrollan su vida cotidiana (Schore, 2003).

Por otra parte, desde una perspectiva *diacrónica* necesitamos introducir la variable temporal-procesal, es decir, una comprensión de los planos sincrónicos en su evolución, para atenernos así a la radical temporalidad en que se despliega la interacción entre hombre y mundo. Esto significa ir forjando un conocimiento del desarrollo humano desde el nacimiento (o desde antes incluso) en sus diferentes niveles (biológico, cognitivo, afectivo, vincular, social, etc.), pero más fundamentalmente, requiere de una reflexión y familiarización con el modo de ser de la temporalidad misma en cada instante. ¿Qué entendemos por temporalidad? ¿Cómo entendemos el interjuego necesario que se da entre las distintas dimensiones temporales de pasado, presente

y futuro? ¿En cuál de ellas ponemos nuestro énfasis y por qué? ¿Cómo comprendemos el proceso en que el presente cobra mayor sentido a la luz del pasado? ¿Qué importancia le damos al proyecto del propio ser en la constitución del presente? Y ya que vengo tropezando inevitablemente con este tiempo presente, ¿qué entendemos por presente?

Las preguntas anteriores me parecen de suma importancia, no para quedarnos en elevadas especulaciones filosóficas, sino para entregarnos con mayor lucidez al abordaje de los problemas que nos desafían en nuestra práctica clínica. Todo el tiempo tenemos que operar sobre la base de la temporalidad, por ejemplo cuando tratamos de transmitir a nuestros pacientes que la psicoterapia es un “proceso”, o cuando intentamos llevar a nuestros pacientes a explorar su “pasado”, o cuando hacemos una intervención que abre la experiencia compartida en el “aquí y ahora” de la sesión, etc.

Dimensión Ontopsicopatológica

Lo primero en esta dimensión es tener la precaución de no confundirla con la concepción clásica de la psicopatología enraizada en la tradición médico-psiquiátrica. En un sentido primario, la psicopatología hace referencia al sufrimiento anímico del ser humano, por lo que apunta a una realidad constitutiva de la existencia humana. El prefijo “onto” hace alusión, una vez más, al hecho de que toda psicopatología en el hombre implica su interacción con el mundo en múltiples sentidos. Desde esta perspectiva jamás es el individuo humano el que sufre (enferma), sino la existencia en alguna modalidad de su estar-en-el-mundo, por lo que toda psicopatología implica en su “causación” alguna falla interaccional y en sus “efectos” una distorsión en el establecimiento de relaciones con los otros y/o con algún ámbito del mundo.

En mi opinión, hay al menos dos temas que tenemos que explicitar respecto de esta dimensión. El primero se refiere a qué estamos comprendiendo por *sufrimiento*. Al respecto, habría que distinguir al menos dos formas diferentes de sufrimiento, una legítima e inevitable y otra enfermiza y más o menos evitable (Frankl, 2002 [1966]). La primera tiene que ver con el sufrimiento que surge de las condiciones básicas de la existencia. Este no solo es un sufrimiento inevitable, sino que incluso puede ser enriquecedor y favorecedor de la propia integración, como cuando nos enfermamos grave y largamente y tenemos la posibilidad, por ejemplo, de aprender a ser más pacientes o de asumir nuestra fragilidad. La segunda forma tiene que ver con fallas en la interacción hombre-mundo que alteran la

configuración de la personalidad, volviéndola más frágil, defensiva, inhibida o de cualquier otra forma que dificulte su expresión auténtica y su apertura básicamente confiada al mundo. Winnicott (2003) expresa esta idea, en el contexto del desarrollo infantil, diciendo que la psicopatología surge cuando en la relación entre el niño y sus cuidadores ocurren cosas que no tenían que ocurrir o cuando no suceden las cosas que sí tenían que suceder. Esto significa que en el proceso de configuración ontopsicopatológica lo ambiental ejerce una influencia fundamental, aunque no excluyente de las disposiciones personales.

El segundo tema que tenemos que explicitar en esta dimensión es el referido a lo que podríamos llamar la distinción de niveles ontológicos en el ser humano⁹, dada fundamentalmente por la diferencia entre un nivel “esencial” o “auténtico” y uno “periférico” o “inauténtico”, que forma parte de toda posición ontopsicopatológica. Esto implica para nosotros los terapeutas asumir una posición respecto a la pregunta por la “propia verdad” de nuestros pacientes, en contraste con los modos disfuncionales o inauténticos de estar-en-el-mundo que los llevan a buscar en la psicoterapia un camino de encuentro consigo mismos. Naranjo (2008) señala como lo medular de la psicopatología lo siguiente: “Es esta fijación de respuestas obsoletas y la pérdida de la capacidad de responder creativamente en el presente lo que más caracteriza el funcionamiento psicopatológico” (p. 53, las cursivas son mías). En esta afirmación se trasluce esta diferencia de niveles ontológicos de la que hablamos aquí, en el sentido de que el sufrimiento disfuncional consiste en la pérdida de un estado *originario* de autenticidad, libertad, creatividad, etc.; y en el paso gradual a un estado *derivado* y condicionado de inautenticidad, rigidez, reactividad, etc.

Este “proceso de degradación” requiere ser comprendido no solo en su génesis y desarrollo, sino en sus rasgos fundamentales una vez que se ha constelado y ha cuajado en un modo de ser relativamente estable o habitual, es decir, cuando adquiere la figura de un determinado modo de padecimiento psíquico disfuncional.

⁹ Con la expresión “niveles ontológicos” me refiero, en este contexto y en conexión a lo ya dicho sobre la ontología, a una diferencia fundamental entre dos modos de ser en o de experimentar el mundo, a dos formas básicas de habitar y de entrar en familiaridad con y en el mundo. Estos niveles pueden ser vistos desde una doble perspectiva: 1. Desde la perspectiva de cómo hemos ido pasando de un nivel al otro. 2. Desde la perspectiva del modo en que ambos niveles co-existen en un momento determinado de la propia vida.

En este sentido, toda posición ontopsicopatológica conlleva el esfuerzo por organizar de una determinada manera el espectro de estas posibles constelaciones, desde la perspectiva del entramado hombre-mundo, así como desde una perspectiva temporal-histórica, en el sentido que ya le hemos dado a estas nociones.

Dimensión psicoterapéutica

He aquí la dimensión más específica de la actitud terapéutica y, en cierto sentido, la más idiosincrática de la persona del terapeuta en su quehacer clínico. Varias de las otras dimensiones pueden aplicarse también a otros quehaceres humanos, pero esta dimensión solo adquiere sentido en el contexto del trabajo con otras personas para aliviar su sufrimiento psíquico.

Lo primero que tenemos que aclarar es qué estamos entendiendo por *proceso psicoterapéutico*, en un sentido ontológico. Independientemente de la respuesta que cada psicoterapeuta dé, a continuación me valgo de la siguiente respuesta general que ofrece Yalom (2010): “*La terapia siempre es una secuencia de interacciones alternadas, y una reflexión sobre tal interacción*” (p. 197, cursiva del original). Esta definición implica el desafío de aclarar qué estamos entendiendo por “*secuencia*” o proceso, por ejemplo, en la línea de explicitar si lo comprendemos como una evolución progresiva orientada en una cierta dirección o más bien con un énfasis puesto en cada sesión entendida como un proceso en sí mismo. Implica además una comprensión respecto de la naturaleza de estas “*interacciones alternadas*”, es decir, una posición acerca de la relación terapéutica, que puede ir desde una concepción del encuentro marcado por una asesoría experta objetivante hasta una concepción del encuentro al alero de la metáfora de los compañeros de viaje. Por supuesto que hay aquí muchas otras cosas a ser definidas: quién conduce principalmente estas interacciones, cuál es el rol que se espera de cada uno de los participantes del espacio psicoterapéutico, una concepción específica del vínculo terapéutico, de las así llamadas transferencia y contratransferencia, entre otros aspectos. Y, finalmente, una comprensión respecto de qué significa “*reflexión*” o elaboración de estas interacciones. Este es un punto práctico crucial, pues implica tener una posición concreta en cuanto a qué hacer (y qué no hacer) en el proceso psicoterapéutico. Incluye opciones del tipo: énfasis en el pasado o en el aquí y ahora; énfasis en el nivel verbal (contenidos) o no-verbal (modos y procesos); énfasis en una comprensión intelectual o corporal-experiencial; entre tantas otras opciones no necesariamente excluyentes.

Por otra parte, esta dimensión conlleva una posición respecto de las distintas fases del proceso terapéutico, las que en términos generales pueden visualizarse como: inicio, desarrollo y final del mismo. Estas fases pueden ser entendidas en forma cronológica, es decir, como una secuencia ordenada y sucesiva de etapas claramente delimitadas; o en forma más orgánica, como constelaciones que se van dando de un modo entremezclado en el contexto de un único proceso marcado por una continuidad. El *inicio* abarca el (o los) primer(os) encuentro(s) con el paciente y requiere del terapeuta una comprensión determinada de su sentido y de sus elementos constitutivos. En esta fase tenemos que establecer y definir aspectos relevantes tales como: el *setting* (todas las condiciones externas y objetivas que han de sustentar el proceso psicoterapéutico, tales como el lugar –sus características físicas– y los tiempos –frecuencia, día y hora de las sesiones–), el encuadre (todas las condiciones subjetivas y relacionales que han de sustentar el proceso psicoterapéutico, tales como una definición de los roles respectivos, una orientación básica de nuestro trabajo en conjunto, así como el precio y la forma de pago, entre otros aspectos), una definición preliminar del motivo de consulta, el establecimiento de un vínculo confiable y seguro, etc. El propósito fundamental de esta fase inicial radica en aclarar y acordar en conjunto la naturaleza del proceso que ha de venir, lo que en él es posible, así como sus limitaciones. Tanto el énfasis como el modo en que cada uno de estos aspectos se concreten depende de la actitud de cada psicoterapeuta.

La fase de desarrollo, que es el periodo más largo y significativo del proceso psicoterapéutico, se va configurando a través del *modo* en que psicoterapeuta y paciente trabajan *conjuntamente* para ir dando cumplimiento a lo proyectado en la fase inicial. Una parte importante de lo que aquí se juega se sustenta en la actitud del terapeuta¹⁰ respecto de las dimensiones restantes, así como de algunos puntos específicos esenciales, que (una vez más) vale la pena hacer el ejercicio de

¹⁰ Una parte y no todo, ya que otra parte importante se relaciona con la actitud de nuestros pacientes, por ejemplo, en cuanto al nivel de motivación, a la capacidad para la autoexploración, así como a la capacidad de entrar en relación y reconocer nuestros intentos de ayuda como tales (y no solo como una amenaza que amerita defenderse), entre otros. La relevancia del “factor paciente” ha sido considerada desde el comienzo mismo de la investigación en psicoterapia, en especial a partir de C. Rogers (Recuero, 2007).

explicitar. En este contexto me referiré a dos de ellos, especialmente relevantes:

1. Una concepción propia acerca del *cambio psicoterapéutico* que abarque una comprensión de su naturaleza: cuándo nos encontramos efectivamente ante un cambio terapéutico (modificación sintomatológica, de rasgos caracterológicos, de patrones relacionales, apertura y flexibilización del espectro de experiencia en general, mayor nivel de integración personal, etc.). Que abarque, además, una comprensión acerca de *cómo* es que este cambio puede acontecer, lo que orienta las metas e intervenciones específicas que guían nuestro quehacer psicoterapéutico con cada uno de nuestros pacientes. Esto implica tener una posición respecto a si el cambio ocurre a partir de la comprensión intelectual de nuestros pacientes respecto de sí mismos, a partir de una experiencia emocional-corporal, a partir de una experiencia relacional reparadora, a partir de todas ellas juntas o con un énfasis específico en alguno de estos elementos.
2. Íntimamente ligado a lo anterior, esta dimensión psicoterapéutica implica también una posición acerca del *sentido* y de las *metas* del proceso psicoterapéutico. ¿Qué es, en definitiva, lo que busca o pretende el cambio? A lo largo de la historia de la psicoterapia moderna se han dado diversas respuestas a esta interrogante fundamental. Se ha planteado que lo que se busca es la adaptación del individuo a su entorno social (psicología del yo), la autorrealización de las potencialidades propias (psicología humanista), la reorganización de los patrones relacionales (psicoterapia relacional), la integración del propio ser en la línea de la individuación (Jung), la ampliación de los mundos de experiencia (Orange), entre otros. Se desprende de lo anterior que nuestra comprensión acerca del sentido del cambio responde tanto a nuestra actitud básica ante el proceso psicoterapéutico en general como ante nuestra posición fundamental ante la existencia en su totalidad, lo que en nuestro modelo remite sensiblemente a la dimensión espiritual (ver más adelante).

Dicho brevemente, el *sentido* del cambio psicoterapéutico apunta en la dirección del sentido de la existencia en su totalidad, es decir, supone una posición respecto de la diferencia entre una vida significativa (realizada) y una vida “vacía” (frustrada). Por su parte, las *metas* apuntan en una dirección más específica del proceso psicoterapéutico, definiendo los objetivos

fundamentales y las tareas concretas que ha de desempeñar el terapeuta, en forma prioritaria, y el paciente, de modo complementario y colaborativo. De este modo, la actitud del terapeuta respecto del sentido del cambio psicoterapéutico orienta radicalmente su comprensión y su forma de negociar las metas psicoterapéuticas, las que a su vez definen las tareas concretas que tanto terapeuta como paciente han de asumir en su trabajo conjunto.

Por último, la fase *final* o de cierre del proceso psicoterapéutico también implica una determinada disposición de esta dimensión psicoterapéutica. Cuando un proceso psicoterapéutico llega a esta fase se plantean ciertas preguntas relevantes que requieren de nosotros tener una posición. Idealmente, esta fase tiene lugar cuando el o los motivos que llevaron a consultar al paciente, así como las metas psicoterapéuticas consecuentes, han sido trabajados y elaborados en forma suficiente, lo que es reconocido tanto por el paciente como por el terapeuta. Algunos de los puntos importantes que tenemos que tener claros como terapeutas son: lo primero es qué significa para nosotros un “trabajo psicoterapéutico suficiente”. Cuáles son los indicadores que vamos a considerar para esto y en qué niveles (sintomático, caracterológico, relacional, etc.). Por otra parte, necesitamos tener una posición respecto de eso que Freud (2001 [1937]) llamó “análisis terminable e interminable”; es decir, desarrollar una comprensión acerca del hecho de que todo proceso psicoterapéutico sea, al mismo tiempo, un logro parcial y un proceso inacabado que deja cabos sueltos y otros aspectos abiertos susceptibles de ser integrados. Y, por último, necesitamos tener una postura respecto al cierre del proceso y a la “disolución” de la relación terapéutica, lo que implica la etapa posterapéutica de seguimiento o no-seguimiento.

Dimensión espiritual

Con esta dimensión llegamos al final de nuestro bosquejo de esta propuesta de un modelo psico-sófico, cuyo propósito es contribuir a explicitar nuestra actitud como psicoterapeutas. No es casualidad que esta dimensión espiritual haya quedado para el final. En mi opinión, es la dimensión más controvertida de este modelo y, por tanto, también la más dudosa, debido en parte al descrédito en que ha caído desde hace algunas décadas el ámbito de lo “espiritual” devenido en saco donde parece caber de todo. Desde ya nos podríamos preguntar si la práctica psicoterapéutica supone *necesariamente* el cultivo de una cierta espiritualidad. Y planteado así, a secas, pienso que muchos

psicoterapeutas no estarían de acuerdo con esta dimensión como constitutiva de una actitud terapéutica.

En este contexto, y siempre con la intención de abrir espacios para la autoobservación y para el diálogo, me interesa resaltar algunas ideas a mi juicio constitutivas de una dimensión espiritual, que espero revelen por sí mismas su pertinencia y relevancia para una actitud psicoterapéutica en general. La primera de ellas refiere al hecho de que esta dimensión involucra una posición respecto del *sentido* de la existencia inserta en el acontecer de la totalidad. Esto significa una respuesta concreta a la pregunta de si la vida vale la pena de ser vivida, lo que refiere a su propósito fundamental. En este punto, vale la pena hacer presentes algunos postulados de Max Scheler acerca de lo espiritual en el hombre. Según Scheler (1967 [1938]) hay tres características propias de lo espiritual: 1. La *libertad*, es decir, la esencial apertura al mundo, el no estar condicionado por la biología ni por las circunstancias, la capacidad para elegir(se) y auto-gobernarse. A esta característica radical de lo espiritual V. Frankl (2002 [1946]) la denomina autotranscendencia, para indicar cómo es que el hombre es un ser que está más allá de sí mismo y de sus circunstancias. 2. La *autoconciencia*, esto es, la capacidad del hombre para tomar distancia de sí mismo, para autoobservarse y para ir más allá del estar-hacer en el mundo hacia un saber acerca de esta experiencia. Es esta capacidad, precisamente, la que hace posible la experiencia de libertad descrita en el punto anterior. 3. La *actualidad*, rasgo según el cual lo espiritual en el hombre se despliega como puro acontecimiento, como pura realización de sus actos, no siendo susceptible de objetivación. En palabras de Scheler (1967 [1938]): “El hombre es, por tanto, el ser superior a sí mismo y al mundo. Como tal ser, es capaz de ironía y de humor –que implican siempre una elevación sobre la propia existencia” (p. 65).

La experiencia espiritual implica responder con el propio modo de vivir a dos incógnitas radicales. La primera de ellas deriva del hecho de que el acontecer de la totalidad se refiere al *devenir temporal* de todo lo que hay, del universo físico y de la vida psíquico-simbólica, en su entramado recíproco y unitario, con un énfasis en la impermanencia y finitud de esta temporalidad. Es precisamente este enigma del tiempo el que se encuentra en el centro de la búsqueda espiritual, en cuanto referente radical de la pregunta por el sentido de la existencia. Las distintas tradiciones espirituales han dado diversas respuestas a esta pregunta: en su realidad última el tiempo es eternidad, infinitud, nihilidad, etc.

La segunda pregunta, estrechamente vinculada con la anterior, se relaciona con la comprensión de *la*

realidad misma más allá de las teorías e interpretaciones derivadas del conocimiento intelectual. A esta comprensión se le conoce como la *experiencia no-dual* de la realidad y a las tradiciones que están en su búsqueda como “sabiduría perenne” (Cavallé, 2000).

La conciencia de la unidad no es más que la aprehensión del verdadero territorio sin demarcaciones [...] Si la realidad es efectivamente una condición en la que no hay demarcaciones [...], si la realidad es una condición tal, entonces la conciencia de unidad es el estado natural de la conciencia que reconoce esa realidad. En una palabra, la conciencia de unidad es la comprensión de lo que no tiene demarcaciones (Wilber cit. en Grinberg, 2005, p. 31).

De este modo, esta dimensión espiritual hace alusión no solo a una comprensión (un conjunto de creencias, por ejemplo), sino sobre todo a una *experiencia* de esta realidad no-dual, por lo que implica el cultivo concreto de una conciencia no-dual (de unidad)¹¹. Esto conlleva la idea paradójica de que la explicitación de nuestra actitud terapéutica, es decir, el forjamiento de una cosmovisión propia incluye la progresiva toma de conciencia acerca de un ámbito radical no susceptible de ser convertido en cosmovisión, ya que no es susceptible de perspectiva alguna, sino solo de experiencia directa e inefable. No se trata, por supuesto, de excluir nuestra cosmovisión intrínsecamente dual en favor de un misticismo ingenuo y arbitrario, sino de integrar la construcción de nuestra cosmovisión terapéutica con una experiencia espiritual auténtica capaz de sustentarla y de darle sentido.

Podemos apreciar que esta dimensión se sitúa más allá de todo mapa, por lo que rebasa todo intento de convertirla en cosmovisión. Sin embargo, y dado que se trata fundamentalmente de una experiencia viva tanto personal como comunitaria, encontramos aquí una fuente de gran potencial terapéutico tanto para nosotros mismos como para nuestros pacientes. Me atrevo a sostener que mientras más honesto y disciplinado sea nuestro compromiso con nuestra espiritualidad, mayor es el potencial de influencia terapéutica en nuestro

¹¹ En este punto se hace evidente la interdependencia de esta dimensión con la dimensión ética autobiográfica, en la medida en que en ella se trata, precisamente, del cultivo práctico de la alineación entre el propio ser y el mundo en el que arraiga. Desde esta óptica, ambas dimensiones no son más que dos caras de una misma moneda.



Figura 1. Las siete dimensiones de la actitud psicoterapéutica

Estas dimensiones hay que comprenderlas en sus recíprocas interconexiones, ya que cada una de ellas cobra sentido, precisamente, en referencia a cada una de las otras. En cuanto totalidad dinámica, estas dimensiones configuran implícitamente nuestra actitud terapéutica, guiando nuestros modos de ser, de pensar y de actuar en el contexto clínico con nuestros pacientes. Por su parte, la explicitación de cada una de estas dimensiones nos puede ayudar a reconocer y a hacer conscientemente accesibles y elegibles, al menos parcialmente, esta actitud implícita. Se da aquí un interjuego circular según el cual todo esfuerzo explicitador de cada dimensión conlleva una transformación de la propia actitud implícita, que a su vez posibilita una nueva explicitación, en un proceso indefinido.

encuentro con nuestros pacientes. En este punto cobra mayor sentido la idea básica de todas estas reflexiones, según la cual los terapeutas ayudamos a “sanar” a otros no solo con nuestros conocimientos y con nuestras técnicas, sino principalmente desde la irradiación implícita de nuestro propio ser, desde nuestra simple presencia.

CONCLUSIONES

Al poner en el centro del proceso psicoterapéutico la actitud terapéutica he pretendido enfatizar la íntima interconexión existente entre la vida del terapeuta, su comprensión y práctica de la psicoterapia y la atmósfera general que tiende a orientar el proceso terapéutico en su conjunto. *Si bien sabemos que desde un punto de vista técnico la psicoterapia funciona (ayuda a las personas), lo que he pretendido enfatizar es que esta efectividad se*

puede potenciar de manera insospechada cuando ponemos el foco en el ser (actitud) del terapeuta, a la vez que ponemos especial cuidado en el hacer (nuestras intervenciones). Si bien esta actitud es inicialmente implícita, la buena noticia es que es susceptible de ser explicitada y relativamente reapropiada en cuanto cosmovisión, tal como lo he mostrado a lo largo de este ensayo.

El modelo psicósófico propuesto pretende a la vez servir como una manera concreta de forjar una cosmovisión terapéutica consistente y orientadora, así como asumir las limitaciones propias de un esfuerzo como este, en el sentido de que todo intento de explicitación debe asumir su parcialidad (perspectivismo) y su temporalidad (historicidad), por lo que esta propuesta hace eco de eso que Donna Orange (2012) entiende como una actitud falibilista. Según Orange (2012), esta actitud implica mantenerse lúcido respecto del propio (y

necesario) perspectivismo, así como de la tendencia intrínseca de toda idea y comprensión a desarrollarse y transformarse. De este modo, mantenernos atentos y comprometidos con este esfuerzo de explicitación implica ir desarrollando una posición terapéutica que nos entregue tanto de convicción y arraigo como de flexibilidad y apertura, si entendemos por convicción precisamente la apertura a una comprensión de la psicoterapia y de nuestros pacientes en su complejidad y devenir, es decir, si nos mantenemos siempre dispuestos a la rectificación e, incluso, a la revocación de la propia cosmovisión (es decir, a abandonarla en pos de la "construcción" de una cosmovisión nueva que nos haga más sentido), de ser necesario, enriqueciendo nuestra experiencia como terapeutas.

Queda pendiente todavía un asunto importante. La propuesta del modelo psicósófico tiene que hacerse cargo, aunque sea en forma provisional (dado que se trata, precisamente, de un modelo), de la posibilidad de su aplicación. De hecho, mi ánimo ha sido explícitamente el de ofrecer una manera concreta de llevar a cabo una explicitación de la propia actitud terapéutica y sentar las bases para un diálogo clínico arraigado en el ser de los terapeutas, antes que en el saber (teoría) o en el hacer (técnica). Si bien no es este el momento de abordar el desafío concreto de generar una formación psicoterapéutica centrada en la integridad del terapeuta basada en este modelo psicósófico, sí quiero plantear (al menos) algunas vías de acceso al trabajo con cada una de las dimensiones propuestas. Estas *vías de acceso iniciales* las formularé en términos de preguntas fundamentales que nos pueden permitir ir reconociendo nuestra actitud terapéutica en nuestra práctica clínica. Con el propósito de que este ejercicio resulte sencillo e ilustrativo, parto por presentar una figura que condensa las siete dimensiones de la actitud terapéutica, para luego presentar las preguntas de acceso por cada dimensión.

PREGUNTAS DE ACCESO POR DIMENSIÓN

En la dimensión *ética autobiográfica* lo central es poder dar cuenta de la propia experiencia de *alineación* entre mente, cuerpo y relaciones. ¿En qué medida me siento en armonía respecto de estos tres ámbitos de mi vida? ¿Qué entiendo por felicidad y bienestar? ¿Cómo lo hago concreta y cotidianamente para cultivar esta alineación? ¿Qué características de mi vida actual me obstaculizan esta experiencia de alineación? ¿Cómo puedo comprender desde mi propia historia personal y familiar las diversas disociaciones entre estos tres ámbitos de mi vida? ¿Cómo puedo dar cuenta de mis

alineaciones y de mis armonías desde mi historia personal y familiar?

Respecto de la *dimensión metódica* lo central es poder dar cuenta de las *perspectivas* predominantes en mí desde las que suelo observar y comprender los fenómenos clínicos. ¿Desde qué posición observo y comprendo la realidad, desde una más realista, desde una más constructivista o desde alguna tercera posición? ¿Cómo lo suelo hacer para comprender los fenómenos clínicos? ¿En qué perspectiva me siento más cómodo: dejando que mis pacientes se muestren y se den a comprender desde ellos mismos o intentando activamente que se muestren ofreciendo mi propia comprensión? Si alguien observara las sesiones con mis pacientes, ¿qué podría llamarle la atención de mi modo de ayudarlos a explorarse a sí mismos?

En cuanto a la *dimensión de crítica sociocultural* lo central es poder dar cuenta del contexto y de los procesos que sustentan mi práctica clínica. ¿Cómo comprendo la época histórica en la que vivo? ¿Qué rasgos constituyen sus sellos de fábrica? ¿Cómo comprendo la sociedad y la cultura en la que vivo? ¿Cuáles son sus rasgos más idiosincráticos? ¿Cuáles son los "males" y los desafíos típicos de nuestra época histórica? ¿Cómo la historia de mi propia familia contribuye a generar mi propio contexto sociocultural? ¿Cuáles son los hitos fundamentales de esta historia familiar para mí? ¿En respuesta a qué contextos familiares y relacionales propios es que soy como soy y actúo como lo hago? ¿Cuál es el mito personal y cultural que ilumina y orienta mi propia vida en sus líneas esenciales?

En relación la *dimensión ontoantropológica* lo central es poder dar cuenta de la *naturaleza* y del *lugar* que el ser humano ocupa en el mundo. ¿Qué significa existir? ¿Cómo entiendo la naturaleza de la mente humana? ¿Cómo entiendo la naturaleza del cuerpo humano? ¿Qué es para mí el mundo y en qué sentido la existencia está-en él? ¿Cuáles son los hilos e hitos fundamentales en el desarrollo de la existencia humana desde la infancia hasta la adultez? ¿Cuáles son para mí los potenciales máximos de realización humana? ¿Cómo entiendo la pregunta "quién soy yo" (qué es lo que pregunta, en el fondo, esta pregunta)?

En la *dimensión ontopsicopatológica* lo central es dar cuenta de la naturaleza y de los orígenes del *sufrimiento disfuncional* y *evitable*, teniendo como foco la interacción entre el individuo y su mundo (contextos históricos). ¿En qué consiste, para mí, el sufrimiento humano disfuncional (evitable)? ¿Cómo es que llegamos a sufrir de este modo? ¿En qué se distingue esta forma de sufrimiento del sufrimiento inevitable, intrínseco de la existencia? ¿Reconozco algunas formas

básicas distintivas de sufrimiento disfuncional? ¿Cuáles son los criterios fundamentales que me permiten hacer esta distinción, desde una perspectiva tanto actual como procesal?

Respecto de la *dimensión psicoterapéutica* lo central es dar cuenta del cambio terapéutico así como de los principios que orientan mi quehacer terapéutico en esa dirección. ¿Cómo reconozco cuando ha ocurrido un cambio terapéutico? ¿Qué significa para mí “cambio terapéutico”? ¿Cómo se puede generar este cambio? ¿Cómo puedo yo ayudar a generar este cambio en mis pacientes? ¿Qué experiencias personales tengo de cambio terapéutico en mí mismo? ¿Cuáles son para mí las metas de un proceso terapéutico? ¿Cuáles son para mí las funciones principales de un psicoterapeuta? ¿Con qué herramientas terapéuticas concretas cuento para ayudar a mis pacientes? ¿Cuáles son los límites del cambio terapéutico (en mí mismo como terapeuta, en el paciente, en la relación, en el proceso mismo de psicoterapia), es decir, qué es lo que está fuera del alcance de la psicoterapia?

Por último, en cuanto a la *dimensión espiritual* lo central es dar cuenta de la propia experiencia y comprensión del *sentido de la vida*. ¿En qué consiste, para mí, el sentido de la existencia? ¿Cómo vivo este sentido en mi experiencia cotidiana? ¿Cuál(es) tradición(es) ejerce(n) una mayor influencia en mi forma de vivir mi espiritualidad? ¿Qué significan para mí ideas como las de amor, plenitud, trascendencia, muerte, transitoriedad y sufrimiento?

El problema de la aplicación del modelo propuesto no es un asunto fácil. En medio del énfasis puesto en la formación teórico-técnica y en las competencias de los terapeutas, creo que el modelo psicósófico nos invita a pensar en la posibilidad de un cambio de foco en esta formación, yo diría que, al menos, en una doble dirección. En primer lugar, poniendo en el centro la *persona* del terapeuta, es decir, sus cualidades y potencialidades reales y particulares, abriendo un espacio concreto para la *creación* como algo, al menos, tan valioso como la adquisición. Esto implica generar una instancia formativa basada fundamentalmente en la *experiencia*: autoobservación, reconocimiento de las propias potencialidades y limitaciones, familiarización con los propios aspectos conflictivos y disociados, así como el cultivo de alguna práctica concreta para la integración personal y para la generación de relaciones interpersonales enriquecedoras. La formación teórica y técnica, a mi juicio, debería enraizarse en esta experiencia de cada terapeuta, en lugar de partir de la base de una formación más o menos estandarizada. En segundo lugar, enfatizando la necesidad del *diálogo* como camino fundamental para

llevar a cabo lo anterior. Dada la necesaria parcialidad de la actitud terapéutica de cada cual, se torna imprescindible nutrirse de las perspectivas de otros para incorporar el hábito de mantenerse en un camino de creciente integración basada en el encuentro con otras perspectivas. Una vez más, creo que esta experiencia de mutua influencia al interior de una comunidad pequeña de terapeutas puede resultar muy enriquecedora y aportadora al quehacer terapéutico de cada cual.

Finalmente, y desde una perspectiva más amplia, esta propuesta abre un camino concreto para cuestionar algunas tendencias porfiadamente reinantes en las ciencias humanas en general, representadas en el reinado excluyente del método científico y en el consecuente predominio de una reflexión reductiva de tinte epistemológico, en desmedro de un pensar más realista y fresco fundado en la experiencia. Este es un asunto de gran importancia, que ocupó con pasión a un pensador del calibre de Francisco Varela (2005): cómo re-situar y legitimar a la *experiencia personal y compartida* en una posición de relevancia a la hora de generar conocimiento, entendiendo la sutil, aunque abismal, diferencia que hay entre esta (la experiencia) y la investigación empírica. Lo empírico es siempre una re-construcción que considera más la rigurosidad del método que eso que la fenomenología ha llamado “las cosas mismas”. La experiencia, en cambio, tiene un punto de partida distinto, pues pone la propia observación y la sabiduría acumulada como fundamento para desde ahí desarrollar una comprensión hermenéutica de lo real. Esto implica bajar del pedestal a la investigación en tercera persona para equilibrarla con una saludable indagación en primera persona. Dicho en lenguaje psicósófico, implica mirar con ojos críticos toda “fundamentación” epistemológica en favor de un desarrollo serio y disciplinado de un pensar ontológico cuya médula radica, en el caso del quehacer psicoterapéutico, en una aclaración de la propia actitud, renunciando de antemano a certezas y objetividades, y asumiendo el inevitable perspectivismo de toda posición. Si bien es cierto que el mapa no es el territorio, es mejor ir construyendo mapas desde la experiencia del territorio.

REFERENCIAS

1. Brito R (2010). Psicofía y psicoterapia: tres ejemplos para una aproximación. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 6 (4), 454-464
2. Brito R (2011). Habitar poético y presencia-atención plena (Mindfulness): un diálogo entre Occidente y Oriente. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 7 (3), 309-317
3. Cavallé M (2000). La sabiduría de la no dualidad. Una reflexión comparada entre Nisargadatta y Heidegger. Barcelona: Editorial Kairós

4. Cavallé M (2006). La sabiduría recobrada. Filosofía como terapia. Madrid: MR Ediciones
5. Cavallé M (2009). El asesoramiento filosófico: una alternativa a las psicoterapias. Texto extraído de la página web www.monica-cavalle.com
6. Cozolino L (2006). The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Social Brain. New York: W. W. Norton & Company
7. Fernández-Álvarez H (2002). La persona del terapeuta. Balance y perspectiva. Conferencia presentada ante el V Congreso Sudamericano de Investigación en Psicoterapia Empírica
8. Frankl V (1995 [1946]). El hombre en busca de sentido. Barcelona: Editorial Herder
9. Frankl V (2002 [1966]). Psicoanálisis y existencialismo. De la psicoterapia a la logoterapia. México. Fondo de Cultura Económica
10. Freud S (2001 [1937]). Análisis terminable e interminable. En S. Freud, Obras Completas (pp. 211-254) (OC 23). Buenos Aires: Amorrortu Editores
11. Gissi J (2002). Psicología e identidad latinoamericana. Sociosicoanálisis de cinco premios Nobel. Santiago: Ediciones Universidad Católica
12. Jung CG (2006 [1929]). Los problemas de la psicoterapia moderna. En CG Jung, La práctica de la psicoterapia: contribuciones al problema de la psicoterapia y a la psicología de la transferencia. (pp. 57-78) (OC 16). Madrid: Editorial Trotta
13. Jung CG (1961). Recuerdos, sueños, pensamientos. Barcelona: Editorial Seix Barral
14. Jung CG (2002 [1964]). Acercamiento al inconsciente. En C. Jung, El hombre y sus símbolos (pp.15-102). Barcelona: Buc-Carlat
15. Kornfield J (2010). La sabiduría del corazón. Una guía a las enseñanzas universales de la psicología budista. Barcelona: La liebre de marzo
16. Marinoff L (2001). Más Platón, menos Prozac. Madrid: Punto de lectura
17. Naranjo C (2008). Carácter y neurosis. Una visión integradora. Santiago: JC Sáez Editor
18. Orange D (2012). Pensar la práctica clínica. Santiago: Editorial Cuatro Vientos
19. Sassenfeld A (2012). Principios clínicos de la psicoterapia relacional. Santiago: Ediciones SODEPSI
20. Scheler M (1967 [1938]). El puesto del hombre en el cosmos. Buenos Aires: Editorial Losada
21. Schore A (2003). Affect Regulation and the Repair of the Self. New York: W. W. Norton
22. Varela F (2010). El fenómeno de la vida. Santiago: J. C. Sáez Editor
23. Varela F, Thompson E, Rosch E (2005). De cuerpo presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana. Barcelona: Gedisa Editorial
24. Varela F (1991). Ética y acción. Santiago: Dolmen Ediciones
25. Vial W (1999). La antropología de Viktor Frankl. Santiago: Editorial Universitaria
26. Winnicott D (2003). Realidad y juego. Barcelo: Gedisa Editorial

PSICOPATOLOGÍA

DESCARTES Y EL CUERPO EN EL NARCISISMO

(Rev GPU 2015; 11; 4: 368-378)

Jacqueline Serra¹

En este trabajo se aborda la pregunta por cómo se vive el cuerpo en el narcisismo. Para desenvolver esta pregunta utilizo la visión fenomenológica acerca del cuerpo propuesta por Merleau-Ponty, en que está el cuerpo en su concreción (Körper), es decir, la dimensión corpórea y el cuerpo en su dimensión vivencial (Leib), es decir, la corporalidad, están intrínsecamente unidas: nuestro modo de existencia es fundamentalmente encarnado. Esta visión es contrastada con una propuesta cartesiana, que se asemeja a la experiencia del cuerpo en el narcisismo. En este, el cuerpo se percibe como una máquina o como un instrumento que sirve para calzar con las expectativas en relación con la imagen. En el trabajo vamos a revisar al cuerpo en el narcisismo desde la dimensión corpórea y corporal, para reflexionar sobre la forma de encarnación del narcisismo. Se concluye, desde una perspectiva que considera a la existencia intrínsecamente corporeizada, que el narcisismo se ve encarnado, aunque su temática principal sea justamente la alienación del cuerpo.

INTRODUCCIÓN

El cómo vivimos la corporalidad es una pregunta altamente importante, si comprendemos al ser humano de una manera encarnada. Justamente, para esta comprensión del ser humano como intrínsecamente encarnado es que el narcisista resulta interesante, ya que ha sido asociado a la identificación con una imagen de sí, que se experimenta como distinta de las sensaciones corporales (1-4). Precisamente, lo que caracteriza a Narciso, en el mito, es su fascinación y, finalmente, su alienación en la propia imagen, que está fuera de su cuerpo.

En este trabajo vamos a entender al narcisismo como la operación que reduce al cuerpo a un objeto,

como una máquina o un instrumento, mediante la cual cumplir objetivos que tienen relación con alcanzar una imagen ideal, que es en principio impuesta desde el ambiente (4). Podemos pensar, por ejemplo, en un hombre que cultiva su cuerpo basado en, primordialmente, una idea de masculinidad y de respetabilidad en su medio; que sostiene una sonrisa y gestualidad estereotipadas, que se acomoda a lo que se piensa como deseable en determinado contexto social. En este caso, es como si la vitalidad de la persona le fuera enajenada, para cumplir con un ideal externo. La corporalidad no es ya un sitio de exploración y espontaneidad, sino de evaluación de desempeño y logro.

He mencionado al cuerpo sin puntualizar a qué me estoy refiriendo específicamente. El cuerpo ha sido

¹ Psicoterapeuta, Mg© Psicología Clínica Adultos, Universidad de Chile. jkserra@uc.cl.

conceptualizado desde distintas perspectivas, por este motivo, antes de comenzar con la descripción más específica acerca de la corporalidad en el narcisismo, me resulta relevante que nos situemos, desde la filosofía, en cómo vamos a comprender al cuerpo. La postura que adoptaré será situada desde la fenomenología, específicamente desde los aportes de Merleau-Ponty.

Esta reflexión desde la filosofía será orientativa con respecto a los próximos apartados de este trabajo, donde me referiré a la dimensión corpórea del cuerpo, esto es, el cuerpo en su concreción física, y a la dimensión de la corporalidad desde las sensaciones, esto es, a cómo se experimenta subjetivamente el cuerpo. Esta división tiene una larga data de discusión en la filosofía, no siendo el objetivo de este trabajo el profundizar en esta, sino el intentar aclarar la posición desde la cual se entenderá esta distinción entre cuerpo corpóreo y corporalidad desde las sensaciones.

Entonces, en el siguiente apartado vamos a adentrarnos en la comprensión del cuerpo desde la tradición fenomenológica. Como se podrá apreciar, desde esta perspectiva, la división entre corpóreo y corporalidad resulta aparente, dado que el cuerpo en su extensión física y la sensación consciente de existir están imbricados.

CUERPO DESDE LA FENOMENOLOGÍA

Husserl es quien inicia un giro con respecto a la conceptualización cartesiana del cuerpo. Según esta última, el cuerpo está fundamentalmente separado del *cogito*. El primero es perteneciente al reino de las cosas extensas. En contraste: “La fenomenología de la existencia corpórea hace del cuerpo nuestro modo-de-ser-en-el-mundo. El cuerpo no deja solo de ser un objeto, sino incluso una estructura pasiva, receptora de una realidad configurada por los confines de la *res cogitans*” (5).

Merleau-Ponty (6) da cuenta de dos tendencias imperantes en su tiempo: el empirismo y el intelectualismo. La primera, relacionada con el mecanicismo materialista, aísla al cuerpo de su intencionalidad, es decir, este queda reducido a un objeto, a la *res extensa* y funciona según principios mecanicistas (Merleau-Ponty (6)). Esto es distinto a concebir al cuerpo desde la intencionalidad, donde la percepción se entiende desde que el hombre está remitiendo constantemente a las cosas, ya que esta es su forma de existir. Así, nuestra percepción se entenderá desde nuestra intencionalidad. Por ejemplo, quizás una persona con insomnio percibirá el sonido del reloj muy nítidamente: sus circunstancias y sus intenciones nos ayudan a comprender esto.

Por otro lado, el intelectualismo, o el racionalismo, subestima al cuerpo porque queda como objeto de una mente trascendente. El racionalismo cartesiano y las corrientes que derivan de él consideran que todo acto está mediado por el espíritu, lo que vendría a ser un subjetivismo radical. De esta manera, tanto el empirismo como el intelectualismo hacen una diferencia esencial entre el cuerpo y la mente; entre el sujeto y el objeto.

En cambio para Merleau-Ponty “Lo esencial, entonces, consiste en reunir al sujeto y al objeto a través del cuerpo en un acto de percepción, pues todo comportamiento humano está de algún modo comprometido desde dentro” (7). Según la visión del autor, hay una encarnación primordial que es más fundamental que la reflexión. Es decir, antes de poder pensar acerca de algo, ya estoy encarnado y formándome en interacción con el mundo (6).

Como mencioné, Husserl inicia este giro, sin embargo hay lecturas del autor que lo sitúan en coherencia con las ideas cartesianas y kantianas sobre un sujeto trascendente en su *cogito* y fundamentalmente aislado. En contraste, Merleau-Ponty desarrolla una interpretación de Husserl que lo posiciona como un autor que comprende la inevitable contextualidad e intersubjetividad de lo humano (6).

Merleau-Ponty intenta solucionar la polaridad sujeto-objeto con respecto al cuerpo, en tanto habría visiones donde el cuerpo es un elemento del mundo físico y otras perspectivas donde se enfatiza la vivencia del mismo. Para poder hacer frente a esta dualidad propone el concepto de *carne* (*chair*) con el cual se desvanecen las antiguas dicotomías entre sujeto-objeto. El concepto de *carne* intenta captar que el cuerpo es a la vez objeto y sujeto. Se puede percibir como una cosa y a la vez es lo que permite que exista todo lo demás (¿cómo podemos dar cuenta de la existencia de algo si no es a través de nuestro cuerpo?). El concepto de *carne* quiere retratar que el cuerpo es siempre vivido y contextualizado (5, 8).

De esta manera, siguiendo a Gallo (5) la distinción, en alemán, entre *Körper* y *Leib*, el primero referido al cuerpo biológico, a la dimensión física que ocupa espacio, es decir a lo corpóreo; y el segundo referido al cuerpo en su dimensión vivenciada, es decir, lo corporal, no son alternativas exclusivas. Desde Husserl, el cuerpo se constituye en estas dos dimensiones como *Körper* y como *Leib*, es una cosa física con propiedades materiales, y a la vez refiere a la sensación subjetiva que se tiene de él. Merleau-Ponty utiliza el concepto de *quiasma* para comprender como la corporalidad es un proceso en constante devenir, desde el entrecruzamiento entre la dimensión corpórea (*Körper*) y la corporal (*Leib*).

El cuerpo quiasmático evade cualquier reducción objetivante o subjetivante, por ello aclara Ramírez (9) que Merlau-Ponty no dice “el” cuerpo sino “mi” cuerpo, el cuerpo no es solamente algo que tengo o que poseo, sino que también soy radicalmente. Es pues a través de la corporeidad que se experimenta la espiritualización de la materia y la materialización del espíritu” (p. 53).

De esta forma, en los apartados siguientes que estaremos discutiendo sobre estas distintas dimensiones del cuerpo, se entiende que no se tratan de categorías excluyentes, sino mutuamente constituyentes de lo que implica nuestra imbricación fundamentalmente corpórea/corporal en el mundo.

DIMENSIÓN CORPÓREA: CUERPO CONCRETO

El situar a Reich en este apartado no deja de ser complejo. Claramente, el autor no se puede reducir a un abordaje meramente corpóreo. Reich (10, 11) era un médico y psicoanalista, que se caracterizaba por su abordaje terapéutico donde concibe una *unidad funcional* entre el cuerpo concreto y lo psíquico. Para el autor, entonces, no hay una causalidad directa en ninguna dirección, sino una simultaneidad en estos dos registros.

Sin embargo, Reich se dedica a trabajar con el cuerpo en su dimensión corpórea, es decir, como una cosa con masa y espacialidad. El autor otorga relevancia a cómo se ve el cuerpo, a cómo se estructura muscularmente; en el tratamiento se le da énfasis a ciertos tipos específicos de ejercicios corporales.

No obstante, Reich no concibe al cuerpo como funcionando de acuerdo a las reglas que rigen a las otras cosas del mundo. A través de la identidad funcional, se entiende que el cuerpo humano es distinto. El abordaje de Reich no es en ese sentido biologicista o médico, entendido como un cuerpo mecánico.

De esta manera, Reich y sus seguidores están situados en este apartado porque le dan énfasis a la dimensión corpórea, es decir, al cuerpo en concreto. Esto no quiere decir que este abordaje se reduzca a esta dimensión. Aclarado esto, podemos iniciar con el tema que nos convoca: lo corpóreo en el narcisismo.

El autor hace descripciones caracterológicas² y somáticas de las estructuras del carácter. Al hablar del

² Reich (1945 [1933]) desarrolla su teoría del carácter. El autor teoriza que el individuo tiene un núcleo biológico sano y lleno de potencialidades, el cual se ve limitado por el desarrollo del carácter, que aparece en reacción a

carácter fálico narcisista, Reich (10) dice: “el carácter fálico-narcisista típico es seguro de sí mismo, a menudo arrogante, elástico, vigoroso y con frecuencia dominador” (p. 174). Nos informa que el tipo corporal que presentan estas personas es el atlético de Kretschmer. Además menciona que:

La expresión facial muestra por lo común rasgos duros, marcados, masculinos, mas con no poca frecuencia también femeninos, como de niña, pese al porte atlético. La conducta cotidiana nunca es huidiza como en los caracteres pasivo-femeninos, sino por lo común altanera, quizá fría y reservada, quizá sardónicamente agresiva o “erizada de púas” como lo expresara uno de estos pacientes (p. 174).

Además Reich (10) describe que estos pacientes tienen una identificación fálica intensa, en esta el pene está asociado con la agresión y la venganza, no con el amor. Así al penetrar estarían intentando destruir y vengarse. En el caso femenino también habría una identificación fálica y la sexualidad también se viviría desde la agresión, humillación y destrucción. Esta incapacidad para el amor produce que no haya realmente placer en el acto sexual: “Los hombres fálico-narcisistas muestran gran potencia erectiva, si bien son orgáستicamente impotentes” (p. 175).

Por su lado, Lowen (4) llama la atención sobre la utilización del cuerpo para cumplir un ideal físico según una imagen valorada, y no para sentirse bien. Llama la atención sobre la moderna valoración de lo plano, por ejemplo el vientre plano y la falta de curvas.

Para conseguir esto hay que tensar los músculos abdominales hasta tal punto que la respiración (un fenómeno normal y saludable) se hace casi imposible. Y aparte de sus efectos adversos sobre la salud, el concepto de “plano” es una cualidad negativa desde el punto de vista del aspecto y el sabor. Describir algo

las frustraciones ambientales, como forma de adaptarse. Además el carácter sería la contraparte psíquica de la dimensión somática (Ramírez, 2005).

³ En relación con esto último, es importante aclarar que para Reich (1994 [1942]) la salud del individuo tiene que ver con su capacidad para disfrutar de forma íntegra de la reunión sexual. Esto no tiene que ver con la capacidad sexual exclusivamente genital, sino del disfrute de todo el organismo en la vibración orgástica, distinguiendo entre potencia erectiva (con la cual el narcisista no tendrá dificultades), y la potencia orgástica que es una entrega completa, con una momentánea pérdida de conciencia.

como “plano” significa que es insípido y sin atractivo. “Aplanar” a alguien es machacarlo. Y en términos psicológicos, “plano” referido a los afectos señala una falta de sentimientos. Pero, por supuesto, en estos términos podemos reconocer por qué lo plano puede ser una virtud a ojos del narcisista (p. 53).

Es interesante ver cómo se destacan los rasgos físicos propios del cuerpo, en vez de la forma personal de habitar el cuerpo: la vivacidad, la gestualidad, el movimiento, etc. Podríamos pensar que es bien distinto, por ejemplo, el gusto por una mujer por sus atributos físicos: “Me gusta porque es delgada, curvilínea, de tez blanca y ojos claros”; a sentirse atraído por la forma subjetiva de vivir el cuerpo de la persona, como expresa estéticamente la canción de The Beatles (1969) “Something in the way she moves, attracts me like no other lover” (Algo en la forma en que ella se mueve, me atrae como ningún otro amor).

Lowen (4) dice que el buen aspecto se muestra en el cuerpo que se mueve con vitalidad en gracia, en el brillo de los ojos y de la piel, en la expresión facial. “Si una persona no se siente bien con su cuerpo, solo puede proyectar la imagen de cómo cree que debe ser su físico. Cuanto más se centra uno en la imagen, menos a gusto se siente con su propio cuerpo” (p. 54).

Lowen (4) llama la atención sobre cuando un gesto es permanente, por ejemplo la sonrisa constante. En estos casos en general se puede pesquisar una historia donde, en un comienzo, se fuerza la sonrisa para poner una careta que agrada a los demás. Esto calza bien con el dicho: *ríe y el mundo reirá contigo, llora y llorarás solo*, es decir, o el niño se pone la careta o pierde sus vínculos. Me parece que esto tiene relación con una vivencia del cuerpo como una herramienta para proyectar una imagen, en contraste con la vivencia de la corporalidad con todo su abanico de sensaciones.

Además Lowen (4) releva que los adultos narcisistas parecen, en general, más jóvenes de lo que son. Esto se lo explica a partir de la vida sin sentimientos, sin que nada los afecte, como en el retrato de Dorian Grey, donde a este joven, en un inicio inocente, se lo seduce para mantener su belleza y juventud. Uno de los consejos que se le da es que no se deje afectar emocionalmente.

Este tipo de personas no permite que la vida les toque —es decir, no consiente que aspectos internos vitales afloren a la superficie física y mental—. Esto es lo que yo llamo negar los sentimientos. Sin embargo, los seres humanos no están inmunizados contra la vida, y el envejecimiento que no se ve por fuera se produce por dentro. Finalmente, al igual

que en el caso de Dorian Gray, el dolor y la fealdad del interior se abre paso a través de la negación de la realidad y parece que la persona haya envejecido de un día para otro (p. 57).

En el narcisismo puede haber un excesivo desarrollo muscular donde la tensión inhibe los sentimientos. El objetivo implícito principal sería anesthesiarse, por ejemplo bloquear la mandíbula para no llorar, luego esta se queda congelada; también en la parte superior de la espalda y hombros se puede suprimir la cólera (4).

Acá se retrata una descripción del narcisista como plano y frío, inmovible y duro. Esto se podría metaforizar con las siguientes estrofas de la canción “Insoportablemente bella” de Emmanuel (12):

Sí, era bella // Sí, era muy bella, // Pero vacía, pero tan fría // Que al abrazarla pensaba que estaba abrazando a una piedra. // Sí, era bella // sí, era muy bella // Para mirarla, para adorarla, // para cuidarla igual que se cuida la cosa más tierna, // Para decir que uno tiene guardado una cosa muy bella.

Me resulta interesante esta última frase, considero que puede expresar una forma de relación basada en el poseer y atesorar, en vez de disfrutar con la interacción. En general, podemos concluir que el cuerpo en su concreción queda objetivado e instrumentalizado en el narcisismo. No se habita ya un cuerpo para interactuar y expresarse a través de él sino que se tiene un cuerpo para adecuarlo a las expectativas.

SUBSISTEMAS DEL CUERPO: BOADELLA

Por último, siguiendo con la descripción de la dimensión corpórea en el narcisismo, Boadella⁴ (13), seguidor de Reich, destaca la distinción de tres subsistemas nerviosos principales, cada uno de los cuales puede funcionar adecuadamente o irse en la dirección de alguno de los extremos patológicos.

La descripción de los diagnósticos de carácter la realiza en relación a cómo están funcionando estos tres subsistemas. En el caso de la organización fálico narcisista, Boadella (13) describe que se darían las polaridades de: sobreenfoque (subsistema sensorial cortical),

⁴ Fundador de la biosíntesis, hace una propuesta donde integra el desarrollo prenatal, desarrollando como la creación del ectodermo, endodermo y mesodermo se van asociando con distintas funciones que se van relacionado entre sí de distintas formas.

sobrecarga (subsistema nervioso vegetativo) e hipertono (subsistema cortical o extrapiramidal). A continuación me propongo explicar estas características.

En primer lugar está el subsistema sensorial cortical, acá podemos encontrar hipersensibilidad o infrasensibilidad. En la primera el umbral de excitación es bajo, lo que hace que la persona esté tendiente al descontrol y la susceptibilidad, los estímulos pueden ser amenazantes o invasivos, acá hay una tendencia a sub-enfocar. En la segunda el umbral es alto, entonces bloquea los estímulos desagradables a través de la tendencia a sobre-enfocar.

En tanto a estas tendencias, podemos pensar en una persona narcisista como alguien que tiende a sobre-enfocar, bloqueando los estímulos desagradables. Quizás al encontrarse ocupada con muchas cosas a las que le tiene que poner atención con urgencia, esa persona se sienta mejor.

En segundo lugar está el subsistema nervioso vegetativo. Esta área está influida por el sistema nervioso simpático y parasimpático. Las polaridades que se dan en esta área son: la sobrecarga, por la influencia dominante del sistema simpático, o subcarga por la influencia del sistema parasimpático. En el primer caso hay una emocionalidad que es fácil de suscitar y por eso la persona tenderá a descargar. En el caso opuesto la persona no se cargará fácilmente. Frente a una crisis tenderá a la pasividad o a retirarse del conflicto.

Somáticamente, una persona narcisista tenderá a la sobrecarga, por lo tanto necesitará descargar continuamente, lo que se podría retratar en la necesidad de descarga sexual excesiva.

Por último, existe el subsistema cortical o extrapiramidal. Este tiene que ver con el enraizamiento⁵. Hay un buen enraizamiento si existe una relación armónica entre el movimiento involuntario, el semivoluntario y el voluntario. Esta área también tiene relación con el establecimiento de un tono muscular apropiado. En esto se dan dos polaridades, el hipertono y el hipotono. En la primera hay una tensión exagerada para las acciones requeridas, y en el segundo lo contrario, no hay la tensión suficiente.

Una persona narcisista tenderá a tener un tono muscular caracterizado por el hipertono en general. Podemos pensar que hará movimientos rápidos y fuertes. Probablemente le será difícil relajarse y descansar.

Además, como no habrá una armonía entre los movimientos voluntarios, semivoluntarios e involuntarios, se podrá sentir como una persona muy rígida o torpe.

De esta manera, podemos ver cómo una persona narcisista, en consonancia con la descripción que Boadella (13) realiza del carácter fálico-narcisista, tiende al sobre-enfoque, a la sobrecarga y al hipertono.

De forma conclusiva me parece que el aspecto corpóreo en el narcisismo, además de caracterizarse por un cuerpo instrumentalizado, es un cuerpo altamente cargado y estresado en el sentido de estar siempre excesivamente preparado para la acción. Considero que es un cuerpo altamente utilizado para cumplir con las expectativas y para hacer frente a la situación que aparezca. Con esto, la dimensión del disfrute, del relajo, de la entrega corpórea se hace exigua.

En este apartado hemos visto cómo se puede describir al narcisista desde la dimensión corpórea, es decir cómo es el cuerpo del narcisista concretamente. En la siguiente sección vamos a desarrollar la dimensión de la corporalidad, es decir, la sensación que se tiene del cuerpo.

Recordemos que desde la fenomenología la existencia es fundamentalmente encarnada, y este cuerpo se vive en el entrecruce de ser un cuerpo concreto y a la vez ser un cuerpo que es la encarnación de nuestra subjetividad (la única forma en que la subjetividad puede existir). Así nuestro cuerpo es a la vez sustancia extensa y lo que otorga la calidad de existente a todo cuanto está a nuestro alrededor, ya que solo puede existir (para nosotros) desde nuestra percepción encarnada (5, 8).

En una división siempre didáctica, en el próximo apartado pasaremos a abordar la dimensión vivencial del cuerpo.

DIMENSIÓN CORPORAL: VIVENCIA DEL CUERPO

La sensación corporal más pregnante en el narcisismo es justamente la dificultad en vivenciar el cuerpo como una corporalidad habitable. Ledermann (3) relaciona al narcisismo con la dificultad de habitar el propio cuerpo. En el mito de Ovidio sobre Narciso se dicen las siguientes oraciones acerca del enamoramiento de Narciso de su propio reflejo:

Él ama una esperanza sin substancia; él cree que hay una substancia donde solo hay una sombra. Igualmente, el paciente narcisista se siente descorporeizado, porque, como Narciso, él trata de espejarse a sí mismo en vez de ser espejado por la madre/analista en la forma que he descrito. Este espejamiento especial es un prerrequisito esencial para residir en el propio cuerpo (p. 113).

⁵ Refiere a estar en contacto con la energía propia, incluyendo a la sexualidad. Se relaciona con sentirse arraigado a la tierra, lo que facilita la sensación de poder sostenerse a sí mismo y también de estar en contacto con la realidad: "con los pies en la tierra" (Ramírez, 2005).

Este espejamiento del que habla el autor es el que desarrolla Winnicott (14-16), esto es, el relacionarse con el infante de modo de permitir el gesto espontáneo de este, al estar disponible y resonante con él. Esto le permite al niño contar con un ambiente lo suficientemente seguro y confiable como para empezar a *existir* de la única forma en que es posible, es decir, desde el cuerpo (17).

Sin embargo, como se ha mencionado, la sensación corporal característica de los estados narcisistas es un cuerpo que se vivencia de forma instrumental (2, 4). Quizás justamente por esa falta de espejamiento materno que entrega contención y por tanto calma y seguridad, es que el cuerpo del narcisista está, como lo podemos atestiguar desde Boadella (13), excesivamente estresado y cargado.

Como dice Lowen (4), hay dos formas de relacionarse con el cuerpo, una es a través de sentirlo, podríamos decir, desde las entrañas; y la otra es relacionarse indirectamente a través de la imagen que se tiene de él. Una persona que está funcionando de manera narcisista tenderá a relacionarse con su cuerpo de forma indirecta, como un observador o, también podríamos decir, en tercera persona.

Por su lado, Winnicott (17) nos da una comprensión del surgimiento de la *mente* como un funcionamiento especial del *psique-soma*, donde, como lo anuncia su nombre, la dimensión psíquica y la somática están unidas. Cuando surge la *mente* esta unión se rompe, la mente se toma a la psique y el soma queda aislado y dividido de su unidad original. Así se da la sensación de que la *mente*, y la persona identificada con esta, existen en la cabeza.

Esto es interesante de vincularlo con el apartado filosófico anterior. Esta operación que estamos pensando como característica del narcisismo, sería justamente coincidente con la tradición cartesiana de separación entre *res extensa* y *res cogitans*. Habría una relación de autoridad de la mente sobre el cuerpo, la primera es el sujeto y el segundo el objeto. En contraste con esta noción está la vertiente fenomenológica que afirma que la existencia es fundamentalmente encarnada: la forma en que hacemos todas las distinciones está corporeizada –adelante es adelante nuestro, la espacialidad de algo se despliega desde nuestra presencia, nuestra ubicación, nuestro tamaño, etc. (5, 8, 6).

Entonces podemos considerar que en el narcisismo hay una adherencia a un enfoque cartesiano al pensar al cuerpo. Como dice Lowen (4) el *yo pienso, luego existo*, puede calzar a la perfección con la experiencia narcisista (considerando que el yo es el ego que se separa de las sensaciones corporales). A continuación

describiremos con más detalle la vivencia del cuerpo en el narcisismo.

EXISTENCIA ENCARNADA VERSUS EXISTENCIA DESDE LA MENTE: LA VISIÓN DE WINNICOTT

En este apartado discutiremos la dinámica que existe entre la corporalidad y la imagen o el concepto, en el narcisismo. Nos podremos adentrar en la dinámica vincular que esgrime Winnicott para comprender esta sensación del narciso de no habitar su propio cuerpo.

Entonces, para comenzar a introducirnos en esta separación entre la corporalidad por un lado y la imagen y los conceptos por otro, tomaremos a Winnicott (17), quien, como ya hemos mencionado, propone una diferenciación entre la *mente* y el *psique-soma*. La primera se entiende como un desarrollo más bien patológico, que implica la separación de la subjetividad encarnada; por otra parte, el segundo se entiende como la salud donde la psique está unida con el soma, es decir, con lo corporal.

Entonces, en los postulados del autor, la *mente* hace su aparición solamente si no hay un desarrollo adecuado del *psique-soma*. Esto último se logra si hay un cuidado materno-ambiental que lo permita: la *mente* surge de la necesidad del infante de tener un ambiente perfecto; como ese ambiente no es proveído por la madre, es decir, el cuidado ambiental no viene precisamente del exterior ya que no hay una madre suficientemente buena, entonces la *mente* del niño es la que se encarga de esa función y así se separa del *psique-soma* debido a que se tiene que encargarse de protegerlo. De esta forma, la psique toma contacto con la mente y se aleja del soma. Este individuo puede actuar como madre y adaptarse a las necesidades de los demás, pero no será auténtico, y siempre estará la amenaza de derrumbe.

Se necesita de un ambiente *suficientemente bueno*⁶ para volver al *psique-soma*, que es desde la única posición en que se puede comenzar a *existir*⁷.

En la operación contraria, es decir, en el surgimiento de la *mente* y la separación del *psique-soma*, la persona coloca a la *mente-psique* en la cabeza o en relación

⁶ Este concepto hace referencia a un cuidado que logra ser coherente y responsivo a las necesidades del infante, pero no de forma absoluta o perfecta; esto es un ambiente que a veces falla.

⁷ Este concepto refiere a la sensación de poder estar desde el verdadero self, es decir, desde las sensaciones corporales y desde la espontaneidad.

con ella. Esto a Winnicott (17) no le parece normal, a pesar de que muchas personas sitúan su existencia en la cabeza, ya que el *existir* está dado como función de todo el cuerpo y no de la cabeza en exclusiva, aunque el cerebro tenga una gran importancia.

El autor explica que los pacientes afectados del desarrollo de la *mente* han tenido que crearla para cuidar de sí mismos y proveer las condiciones ambientales que no se dieron precisamente desde otra persona, esto es, desde la *madre-ambiente*⁸. De esta forma, podemos pensar que la misma persona se hace otra para sí misma, hay una parte de sí: *la mente*, que divorcia al *psique-soma* para cumplir, como *mente-psique*, desde fuera, las funciones que no ha cumplido el *ambiente*.

Dentro de las acciones que realiza la *mente* hay una relacionada con el saberlo todo para no poner en riesgo al *psique-soma*. Así, cuando en la situación psicoterapéutica se logra activar una relación donde el psicólogo puede ser experimentado como *madre-ambiente*, el paciente puede soltar su función mental y dejársela al ambiente (al terapeuta), donde siempre debió haber estado.

Esto se concretiza en un caso de Winnicott (17) donde un paciente que siempre sabía, se permite no saber y que el analista sepa. Me parece que podemos vincular este fenómeno con lo observado anteriormente en relación con la dimensión corpórea que aparece como tensa y preparada para la acción: ya que esta persona no ha podido vivenciarse contenido y reflejado desde la madre-ambiente, no solo su soma se separa de su psique, sino que el primero, el cuerpo, también se vuelve excesivamente autovalente. Tal como la mente no puede descansar, y permitirse no saber (y que el analista sepa); el cuerpo no puede abandonarse en otro, esto lo podríamos pensar en varios ámbitos, por ejemplo en la posibilidad de relajar el cuerpo bajo el cuidado del otro, como en la capacidad de disfrute sexual con abandono del control sobre el cuerpo propio y el del otro.

Con el desarrollo de la *mente* Winnicott (17) toma nota del énfasis en la función intelectual en estos casos, y se apresura en aclarar que la vida, entendida como vida creativa, es posible desde el funcionamiento fisiológico y no desde el intelectual.

⁸ Este concepto refiere a la función de la madre como ambiente para el infante, a modo del agua que permite que un cuerpo flote en ella: es un espacio de sostén donde el otro no es visto como un objeto.

EL “PIENSO, LUEGO EXISTO” DE NARCISO

Continuando con la temática de la corporalidad y la imagen, Lowen (4) también se pronuncia al respecto. Propone que en el narcisismo existe una separación entre el *yo*, que deriva de los sentimientos corporales, y el *ego* que tiene que ver con las funciones de control y se asocia con la imagen.

El autor señala que en los estados narcisistas se desplaza la identidad desde el *yo* (sentimientos corporales) hasta la imagen. Ejemplifica esto con el mito de Narciso, cuando este rechaza a Eco:

Al rechazar a Eco, Narciso rechaza también su propia voz. Aquí la voz es la expresión del propio ser interior, del yo corporal como opuesto a la apariencia superficial. La calidad de la voz está determinada por la resonancia del aire en los pasillos y estancias interiores (p. 45).

Entonces el narcisista habría perdido la posibilidad de vivir en su propio cuerpo del cual se disocia. Es por este mecanismo que Lowen 859 se explica que el cuerpo propio pueda funcionar como objeto sexual, porque se está disociado de él, como si fuera de otra persona. Así también podríamos pensar el mito de Narciso donde piensa que su reflejo es otra persona. Narciso no está enamorado de sí mismo, sino de la imagen.

Esta división, como adelanté, Lowen (4) se la explica desde la separación entre *yo* y *ego*: “Considero que el niño nace con un *yo*, que es un fenómeno biológico, no psicológico. En cambio, el *ego* es una organización mental que se desarrolla a medida que el niño crece” (p. 47). Esto se puede pensar como similar a la propuesta de Winnicott (17) de la separación entre la *mente* y el *psique-soma*. Sin embargo, para Winnicott, la *mente* es un caso especial de derivación del *psique-soma* cuando este no estuvo adecuadamente desarrollado por un fallo ambiental. En cambio Lowen (4) ve al *ego* (que podríamos relacionar con la *mente* en Winnicott) como una organización mental que surge en el desarrollo normal. Sin embargo, esta diferencia se reconcilia, en algún grado, cuando vemos que Lowen puede ver un funcionamiento del *ego* patológico cuando se disocia del *yo* derivado de los sentimientos corporales.

Para Lowen (4) el *yo* tiene que ver con los sentimientos nacidos desde el cuerpo. En cambio el *ego* sería la conciencia del *yo*. Como esbocé anteriormente, el *pienso, luego existo* es efectivo si la persona que emite esta aseveración está hablando desde su *ego* y no desde el *yo*.

Al disociar el ego del cuerpo o yo, los narcisistas separan la consciencia de lo que es su fundamento vivo. En lugar de funcionar como un todo integrado, la personalidad se halla escindida en dos partes: una activa: el “yo” que observa (el ego), con el que se identifica el individuo, y una pasiva: el objeto observado (el cuerpo) (p. 48).

Ledermann (2) teoriza acerca de la personalidad robot, donde el cuerpo es descrito como una máquina eficiente, con apariencia humana y sin alma. En estos casos no existe un yo basado en el cuerpo sino un *pseudo ego* localizado en la cabeza. En consonancia con esto, Bustos (18) concibe una relación entre los postulados de Moreno del “hombre robot” en oposición al que busca en la espontaneidad (*sua esponte*: desde dentro) que es concebida como el camino a la creatividad.

Lowen (4), además, aclara que en estos casos el ego al estar desconectado del yo no percibe adecuadamente. Esto podemos pensarlo en alguien que, al no escucharse a sí mismo ni a los demás, actúa desde sus inferencias lógicas y no desde lo que siente corporalmente. Estas inferencias, por más lógicas que puedan llegar a ser, no calzan con las necesidades humanas propias, ni de otros.

Por ejemplo, haciendo alusión a un caso clínico, un paciente frente al aburrimiento y vacío que sentía hipotetizaba, lógicamente, que lo mejor sería aceptar ese vacío. Sin embargo, cuando dirigidamente le pusimos atención a su sensación de vacío desde donde se sentía corporalmente –en esta ocasión el estómago–, para profundizar en el trasfondo de esta, apareció otra realidad que no necesitaba, en ningún caso, la primera solución que el paciente había establecido (la aceptación del vacío). Lo que surgió al atender esta sensación⁹ fue un personaje que el paciente nominó como una ameba, que estaba a carne viva y, claramente, todo le dolía. Cuando surge este personaje, yo intento que mi paciente tenga alguna conversación ella, sin embargo, él sólo se podía dirigir a la ameba en tercera persona, nunca directamente. En este punto, yo empaticé intensamente

con esta ameba a carne viva y profundamente sola, sin que nadie se pudiese dirigir a ella directamente: sin vínculo, y además, con una imposibilidad de contacto placentero, por estar a carne viva. Si ponemos atención a la ameba y a lo que esta expresa, podemos darnos cuenta, y sentir, que necesita con urgencia ayuda y no más evitación, que es la solución que estaba encontrando mi paciente con la idea de “aceptar” el vacío, lo que implicaba no profundizar en lo que había tras ese vacío y ese aburrimiento, esto es, la ameba a carne viva.

En relación con esto, Lowen (4) asevera que se puede interaccionar con el cuerpo a partir de la imagen que se tiene de él o a partir de sentirlo. Claramente este paciente tendía a relacionarse con su cuerpo a partir de la imagen y conceptos que tiene de él y no a partir de la sensación. Esto último resultaba bastante intolerable para mi paciente.

Una de las consecuencias de esta disociación entre el ego y el yo es que, el primero queda necesitado de la admiración y aprobación externa “porque no está conectado al yo y por tanto no puede alimentarse de él. Por otro lado, la admiración que pueda recibir el narcisista solo hincha su ego, no le sirve para nada al yo” (Lowen, p. 50).

Así la dinámica del ego disociado se puede describir como sigue:

Desde el punto de vista del ego, el cuerpo es un objeto a observar, a estudiar, a controlar, con el fin de que rinda para estar a la altura de la imagen creada. A este nivel, la identidad está representada por el “yo” en sus funciones de percepción consciente, pensamiento y acción. Una vez más, desde esta perspectiva se puede afirmar sin temor a equivocarse: “(yo) pienso, luego (yo) existo”. Y se podría añadir: “(yo) quiero, luego (yo) existo” porque la voluntad es un aspecto importante del ego (p. 50).

En la versión saludable de esta temática el cuerpo y sus sentimientos informan del estado de la persona y desde ahí se movilizan la voluntad y las acciones de esta (4).

Podemos contrastar esto con el pensamiento de Descartes, el primer filósofo dualista de la modernidad. En sus postulados aparece la razón omnipotente; el mundo, y con esto mi cuerpo, existe porque yo lo pienso. Podemos pensar que esta postura lleva al solipsismo, hay una superioridad de la razón por sobre el cuerpo y del sujeto sobre el objeto (7).

Esta operación, interesantemente, implica una negación del otro “La suficiencia de este cogito hacía prescindible el concurso del otro en la empresa del

⁹ Esta técnica que realizamos se llama articulación cenestésica. Es una técnica psicodramática (Reyes, 2005), que utilizando a la sensación como guía, permite que desde la dimensión sensorial aparezcan recuerdos, escenas, personajes, etc. Una forma de explicar esta técnica es con la experiencia cotidiana de oler algún aroma en particular que logra transportarnos, por ejemplo, a una escena de la infancia. La articulación cenestésica ocupa este mismo mecanismo: la sensación funciona como un puente.

conocimiento" (González y Jiménez, p.123). Esto lo podemos relacionar más claramente con el narcisista que se imagina omnipotente, sin necesidad ni vulnerabilidad. Como vimos en el apartado de Winnicott (17), esta separación de la *mente*, que se piensa capaz de saberlo todo, remite a la necesidad de ser omnipotente ya que el cuidado ambiental no estuvo cuando fue tan necesario. Es decir, podemos pensar que en vez de una suficiencia esencial del *cogito* hay una "suficiencia" reactiva a una vinculación deficiente.

Además, el narcisista se erige como rector y las relaciones con los otros quedan instrumentalizadas (1, 4). Esto también es similar con la visión cartesiana racionalista, que tiene ecos importantísimos en nuestra época: "la subjetividad racionalista convierte en objeto todo lo que piensa, incluso el que es considerado hipotéticamente por él como un sujeto" (González y Jiménez, p.123).

CONCLUSIONES

Retomando las distinciones que presenté al comienzo de este trabajo acerca de la visión fenomenológica del cuerpo, resulta interesante contrastar la experiencia del cuerpo en el narcisismo y la propuesta desde la fenomenología.

Esta última realiza un giro con respecto a la división cartesiana entre cuerpo y mente: para la fenomenología nuestra existencia es primariamente encarnada, es en el cuerpo donde el *alma se vuelve carne, y la carne se espiritualiza*. Contrariamente, desde una mirada cartesiana el cuerpo es una cosa más entre las cosas extensas (5, 8, 6). Como apunta Lowen (4) el narcisismo es afín con esta visión ya que la existencia se sitúa desde la voluntad y el pensamiento, desconectadas de las sensaciones corporales (4).

Podemos pensar en la relación de control y dominación sobre el cuerpo a partir de la metáfora de la máquina. Justamente, como señala Ledermann (3), en los pacientes narcisistas muchas veces resulta saliente la metáfora del robot: el sentirse como un robot comandado por una mente. Así, el cuerpo pierde su cualidad de sintiente, de ser ese *cuerpo espiritualizado* mediante el cual existimos (5, 8, 6).

Dreyfus (19) se dedica a pensar en la temática de la inteligencia artificial, tan en boga en nuestros tiempos, que responde a una mirada cartesiana. El autor enfatiza que en los logros que han alcanzado la máquina solo sirve en tareas sin contexto, que funcionen de acuerdo con reglas sin significado y descontextualizadas (por ejemplo, en el paradigma simbólico representacionista de la inteligencia artificial, se logra prontamente que una

máquina juegue ajedrez, ya que se puede programar con reglas que no remiten a un contexto dinámico). Entonces, si bien la carrera por producir una inteligencia artificial estaba extremadamente segura de producir en pocos años una inteligencia homóloga a la humana, esta ambición se ha ido cayendo al entender que el funcionamiento humano no es afín con las ideas representacionistas derivadas de Descartes. Estos resultados hacen más saliente la certeza de que somos seres que existimos contextualizadamente y también encarnadamente. Dreyfus concluye, fuertemente influenciado por Merleau-Ponty, que una inteligencia humana, o que la pueda emular, tiene que estar necesariamente encarnada pues el conocimiento es en acción, se desarrolla en la interacción encarnada con el mundo (19, 20).

Entonces, que el narcisista insista en esta separación cartesiana no implica que la visión que afirma una imbricación fundamental entre cuerpo y psique, entre sujeto y mundo, deje de ser válida en estos casos. "Merleau-Ponty cree que la unidad del hombre se ha dislocado pero solo artificialmente. El hecho es que la unidad del hombre es algo que existe de suyo; el cuerpo no es una máquina y el concepto de alma no precisa pensarse de forma meta-corpórea" (González y Jiménez, p. 120).

Siguiendo a Merleau-Ponty, las emociones tampoco son realidades internas, sino que son conductas o estilos que se ven desde fuera. Hay una cualidad fisiónómica del cuerpo, no es privado lo que le acontece a un sujeto. Lo afectivo tendrá un correlato en lo físico. Para el autor, por ejemplo, el diferente comportamiento entre distintas culturas con respecto a la expresión de una emoción también representa una diferencia en la emoción misma (7).

Estas ideas son altamente consonantes con lo propuesto por Reich (10, 11), quien asevera, como hemos visto, que existe un paralelismo ineludible entre el carácter y lo somático. Entonces, por ejemplo, la dificultad que señala Winnicott (17) cuando surge la mente y divorcia al psique-soma, y la primera queda llamada a saberlo todo, cumpliendo los fines que el *ambiente protector materno* no proveyó, también la podemos pensar como sucediendo en el terreno somático. De esta forma, paralelamente al surgimiento de la mente, podemos pensar en la descripción que he hecho acerca del cuerpo en su dimensión corpórea, en el narcisismo. El cuerpo queda rígido y estresado, preparado para la acción y la respuesta, sin tener la posibilidad de entregarse en otro. Similarmente a lo que ocurre con la mente que tiene que cumplir estas funciones de protección, y le resulta dificultoso descansar en el saber del otro, así el cuerpo en su concreción está tenso, se sobre-sostiene

a sí mismo, sin bajar su estado de alerta. Podemos interpretar que en la teoría de Winnicott el soma queda separado, pero no se llama la atención sobre que también está expresando el mismo conflicto o dificultad, que se expresa en el terreno psíquico. De esta forma, aunque el narcisismo justamente trata sobre la existencia a partir de la imagen, queda encarnada en un cuerpo vivido de forma robótica, en un cuerpo siempre alerta, focalizado y cargado.

Por otro lado, en la dimensión corporal existe la sensación de un cuerpo instrumentalizado y alienado en la imagen. De esta forma, lo corpóreo aislado de lo corporal caracteriza a los estados narcisistas. El cuerpo se vive en su dimensión de instrumento y no en su cualidad vivencial.

Si el narcisista tiene dificultades con sentirse vivo y real es porque esta sensación solo se puede dar desde una existencia encarnada. Quizás la sensación de inautenticidad tan pregnante en narcisismo tenga que ver con que una existencia auténtica solo se logra desde el cuerpo (17).

Para que esto se pueda dar se necesitan vínculos que lo hagan posibles, como mencioné anteriormente; es a partir, sobre todo, del fallo en la función especular que el paciente narcisista no podrá residir en su propio cuerpo (3) y así no le será posible experienciarse desde sí mismo, esto es, utilizando sus sentimientos corporales como referentes para tomar decisiones, relacionarse, etc. (21, 22). En vez de esto utilizará su imagen o concepto ideal como guía principal (4)

Junto con la reflexión sobre los vínculos que se necesitan para lograr la residencia en el propio cuerpo, podemos pensar en las dinámicas sociales que facilitan la emergencia del narcisismo. Siguiendo a Lowen (4), el narcisismo está incrustado en nuestra era de distintas formas, por ejemplo en la objetivación de la naturaleza que queda explotada para cumplir con nuestras expectativas. Por otra parte, el ejemplo de la inteligencia artificial me parece importante a este respecto, se instala socialmente el debate de si una máquina puede ser humana también; como vimos, esto es síntoma de una visión cartesiana que sitúa al cuerpo simplemente como instrumento, como una cosa entre las cosas, así también una máquina puede funcionar como un cuerpo.

Podemos pensar en cómo desde la *existencia corporeizada* se hace discurso. Como, desde la fenomenología, la conciencia es nuestro modo de conocimiento basal ya que todo conocimiento se produce desde nuestra conciencia (23), podemos pensar que los autores en una línea cartesiana quizás se han experimentado a sí mismos de forma desconectada en tanto a cuerpo y mente.

Por último, me parece característico de las visiones cartesianas el pensarse a sí mismo como transparente. La misma idea de que se iba a lograr una inteligencia artificial homóloga a la humana, implica esta idea omnipotente de la posibilidad de acceso a un conocimiento puro del funcionamiento humano. Sin embargo, desde Merleau-Ponty (6) no hay un sujeto y objeto ya constituido, sino un proceso interminable de estar constituyéndose. Así mismo, nuestra capacidad de ver tiene que ver con el hecho de que somos vistos, somos un cuerpo físico, estamos encarnados, y con esto estamos constituidos relacionalmente. Esta condición humana hace que sea virtualmente imposible un conocimiento traslúcido de sí mismo; nuestra propia encarnación resulta en que el conocimiento siempre tendrá una perspectiva y estará en un proceso de nunca acabar, de irse completando en el tiempo. Como no podemos hacer una percepción objetiva desencarnada hay ambigüedad, hay indeterminación, por nuestra vivencia temporal siempre seremos ambiguos en la percepción y en el conocimiento de nosotros mismos.

De esta forma la ambición narcisista y cartesiana de lograr ser transparentes, asibles al conocimiento, queda destronada, una herida narcisista hace su aparición.

REFERENCIAS

1. Johnson S. *Humanizing the Narcissistic Style*. New York: W.W. Norton and Company, Inc., 1987
2. Ledermann R. The robot personality in narcissistic disorder. *The Journal of Analytical Psychology* 1981; 26: 329-344
3. Ledermann R. Narcissistic disorder and its treatment. *The Journal of Analytical Psychology* 1982; 27: 303-321
4. Lowen A. *El narcisismo: La enfermedad de nuestro tiempo*. Barcelona: Paidós, 2000
5. Gallo LE. El ser-corporal-en-el-mundo como punto de partida en la fenomenología de la existencia corpórea. *Pensamiento Educativo* 2006; 38(Julio): 46-61
6. Merleau-Ponty M. *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Editorial Planeta-De Agostini, 1994
7. González R, Jiménez G. Fenomenología del entrecruce del cuerpo y el mundo en Merleau-Ponty. *Ideas y Valores* 2011; 60(145): 113-130
8. López MCM, Merleau-Ponty S de Beauvoir. El cuerpo fenoménico desde el feminismo. *Sapere Aude* 2012; 3(6): 182-199
9. Ramírez A. *Psicoterapia corporal: Revisión de los aportes teóricos y clínicos de Wilhelm Reich, el análisis bioenergético de Alexander Lowen y la biosíntesis de David Boadella* (tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago, 2005
10. Reich W. *Análisis del carácter*. Buenos Aires: Paidós, 1945
11. Reich W. *La función del orgasmo*. México D.F.: Paidós, 1994
12. Emmanuel. *Insoportablemente bella*. En: *Íntimamente*. [CD]. México: RCA Records, 1980
13. Boadella D. 1. *Corrientes de vida: Una introducción a la biosíntesis*. Buenos Aires: Paidós, 1993
14. Winnicott D. *Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño*. En: *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 1979

15. Winnicott D: La relación inicial de una madre con su bebé. En: La familia y el desarrollo del individuo. Buenos Aires: Hormé, 1980
16. Winnicott D. La distorsión del yo en términos de self verdadero y self falso. En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona: Paidós, 1993
17. Winnicott D. La mente y su relación con el psique-soma. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Paidós, 1999
18. Bustos D. Actualizaciones en psicodrama. Buenos Aires: Momento, 1997
19. Dreyfus H. What Computers Still Can't Do: A Critique of Artificial Reason. Massachusetts: MIT Press, 1992
20. Brey P. Hubert Dreyfus: Humans versus Machine. En: H Achterhuis (Ed.), American Philosophy (2001)
21. Rogers C. Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory, with Chapters. Boston: Houghton Mifflin, 1965
22. Rogers C. El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica. Barcelona: Paidós, 1972
17. Gurwitsch A. Studies in pehenomenology and psychology. Illinois: Northwestern University Press, 1979

PRÁCTICA CLÍNICA

PANDAS: ENFERMEDAD PEDIÁTRICA NEUROPSIQUIÁTRICA AUTOINMUNE ASOCIADA A INFECCIÓN POR ESTREPTOCOCO

(Rev GPU 2015; 11; 4: 379-382)

Maritza Bocic¹, Paulina Cárcamo²

Se ha postulado la autoinmunidad posestreptocócica como un posible mecanismo para algunos casos de TOC y tics (1). Es así como surge el término PANDAS, cuyo diagnóstico precoz permite una conducta oportuna y adecuada tanto para el paciente como para el equipo de salud. El objetivo de este trabajo es dar a conocer los aspectos fundamentales (concepto, fisiopatología, diagnóstico y manejo) del síndrome PANDAS para orientar al médico de atención primaria en su pesquisa y manejo oportuno.

INTRODUCCIÓN

El acrónimo PANDAS agrupa a las enfermedades pediátricas autoinmunes con trastornos neuro-psiquiátricos posteriores a infecciones por estreptococo beta hemolítico (2, 6).

HISTORIA

Este trastorno lo comunicaron hace más de 20 años Kondo y Kabasawa en un paciente japonés de 11 años, que presentó súbitamente tics motores y vocales indistinguibles del Sd. de Tourette idiopático después de una infección por estreptococo; sin respuesta a la terapéutica convencional para los tics, pero con una gran mejoría con los corticoesteroides (3).

En 1998 Susan Swedo *et al.* describieron las características clínicas de 50 niños con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y/o tics en los que una infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A (SBHGA) precipitó el inicio o la exacerbación de los síntomas. Por primera vez se creó el término de trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes pediátricos asociados a streptococcus (PANDAS). Posteriormente el NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos) propuso los criterios diagnósticos (2, 4).

FISIOPATOLOGÍA

No existe aún total claridad acerca de los mecanismos implicados. Se cree que el contacto con el SBHGA en un paciente susceptible gatilla una respuesta inmune

¹ Psiquiatra. Universidad de Santiago de Chile.

² Interna Medicina, Universidad de Santiago. paulinamcarcamo@gmail.com

Tabla 1
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE PANDAS SEGÚN LA NIMH (5, 8)

Crterios para PANDAS, según el NIMH
1. Presencia de un trastorno obsesivo-compulsivo y/o tics (por criterios del DSM-IV).
2. Edad de comienzo entre los 3 años y la adolescencia.
3. Presentación abrupta de síntomas o evolución caracterizada por una acentuación dramática de los síntomas.
4. Exacerbación de síntomas temporalmente relacionada con la infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A (SBHGA).
5. Examen neurológico anormal (hepiractividad, movimientos coreíformes y tics) durante la recaída.

Tabla 2
FORMAS CLÍNICAS DEL PANDAS (2, 5, 7)

Trastorno de La Tourette (TT)	Múltiples tics (súbito, rápido, arrítmico y estereotipado) de movimiento o vocalización. La edad media de comienzo es de 7 años, pero en pacientes PANDAS la media es 2 años menor.
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	Se caracteriza por obsesiones (pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como inapropiadas y causan malestar y ansiedad) y compulsiones (pensamientos o actividades repetitivas que se realizan en respuesta a las obsesiones y que disminuyen o previenen el malestar que generan).
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	Se relacionan elementos de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención, observándose una fuerte correlación con el síndrome de la TT y TOC.
Corea de Sydenham (CS)	Enfermedad que forma parte de los criterios mayores de Jones para fiebre reumática. Se caracteriza por movimientos desorganizados, ocasionales y rápidos de los miembros distales y la cara, acompañados de tics vocales que generan gran incomodidad en los niños. Su inicio es tardío respecto a la infección por SBHGA.
Anorexia nerviosa (AN)	Definida como un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en que el paciente que se resiste a tener el peso en el límite aceptado para la edad y la talla, presenta miedo intenso a ganar peso, distorsión de la figura corporal. Los pacientes con TOC, si se enfrentan a un agente "modulador" como las dietas pueden desarrollar AN, de ser cierta la comorbilidad entre estas afecciones apoyaría la idea de que la AN forma parte del espectro PANDAS, restando por indagar si todos los TCA también formarían parte de este.
Trastorno autista (TA).	Aceptado como un trastorno del desarrollo neurológico que inicia en la infancia caracterizado por una alteración cualitativa de la interacción social, una alteración de la comunicación incluyendo comprensión del lenguaje y la capacidad de expresión y falta de flexibilidad mental, que condiciona un espectro restringido de conductas y una limitación en las actividades que requieren cierto grado de imaginación. En duda si pertenece al PANDAS por insuficiente evidencia.

anormal que desencadena la formación de autoanticuerpos contra ganglios basales.

Susan Swedo propone que esta predisposición genética individual es evidenciable por la presencia del *antígeno D8/17* identificado por métodos de detección de anticuerpos monoclonales, microscopía por inmunofluorescencia y citometría de flujo (2, 5).

Este antígeno es considerado marcador para PANDAS ya que está presente entre el 60,6 y 100 % de los pacientes con esta entidad y no se modifica a lo largo del tiempo ni tampoco con infecciones repetidas por SBHGA (2).

Es una inmunoglobulina de tipo M que se encuentra formando parte de los linfocitos B y determina una

respuesta de reacción cruzada por mimetismo molecular (los epítopes de la proteína M del SBHGA son similares a algunas partes del citoesqueleto, núcleo y membrana de las neuronas de los ganglios basales). Se crean así autoanticuerpos IgG denominados *anticuerpos antineuronales* que producirían una reacción inflamatoria tipo II que desencadenaría finalmente los síntomas clínicos (3-5).

También se ha postulado la posible existencia de PANDAS en la edad adulta, tanto como primera manifestación o como expresión continuada de la patología pediátrica (2). La explicación de este fenómeno se basa en:

- Títulos altos de ASLOs, anticuerpos antiganglios basales y antígeno D8/17 en población adulta con el trastorno de La Tourette y trastorno obsesivo compulsivo descrito por Church y otros autores (2).
- La presencia de anticuerpos que proveen protección contra infección estreptocócica en el 98% de los sujetos mayores de 12 años en los estudios de Fishetti (2).

CLÍNICA

En los pacientes pediátricos generalmente los síntomas se presentan de forma abrupta y "dramática", generalmente en las noches; es más frecuente en el sexo femenino, con una edad de inicio de los síntomas entre los 3 y 12 años de edad; todas estas manifestaciones clínicas frecuentemente se encuentran precedidas por una amigdalitis estreptocócica, este último elemento resulta de gran importancia y debe ser precisado en el interrogatorio inicial (2, 4, 5).

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Actualmente no existen exámenes complementarios para diagnosticar esta enfermedad. Sin embargo para orientar el diagnóstico algunos autores refieren la utilización de los siguientes métodos (1, 2):

En pacientes con inicio abrupto de sus síntomas neuropsiquiátricos o exacerbaciones se debe documentar la infección por estreptococo a través de (9):

1. Cultivo faríngeo: Prueba estándar o de referencia para el diagnóstico de infección por SBHGA. El resultado se obtiene a las 24-48 horas. En condiciones ideales la sensibilidad del cultivo es del 90-95% y la especificidad llega a ser del 99%.
2. Cuantificación de los niveles de antiestreptolisina (ASLO): métodos de detección rápida (3-10 minutos). Se utilizan los títulos seriados de ASLO si el cuadro infeccioso lleva más de una semana.
3. Cuantificación de anticuerpos anti DNASA B: es la prueba más específica y sus niveles duran más tiempos elevados, pero la más costosa y poco útil como prueba de tamizaje.

Si bien estos exámenes sirven para orientarnos, el diagnóstico es principalmente clínico, por lo que resulta de enorme interés práctico la realización de una anamnesis orientada a la existencia previa de procesos nasofaríngeos junto a un examen físico exhaustivo con énfasis en el sistema nervioso y una evaluación psicológica detallada

que se completará con la determinación de títulos de ASLO o de un exudado nasofaríngeo positivo (1, 2).

TRATAMIENTO

Resulta de especial importancia que el manejo terapéutico se oriente con una visión integradora de equipo multidisciplinario, el cual siempre deberá contar con la presencia de un psiquiatra para procurar una terapéutica oportuna con psicofármacos si esta resultara necesaria.

Antibióticos

El uso de antibióticos solo está indicado en el manejo de la infección aguda por SBHGA. Sin embargo la evidencia no permite concluir que los antibióticos mejoren los síntomas neuropsiquiátricos una vez establecidos, por lo que no se recomienda su uso de forma profiláctica (6).

La pauta recomendada para la faringoamigdalitis aguda según la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria - 2011 es (10):

- Penicilina V oral de 25-50 mg/kg/día, cada 8-12 horas por 10 días.
- En caso de vómitos o intolerancia oral, falta de cumplimiento, se recomienda Penicilina G Benzatina intramuscular en dosis única:
 - 600.000 U en los menores de 12 años y < 27 kg.
 - 1.200.000 U en los mayores de 12 años o ≥27 kg.
- Amoxicilina: actualmente muy utilizada por la mayor variedad de presentaciones farmacéuticas, su mejor sabor y tolerancia. Es equivalente en cuanto a eficacia clínica y bacteriológica e incluso superior en la prevención de recaídas a penicilina.
 - Administrar 50 mg/kg/día cada 8 o 12 horas por 10 días.

Terapia inmunomoduladora

Actúan desviando la respuesta inmune o bloqueando la respuesta mediada por anticuerpos (2-4).

- *Inmunoglobulina intravenosa*: mezcla de IgG proveniente de diversos donantes.
- *Plasmaféresis*: separa los elementos formes y solubles de la sangre del paciente, reemplazando la fracción soluble por una solución isotónica carente de anticuerpos, citoquinas, compuestos de complemento, hormonas y proteínas séricas.

Los resultados preliminares de un estudio realizado por Perlmutter mostraron que estos tratamientos pueden ser efectivos para acelerar la recuperación de los pacientes, lo cual ayudaría a confirmar el origen autoinmune del PANDAS (2).

Terapias psicológicas y psicofármacos (2, 5)

Se utilizan para el manejo de síntomas neuropsiquiátricos según cada paciente. Por ejemplo, en el caso de síntomas obsesivo-compulsivos se combina la terapia cognoscitiva conductual con fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina

CONCLUSIONES

Resulta de enorme importancia que el médico de nivel primario sospeche PANDAS en pacientes con inicio abrupto de los síntomas neuropsiquiátricos o exacerbaciones agudas e inexplicables. En estos casos deberá realizar un examen detallado para descartar otros síntomas psiquiátricos y enfermedades físicas concomitantes, incluyendo las infecciones de las vías respiratorias altas. Una evaluación prospectiva longitudinal del curso de los síntomas y la infección por estreptococos beta hemolítico grupo A, comprobada por un cultivo faríngeo positivo y/o un aumento de los títulos ASLO en un niño y que parece ajustarse a los criterios de presentación, es la mejor manera de confirmar el diagnóstico de PANDAS (1). El manejo actualmente es con terapias estándar (Inhibidores de la recaptación de

serotonina y la psicoterapia cognitivo-conductual) y seguimiento prospectivo por las infecciones del SBHGA con los controles médicos correspondientes.

REFERENCIAS

1. Mesa T. Trastorno psiquiátrico autoinmune: PANDAS. *Psiquiatría.com*. Revista internacional on-line. Volumen 16, 2012
2. Estévez N, Rivero, N. PANDAS. El acercamiento a las raíces biológicas de una enfermedad mental. *Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana* 2009; 6(3)
3. Betancourt YM, Jiménez-León JC, Jiménez-Betancourt CS, Castillo VE. Trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes asociados a infección estreptocócica en la edad pediátrica: PANDAS. *Rev Neurol* 2003; 36: 95-107
4. Ulloa RE, Arroyo E, Nicolini H. ¿El PANDAS es un subtipo de trastorno obsesivo compulsivo de los niños? *Salud Mental* 2001; 24(2): 50-55
5. Chávez O, Crespo K, De Acha R, Flores A. Desorden neuropsiquiátrico pediátrico asociado con infecciones estreptocócicas. *Rev Cient Cienc Med* 2010; 13(2): 86-89
6. Fonseca I, Garnier T, Zaldívar M. Enfermedad pediátrica neuropsiquiátrica autoinmune asociada a infección por estreptococo. *Correo Científico Médico de Holguín* 2008; 12(5)
7. Miranda M. Tics, Obsesiones y Síndrome de Gilles de la Tourette: Actualización Clínica. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2000; 38(2): 112-121
8. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR. Barcelona: Editorial Masson, 2000
9. Álvez F, Sánchez JM. Faringoamigdalitis aguda. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela, 2009
10. Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Normas de Calidad para el diagnóstico y tratamiento de la Faringoamigdalitis aguda en Pediatría de Atención Primaria. Protocolos del GVR (publicación P-GVR-10)

PRÁCTICA CLÍNICA

LOS HERMANOS ENTRE LOS SOBREVIVIENTES A UN SUICIDIO

(Rev GPU 2015; 11; 4: 383-389)

Tamara Rivera¹, Kurt Kirstein²

*“Yo tengo tantos hermanos
que no los puedo contar,
y una hermana muy hermosa...
que se llama libertad”*

ATAHUALPA YUPANQUI³

El aumento sostenido de las cifras de suicidio en la adolescencia señala el fenómeno más allá del paciente, en los deudos (familia, parientes y amigos) y aún más allá en la sociedad. Detrás de cada muerte por suicidio hay diversas personas que quedan bajo un profundo dolor. Llevarán este impacto por años. Se ha estimado que por cada persona muerta por suicidio quedan al menos 6 deudos, y a estos se les ha denominado sobrevivientes. A la fecha, no se cuenta en Chile con una cifra estimada de padres o hermanos sobrevivientes de un suicidio.

INTRODUCCIÓN

En los últimos 45 años el suicidio ha aumentado un 60% a nivel mundial, alcanzando una tasa de mortalidad de 16 por cada 100.000 habitantes. En Chile, entre los años 2000-2011 se ha estimado una tasa de mortalidad promedio por suicidio del 12.1 por cada 100.000 habitantes, representando el grupo adolescente el 10% de dichas muertes (1). Entre los años 2005 y 2010 en el grupo etario entre 10 y 19 años el suicidio aumentó de

5,7 a 7,0 por 100.000 habitantes y de 8,9 a 11,1 en el grupo entre 15-19 años (2). Nuestro país recientemente ha sido ubicado en el quinto lugar de los países adscritos a la OEDC con la más alta tasa de suicidio en este último grupo etario (3) y con tendencia al alza.

El aumento sostenido de las cifras señala cómo el suicidio adolescente se ha configurado como un fenómeno cada más frecuente para la sociedad y en particular para muchas familias, parientes y amigos. Detrás de cada muerte por suicidio existen múltiples personas

¹ Psiquiatra infantil y juvenil, docente unidad de niños y adolescente, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

² Residente psiquiatría adultos, Hospital del Salvador-CESFAM Padre Hurtado, Universidad de Chile. kkirstent@gmail.com.

³ Letra de canción “Los hermanos” de Atahualpa Yupanqui. Texto modificado para la versión de Mercedes Sosa, 1972.

que quedan bajo un profundo dolor y que llevarán consigo el impacto que de una u otra forma perduraría por años. Se ha estimado que por cada persona muerta por suicidio quedan al menos seis deudos y a estos se les ha denominado sobrevivientes (4). A la fecha, no se cuenta en Chile con una cifra estimada de padres o hermanos sobrevivientes de un suicidio.

Las muertes ocurridas en la familia han sido clásicamente consideradas como una de las experiencias más dolorosas, desafían el equilibrio del grupo y amenazan con poner en crisis el sistema (5). Por su parte, el suicidio de un ser querido en la familia ha sido reconocido por los propios sobrevivientes como una vivencia diferente a otros duelos, y múltiples consensos, tanto clínicos como de investigadores del área, han identificado la mayor dificultad del duelo post suicidio frente a otras causas de muerte (6).

Una de las limitaciones habituales de los estudios que evalúan dicho impacto radica en que su mayoría lo examina desde la perspectiva de uno de los sobrevivientes. Aquellos destinados a determinar la influencia del suicidio en los padres parecieran ser más frecuentes respecto a otros miembros de la familia. Ya en 1988 McIntosh y Wroblewski señalan a los hermanos sobrevivientes de un suicidio como los “deudos olvidados” haciendo notar la escasa atención que reciben estos tanto en la práctica como en la investigación (7). Durante las últimas décadas la modificación de antiguas concepciones que consideraban al niño como sujeto incapaz de cursar por un proceso de duelo han permitido revertir paulatinamente dicha situación. Vale recordar en este punto a Bowlby, quien aseguraba que reacciones de duelo ya son evidenciables en la infancia e incluso en niños pequeños que responden afectivamente a la separación de aquellos a los que están relacionados a través de un vínculo de apego.

Datos internacionales estiman que un 80% de los individuos crece con un hermano (8). La relación entre estos tiene características que la vuelven única, suelen compartir una base genética y experiencias ambientales tempranas. Se ha descrito como el vínculo de mayor duración a nivel familiar y como probable determinante de un amplio abanico de experiencias mutuas y una trayectoria de desarrollo interrelacionado hasta la adultez (9). Se ha señalado a la experiencia fraterna como un factor de influencia importante para el desarrollo del niño, ofreciendo una oportunidad temprana para el desarrollo emocional, social, la regulación del self y el sentido de pertenencia (10).

De esta manera, mientras los niños y adolescentes deben lidiar normalmente con los cambios correspondientes al desarrollo, los hermanos sobrevivientes

de un suicidio agregarán además el estrés ligado a la pérdida y a la reorganización familiar, con padres que pueden desatender transitoriamente sus necesidades durante la elaboración de sus propios duelos.

Con el desarrollo del presente artículo de revisión de la literatura se busca poner en valor la experiencia de los hermanos y de qué manera hacen frente al suicidio fraterno. Se pretende de esta forma estimular el interés y la atención de los clínicos sobre la experiencia de estos deudos, considerando además las dinámicas familiares asociadas a la pérdida.

Respuesta de los hermanos ante la muerte

Si bien es necesario advertir las obvias limitaciones en cuanto a la dificultad de extrapolar los resultados, un estudio realizado en adultos con hermanos gemelos ha sugerido incluso que en algunos casos la muerte de un hermano sería más disruptiva e implicaría un duelo más severo en comparación con la muerte de otros miembros de la familia, como hijos u esposos (11).

Se han explorado las respuestas de los hermanos frente a la muerte fraterna y se ha propuesto una gama de reacciones posibles en el tiempo. Cain *et al.* han señalado, entre otros, a las sensación de culpa como particularmente intensa en los hermanos sobrevivientes que han se han enfrentado a la muerte, más aún en aquellas circunstancias como el suicidio en que los hechos a nivel familiar han sido envueltos por el silencio (12). Este último ha sido descrito por algunos como “lo que se interpone en el normal camino hacia la sanación” (13).

A fines de la década de los años 1990, Betty Davis realizó una interesante propuesta (14) que ha intentado proveer un paradigma respecto a las reacciones de duelo en hermanos tanto al corto como al largo plazo y mostrar cómo estas pueden estar influenciadas por factores individuales, situacionales y ambientales como la edad, sexo, psicopatología previa, circunstancias de la muerte, relación fraterna pre-muerte, recursos de los padres, comunicación padre-hijo, disponibilidad de red de apoyo etc. Davis identificó al menos 4 respuestas posibles: Dos propias de etapas más inmediatas: “Me duele adentro” y “No entiendo”; y otras de largo plazo: “No pertenezco” y “No soy suficiente”. La primera de estas reacciones derivaría de la sensación de vulnerabilidad producto de la pérdida del vínculo significativo con la persona fallecida y las restantes tendrían su origen en la vulnerabilidad que implica la dependencia infantil de los adultos.

La respuesta “Me duele adentro” abarcaría todas las emociones habituales del duelo, como tristeza, rabia, frustración, miedo, irritabilidad, culpa, etc. Sin embargo, Davis hace notar que los niños expresarán estas

de maneras diferente a los adultos, a través del llanto, aislamiento, búsqueda de atención, mala conducta, peleas fáciles, pesadillas, miedo de dormir, etc.

La respuesta tipo "No entiendo" estaría determinada por el grado de desarrollo cognitivo, postulándose que la conciencia del niño de la muerte sin un apoyo en su comprensión solo se traducirá en confusión y ansiedad en momentos en que ya pueden estar sobrepasados por lo que ven y oyen.

El "no pertenezco" de los hermanos sobrevivientes estaría asociado a los cambios propios de las rutinas familiares que provocarían inseguridad y la sensación de no tener un lugar en la familia. Esto puede estar favorecido si la forma del duelo del niño no es tolerada por el grupo. Además, es frecuente que los niños en este proceso se sientan diferentes especialmente de sus padres, lo que puede llevar a un distanciamiento de estos.

"No ser suficiente" estaría anclado a la sensación de que el hermano fallecido era el preferido y a la creencia de que sería incapaz de volver a hacer felices a sus padres. Algunos hermanos optarán por intentar "ser buenos en todo" y probar "que son los suficientemente dignos"

No todos los niños experimentarán todas estas reacciones, sin embargo la mayoría tendrá algunas de estas respuestas en mayor o menor grado.

Por su parte, Krell y Rabkin en un artículo clásico (15) publicado hacia fines de los años 1970, identifican tres tipos clínicos de hermanos sobrevivientes y que reflejarían las maniobras familiares inconscientes diseñadas para asegurar el equilibrio, "el niño encantado", "el niño atrapado" y "el niño resucitado". En el primero de ellos existiría una suerte de conspiración de silencio, los padres sienten que la muerte podría haber sido prevenible y se atribuyen parte de la culpa, haciendo difícil la explicación a los hijos de lo sucedido y evitando la conversación. Los hermanos quedarían de esta forma embrujados por lo desconocido y el secreto, sin poder preguntar directamente por ello. Otros padres darán a sus hijos un estatus especial, como si fueran increíblemente valiosos y tendiendo a la sobreprotección pudiendo interferir en el logro de la autonomía e individuación. Estos niños quedarían "atrapados" en la coexistencia de tales conductas, donde además le pueden ser atribuidas ciertas características del niño perdido, y cierto grado de rechazo emocional, como si al mismo tiempo estuvieran preparándose para una muerte inevitable. Una tercera forma, frecuente en niños nacidos después de un fallecimiento es la del niño resucitado, ocurriría en familias donde un hermano asume roles de sustituto o reemplazante del fallecido con una identidad que puede oscilar entre la real y otra ilusoria. Otros

clínicos (16) han agregado a estas observaciones algunas dinámicas de chivoemisarismo, donde el hermano es elegido por la madre como objeto de desplazamiento inconsciente de sentimientos de culpa y autodesprecio.

En torno a alguno de los factores que influyen en el proceso de duelo, Davis destaca al tipo de relación fraterna existente previo a la muerte, donde los hermanos en duelo que compartían lazos más estrechos exhibirían conductas de aislamiento, depresivas y eventualmente mayor predisposición a reacciones de duelo complicados (17).

La misma autora y diferentes investigadores han manifestado que el grado de cohesión de las familias y cómo estas gestionan el dolor de la pérdida impactarían en la manera en que los hermanos llevan el duelo; incluso se ha argumentado que no sería tanto la muerte en sí misma como el daño a la familia lo que determinaría los efectos a largo plazo del duelo en los hermanos. Uno de los aspectos más complejos es que estos últimos no solo tendrán que lidiar con su propio duelo, sino también con el proceso de sus padres que han perdido un hijo. Así, inevitablemente las reacciones del hermano sobreviviente estarán interrelacionadas con las dinámicas familiares. Se ha dicho que la muerte de un hijo puede alterar significativamente la organización familiar y que el duelo paterno puede esconder los esfuerzos de adaptación de hermanos sobrevivientes (12).

HERMANOS ENFRENTADOS AL SUICIDIO

Respecto a las circunstancias de muerte, se ha señalado a las de tipo súbito o inesperado como un factor que influiría en el proceso de duelo. Aquellas causas asociadas a violencia o accidentes (que consideran el suicidio) aumentarían la sensación de vulnerabilidad a través de una preocupación persistente acerca de cómo murió el hermano. Otros investigadores han indicado que los hermanos sobrevivientes a muertes relacionadas con estigma como el suicidio estarían especialmente propensos a duelos complicados (12).

Quienes se han interesado en determinar cómo influye la causa de muerte en el duelo de los hermanos han sugerido que los adolescentes sobrevivientes de un suicidio suelen verse más afectados que aquellos que han debido enfrentar la muerte de un hermano por causa de una enfermedad médica. Los primeros vivirían duelos de mayor duración con sentimientos más intensos como de "sentirse congelados", rabia, sensación de vulnerabilidad, pena, soledad y bajo ánimo (18).

En esta línea, en un estudio pionero en el área de hermanos adolescentes sobrevivientes de suicidio realizado por Brent *et al.*, se encontraron a los 6 meses

niveles significativamente mayores de depresión (*new-onset*), ansiedad y estrés postraumático en comparación a controles. Se describieron síntomas como baja energía, alteraciones del sueño, apetito y peso, aumento en la actividad psicomotora, culpa, aislamiento social, problemas de concentración e ideación suicida (19). Sin embargo, en el seguimiento longitudinal de la muestra a 3 años, no se encontró mayor riesgo de diagnóstico psiquiátrico, pese a persistir síntomas de duelo. Así, además, se sugiere una asociación entre el diagnóstico de depresión en los adolescentes y antecedentes psiquiátricos previos (personales y/o familiares) y/o antecedentes de depresión en algún familiar cercano (20).

Un estudio que evaluó a 16 familias con un total de 22 niños entre 5 y 14 años que habían vivido el suicidio reciente de algún hermano o padre, estimó que tenían una mayor tasa de síntomas internalizantes y peor ajuste escolar en comparación con una muestra estándar de la comunidad. Además, se refiere que síntomas de tipo estrés postraumáticos solo fueron observados en niños que eran sobrevivientes de un suicidio y aproximadamente un 31% de las familias tuvo un hijo con ideación suicida, sin que se haya reportado intentos (21).

Con resultados similares, en un estudio realizado en 20 familias de niños y adolescentes sobrevivientes de suicidio y que incluían la muerte de un hermano, se concluyó que estos tendrían más riesgo de un tener depresión mayor, estrés postraumático y alteraciones en el ajuste social a los 9 meses de ocurrida la muerte (22).

Algunos reportes señalan que los/as hermanos/as de individuos con enfermedad mental tendrían mayores tasas de depresión, neuroticismo y menores niveles de cooperatividad y extroversión en comparación a controles (23). Para efectos de nuestra reflexión, lo anterior es un elemento de relevancia ante el conocido hecho de que la gran mayoría de los suicidios consumados ocurren en asociación con psicopatología de base previa y, por tanto, cómo puede atribuir a los hermanos elementos de vulnerabilidad ante situaciones de estrés como un duelo.

La consideración de la situación paterna resulta importante como contexto para los hermanos, más aun cuando se ha dicho que prácticamente la totalidad de los padres tendrían problemas físicos, psicológicos o sociales posteriores al suicidio (24) y que muchos admiten haber estado poco disponibles como apoyo emocional para el resto de sus hijos producto de su propio dolor (25). Respecto a la influencia que tendrían estos factores familiares, resulta de interés cierta evidencia que indica que los hermanos que al momento del suicidio se encontraban viviendo con los padres experimentarían

mayores dificultades en comparación con los hermanos mayores que residían fuera del hogar. Algunas explicaciones podrían estar en que la carga familiar de los primeros sería mayor dada la cantidad de tiempo compartido con los padres y en que la disponibilidad de apoyo que muchos hermanos mayores tienen de nuevas familias cumplen un rol de soporte importante (24).

LA TRANSICIÓN DE LOS SOBREVIVIENTES A LA ADULTEZ

La experiencia de la muerte de un hermano durante la infancia o la adolescencia tendría efectos a largo plazo en los sobrevivientes. No sería inusual que aquellos hermanos deban convivir con un dolor que se prolonga por años y que alcanza etapas posteriores del desarrollo. Se ha observado cómo a pesar del tiempo, pueden llevar consigo diferentes significados y dar continuidad hasta la adultez a los lazos fraternos existentes en la infancia. El amor por el hermano fallecido y el sentido de conexión mutua persiste pese al hecho que ya no esté físicamente.

Muchos adultos que han perdido a un hermano durante la infancia tienen dificultades al momento de tener que hablar de lo vivido a consecuencia de la poca conciencia que poseen los demás de que estuvieron de duelo cuando niños, el aún persistente sentido de protección a los padres del dolor y el mensaje implícito de que deben ser fuertes para ellos.

Aquellos hermanos que durante la infancia vieron silenciado su duelo tendrán recién en la adultez la posibilidad de procesarlo. Estos han reconocido como temas de importancia durante sus vidas la “experiencia de dolor”, el “tener que esconderlo” y la “necesidad de aliviarlo”. Este puede reactualizarse a través de diferentes hitos a lo largo de los años (graduaciones, nacimientos, matrimonio, etc.) y aportar especial vulnerabilidad frente a otras pérdidas, afectando su bienestar subjetivo (26).

Por otra parte, existe evidencia que los hermanos que han sobrevivido al suicidio durante la niñez, tendrían en su transición hacia la adultez patrones divergentes en aspectos socioeconómicos, sobre todo hermanas. Su impacto se ha estimado en una reducción significativa en los años de escolaridad y cierta asociación a menor probabilidad de residencia independiente, matrimonio, fertilidad y empleo (23).

Finalmente, los hermanos sobrevivientes tendrían mayor riesgo de suicidio en la adultez, independientemente de factores demográficos, psiquiátricos o socioeconómicos. Este aumento ha sido también confirmado en otros estudios incluso ajustando sus resultados por

correlaciones intrafamiliares causadas por la genética o experiencias vitales compartidas (27).

En palabra de los hermanos

Resulta interesante conocer la perspectiva de los sobrevivientes y que evidencian las complejidades de la experiencia (24). Para algunos adolescentes lo inesperado del hecho es relatado como haber sido “golpeado por un relámpago durante un día despejado” que se condice con reacciones habituales de los primeros meses “extrañas y espantosas”, de incredulidad y confusión. Otros han expresado rabia por la elección del suicidio como forma de resolver los problemas y culpa posteriormente por aquellos sentimientos contra sus hermanos. Sentimientos de culpa también emergen al haber tenido algún tipo de información que pudo prevenir la muerte o haber mantenido en secreto de sus padres algún gatillante de relevancia. Las experiencias de “no pertenecer” mencionadas por Davis y expuestas anteriormente, aparecen con dramática intensidad en relatos que dan cuenta de la soledad del duelo en algunos hermanos y el cómo pueden en ocasiones no confiar en el apoyo de sus padres:

“Somos solo hermanos. Creo que así es como me siento, porque nuestros padres están realmente sufriendo. Entiendo su terrible situación, porque ellos han perdido a su hijo. Pero yo he perdido a mi hermano...”

“Si veo que mi papá o mamá están de buen humor, no quiero incomodarlos si me siento mal. No quiero quejarme y decir: ‘Oh, pienso que esto es terrible’. Si lo hago, puedes ver cómo empiezan a pensar en mi hermana muerta de inmediato. Lo opuesto también ocurre, si yo estoy de buen humor y ellos tristes. Por lo tanto, habitualmente trato de evitarlos”.

Algunos dan cuenta además de los cambios que experimenta la calidad de sus amistades en el tiempo y explican cómo sus antiguos amigos son ahora percibidos como “infantiles, inmaduros y preocupados de cosas irrelevantes y sin importancia”.

LA NECESIDAD DE MAYOR SOPORTE

“Por supuesto que todo quien vive un suicidio necesita de ayuda. Porque la gente está hundida, la ayuda debería ser entregada automáticamente. Es extraño, existen rituales para aquellos que están

muertos, pero no rutinas para nosotros que sobrevivimos” (24).

Ante el suicidio de un hijo la mayoría de la atención profesional y de las redes de apoyo se dirige hacia los padres. Tanto clínicos como investigadores han hecho énfasis en la necesidad de abordar la realidad de los hermanos a través de intervenciones individuales sistemáticas y/o familiares que permitan incluir a los niños y adolescentes sobrevivientes y apoyar a los padres a restituir sus habilidades parentales interferidas por el duelo. Se ha subrayado la importancia que tendría para los hermanos el recibir información abierta y confiable acerca del suicidio, tener la oportunidad de aclarar dudas, conversar y trabajar acerca de lo sucedido. Se ha visto que información dada de manera clara y cuidadosa permite aliviar el malestar, antes de producir lo contrario como a veces es creído. Factores como la apertura al diálogo, el grado en que se permite hablar del suicidio y la presencia de soporte emocional en la familia han sido señalados como predictores a largo plazo de bienestar en la adultez (26).

Con base en sus experiencias, adolescentes que han vivido un suicidio señalan como componentes de un buen apoyo psicológico a:

1. La existencia de una oferta automática de apoyo psicológico que evite que sean ellos mismos quienes deban buscarlo.
2. Que la oferta inicial sea persistente, que se repita de acuerdo con sus necesidades cambiantes y sus propias resistencias a lo largo del tiempo.
3. Que la ayuda se mantenga en pausa para cuando sea necesaria.
4. Flexibilidad como regla general. “Nada debe ser forzado”.
5. Un apoyo empático e interesado, la “química debe ser la correcta”.
6. Un foco personal o sesiones individuales en las que puedan hablar libremente.

Este mismo grupo de jóvenes pareciera valorar el hecho que los terapeutas sean activos a la hora de sus intervenciones, ayudando a dar estructura y orden en momentos vitales caóticos. Así, cuando quienes apoyan esperan que sean ellos quienes tomen el control de la conversación y hablen, estos suelen conectarlo más bien con falta de conocimientos profesionales acerca de lo que significa ser un sobreviviente de suicidio (28).

Existen, y pueden ser de utilidad, intervenciones psicoeducativas, grupales y manualizadas para niños que han perdido a sus padres o hermanos y que buscan

brindar apoyo durante el proceso de duelo y reducir el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos. En este sentido, habría evidencia que el contacto entre pares sobrevivientes al suicidio sería de ayuda: reduciría la sensación de aislamiento, proporcionaría un espacio seguro de expresión, favorecería la sensación de normalización y la esperanza de poder retomar el control de sus vidas (29).

Instituciones escolares pueden jugar también un papel relevante como ayuda que, en cooperación con las familias, puede facilitar el alivio del dolor de los hermanos. Su principal aporte estaría en facilitar la reincorporación académica, crear ambientes de cuidado, proporcionar métodos de expresión si el niño lo solicita y apoyo en las exigencias cotidianas.

Algunos hermanos sobrevivientes pueden llevar un diario personal, buscar escritos de otros sobrevivientes, crear o participar de grupos de apoyo específicos o vincularse voluntariamente a proyectos de investigación relacionados con el tema y que en ocasiones permitirán alcanzar, a pesar de las dificultades y en conjunto con otros factores, oportunidades de crecimiento y resignificación.

Respecto a lo anterior, algunos investigadores han notado incluso cómo algunos adolescentes frecuentemente hablan de crecimiento psicológico resultado de su experiencia con la muerte fraterna, señalando el desarrollo de una perspectiva más sensible de la vida y que los habilitaría para ayudar a otros que han perdido a seres amados (30).

DISCUSIÓN Y CONSIDERACIONES FINALES

Aunque algunos puedan ver en el suicidio un acto en solitario, su repercusión en la familia y amigos es incuestionable. El interés de la investigación en el área ha debido lidiar históricamente con el tabú occidental de la muerte y el estigma. El impacto de este en los seres más cercanos se ha centrado bastante más en los padres, y los hermanos han sido minimizados y reconocidos como actores secundarios, silentes, olvidados o invisibles. Una frase de Schneidman (1972) frecuentemente citada y que incumbe a lo fraterno señala: "La persona que se suicida pone su esqueleto psicológico en el armario emocional de los sobrevivientes"; en condiciones que el suicidio adolescente se ha transformado en un acontecimiento cada vez más frecuente

Distintos investigadores en los últimos años han hecho esfuerzos en su aproximación al fenómeno y sus hallazgos permiten a la fecha extraer ciertos aprendizajes considerables. Parecieran haber quedado atrás aquellas posturas que negaban la posibilidad de duelo

en infantes, destacando los aportes del modelo de Davis que sistematiza en particular las dinámicas de los hermanos ante la muerte. Junto a lo anterior, los aportes de Krell y Rabkin aluden a la importancia de las dinámicas familiares y su indiscutible influencia en el proceso de elaboración del duelo en los hijos, más aún cuando es sabido que las familias que cuentan con el suicidio de uno de sus integrantes en comparación con familias intactas suelen tener mayores cantidades de disfuncionalidad, abuso y trastornos psiquiátricos antes de ocurrida la muerte (31). La pérdida traumática del vínculo fraterno y su implicancia en el normal desarrollo socioemocional convivirá con la probable fragmentación del ambiente familiar, y el duelo de los hermanos será co-construido con el duelo de sus padres. Este entrelazamiento pareciera constituir una complejidad inherente a la vivencia de los hermanos, resultando espinoso para la investigación discriminar el predominio de uno de los factores por sobre el otro.

El impacto del suicidio de un hermano sería mayor al producido por muertes atribuidas a causas médicas y estaría, en distinto grado, asociado a mayores tasas de depresión, ansiedad, estrés postraumático, culpa, aislamiento social y peor ajuste escolar. Hacia la adultez lo estaría a reducción de los años de escolaridad, menor probabilidad de residencia independiente, menor fertilidad, menor empleabilidad y mayor riesgo de suicidio.

Se destacan aquellas voluntades que siendo pioneras se han interesado en rescatar la experiencia subjetiva de hermanos adolescentes que han vivido el suicidio y cuyas voces han sido pocas veces recogidas por estudios cualitativos. Para algunos esta especie de negligencia benigna es una metáfora de lo que estos "olvidados" viven en lo cotidiano (12). El reconocer sus experiencias brinda a los clínicos una oportunidad de identificar necesidades antes no vistas y de considerar intervenciones individuales o grupales, tempranas o preventivas que minimicen los eventuales riesgos psicosociales. En este punto, es notable que sean los propios adolescentes quienes alerten a los terapeutas sobre la necesidad de prudente insistencia ante sus eventuales intentos por resistirse a ser apoyados, que en ocasiones podría estar relacionado con la desconfianza que muchos de ellos pueden sentir al haber sido testigos de los infructuosos tratamientos de salud mental de sus hermanos. El requerimiento de un apoyo automático o al menos de fácil acceso, enfatiza la importancia de una acción coordinada de los distintos actores de la red de salud. Los equipos de salud mental de adultos pueden cumplir, al asistir a los padres, un rol estratégico en la pesquisa de hermanos sobrevivientes invisibilizados y en la restitución de habilidades parentales interferidas por el duelo.

Finalmente, se identifican como posibles limitaciones la poca claridad de los estudios en distinguir las distintas etapas del desarrollo del niño y sus implicancias en particular en el proceso de duelo como sobreviviente. Estudios que pongan atención a las diferencias del desarrollo permitirían advertir si existen matices significativos al corto o al largo plazo. En general, son pocos los estudios que han evaluado la transición hacia la adultez y menos aun los que se han interesado en la experiencia del suicidio fraterno en adultos. Por otra parte, no se encontraron, al menos en esta revisión, estudios realizados en Latinoamérica, lo que deja abierta la posibilidad a investigación que considere aspectos asociados tanto a nivel individual como familiar y/o social.

REFERENCIAS

- Otzen T, Sanhueza A, Manterola C, Escamilla-Cejudo JA (2014). Mortalidad por suicidio en Chile: tendencias en los años 1998-2011. *Revista Médica de Chile*, 142(3), 305-313
- MINSAL, Situación actual del suicidio adolescente en Chile, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud, Diciembre, 2013
- OECD-Social Policy Division. C04.1: Teenage suicide (15-19 years old) [Internet]. OECD Family Database; 2011. Available from: <http://www.oecd.org/dataoecd/39/36/48968307.pdf>
- Jordan JR, McMenamy J (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 337-349
- Packman W1, Horsley H, Davies B, Kramer R. Sibling bereavement and continuing bonds. *Death Stud*. 2006 Nov; 30(9): 817-41
- Jordan JR. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life Threat Behav*. 2001 Spring; 31(1): 91-102
- McIntosh J, Wroblewski A (1988). Grief reactions among suicide survivors: An exploratory comparison of relationships. *Death Studies*, 12, 21-39
- Kreider RM. Living arrangements of children: 2004. U.S. Census Bureau; Washington, DC: 2007. pp. 70-114
- Fletcher J. A Sibling Death in the Family: Common and Consequential. *Demography*. 2013 June; 50(3): 803-826. doi: 10.1007/s13524-012-0162-4
- Brody GH. Siblings' direct and indirect contributions to child development. *Current Directions in Psychological Science*. 2004; 13: 124-126
- Segal NL, Wilson SM, Bouchard TJ, *et al*. Comparative grief experiences of bereaved twins and other bereaved relatives. *Person Individ Diff* 1995; 18: 511-24
- Woodrow E (2007). The Experience of the loss of a sibling: A Phenomenological Study, Doctoral Thesis, University of Pretoria
- Lukas C, Seiden HM (1987/1990). *Silent grief. Living in the wake of suicide*. London: Papermac
- Davies B (1991b). Responses of children to the death of a sibling. In: D Papadatou & C Papadatos (Eds.). *Children and death*, (pp. 125-133). New York: Hemisphere Publishing Corporation
- Krell R, Rabkin L. The effects of sibling death on the surviving child: a family perspective. *Family Process Volume 18*, 471-477, December 1979
- Tooley K. The choice of a surviving sibling as "scapegoat" in some cases of maternal bereavement—a case report. *J Child Psychol Psychiatry*. 1975 Oct; 16(4): 331-9
- Davies B. (1988). Shared life space and sibling bereavement responses. *Cancer Nursing*, 11(6), 339-347
- Rakic AS (1992). *Sibling survivors of adolescent suicide*. PhD diss., The California School of Professional Psychology Berkeley/Alameda
- Brent DA1, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Roth C, Balach L, Allman C. Psychiatric impact of the loss of an adolescent sibling to suicide. *J Affect Disord*. 1993 Aug; 28(4): 249-56
- Brent DA1, Moritz G, Bridge J, Perper J, Canobbio R. The impact of adolescent suicide on siblings and parents: a longitudinal follow-up. *Suicide Life Threat Behav*. 1996 Fall; 26(3): 253-9
- Pfeffer CR1, Martins P, Mann J, Sunkenberg M, Ice A, Damore JP Jr, Gallo C, Karpenos I, Jiang H. Child survivors of suicide: psychosocial characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Jan; 36(1): 65-74
- Sethi S1, Bhargava SC. Child and adolescent survivors of suicide. *Crisis*. 2003; 24(1): 4-6
- Fletcher J, Mailick M, Song J, Wolfe B (2013). A Sibling Death in the Family: Common and Consequential. *Demography*, 50(3), 803-826
- Dyregrov K1, Dyregrov A. Siblings after suicide—"the forgotten bereaved". *Suicide Life Threat Behav*. 2005 Dec; 35(6): 714-724
- Omerov P, Steineck G, Runeson B, Christensson A, Kreicbergs U, Pettersén R, Nyberg U (2013). Preparatory studies to a population-based survey of suicide-bereaved parents in Sweden. *Crisis*, 34(3), 200-10. doi: 10.1027/0227-5910/a000175
- Demi AS1, Howell C. Hiding and healing: resolving the suicide of a parent or sibling. *Arch Psychiatr Nurs*. 1991 Dec; 5(6): 350-356
- Rostila M, Saarela J, Kawachi I. Suicide following the death of a sibling: a nationwide follow-up study from Sweden. *BMJ Open* 2013; 3: e002618 doi: 10.1136/bmjopen-2013-002618
- Dyregrov K. How do the young suicide survivors wish to be met by psychologists? A user study. *Omega (Westport)*. 2009; 59(3): 221-238
- Pfeffer CR, Jiang H, Kakuma T, Hwang J, Metsch M. (2002). Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 505-513
- Davies B (1991a). Long-term outcomes of adolescent sibling bereavement. *Journal of Adolescent Research*, 6(1): 83-96
- Cerel J, Jordan JR, Duberstein PR (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29, 38-44

CASO CLÍNICO

QUÉ OCURRE CUANDO NO VEMOS LO QUE LLAMAMOS UNIDAD BEBÉ-AMBIENTE (MADRE): UNA MIRADA RETROSPECTIVA DE UN CASO CLÍNICO

(Rev GPU 2015; 11; 4: 390-394)

Patricia González¹

Pretender responder al título de este artículo probablemente es muy ambicioso, pero se intenta dar algunas posibles respuestas de las consecuencias para un bebé cuando ocurre que no observamos aquello que llamamos Unidad bebé-ambiente (madre). Se presenta un caso clínico para reflexionar sobre los conceptos de la clínica winnicottiana, tales como de Preocupación materna primaria, Trauma y Odio en la madre, entre otros.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Antecedentes relevantes

Hace un par de años, trabajando en una institución privada de salud, un psiquiatra, tras medicar a una paciente con antidepresivos y pese a su escasa motivación terapéutica, deriva a terapia a una paciente, a la que llamaré Amelia, para trabajar psicoterapéuticamente la dificultad que ella reportaba para vincularse y, sobre todo, tocar a su bebé de 2 meses de vida.

Nuestro contacto fue breve. Asistió a no más de cinco sesiones. No fue fácil lidiar con un caso que como terapeuta, me impactó de modo particular, puesto que si bien es común ver mujeres “sobrepasadas” por su rol de madres, a veces con signos de depresión

posparto; a veces realmente con dificultades para sentir “que lo hacen bien”; otras que en su “devoción” se muestran sobreprotectoras a un nivel extremo, en el caso de Amelia fue impactante ver una madre que, realmente no podía y no quería (salvo porque una parte de ella y del “mundo” se lo exigía) “relacionarse” con su bebé. Esto le causaba frustración, molestia, y una profunda sensación de fracaso en su vida personal-profesional.

Al momento de la consulta Amelia tenía 35 años de edad. Era casada, aunque había retomado la relación tras un periodo de separación, justamente por quedar embarazada de su marido durante la separación. Era profesional del área de la salud, se sentía muy exitosa en su carrera, aspecto de su vida donde ponía gran parte de su energía y motivación de logro. Había

¹ Magíster UDP en Psicología Clínica, mención estudios de la Pareja y la Familia. Terapeuta familiar y de Parejas del ICHTF. Contacto: pgonzalezestay@gmail.com.

logrado ascender en cargos directivos y a ganarse una posición de referencia en su lugar de trabajo.

Al momento de la consulta su hija tenía unos 2 meses de edad. El embarazo no fue deseado y la había impactado negativamente. Nunca quiso ser madre y su sensación era que esto interrumpió su próspera carrera, teniendo incluso fantasías de perder su cargo durante el periodo de pre y posnatal. El embarazo, el parto y el cuidado de su bebé eran una amenaza. Tenía un profundo temor de perder autonomía y proyectos en su vida.

Embarazo

Su embarazo había transcurrido sin problemas, pero sí con molestias y rechazo a los cambios físicos, desafiada y desapegada al proceso y sin mucho apego al bebé que estaba en camino. Poseía un sentimiento de frustración de que algo cambió y cambiaría su vida, en forma negativa de manera definitiva. Durante el embarazo comenzó a sentirse irritable, desesperanzada y angustiada, signos que se mantuvieron y agudizaron al nacer su hija, presentando, además, alguna sintomatología depresiva con bastantes signos de angustia.

Parto

El parto ocurrió sin mayores complicaciones, aunque fue una experiencia de shock para Amelia el momento de ver a su hija, de tomarla en sus brazos y tener que alimentarla. No se sentía tranquila, y su experiencia emocional tan distinta a su entorno (marido y familia), que se mostraba tan feliz, aumentaba su sensación de desasosiego.

Primeros meses

Una vez nacida su hija, siente molestia y rabia con ella, a la vez dificultad para asumir tareas como cuidarla, amamantarla (lo que suspendió rápidamente), limpiarla, etc. Sentía gran angustia al quedarse sola con la hija. Sentía rechazo y miedo a tomarla en brazos y se las arreglaba para salir de su casa lo más que podía, dejando a la niña a cargo de sus padres o amigas. Para salir con su hija necesitaba, por lo general, la compañía de su esposo, quien se mostraba más vinculado con su hija, y manifestaba temor y preocupación por la relación de su esposa con la niña. Él dejaba de lado, cada vez que podía, su trabajo para acompañar a su hija y esposa, asumiendo las tareas de cuidado, limpieza e incluso la alimentación de su hija con rellenos.

Motivo de consulta y estrategia terapéutica

Pareciera que el motivo de consulta es más bien del médico que la deriva y la preocupación por el cuidado de la hija es más del padre que de la paciente. No es raro, en este contexto, que no continuara con el tratamiento. Como mencioné, la vi unas cinco veces y luego desertó. A la primera sesión acude sola, y luego las dos siguientes la cito a ella con su hija. Me pareció pertinente evaluar el vínculo en directo y es en ese contexto en que pude observar a una bebé tranquila, que no demandaba, acostada en su "moisés" que la madre dejaba con cierta distancia en la sala de la sesión. Cuando la bebé miraba a la madre o parecía requerir su atención, esta se angustiaba y decía no querer a su hija, sentir temor a dañarla y hasta rabia por la dependencia de la niña hacia ella. No interactuaba con su hija, no quiso tomarla y la única vez que logré que lo hiciera, lo hizo sintiéndose muy incómoda, como tomando un objeto que no le inspiraba apego y soltándola rápidamente cuando la niña levemente se quejaba. Quizás apremiada por las circunstancias y en vista del rechazo de la madre, y en un intento de *modeling*, que tal vez pueda parecer intrusivo, no me queda tan claro, tomé a la bebé unos momentos, la calmé y acaricé. Ahora pienso que esto puede haber sido para la madre una muestra más de su propia incapacidad y que el espacio terapéutico la conectó aún más con una angustia que no quería (no estaba preparada para) enfrentar. He pensado que este puede haber sido un motivo que haya gatillado su deserción.

Más que detenerse en sus propias dificultades para cuidar a la niña, a ratos la paciente pudo expresar una especie de sentimiento de empatía con su hija, sintiendo pena, pensando que no merecía una madre como ella.

ALGUNOS CONCEPTOS Y REFLEXIONES

Sin pretender agotar la comprensión del caso clínico, me parece que se podría indagar en algunas nociones de Winnicott.

Preocupación materna primaria y madre suficientemente buena

Según Winnicott (1958, 1960) desde el embarazo hasta unas cuantas semanas tras el parto, gradualmente se desarrolla, en la madre, una condición psicológica a la que llama preocupación maternal primaria que se convierte o se traduce, en la madre, en un periodo de sensibilidad exaltada en que ella se encuentra en un estado emocional especial. Hacia el final del embarazo

la mujer comienza a desarrollar una creciente identificación con el niño, y el rasgo tal vez predominante es la disposición y la capacidad de la madre para despojarse transitoriamente de sus intereses personales y concentrarse plenamente en las necesidades del bebé.

De acuerdo con las observaciones del autor, habría, sin embargo, dos clases de trastornos maternos de este estado. Por una parte, estarían aquellas madres cuyos intereses personales son compulsivos como para abandonarlos, no pudiendo entrar en el estado de preocupación maternal primaria. Un estado que a los ojos de un observador parece una enfermedad aunque constituya un signo de salud (probablemente es un proceso de huida hacia la cordura). El otro trastorno, que pareciera estar menor vinculado a este caso y por lo mismo no convoca menos en este trabajo, es lo contrario al anterior. La madre que tiende a estar en extremo y permanentemente preocupada por algo, y el niño se convierte entonces en su preocupación patológica, con dificultad para el sano proceso de que la madre vaya progresivamente recuperando su interés por sí misma, y que lo haga a medida que el niño vaya siendo capaz de tolerarlo.

Sabemos por Winnicott que es esencial para el inicio de un proceso de desarrollo personal normal en el bebé que cuente con una madre “suficientemente buena”. Así, el niño inicia un proceso de desarrollo que es personal y real. Pero ante una madre no lo bastante buena, el niño se convierte en un conjunto de reacciones frente a los choques (intrusiones traumáticas), y el verdadero Self del niño no llega a formarse o queda oculto tras un falso Self que se somete a los golpes del mundo tratando en general de evitarlos.

Así, preguntándonos sobre el desarrollo de la bebé del caso relatado, nos encontramos ante la observación de una relación madre-bebé que no nos permite ver lo que llamamos unidad bebé-ambiente (madre), no viéndose instalada la “preocupación materna primaria” ni la presencia de una “madre suficientemente buena”

La paciente podría ser una madre que no puede amar y odiar a la vez, integrando ambos aspectos. Su máxima señal de amor es no hacer daño explícito a su bebé y su sensación de culpa, pero no logra sostener, apaciguar, calmar a su bebé, sin cumplir tareas de muda, alimentación y otras con mínima soltura, relegando esas tareas en otros la mayor parte del tiempo. La madre no logra integrar amor y odio y sin expresar su odio, pues lo expresa al no tomar a la bebé, al no acunarla, no alimentarla, etc. Sin duda estaríamos frente a una madre que no puede cuidar corporalmente las necesidades de su bebé, incapaz de llevar a cabo la función de personalización.

A lo sumo, la figura del padre de la bebé cumplía algunas funciones “maternas”, pero dicha figura probablemente era insuficiente para realizar tanto la función materna como la del tercero (que suele ser el propio padre).

Siguiendo a Winnicott, parece que nos encontramos ante el trastorno materno de la madre cuyos intereses son tan compulsivos como para abandonarlos, y que no puede entrar en la “locura” de la preocupación materna primaria.

Al no encontrar la madre suficientemente buena, se van instalando las intrusiones traumáticas y probablemente el verdadero Self no llegue a formarse o se quede oculto tras un falso Self patológico, llegando a ser una niña y mujer que esté más pendiente de las necesidades ajenas que de las propias, como modo de protección de su verdadero Self.

Ambiente facilitador, los cuidados maternos primarios, los efectos de la depresión en la madre. Interrupción de la continuidad del ser y trauma

Para Winnicott (1960) “El cuidado parental satisfactorio puede dividirse aproximadamente en tres etapas que se superponen:

- Sostén.
- La madre y el niño viven juntos. El infante no conoce la función del padre (ocuparse del ambiente de la madre).
- Padre, madre e infante viven juntos (pp. 55-56).

Durante el desarrollo surgen los procesos de fenómenos transicionales y objeto transicional. Este supone la primaria experiencia de ilusión (Venegas, 2010). Si la madre es suficientemente buena, es capaz de brindar al niño una continuidad del ser y darle la oportunidad de la experiencia de la ilusión. En esta posición, el niño cree lo que crea, lo que permite el desarrollo del objeto subjetivo.

Como Winnicott dice, “si todo anda bien” y si el ambiente-madre es capaz de sostener estas funciones superpuestas, pero pasando de la capacidad de devoción por su hijo satisfaciendo sus necesidades y progresivamente ir aportando a su individuación, con progresivas “fallas” que vayan introduciendo la noción de yo-no yo (*me-not me*), toda vez que mantiene su capacidad de sostenerlo y presentarle objetos, nos encontraremos con un sano desarrollo del niño. Si, por el contrario, no ocurre lo anterior, surge la patología en sus diversas formas, de acuerdo a cómo fue dicho fracaso, ya sea por la intrusión de más fallas de las que el propio ambiente

pueda ir reparando, como por la excesiva ocupación de todas las necesidades del bebé, no dando espacio a la necesaria individuación en el sentido de que el niño vaya produciendo la separación *me-not me*.

Winnicott dice (1958), respecto a la depresión en la madre o el padre, tenemos casos extremos: en uno están los melancólicos, que se sienten responsables y culpables de todos los males del mundo, y en otro las personas verdaderamente responsables del mundo, las que aceptan la realidad de su propio odio, su mezquindad, su crueldad, que coexisten con su capacidad para amar y construir.

Afirma que en la práctica en el padre o madre depresivos se observa una oscilación entre la preocupación y la desesperanza (Winnicott, 1958), y quizás, en un ambiente depresivo donde la falla ambiental hacia el bebé es importante, no lo es menos, pensando en términos de lo que el autor plantea, la posibilidad de la cura, la capacidad de amar y el tratamiento que conlleve un mejor pronóstico tanto para el depresivo como en el desarrollo del infante a su cargo.

Venegas (2010), siguiendo a Winnicott, plantea que la concepción del trauma está ligada a una falla temprana en la disponibilidad del otro materno como facilitador de los procesos de maduración. La no-disponibilidad materna conllevaría para el bebé una discontinuidad prematura del Ser, como una intrusión violenta e impredecible del mundo externo que lo obliga a reaccionar y, si perdura, a replegarse y finalmente someterse.

Siguiendo con la autora, el ambiente-madre que traumatiza carece de la capacidad de ver el gesto espontáneo del bebé, lo que lleva al niño a generar una pauta relacional donde se constituye en alguien que sirve a la satisfacción del otro.

Respecto al "Ser" y a su continuidad, según Anfuso e Indart (2009) "La base de la capacidad para 'Ser' surge de la experiencia de contacto en ausencia de actividad, entre un bebé y una madre que es ella misma, que no interpreta un rol. La madre que ha alcanzado la posibilidad de 'Ser' opera como si inyectara vitalidad a su hijo. Le posibilita existir, sentirse vivo, llegar a ser aquello que es en potencia" (p. 206).

Las autoras, siguiendo a Winnicott, señalan que "el sentimiento de 'ser', de sentirse vivo y real, de poseer una identidad propia son constitutivos del 'verdadero Self'" (p. 206). Si este sentimiento de Ser no logra las condiciones para su desarrollo, aparece un sentimiento de vacío y de sin sentido de la vida. "Sentirse real es más que meramente existir, es encontrar una forma de existir como uno mismo y de relacionarse con los objetos como uno mismo, y de tener una persona dentro de

la cual poder retirarse para el relajamiento" (Winnicott, 1972, en Anfuso y Indart, 2009, p. 206).

Respecto a lo anterior, nos encontramos, en el caso, con una madre que no es capaz de sostener, por lo que suponemos tendrá dificultades, también, en etapas posteriores del desarrollo. No logra otorgarle a la bebé la experiencia de la ilusión, de ver su gesto espontáneo. Han surgido ya fallas tempranas en la disponibilidad de la madre, en los procesos de maduración de la bebé, sin, en el momento de verla en la consulta, la posibilidad de reparar en y sobre ellas. Podemos hablar de que hay una constante falla del ambiente (madre) en sostener e ilusionar a la bebé. La dependencia absoluta de la bebé no es sostenida, salvo a momentos, por el padre u otros terceros. Ello podría hacernos pensar en que el proceso de integración no va a seguir un curso "esperado", en tanto no es posible, para la bebé, estar en un estado de no-integración en compañía de otro, en compañía de la madre. Así, es probable que el falso Self se instale prematuramente como defensa de aquello que el ambiente no es capaz de dar.

En un nivel, la bebé estaba expuesta a la privación del contacto humano en forma prolongada. Si bien no estaba "sola", estaba casi todo el tiempo "relegada" a una cuna lejana a la madre. Era poco "tomada", "tocada" y, cuando lo era, era principalmente por el padre. La bebé casi no lloraba o llamaba mucho la atención, probablemente ya "sabía" que de nada servía pedir atención, y eso nos lleva a pensar en el posible desarrollo de un falso Self donde la niña esté más disponible a las necesidades ajenas que las propias, a la vez que ya se observa su "replegamiento" del ambiente, en tanto este no brinda la contención necesaria

El odio de la madre

Winnicott (1947) sostiene que el bebé, previo a la integración de su personalidad, no puede odiar. Si hace daño o es cruel no es por odio. La madre, por su parte, odia desde un comienzo a su bebé, y da una serie de razones para ello. Por mencionar algunas: "El bebé no es la propia concepción (mental) de la madre (...). El bebé no es producido mágicamente, el bebé constituye un peligro para el cuerpo de la madre durante el embarazo y el parto. El bebé interfiere en la vida privada de la madre, es un reto que provoca preocupación (...). El bebé le hace daño en los pezones incluso al chupar, actividad que al principio es de tipo masticatorio. El bebé es cruel, la trata como a una escoria, como a una sirvienta gratuita, una esclava. Ella tiene que amarle, incluyendo sus excreciones, al menos al principio, hasta que el bebé tenga dudas con respecto a sí mismo. El bebé

trata de hacerle daño, la muerde periódicamente como señal de amor. Da muestras de desilusión con respecto a ella. Su amor excitado es un amor interesado, de tal manera que, una vez conseguido lo que se proponía, la arroja de sí como si se tratase de una mondadura de naranja. Al principio el bebé debe dominar, hay que protegerle de las coincidencias, la vida debe desarrollarse con arreglo a la marcha del bebé y todo esto se hace necesario un continuo y detallado estudio por parte de la madre. Por ejemplo, la madre no debe estar angustiada cuando lo sostiene, etc. Al principio el bebé no tiene ni idea de lo que ella hace o sacrifica por él. En especial no puede tener en cuenta el odio de la madre. (...) Si la madre le defrauda al principio, ella sabe que se lo hará pagar siempre. El bebé la excita pero la frustra (...)” (pp. 272-273).

Sostiene que la madre debe ser capaz de tolerar el odio que el bebé le genera sin hacer nada con ese odio, sin expresarlo.

Sostiene, además, que hay personas verdaderamente responsables del mundo, las que aceptan la realidad de su propio odio, su mezquindad, su crueldad, que coexisten con su capacidad para amar y construir (1958).

Así, se entiende que la capacidad de la madre de aceptar su odio sin actuarlo y aceptar que convive con su amor estará en mejores condiciones para su maternaje.

Respecto a esto podemos decir que la madre del caso está muy identificada con los aspectos que le generan odio a su bebé, pero no es capaz de apaciguar o integrar el odio con el amor a la misma. Por ello actúa el odio, no maltratándola físicamente, pero descuidando el sostén, las labores de crianza, alimentación, de tocar a su hija, entre otros. Es como si el odio no le permitiera ver el amor a su hija (¿o acaso no puede sentirlo?), el que a lo más se asoma en algunos sentimientos de culpa, pero que en el momento en que la vi no eran suficientes para hacer mucho como para reformular su relación con su hija.

Mención aparte me merece el lugar del padre en este caso. De qué manera el papel del padre de la bebé, que en este caso asume algunas tareas que tradicionalmente se le asignan a la madre, puede constituirse en un efecto apaciguador, que resguarde en alguna medida la salud mental de esa bebé en crecimiento, con el consiguiente desarrollo de su Self y de un estado de independencia a nivel de madurez. Tal vez, contextualizando a nuestra época, el papel que el padre ha ido adoptando en el cuidado y crianza de sus hijos puede estar significando más que el solo hecho de su función de tercero en una díada, sino que se podría pensar, al menos en un nivel, que él puede cumplir, y

cumple, funciones “maternas” y, en este caso, podría, quizás, compensar en las tareas de sostén, de sostener la omnipotencia de la bebé, de mantener la ilusión y más adelante seguir el proceso necesario de la maduración y de personificación de la bebé. Es una esperanza no absoluta, en tanto creemos que la falla de la madre existe, persiste y ha sido intensa en periodos muy prematuros de la bebé. Es así como el trauma se instalará de igual modo, en tanto la madre, hasta donde fue posible observarla, no era ni fue capaz de realizar actos de reparación ante ella, por lo que la continuidad de la existencia del ser en el bebé estaba en riesgo y en ruptura, probablemente pese a los demás agentes apaciguadores de la experiencia.

Es de esperar que el “Ser” sobreviva ante la presencia del padre que suple la falta del contacto en ausencia de actividad de la madre.

REFERENCIAS

1. Anfusso A, Indart V (2009). ¿De qué hablamos cuando hablamos de Winnicott? (1ra Edición) Montevideo, Uruguay: Editorial Psicolibros, Washakam
2. Díaz F (2010). Falla ambiental y goce del Otro: dos propuestas. Presentación en Programa científico encuentro 2010. Winnicott Chile. Recuperado www.winnicott.cl
3. Venegas X (2010). Función paterna y espacio transicional. Presentación en Programa científico encuentro 2010. Winnicott Chile. Recuperado www.winnicott.cl
4. Winnicott D (1939). Desilusión Temprana. Tu analista. Recuperado <http://www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/8554/Desilusion-temprana,-1939-pag.1.htm>
5. Winnicott D (1940). La madre deprivada. Tu analista. Recuperado [http://www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/8520/La-madre-deprivada-\(1940\)-pag.1.htm](http://www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/8520/La-madre-deprivada-(1940)-pag.1.htm)
6. Winnicott D (1947). Odio en la Contratrtransferencia. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. (Edición 1993) Buenos Aires, Argentina: Paidós
7. Winnicott D (1951). Las bases de la Salud Mental. Tu analista. Recuperado <http://www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/8205/Las-bases-de-la-salud-mental-1951.htm>
8. Winnicott D (1958). Los efectos de la enfermedad depresiva en ambos progenitores o en uno de ellos. Tu analista. Recuperado [http://www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/8623/Los-efectos-de-la-enfermedad-depresiva-en-ambos-progenitores-o-en-uno-de-ellos-\(1958\)-pag.1.htm](http://www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/8623/Los-efectos-de-la-enfermedad-depresiva-en-ambos-progenitores-o-en-uno-de-ellos-(1958)-pag.1.htm)
9. Winnicott D (1958b). Preocupación maternal primaria. Escritos de pediatría y psicoanálisis. (Edición 1979) Buenos Aires, Argentina: Paidós
10. Winnicott D (1960). La pareja madre-lactante. Tu analista. Recuperado <http://www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/8205/Las-bases-de-la-salud-mental-1951.htm>
11. Winnicott D (1960b). Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso. Tu analista. Recuperado <http://www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/8438/Deformacion-del-ego-en-terminos-de-un-ser-verdadero-y-falso,-1960-pag.1.htm>
12. Winnicott, D (1971). Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. Realidad y Juego (edición 1992). Barcelona, España: Gedisa

INVESTIGACIÓN

CAPACIDAD INTELECTUAL DE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN FÍSICA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE SANTIAGO DE CHILE

(Rev GPU 2015; 11; 4: 395-401)

Fernando Maureira¹, Elizabeth Flores², María Ravana³

El objetivo del presente estudio fue conocer la capacidad intelectual de estudiantes de educación física de una universidad privada de Santiago de Chile, y para ello se evaluó a 201 alumnos a través del test de matrices progresivas de Raven. Los resultados muestran que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones de damas y varones, misma situación que ocurre al comparar las puntuaciones por cursos de la carrera. La puntuación mínima fue de 20 y la máxima de 56, siendo el percentil 50 de 47 puntos. En el rango de inteligencia superior hubo 10 estudiantes (5%), en el rango inteligencia media superior 44 estudiantes (21,9%), en el rango inteligencia media 87 estudiantes (43,3%), en el rango inteligencia media inferior 46 estudiantes (22,9%) y en el rango inteligencia deficiente 14 estudiantes (7%). Son necesarias futuras investigaciones de las capacidades intelectuales de estudiantes de educación física en otras universidades, con la finalidad de establecer baremos a nivel nacional en esta población.

INTRODUCCIÓN

Spearman (1904, 1923) planteó la existencia de dos factores que componen la inteligencia humana: a) Factor general (factor G), que corresponde a un factor común en todas las habilidades mentales y por ende, explicaría por qué un sujeto que se desempeña bien

en una actividad lo hace medianamente bien en todas las demás; b) Factores específicos (factor S), que corresponde a un factor de cada habilidad mental y que varía en un mismo individuo dependiendo de la tarea a desarrollar.

Un alumno de Spearman, J. Raven (1938), publica el test de matrices progresivas, un test factorial de la

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

² Estudiante de Magister en Docencia e Investigación Universitaria. Universidad Central. Santiago, Chile.

³ Estudiante Pedagogía en Educación Física. Universidad SEK. Santiago, Chile.

inteligencia que mide el factor G. Este es un instrumento de aplicación sencilla que no requiere preparación ni experiencia previa, pudiendo ser aplicado a sujetos de cualquier edad, educación o aptitud verbal (Ivanovic, Forno, Duran, Hazbún, Castro e Ivanovic, 2000). El test mide la habilidad de razonar por analogía, mediante la educación de relaciones entre reactivos abstractos (Escurre y Delgado, 2010).

Entre los numerosos estudios latinoamericanos con el test de Raven se destaca el de Rossi-Casé, Neer, Lopetegui, Doná, Biganzoli y Garzaniti (2014) quienes evaluaron 1.001 estudiantes entre 13 y 18 años de la ciudad de La Plata en Argentina, elaborando baremos para 13-14 años (P25=40; P50=45; P75=50), 15-16 años (P25=46; P50=50; P75=53) y 17-18 años (P25=46; P50=50; P75=54). También Liñan (2011) aplicó el test de Raven a 233 estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad Autónoma de Querétaro, en México, encontrando que un 26,6% poseía una puntuación superior al término medio, un 15,5% una puntuación media, un 43,3% un puntaje inferior al término medio, 14,6% una puntuación deficiente y 0% un puntaje superior.

En nuestro país Ivanovic *et al.* (2000) evaluaron a 4.258 escolares de 13 establecimientos educacionales de la Región Metropolitana en Chile, elaborando baremos desde los 11 hasta los 18,5 años. A los 17 años los percentiles obtenidos fueron: P25=48, P50=52 y P75=56. A los 18 años: P25=45, P50=51 y P75=54. Finalmente, a los 18,5 años: P25=45, P50=49 y P75=51.

En la literatura no hubo estudios de las capacidades intelectuales en universitarios chilenos. En el ámbito de la pedagogía en educación física se han estudiado algunas características cognitivas tales como la atención selectiva y memoria visual (Maureira, Trujillo y Flores, 2014), inhibición de la interferencia y planificación (Maureira, Aravena, Gálvez y Flores, 2014), estilos de aprendizaje (Maureira y Bahamondes, 2013) e inteligencias múltiples (Maureira, Méndez y Soto, 2014), pero no existen normas sobre la capacidad intelectual de estos estudiantes, por lo cual este trabajo tiene por objetivo conocer y establecer baremos de los resultados obtenidos con el test de matrices progresivas de Raven en una muestra de estudiantes de educación física de una universidad privada de Santiago de Chile.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra: Se trabajó con una muestra no probabilística intencional compuesta por 201 estudiantes de educación física de una Universidad Privada de Santiago de Chile. Del total, 25 son mujeres (12,4%) y 176 son hombres (87,6%). Se encuestó a 49 estudiantes (24,4%)

de primer año de la carrera, 13 (6,5%) de segundo, 49 (24,4%) de tercero, 87 (43,3%) de cuarto y 3 (1,5%) de quinto. La edad mínima fue 18 años y la máxima de 36, con un promedio de 22,95 años (d.e.=3,63).

Instrumento: Se utilizó el Test de matrices progresivas de Raven Escala General de Raven, Raven y Court (2003) que está compuesto por 60 problemas organizados en cinco series (A, B, C, D y E) de doce ítem cada uno. Con respecto a la validez y confiabilidad del test en Chile Ivanovic *et al.* (2000) mostraron niveles aceptables de validez concurrente con el test de figura humana de Goodenough y con el rendimiento académico en escolares. Los mismos autores mostraron valores aceptables de confiabilidad del instrumento mediante el sistema test re-test.

Procedimiento: La recolección de datos se realizó en forma grupal y durante las horas de clases. Cada estudiante tuvo la opción de participar o no en la investigación si lo deseaba. El alumno que conformó la muestra firmó un consentimiento informado.

Análisis de datos: Se utilizó el programa estadístico SPSS 16.0 para Windows. Se aplicó estadística descriptiva como tablas de frecuencia, medias, desviaciones estándar y percentiles y estadística inferencial como pruebas t y ANOVAs.

RESULTADOS

A continuación en la Tabla 1 y Figura 1 se observan los aciertos en cada una de las láminas del test de Raven del total de la muestra evaluada. En las series A y B los aciertos fueron superiores al 80% en todas las láminas exceptuado A11 y B12. En la serie C y D los aciertos fueron superiores al 50% exceptuando las láminas C11, C12, D11 y D12. Finalmente, en la serie E solo cinco láminas obtuvieron más del 50% de respuestas correctas, siendo E8 la que presenta la puntuación más baja de todo el test (6,5%).

La disminución de las puntuaciones correctas por cada serie era de esperarse, al ser un test que aumenta la dificultad a medida que se avanza en las láminas. Al comparar estos resultados con los de escolares chilenos de 11 a 18,5 años (Ivanovic *et al.*, 2000) se pueden observar resultados similares en las láminas con menores puntuaciones correctas: Serie A lámina A11 con un 65,2% en escolares y 67,7% en estudiantes de educación física, Serie B lámina B12 con un 48,5% y 60,2% respectivamente, Serie C lámina C12 con un 12,2% y 18,4%, Serie D lámina D12 con un 11,6% y 11,4% y Serie E lámina E8 con un 8,5% y 6,5%.

Tabla 1

PORCENTAJE DE ACIERTOS EN CADA LÁMINA DEL TEST DE RAVEN EN LA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN FÍSICA

Aciertos									
A1	98,0%	B1	100%	C1	98,5%	D1	100%	E1	78,6%
A2	99,5%	B2	99,5%	C2	97,5%	D2	95,5%	E2	69,7%
A3	98,0%	B3	100%	C3	95,5%	D3	96,0%	E3	78,1%
A4	100%	B4	98,5%	C4	83,6%	D4	92,5%	E4	52,7%
A5	100%	B5	98,5%	C5	95,5%	D5	99,5%	E5	61,7%
A6	100%	B6	95,0%	C6	82,1%	D6	94,5%	E6	48,8%
A7	99,5%	B7	80,6%	C7	97,0%	D7	88,1%	E7	13,4%
A8	96,0%	B8	98,5%	C8	76,6%	D8	84,1%	E8	6,5%
A9	99,5%	B9	87,6%	C9	82,6%	D9	78,6%	E9	30,8%
A10	97,5%	B10	92,5%	C10	57,2%	D10	77,1%	E10	17,9%
A11	67,7%	B11	81,6%	C11	40,3%	D11	31,3%	E11	15,9%
A12	92,5%	B12	60,2%	C12	18,4%	D12	11,4%	E12	11,9%

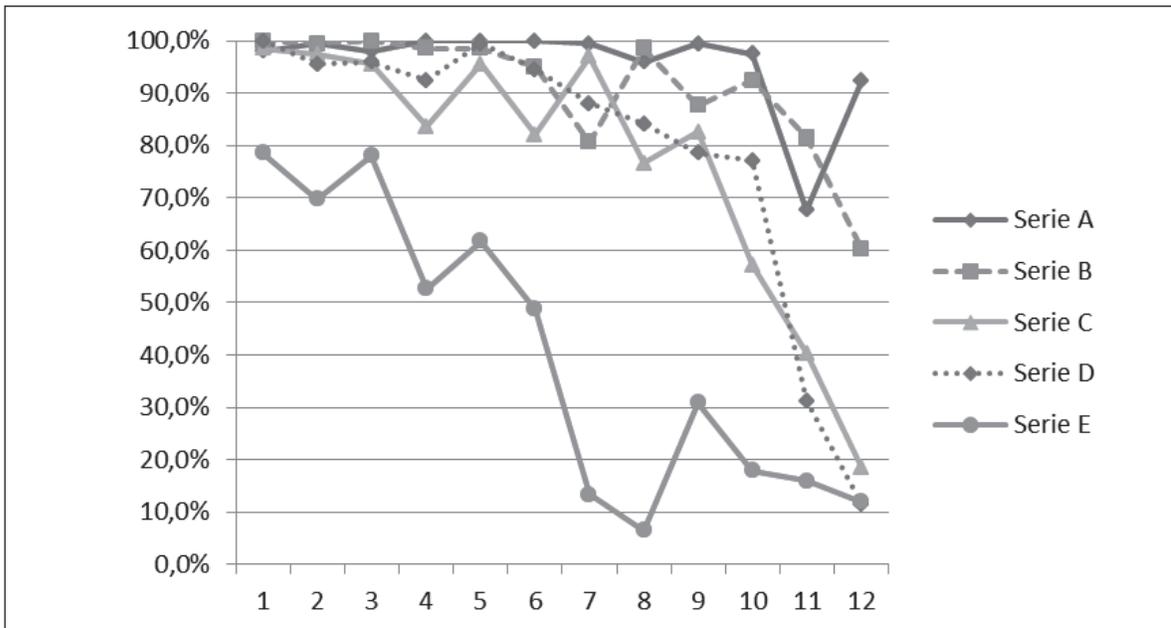


Figura 1. Curvas de respuestas correctas del test de Raven en los estudiantes de educación física.

La puntuación mínima lograda en el test de Raven fue de 20 puntos y la máxima fue de 56, con una media de 46,00 (d.e.=5,55). Las damas de la muestra presentaron una media de 45,0 (d.e.=5,70) y los varones 46,1 (d.e.=5,53). Al comparar los resultados no hubo diferencias significativas por género ($t=-0,967$; $gl=199$; $p=0,335$).

La media de puntuaciones de estudiantes de primer año fue 45,5 (d.e.=6,64), en segundo año 45,5 (d.e.=5,53), en tercer año 46,2 (d.e.=5,79), en cuarto año 46,2 (d.e.=4,73) y en quinto año 47,3 (d.e.=7,64).

Al comparar las medias no hubo diferencias significativas ($F=0,237$; $gl= 4, 196$; $p=0,917$).

En la Tabla 2 se observan los percentiles con los puntajes obtenidos en la muestra, siendo el percentil 50 de 47 puntos. Esto permitió clasificar la muestra en los cinco rangos del test:

- Rango I: Intellectualmente superior, si su puntaje es \geq percentil 95. En este rango se encontraron 10 estudiantes (5%).

Tabla 2
PERCENTILES DE LAS PUNTUACIONES TOTALES
DEL RAVEN EN LA MUESTRA

Percentiles	Total
99	56
95	54
90	52
75	50
50	47
25	43
10	39
5	37

- Rango II: Intellectualmente medio superior, si su puntaje cae entre los percentiles ≥ 75 y < 95 . En este rango se encontraron 44 estudiantes (21,9%).
- Rango III: Intellectual medio, si su puntaje cae entre los percentiles > 25 y < 75 . En este rango se encontraron 87 estudiantes (43,3%).
- Rango IV: Intellectualmente medio inferior, si su puntaje cae entre los percentiles > 5 y ≤ 25 . En este rango se encontraron 46 estudiantes (22,9%).
- Rango V: Intellectualmente deficiente, si su puntaje es \leq al percentil 5. En este rango se encontraron 14 estudiantes (7%).

En la Figura 3 se aprecian los porcentajes de respuestas correctas para cada serie del test de Raven

divididos por rangos. En la Serie A los rangos I, II y III presentan aciertos superiores al 70% en todas las láminas, en tanto la lámina A11 presenta una baja notable de aciertos en los rangos IV y V siendo inferior al 40%. En la serie B los rangos I y II presentan aciertos superiores al 80% en todas las láminas, en tanto los rangos III y IV poseen bajas notorias en B11 y B12 y el rango V por su parte, posee bajas a partir de B9 llegando solo al 20% en B12. En la serie C el rango I posee aciertos superiores al 90% en todas las láminas excepto en C12 que llega al 60%, el rango II, III y IV presentan bajas a partir de C10, en tanto el rango V presenta puntuaciones inferiores al 60% desde C8. La serie D presenta aciertos superiores al 80% en los rangos I, II y III hasta D10 a partir de la cual se aprecia una notable baja. Por su parte, el rango IV presenta bajas inferiores al 80% a partir de D8 y el rango V bajas menores al 50% a partir de D7. Finalmente, la serie E presenta descensos notables de aciertos en los rangos I, II y III a partir de E7, el rango IV posee solo tres respuestas correctas sobre el 40% y el rango V no posee respuestas correctas sobre el 30%.

La media de puntuaciones de estudiantes de 18-19 años fue 47,0 (d.e.=5,15), en 20-21 años 45,3 (d.e.=5,28), en 22-23 años 46,2 (d.e.=5,95), en 24-25 años 46,1 (d.e.=5,47) y en 26-30 años 45,7 (d.e.=5,78). Al comparar las medias no hubo diferencias significativas ($F=0,507$; $gl= 4, 185$; $p=0,731$). En la Tabla 3 se muestran los percentiles para la muestra de estudiantes de educación física para cada rango de edad, apreciándose valores bastante estables en las cinco categorías seleccionadas.

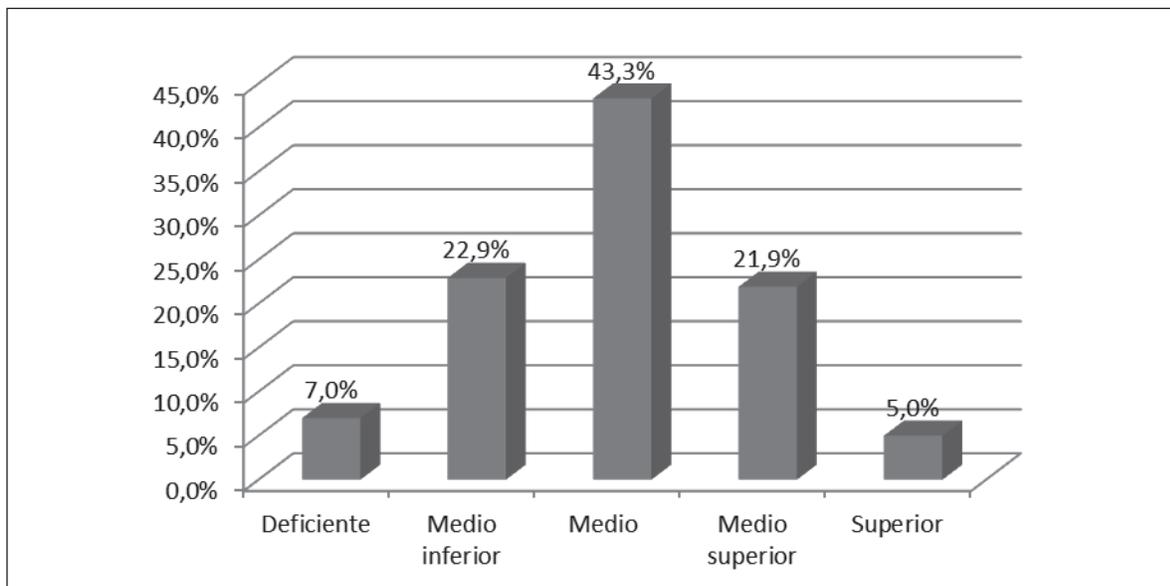


Figura 2. Distribución de la muestra en los 5 rangos del test de Raven

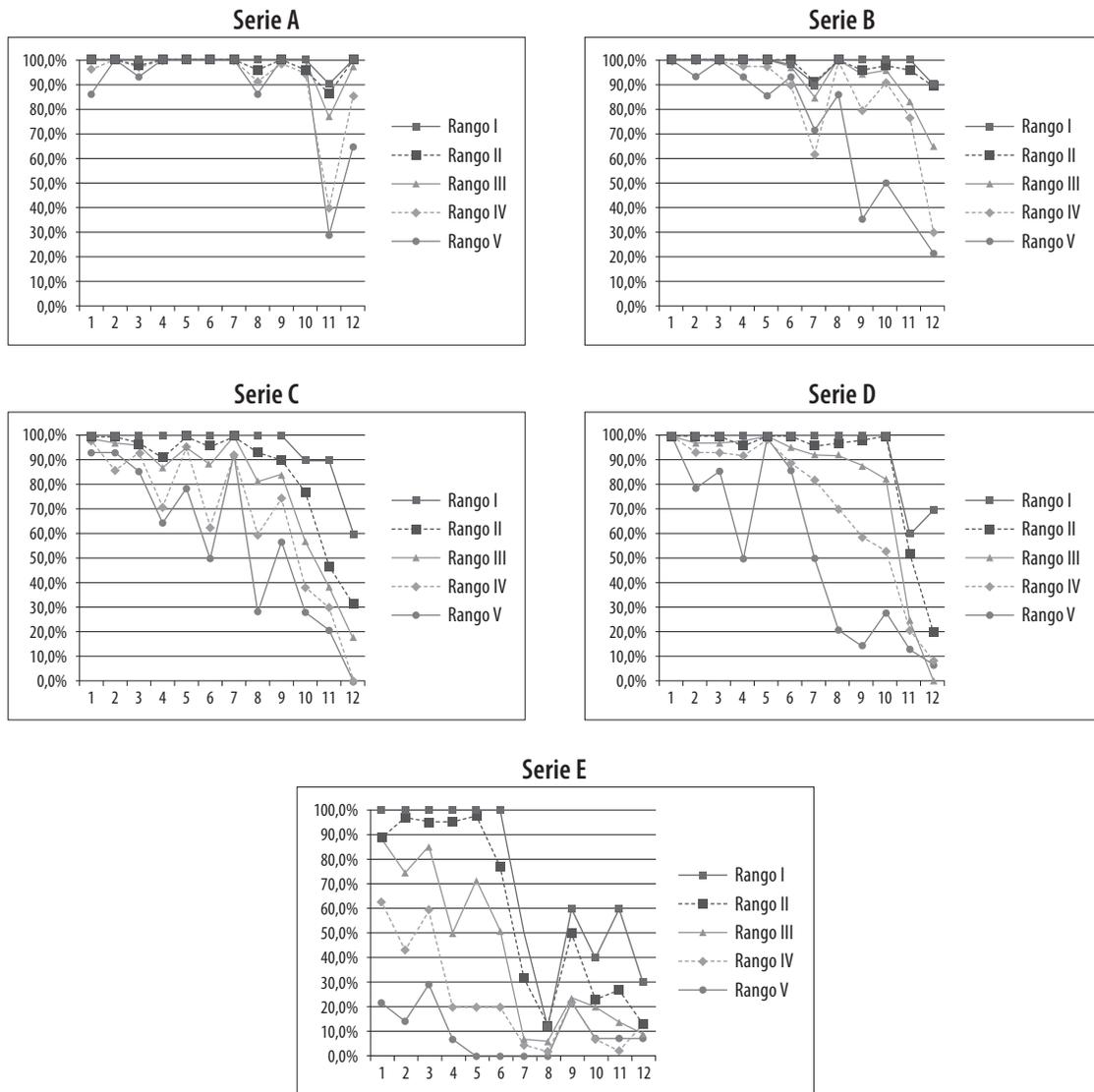


Figura 3. Porcentaje de respuestas correctas por series y rangos del test de Raven en la muestra de educación física

Tabla 3
PERCENTILES PARA CADA UNA DE LAS 5 CATEGORÍAS DE EDAD DE LA MUESTRA

Percentiles	18-19 años	20-21 años	22-23 años	24-25 años	26-30 años
95	55	53	55	53	54
90	52	52	54	53	53
75	50	49	50	52	50
50	48	46	47	47	47
25	46	41	43	41	41
10	38	38	40	38	38
5	35	36	38	36	33

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La distribución de los resultados del test de Raven en estudiantes de educación física se presenta normal, donde cerca de la mitad de los evaluados tienen una capacidad intelectual media y menos del 10% presenta un nivel deficiente o superior, resultados similares a los encontrados en nuestro país por Alarcón, Díaz, Hernández y Estrada (2012), Ivanovic *et al.* (2000), Mansilla, Vásquez y Estrada (2012) y Tapia, Lizana, Orellana, Villagrán, Arias, Almagia *et al.* (2013).

Tres situaciones encontradas fueron: a) la igualdad de los puntajes generales encontrados entre hombres y mujeres, b) la igualdad de puntajes al comparar los resultados en los cinco años de carrera, y c) la igualdad de puntajes al comparar los resultados por rangos de edades. Estos hechos muestran la homogeneidad intelectual de los estudiantes evaluados y cómo los baremos generales pueden ser aplicados tanto en ambos géneros, como en todos los cursos y edades de la muestra evaluada.

En relación con los resultados por rangos, el test de Raven muestra marcadas diferencias entre el rango I (intelectualmente superior) y el rango V (intelectualmente deficiente) en las series C, D y E, en las cuatro últimas láminas de la serie B y en la dos últimas de la serie A, siendo las series C, D y E las que claramente marcan las diferencias en los resultados generales de la capacidad intelectual de la muestra. Moya (1958) plantea que las series A y B conciernen a problemas de deducción de relaciones, en tanto las series C, D y E representan problemas de deducción de correlatos y, por lo tanto, implican un desafío mayor y aumentan el número de errores.

Los resultados en la presente muestra entregan valores de 43 puntos en el percentil 25, de 47 en percentil 50 y 50 en el percentil 75 con una edad media de 22,95 (d.e.=3,63). Al comparar los resultados con el estudio de Ivanovic *et al.* (2000) en una muestra chilena, podemos notar que el percentil 25 fue de 45 a los 18 y 18,5 años siendo levemente superior al encontrado en la presente investigación. El percentil 50 fue de 51 y 49 (a los 18 y 18,5 años respectivamente) siendo mayor al encontrado en el presente estudio. Finalmente, el percentil 75 fue 54 y 51 (18 y 18,5 años), siendo mayor a los 50 de esta muestra.

En un estudio de Rossi-Casé, Neer y Lopetegui (2001) en La Plata, Argentina, las personas de 17-18 años presentaron un percentil 50 de 50 puntos, a los 19-20 de 52, a los 21-22 de 51, a los 23-24 de 53 y a los 25-30 de 50, siendo en todas las edades superior a la muestra utilizada en este estudio.

Resulta necesario más investigaciones a nivel nacional sobre las capacidades intelectuales en la población chilena, para contrastar los resultados de estudios en poblaciones particulares. También son necesarios más estudios en alumnos de educación física de otras instituciones académicas de Santiago y de otras regiones de Chile, con la finalidad de establecer baremos a nivel nacional en esta población, lo cual podría convertirse en una ayuda para los profesores de la carrera, permitiéndoles orientar de mejor forma los contenidos y desarrollando nuevas y más acordes estrategias de enseñanza.

REFERENCIAS

1. Alarcón C, Díaz V, Hernández J, Estrada C (2012). Estudio sobre la pertinencia del uso de las normas disponibles del Raven en adultos mayores chilenos. *Psico-USF*, 17(3), 387-395
2. Escurra L, Delgado A (2010). Análisis psicométricos del test de matrices progresivas avanzadas de Raven mediante el modelo de tres parámetros de la teoría de la respuesta al ítem. *Persona*, 13, 71-97
3. Ivanovic R, Forno H, Durán M, Hazbún J, Castro C, Ivanovic D (2000). Estudio de la capacidad intelectual (test de matrices progresivas de Raven) en escolares chilenos de 5 a 18 años I. Antecedentes generales, normas y recomendaciones. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(1), 5-30
4. Liñan M. (2011). Relación entre el coeficiente intelectual y el rendimiento académico en estudiantes de licenciatura en odontología de la FMUAQ. Tesis de Maestría en Investigación Médica, Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Querétaro, México
5. Mansilla C, Vásquez D, Estrada C (2012). Pertinencia normativa del Raven para la evaluación de la población infantojuvenil socialmente vulnerable. *Terapia Psicológica*, 30(1), 73-80
6. Maureira F, Aravena C, Gálvez C, Flores E (2014). Propiedades psicométricas y datos normativos del test de Stroop y del test Torre de Hanoi en estudiantes de educación física de Chile. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 10(3), 344-349
7. Maureira F, Bahamondes V (2013). Estilos de aprendizaje de Kolb de los estudiantes de educación física de la UMCE y UISEK de Chile. *Revista Estilos de Aprendizaje*, 11(11), 139-150
8. Maureira F, Méndez T, Soto C (2014). Inteligencias múltiples en estudiantes de educación física de la USEK de Chile. *Revistas Ciencias de la Actividad Física UCM*, 15(2), 53-62
9. Maureira F, Trujillo H, Flores E (2014). Propiedades psicométricas y datos normativos del test de atención de Toulouse-Piéron y del test de memoria visual de Benton forma D en estudiantes de educación física de Chile. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 10(2), 238-245
10. Moya G (1958). Estudio de inteligencia, personalidad y comportamiento en un grupo de 165 soldados. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 13(45), 31-116
11. Tapia L, Lizana P, Orellana Y, Villagrán F, Arias V, Almagia A, Burrows R, Ivanovic D (2013). Somatotype and intellectual ability (Raven progressive matrices test) in Chilean school-age children. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 1552-1557
12. Raven JC (1938). *Progressive matrices. Instructions, sets A, B, C & D.* Londres: H.K. Lewis
13. Raven JC (1991). *Test de matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual (de sujetos de 12 a 65 años)*, manual. Buenos Aires: Paidós

14. Raven JC, Raven J, Court J (2003). Test de matrices progresivas: Escala General. Buenos Aires: Paidós
15. Rossi-Casé L, Neer R, Lopetegui S (2001). Test de Matrices Progresivas de Raven. Escala General. Normas Percentilares para la ciudad de La Plata, Edades 13-30 años. Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNLP, Argentina
16. Rossi-Casé L, Neer R, Lopetegui S, Doná S, Biganzoli B, Garzaniti R (2014). Matrices progresivas de Raven: efecto Flynn y actualizaciones de Baremos. *Revista de Psicología*, 23(2), 3-13
17. Spearman C (1904). General intelligence, objectively determined and measured. *American Journal of Psychology*, 15, 201-293
18. Spearman C (1923). *The nature intelligence of principles of cognition*. London: MacMillan

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

AYAHUASCA: UNA INTRODUCCIÓN PARA PROFESIONALES CHILENOS DE LA SALUD MENTAL PRIMERA PARTE

(Rev GPU 2015; 11; 4: 402-411)

Matías Méndez¹

La ayahuasca es un brebaje psicoactivo de origen botánico que ha sido consumido tradicionalmente por diversas culturas de la selva amazónica. En décadas recientes las prácticas asociadas al consumo de esta bebida han tendido a difundirse alrededor del mundo. Este proceso de internacionalización ha significado que cada vez sean más las personas no-indígenas que utilizan la ayahuasca en diferentes contextos. Chile no ha permanecido ajeno a este fenómeno, siendo que actualmente existe en nuestro país un número indeterminado de usuarios regulares de la bebida. En este contexto, se observa que los profesionales de la salud mental chilenos contamos con un escaso conocimiento de la literatura científica y académica sobre la ayahuasca. Atendiendo a este panorama, nos hemos propuesto llevar a cabo una revisión de la evidencia existente sobre la bebida, sus principales formas de uso y sus efectos sobre la salud mental de los usuarios, con el fin de aportar a una mayor comprensión sobre este fenómeno cultural emergente. Este trabajo será presentado en una serie de artículos. En esta primera entrega revisaremos la historia del consumo de ayahuasca, abarcando desde sus orígenes en la esfera cultural indígena amazónica hasta su actual proceso de internacionalización. Al finalizar nuestra exposición ofrecemos algunas reflexiones sobre los desafíos que este fenómeno plantea a los profesionales de la salud mental de nuestro país.

¹ Psicólogo clínico. Magíster (c) en Psicología Clínica de Adultos, Universidad de Chile. Postítulo en Psicoterapia Humanista Transpersonal, Universidad Diego Portales. Docente del área Humanista y Transpersonal, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales. matias.mendez@mail.udp.cl

INTRODUCCIÓN

La ayahuasca es un brebaje psicoactivo de origen botánico que ha sido consumido tradicionalmente por diversas culturas de la selva amazónica. Generalmente, esta bebida se prepara a partir de la decocción conjunta de dos plantas nativas: la liana *Banisteriopsis caapi* y las hojas del arbusto *Psychotria viridis* (Schultes y Hofmann, 2000). Ambos ingredientes contienen una serie de sustancias psicoactivas capaces de ocasionar poderosas experiencias visionarias (Callaway, 2005, 2006).

“Ayahuasca” es un término de la lengua Quechua que, traducido al español, significa “liana de los muertos” o “enredadera de los espíritus” (Metzner, 2006). Este nombre cobra sentido si tenemos en cuenta que los grupos que consumen ritualmente esta bebida le atribuyen la capacidad de transportar al ser humano a una dimensión invisible, habitada por entidades espirituales (Luna, 2011a; Reichel-Dolmatoff, 1975, 1978).

Se ha documentado el uso de ayahuasca en más de 72 grupos culturales amazónicos, incluyendo tribus indígenas y comunidades mestizas (Brabec de Mori, 2011; Luna, 1986). Estos grupos emplean diferentes nombres para referirse a la bebida, incluyendo “yagé”, “caapi”, “nixi pae” y “natém”. En estos contextos, la ayahuasca es consumida en instancias rituales específicas, con fines terapéuticos, mágico-religiosos y/o adivinatorios (Luna, 1986, 2011a; Naranjo, 2012).

En décadas recientes la ayahuasca ha tendido a llamar fuertemente la atención de un número cada vez mayor de personas no-indígenas alrededor del mundo. Año tras año son cientos los occidentales que se trasladan a la selva amazónica con el objetivo de participar en rituales donde se consume este antiguo y misterioso brebaje (Dobkin de Rios, 1994; Fotiou, 2014). Este fenómeno cultural se ubica en un punto intermedio entre el turismo y el peregrinaje, toda vez que para muchos el hecho de viajar a la amazonía a tomar ayahuasca constituye una suerte de rito iniciático, un paso decisivo en su búsqueda espiritual (cf. Winkelman, 2005).

Paralelamente, existe en la actualidad un proceso complementario de internacionalización de las prácticas de consumo. La ayahuasca ha dejado su hábitat de origen para insertarse en contextos culturales diversos, muchas veces dentro de los grandes centros urbanos del mundo (Labate, Canvar y Freedman, 2014; cf. Labate y Jungaberle, 2011). Este fenómeno involucra una exportación del saber indígena y mestizo tradicional, donde curanderos y chamanes amazónicos viajan a otros países para ofrecer sus rituales y demás servicios. Este proceso ha seguido un curso acelerado, impulsado por el propio dinamismo de la

globalización y la cultura posmoderna (Labate, 2014; Tupper, 2008).

Nuestro país no ha permanecido ajeno a esta realidad. Actualmente existe en Chile un número indeterminado de personas que consumen ayahuasca en forma regular o que han probado la bebida al menos una vez en su vida. A la fecha, no se han realizado estudios que permitan delimitar el perfil demográfico de los usuarios chilenos, definir sus patrones de consumo, ni tampoco identificar las motivaciones que llevan a estas personas a consumir esta sustancia. De igual manera, si bien sabemos de su existencia, no contamos con un catastro de los grupos ayahuasqueros nacionales, ni de los practicantes extranjeros que visitan cada año nuestro país.

No obstante lo anterior, el consumo de ayahuasca en territorio chileno ha alcanzado cierta notoriedad pública en los últimos años. Esto, debido principalmente a dos casos en los que usuarios de la bebida se vieron envueltos en problemas con la ley. En primer lugar, tenemos el caso “Manto Wasi”, donde un chamán vegetalista chileno y su pareja fueron detenidos y procesados por el cargo de tráfico ilícito de estupefacientes en 2008 (Méndez, 2009; Sánchez, De Loenen y Bouso, 2015). En segundo lugar encontramos el caso de la “Secta de Colliguay”, donde un grupo de jóvenes fue cómplice del asesinato de un recién nacido a manos de un autoproclamado maestro espiritual en 2013 (Foxley, 2013).

La polémica desatada por ambos casos dio cabida a una serie de declaraciones cruzadas en los medios de comunicación. Gran parte de la discusión tenía que ver con los posibles riesgos asociados al consumo de ayahuasca. Desde nuestro punto de vista, muchas de las declaraciones –tanto de detractores como de defensores– que aparecieron en noticieros, periódicos y otros medios fueron altamente desafortunadas, pues daban cuenta de un franco desconocimiento de la evidencia científica y académica disponible sobre el uso ritual de la bebida y de otras sustancias similares.

En este contexto, nos resulta claro en qué medida los científicos, académicos y profesionales de la salud mental chilenos carecemos de información fidedigna y actualizada sobre el consumo de ayahuasca y sus posibles efectos sobre la salud y el bienestar de los usuarios. Esto se debería, al menos en parte, a que el progresivo aumento en el número de usuarios alrededor del mundo no se ha visto acompañado por un crecimiento proporcional de una literatura accesible y de calidad sobre el tema (Labate y Bouso, 2013). Por otro lado, sabemos que existe en nuestra sociedad un fuerte prejuicio hacia aquellas sustancias que alteran profundamente la

conciencia, las que tienden a ser fácilmente demonizadas sin atender a la información científica y académica existente (cf. Ott, 2000).

Atendiendo a este panorama, nos hemos propuesto realizar una revisión de la literatura antropológica, sociológica, psicológica y médica sobre la ayahuasca, considerando información relativa a su historia, sus formas de preparación, sus modalidades y contextos de uso, sus efectos fisiológicos y subjetivos y sus efectos sobre la salud mental de los usuarios. Este trabajo está pensado como una introducción para profesionales de la salud mental chilenos, tomando en cuenta la relevancia que reviste este tema emergente para quienes ejercemos como clínicos e investigadores en nuestro ámbito nacional. Considerando la variedad de temas que queremos desarrollar, hemos optado por presentar nuestra revisión en una serie de artículos breves, donde cada uno abordará ciertos tópicos específicos.

En este primer artículo nos referiremos a la historia del consumo de ayahuasca, abarcando desde sus orígenes en el contexto indígena amazónico hasta su actual proceso de internacionalización. Mostraremos cómo las costumbres asociadas a la ingesta de la bebida han ido transformándose a medida que transitan desde el ámbito indígena, pasando por la órbita cultural mestiza, hasta insertarse en la cultura posmoderna y la aldea global. Al reconstruir la historia del consumo de ayahuasca estamos delimitando el contexto general para las reflexiones que seguirán en los siguientes artículos de la serie. Asimismo, este ejercicio nos permitirá comprender el modo en que la ayahuasca llega a insertarse en nuestro país, adaptándose a las demandas y expectativas de la esfera cultural chilena.

ORÍGENES DEL CONSUMO DE AYAHUASCA ENTRE LOS INDÍGENAS DE LA SELVA AMAZÓNICA

La cuenca del río Amazonas cubre una extensa área del continente sudamericano, abarcando territorios de diferentes países como Perú, Ecuador, Colombia, Bolivia y Brasil. Pese a su gran extensión, se trata de una región sumamente homogénea en términos climáticos, botánicos y topográficos. Según señala MacRae (1992), esta homogeneidad se reproduce en los estilos de vida, las creencias y las costumbres de los habitantes indígenas y mestizos de la amazonía. Galvão (1976) atribuye esta uniformidad cultural a la influencia ejercida por los colonizadores y misioneros europeos –principalmente españoles y portugueses– que ocuparon la región a comienzos del siglo XVII, quienes impusieron a los nativos la fe católica modificando sustancialmente su cultura, su religión y su cosmovisión tradicionales.

Los diferentes grupos que poblaban la amazonía a la llegada de los colonizadores presentaban varios rasgos culturales comunes, entre los que destacan sus creencias y costumbres religiosas. Algunos de estos elementos sobrevivieron al proceso de aculturación iniciado por los europeos, mientras que otros tendieron a matizarse o desaparecer. Las tradiciones que lograron permanecer en el acervo cultural de los nativos fueron aquellas que estaban más íntimamente relacionadas con su entorno y para las cuales no existían elementos equivalentes en la religión cristiana (MacRae, 1992). Entre las costumbres que permanecieron más o menos intactas en el tiempo, la ingesta ritual de ayahuasca es quizás una de las más importantes.

Resulta difícil determinar con exactitud la antigüedad del uso de la bebida entre los nativos de la amazonía. La evidencia arqueológica a este respecto es escasa e imprecisa, principalmente debido a las condiciones climáticas y de suelo de la región (Grob, 2014). Generalmente, se cree que las prácticas asociadas al consumo de ayahuasca tendrían varios miles de años de antigüedad (cf. Naranjo, 1986; Samorini, 2001). Sin embargo diversos autores han cuestionado esta idea, señalando que el uso ritual de la bebida habría sido incorporado tardíamente por diferentes culturas indígenas (cf. Brabec de Mori, 2011). En este contexto, por ejemplo, Langdon y Rose (2014) dan cuenta de cómo los indios Guaraní de la aldea Mbiguaçu en Brasil adoptaron el consumo ritual de ayahuasca recién a comienzos del siglo XXI, si bien en su discurso la bebida aparece representada como un elemento cultural ancestral.

Ahora bien, pese a que no existe evidencia arqueológica conclusiva sobre el uso pre-colombino de ayahuasca entre los nativos amazónicos (Brabec de Mori, 2011), sí sabemos con certeza que se trataba una práctica habitual en la América colonial (Labate, Canvar y Freedman, 2014). De acuerdo con Luna (2011a), una de las primeras referencias europeas sobre el uso de ayahuasca en el continente sudamericano corresponde al padre José Chantre y Herrera, quien publicó una historia de las misiones jesuitas en el Nuevo Mundo. En su crónica, el autor menciona la ingesta de un “brebaje diabólico” entre los nativos, sustancia que probablemente correspondería a la bebida que hoy conocemos como ayahuasca. Posteriormente, a mediados del siglo XIX, el funcionario del gobierno ecuatoriano Manuel Villavicencio informó sobre el consumo y los efectos de la ayahuasca entre los indígenas del río Napo (Villavicencio, 1858), y en 1873 el botánico y explorador británico Richard Spruce describió el uso de una bebida llamada “caapi” entre los Tukano del río Vapúes en Colombia (Spruce, 1873).

Los informes de Villavicencio y Spruce sitúan las prácticas indígenas asociadas al consumo de ayahuasca en una zona que limita al este con el río Negro en Brasil, al norte con el río Orinoco en Venezuela y al oeste con las faldas de la cordillera de los Andes en la amazonía ecuatoriana. Sin embargo, actualmente esta zona se ha ampliado hacia el oeste hasta las áreas costeras del Pacífico en Colombia, Panamá y Ecuador (Ott, 2000) y hacia el sur, llegando a las regiones amazónicas de Perú y Bolivia (Brabec de Mori, 2011; Dobkin de Rios y Rumrill, 2008). Como veremos más adelante, esta difusión de las prácticas de consumo hacia nuevos territorios dentro del continente sudamericano se habría debido principalmente a las transformaciones socioculturales ocasionadas por el auge del mercado del caucho en la amazonía a comienzos del siglo XX (Labate, Canvar y Freedman, 2014; Luna, 2011a).

Luna (1986) identificó un total de 72 grupos culturales que consumen ayahuasca en sus rituales, la mayoría de ellos ubicados en la región occidental de la selva amazónica. Este número ha tendido a aumentar con el paso de los años, incorporando a nuevas comunidades y grupos étnicos tanto dentro como fuera de la amazonía (Brabec de Mori, 2011; Luna, 2011a).

Entre la población nativa la ayahuasca es utilizada en el marco de complejos chamánicos, sirviendo para diferentes propósitos. Según se cree, la bebida permite diagnosticar y tratar diversas enfermedades, detectar remotamente la presencia de enemigos y localizar animales en la selva. Asimismo, ayuda en la preparación de los guerreros y cazadores y es usada durante los ritos de iniciación de los jóvenes de la tribu (Luna, 2011a; Namba y Neumann, 2004; Naranjo, 2012; Reichel-Dolmatoff, 1975; Tupper, 2009b). Por último, se observa que la ingesta colectiva de la bebida favorece la transmisión de normas y valores culturales, fortalece los lazos sociales dentro de la tribu y refuerza la identificación del individuo con su grupo (Andritzki, 1989; Luz, 2002; Reichel-Dolmatoff, 1981). En este sentido, para los indígenas amazónicos la ayahuasca es una herramienta cultural cuya utilización ritual cubre un amplio espectro de funciones, incluyendo usos médicos, religiosos y políticos.

DIVERSIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE CONSUMO EN EL ÁMBITO CULTURAL MESTIZO: VEGETALISMO, PAJELANÇA CABOCLA Y RELIGIONES DE AYAHUASCA

Hacia fines del siglo XIX y comienzos del XX la amazonía fue escenario de un intenso proceso migratorio propiciado por el auge del mercado internacional del caucho (Brabec de Mori, 2011; Luna, 2011a). De acuerdo con

Luna (2011a), la creciente demanda de caucho ocasionada por la revolución industrial generó un gran caos entre las comunidades nativas, donde muchos indígenas fueron esclavizados y trasladados a diferentes regiones dentro de la selva para servir como mano de obra en las plantaciones (cf. Araújo, 2004; Madera, 2009; Muratorio, 1991; Taussig, 1987). Asimismo, durante aquella época “la población mestiza, a menudo trabajando en áreas remotas lejos de cualquier establecimiento de salud, tuvo que acudir a chamanes indígenas en caso de enfermedad o accidente” (Luna, 1986, p. 31, trad. propia), lo cual habría favorecido un incipiente diálogo entre las tradiciones curativas nativas y la cultura de los caucheros (Franco y Conceição, 2002). Producto de este intercambio, muchas de las costumbres de los indígenas fueron apropiadas por los nuevos habitantes mestizos, incluyendo el consumo de ayahuasca.

En este contexto, numerosos pobladores no indígenas comenzaron a interesarse en aprender el chamanismo nativo. Lejos de consistir en una mera reproducción y difusión de las prácticas indígenas, la adopción del consumo de ayahuasca entre los mestizos supuso un profundo proceso de hibridación cultural. Esto llevó al surgimiento de nuevas modalidades de consumo ritual, en las que confluyen elementos de la cultura indígena junto con ideas, conceptos y costumbres extranjeras (Luna, 1986; 2011a). En este sentido, al transitar desde el ámbito indígena hacia la órbita cultural mestiza, el chamanismo amazónico se “reinventa” a sí mismo y se transforma bajo nuevos parámetros socioculturales.

El *vegetalismo* es una forma de chamanismo mestizo que se desarrolla principalmente en la amazonía peruana (Labate, Canvar y Freedman, 2014; Luna, 1986). Esta tradición se propagó inicialmente a través de los centros urbanos de la selva occidental, incluyendo las ciudades de Tarapoto, Iquitos y Pucallpa (Labate, Canvar y Freedman, 2014), y con el paso del tiempo se consolidó como un sistema terapéutico alternativo a la medicina oficial en la región amazónica.

Esta modalidad de chamanismo mestizo presenta un marcado énfasis en el aspecto terapéutico del uso de ayahuasca, a diferencia de lo que se observa en el chamanismo indígena, donde el consumo de la bebida sirve también a otros propósitos de carácter político, religioso y social (Luna, 1986). Otra importante diferencia respecto de las prácticas nativas tiene que ver con la incorporación de ideas extranjeras, principalmente cristianas, entre los curanderos mestizos (Luna, 1986, 2011a; MacRae, 1992). En este sentido, la tradición vegetalista constituye una compleja amalgama de

elementos culturales de origen diverso. Es común encontrar en las prácticas vegetalistas alusiones al poder de los santos y los ángeles cristianos, la Virgen María y Jesucristo, coexistiendo con referencias a entidades espirituales indígenas y otros seres invisibles de la naturaleza (Brabec de Mori, 2011; Luna, 1986, 2011a). Sin embargo, a pesar de estas diferencias, se observa que las prácticas terapéuticas de los vegetalistas se asemejan considerablemente a las desarrolladas por sus pares indígenas (Luna, 1986).

Paralelamente en Brasil, el intercambio cultural propiciado por la industria del caucho dio origen a lo que se conoce como *pajelança cabocla*. Así como ocurre en el vegetalismo peruano, la *pajelança* incorpora elementos de diversas matrices culturales, incluyendo el cristianismo popular de las zonas rurales de Brasil, el chamanismo indígena, el espiritismo y las costumbres religiosas afro-brasileñas (Langdon y Rose, 2014; Maués, 1994). Esta forma de chamanismo es muy popular en las regiones rurales de la amazonía brasileña, especialmente en aquellos sectores donde se desarrolló con mayor fuerza la extracción del caucho.

En estos lugares, el chamán o *pajé* es quien preside el ritual. Valiéndose de diferentes hierbas medicinales, rezos y técnicas extáticas, ofrece trabajos de sanación a quienes acuden a sus sesiones (Langdon y Rose, 2014). Durante su trance el *pajé* incorpora entidades espirituales conocidas con el nombre de “*encantados*” o “*caruanas*”; las que son las responsables de guiar la ceremonia. A través suyo los espíritus indican los tratamientos y curaciones a los que deben someterse los pacientes, los que incluyen diferentes procedimientos como la imposición de manos, la succión de enfermedades, la aplicación y fricción de *cachaça* en el cuerpo del enfermo, entre otros (Maués, 1994, 2005).

Tanto en la tradición vegetalista como en la *pajelança cabocla*, la ayahuasca es utilizada como una herramienta terapéutica. Ambos sistemas comparten una serie de elementos en común, siendo reelaboraciones híbridas del chamanismo indígena amazónico. Los chamanes y *pajés* mestizos se valen del poder visionario de la bebida para diagnosticar y tratar diferentes enfermedades, recurriendo también a otras técnicas de sanación espiritual que son ajenas a la cultura de los nativos.

Existen también en Brasil otros grupos no indígenas que consumen ayahuasca en sus rituales. A diferencia de lo que se observa en la *pajelança cabocla*, en estos grupos la bebida es utilizada como una sustancia sacramental en un contexto explícitamente religioso. Las “iglesias de ayahuasca” son cultos sincréticos de raíz cristiana cuyo origen se remonta a los inicios del siglo pasado, apareciendo por primera vez

en el estado de Acre en la amazonía de Brasil (Labate, MacRae y Goulart, 2010). Estos movimientos religiosos forman parte del patrimonio cultural de las comunidades mestizas de la amazonía brasileña, constituyendo otra de las múltiples expresiones de los procesos de hibridación y transformación cultural ocurridos en la región desde fines del siglo XIX (Goulart, 2002; Labate y Pacheco, 2002).

El surgimiento de estos cultos brasileños sigue la siguiente cronología: la iglesia del *Santo Daime* fue la primera religión de ayahuasca en ser fundada, estableciéndose formalmente en 1930 en la ciudad de Rio Branco, capital del estado de Acre (Dawson, 2013; MacRae, 2000). Este grupo fue organizado por un ex *seringueiro* (trabajador del caucho) de ascendencia afro-brasileña que migró a la amazonía durante el primer *boom* de la extracción cauchera. Más adelante en 1945, también en Rio Branco nace un culto llamado *Barquinha*, el cual fue fundado por un hombre que había sido miembro del Santo Daime desde los inicios de la doctrina (Araújo, 2002; Goulart, 2008). Finalmente, en 1961 se establece la *União do Vegetal* en la localidad de Porto Velho, en el estado de Rondônia (Brissac, 2002).

Según explican Labate, MacRae y Goulart (2010), “estas religiones reelaboran el uso de preparaciones psicoactivas, insertándolas dentro de sistemas de creencias locales a través de una lectura influenciada por el cristianismo” (p. 2, trad. propia). Tal como ocurre con la *pajelança*, en estos cultos convergen diferentes matrices culturales, como son el chamanismo tradicional amazónico, el cristianismo popular y la devoción a los santos, las religiones afro-brasileñas, el espiritismo kárdécista y el esoterismo europeo (Dawson, 2012, 2013; Gentil y Gentil, 2002; Labate, MacRae y Goulart, 2010).

En estas iglesias la ayahuasca es vista como un sacramento religioso que reemplaza la ostia cristiana (Ott, 2013). La bebida se consume en rituales colectivos orientados a la redención espiritual y la transformación personal de los adeptos. Si bien las costumbres de estos grupos presentan elementos que remiten a la cultura de los nativos amazónicos, en general sus prácticas se alejan considerablemente de cualquier otro uso tradicional conocido de la ayahuasca.

INTERNACIONALIZACIÓN DE LA AYAHUASCA

En décadas recientes el uso ritual de ayahuasca ha sido objeto de un intenso proceso de internacionalización, el cual implica que las prácticas de consumo tradicionales sean dislocadas de su contexto de origen para insertarse en entornos geográficos, sociales y culturales sumamente diversos (Kaplan, 2011; Labate, 2014;

Tupper, 2008, 2009a). La rápida difusión de estas prácticas alrededor del mundo ha generado un intenso debate en torno al estatus legal de la bebida y su consumo, así como sobre su legitimidad en términos culturales, terapéuticos y religiosos en diferentes países (Feeney y Labate, 2013; cf. Labate y Jungaberle, 2011). Asimismo, este proceso ha conducido a un progresivo aumento en el número de usuarios regulares de la bebida más allá de las fronteras de la selva amazónica.

Podemos identificar dos procesos complementarios que han favorecido la internacionalización de la ayahuasca. En primer lugar, encontramos lo que algunos autores han llamado “turismo de ayahuasca”, o más ampliamente “turismo de drogas” o “turismo chamánico” (Dobkin de Rios, 1994; Fotiou, 2014; Grunwell, 1998; Hoffmann, 2014; Winkelman, 2005), donde personas provenientes de diferentes países viajan a la selva amazónica para participar en rituales donde se consume la bebida. En segundo lugar, existe un proceso inverso donde curanderos indígenas y mestizos viajan a diversas regiones del planeta ofreciendo sus rituales a personas no-indígenas (Labate, 2014; Labate, Canvar y Freedman, 2014; Losonczy y Mesturini, 2010). Como veremos, este segundo proceso incluye también la expansión del ámbito de influencia de las iglesias de ayahuasca brasileñas, particularmente del Santo Daime y la *União do Vegetal* (Labate, MacRae y Goulart, 2010; Tupper, 2008).

De acuerdo con Hoffmann (2014), el “turismo de drogas” se habría originado hacia la segunda mitad del siglo XX, de la mano de ciudadanos europeos y norteamericanos que participaban en los movimientos contraculturales de aquella época, quienes estaban interesados en conocer los efectos psicoactivos de diferentes plantas y sustancias alucinógenas. Estos “narcoturistas” comenzaron a emprender costosos viajes hacia lugares donde el consumo de estas sustancias era permitido, a diferencia de lo que ocurría en sus países de origen (Winkelman, 2005). En un comienzo el turismo de drogas estaba motivado principalmente por la curiosidad de los viajeros. Sin embargo, en una época más reciente, esta forma de turismo comenzó a ser vista como un medio para acceder a experiencias que favorecen el desarrollo personal, satisfaciendo necesidades psicológicas y espirituales que no son cubiertas por los sistemas terapéuticos y religiosos de occidente (Fotiau, 2014; Winkelman, 2005).

En este contexto, se ha observado que el “turismo de ayahuasca” o “turismo chamánico” ha traído consigo numerosas consecuencias sobre la cultura de los nativos amazónicos. Las prácticas tradicionales de consumo han tendido a transformarse una vez más,

adaptándose a las necesidades y expectativas de los visitantes extranjeros (Brabec de Mori, 2014; Labate, 2014). Estos cambios han resultado en el surgimiento de nuevas modalidades de consumo de ayahuasca, las que estarían fuertemente atravesadas por una ética comercial que es propia de la cultura occidental (Dobkin de Rios, 1994; Dobkin de Rios y Rumrill, 2008).

De acuerdo con Dobkin de Rios (1994; Dobkin de Rios y Rumrill, 2008), el turismo de drogas ha hecho que la ayahuasca se transforme en un bien de consumo, sujeto a las leyes del mercado. Esto ha llevado a que muchos nativos y mestizos se hagan pasar por curanderos, engañando a los turistas occidentales para obtener ganancias económicas. Esta práctica traería consigo una serie de peligros para los visitantes extranjeros, incluyendo la posibilidad de ser drogados con sustancias peligrosas (diferentes de la ayahuasca), ser asaltados e incluso ser víctimas de abuso sexual (Dobkin de Rios y Rumrill, 2008; Luna, 2011b; Peluso, 2014).

Por otro lado, Labate (2014) ha descrito el desarrollo de un intenso proceso de “profesionalización” e “institucionalización” del vegetalismo amazónico, el cual supone la proliferación de centros de sanación chamánica ubicados en la selva peruana donde se ofrece a los turistas distintos servicios que se adaptan a sus requerimientos y expectativas, a la vez que se alejan de las costumbres tradicionales. Este proceso conlleva una diversificación en la oferta de servicios, incluyendo “paquetes” o “retiros” con actividades como temazcales, sesiones donde se consume el cactus San Pedro (*Trichocereus pachanoi*) y otras prácticas espirituales que nada tienen que ver con la cultura amazónica tradicional. Una situación similar se observa también en diferentes ciudades de Brasil (Langdon y Rose, 2014).

Ahora bien, según afirma Labate (2014), “la internacionalización de la ayahuasca puede ser vista como un proceso multidireccional” donde se constatan dos movimientos complementarios: “desde la ciudad a la selva” y “desde la selva a la ciudad” (p. 199, trad. propia). En este sentido, la difusión de las prácticas de consumo se ve impulsada también por la iniciativa de curanderos indígenas y mestizos que viajan a otras ciudades y países con el fin de ofrecer rituales de ayahuasca a personas no-indígenas (Labate, 2014; Losonczy y Mesturini, 2010). Generalmente, estos curanderos son invitados por sujetos que han visitado previamente la amazonía y que desean compartir la experiencia con otras personas en su lugar de origen. Asimismo, cabe notar que no es poco frecuente que este tipo de encuentros sean organizados, e incluso dirigidos, por psicólogos y otros profesionales de la salud mental (Caicedo, 2007; Labate, 2014; Langdon y Rose, 2014).

Las iglesias de ayahuasca también han jugado un papel sumamente importante en este movimiento “de la selva a la ciudad” (cf. Labate y Jungaberle, 2011; Tupper, 2008). Si bien el culto *Barquinha* ha permanecido circunscrito geográficamente y culturalmente al Estado de Acre, contando con alrededor de 500 afiliados (Araujo, 2002), a partir de la década de 1970 las iglesias del Santo Daime y *União do Vegetal* han expandido su radio de influencia más allá de las fronteras de Brasil. Actualmente estos grupos cuentan con varios miles de miembros en diferentes países, tanto dentro como fuera del continente sudamericano (cf. Labate y Jungaberle, 2011; Labate, MacRae y Goulart, 2010).

Como dijimos al comienzo de este trabajo, Chile no ha permanecido ajeno a este fenómeno de difusión de las prácticas de consumo de ayahuasca. Actualmente existe en el país un número indeterminado de personas que consumen la bebida en forma regular o que la han probado al menos una vez en su vida. Por otro lado, año tras año son muchos los ciudadanos chilenos que viajan a la selva amazónica para participar en rituales de ayahuasca. También sabemos que existen numerosos chamanes y curanderos (indígenas y mestizos) que visitan nuestro país con cierta frecuencia para realizar sus ceremonias en territorio chileno. Finalmente, encontramos en Chile grupos afiliados a las iglesias de ayahuasca de Brasil, particularmente al Santo Daime (Zelada, 2015).

PSICOLOGIZACIÓN DEL CONSUMO DE AYAHUASCA.

En una publicación reciente, la antropóloga brasileña Beatriz Labate (2014) analiza los diferentes procesos involucrados en la expansión internacional del vegetalismo peruano. La autora utiliza el término “neovegetalismo” para referirse a las prácticas chamánicas mestizas dislocadas de su ámbito cultural de origen, considerando las transformaciones operadas sobre las fórmulas y representaciones tradicionales sobre la ayahuasca en el marco de las sociedades posmodernas.

Entre los distintos fenómenos descritos por Labate (2014) nos interesa destacar aquí lo que la autora denomina la “psicologización” del chamanismo amazónico. Según explica, en el escenario actual de occidente, la ayahuasca ha tendido a transformarse progresivamente en una herramienta de autoexploración análoga a la psicoterapia. En palabras de Labate (2014),

Históricamente, la categoría de ‘chamán’ emergió como una suerte de ‘psiquiatra de los primitivos’ y la figura del chamán ha sido comparada a la del psiquiatra de nuestra sociedad. Con la internacionalización de la ayahuasca, estos paralelos explícitos

entre psiquiatría y chamanismo, o chamanismo y estados alterados de conciencia, se han desarrollado y establecido como un paradigma central. La experiencia de la ayahuasca es interpretada como una forma de autoconocimiento reflexivo y una técnica para construir el self moderno (p. 184, trad. propia).

En su exposición, la autora cita a Anthony Giddens (1991) aludiendo al desarrollo de una creciente reflexividad en el espíritu humano en el contexto de la modernidad tardía, donde las personas necesitan de una u otra manera “encontrarse a sí mismas” y establecer así un sentido de identidad. A medida que los límites de la cultura y las identidades modernas comienzan a difuminarse, las personas se ven enfrentadas a la necesidad de buscar nuevas formas de construir significados personales para así hallar su lugar en el mundo.

De acuerdo con Labate (2014), “la reflexividad del self moderno se evidencia en el crecimiento de todas las modalidades de autoayuda, consultas y terapia. En este contexto, la ayahuasca se vuelve una entre una variedad de posibles modalidades para aprehender el moderno self reflexivo” (p. 185, trad. propia). En otras palabras, el consumo ritual de ayahuasca se transforma en una actividad terapéutica ejercida por “especialistas” cuya labor se torna equivalente a la del psicoterapeuta occidental.

La autora advierte que, dentro de este contexto, en muchos casos los “psicólogos y otras clases de terapeutas son considerados pre-adaptados para asumir el rol de chamán o de guía en sesiones de ayahuasca” (p. 185, trad. propia), existiendo una verdadera yuxtaposición y fusión de roles que es comúnmente aceptada y comprendida. Cada vez con mayor frecuencia encontramos a colegas psicólogos dirigiendo o apoyando en trabajos de sanación con ayahuasca, tanto en Chile como en el resto del mundo (Caicedo, 2007; Langdon y Rose, 2014). Por otro lado, Luna (2011b) observa que en diferentes países existen personas sin experiencia en psicoterapia u otras prácticas afines que se atribuyen la capacidad de dirigir rituales de sanación, lo cual supondría evidentes riesgos para quienes participan en este tipo de ceremonias.

De este modo, vemos cómo una vez más las prácticas tradicionales de consumo atraviesan un proceso de profunda transformación y reelaboración a medida que se insertan en un nuevo contexto cultural (Labate, Canvar y Freedman, 2014). Esto incluye cambios no solo en las costumbres asociadas a la ingesta de ayahuasca, sino también en las representaciones culturales sobre la bebida y su consumo. En este contexto, Labate (2014) observa que las experiencias inducidas por la ingesta

tienden a ser analizadas por usuarios e investigadores bajo el prisma de diferentes modelos psicológicos y psicoterapéuticos occidentales, dando forma a un lenguaje propio que se aleja de las nociones nativas. Asimismo, la autora afirma que el neo-vegetalismo tiende a enfatizar la importancia de los elementos visionarios de la experiencia en detrimento de los demás efectos de la ingesta (vómitos, diarrea, escalofríos, etc.). Estas manifestaciones corporales suelen ser vistas como “menos importantes o como efectos secundarios menores” (p. 185, trad. propia), siendo las visiones el núcleo verdadero y el fin último de la experiencia.

Desde esta perspectiva, las imágenes que emergen durante la experiencia suelen ser interpretadas como expresando contenidos inconscientes que pueden ser descifrados como ocurre con los sueños. Este énfasis en el aspecto visual de la experiencia contrasta con las nociones nativas, donde se considera que los efectos fisiológicos de la ingesta (particularmente el acto de vomitar o “purgar”) son tan fundamentales y valiosos como las visiones (Labate, 2014).

COMENTARIOS FINALES

A lo largo de nuestra exposición hemos podido ver cómo las prácticas asociadas al consumo de ayahuasca han ido transformándose a medida que transitan desde el ámbito cultural de los indígenas amazónicos hasta la aldea global posmoderna. Este tránsito ha favorecido el surgimiento de nuevas modalidades de consumo, las que se alejan de las costumbres tradicionales de los nativos amazónicos. En este contexto, reconocemos que, en la actualidad, el consumo de ayahuasca es un fenómeno cultural sumamente complejo y en constante transformación.

Los patrones de intercambio cultural que han dado forma a estas nuevas modalidades de consumo se despliegan en diferentes direcciones. Las tradiciones nativas y mestizas de la amazonía dialogan con los valores y discursos de occidente. Producto de este intercambio, las costumbres tradicionales asociadas al uso de ayahuasca han mutado para adaptarse a las expectativas de los usuarios occidentales. Estos cambios se constatan en diferentes contextos, tanto en la selva como en los grandes centros urbanos del mundo. Lo anterior rompe con la idea de que los usos contemporáneos de la ayahuasca son una mera evolución o continuación de las tradiciones de los indígenas amazónicos. Más bien, concordamos con Labate, Canvar y Freedman (2014) cuando afirman que los nuevos chamanismos de ayahuasca consisten en una reinvencción de los usos tradicionales, un fenómeno emergente que es reflejo del clima cultural de nuestros tiempos.

Este escenario nos confronta con una serie de desafíos que es preciso reconocer y abordar. En primer lugar, debemos tener en cuenta que la progresiva internacionalización de la ayahuasca ha supuesto un aumento en el número de usuarios en todo el mundo, incluyendo Chile. Estas personas participan en rituales y trabajos de sanación, buscando respuestas a sus inquietudes personales y espirituales. En este contexto, el consumo de ayahuasca aparece hoy como una alternativa válida para quienes han dejado de creer en los sistemas religiosos y terapéuticos de occidente. Esto nos lleva a reflexionar sobre el papel que nosotros, los profesionales de la salud mental, hemos de cumplir de cara a esta nueva situación emergente.

El aumento del consumo de ayahuasca determina que el estudiar la bebida, sus usos contemporáneos y sus efectos sobre la salud mental se tornen una tarea sumamente relevante. Psicólogos, psiquiatras e investigadores estamos llamados a asumir esta tarea con responsabilidad. Actualmente existe una abundante literatura dedicada a estos temas, así como una creciente comunidad científica interesada en aportar nuevos conocimientos en este campo (cf. Beyer, 2012). Sin embargo, la mayoría de los estudios realizados han sido implementados principalmente por antropólogos, sociólogos, etnobotánicos y otros profesionales de las ciencias sociales. De este modo, creemos necesario promover un mayor protagonismo entre quienes trabajamos directamente en el ámbito de la salud mental, entendiendo que nuestras disciplinas pueden aportar valiosos insumos al campo de los estudios de la ayahuasca.

Lo anterior es particularmente relevante si atendemos a la realidad nacional. Hasta donde sabemos, existe en Chile un número indeterminado de usuarios regulares de ayahuasca, quienes consumen la bebida en diferentes *settings*. En nuestro país operan numerosos grupos neo-vegetalistas que exhiben características similares a lo descrito por Labate (2014). Estos grupos publicitan sus actividades a través de diferentes medios, principalmente en redes sociales y sitios de internet. Asimismo, existen en Chile centros afiliados a la iglesia del Santo Daime que reúnen a personas de diferentes procedencias (Zelada, 2015). Todos estos grupos forman parte de una red mayor de practicantes neo-chamánicos donde se utilizan y comparten otras “medicinas psicoactivas” (p. ej. San Pedro, peyote, hongos psilocínicos, etc.), junto con diversas técnicas terapéuticas y espirituales tradicionales (p. ej. *kambó*, temazcales, etc.). Esto nos lleva a subrayar la importancia de estudiar la prevalencia del consumo de ayahuasca en territorio nacional, los patrones y modalidades de consumo de la bebida, el perfil

demográfico de los usuarios chilenos, las motivaciones de quienes optan por probar la ayahuasca y las consecuencias de la ingesta sobre la salud mental, entre otras variables relevantes.

REFERENCIAS

- Andritzky W (1989). Sociopsychotherapeutic functions of ayahuasca healing in Amazonia. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21(1), 77-89
- Araújo MG (2004). Cipó e imaginário entre seringueiros do Alto Juruá. *Revista de Estudos da Religião*, 1, 41-59
- Araújo WS (2002). A Barquinha: espaço simbólico de uma cosmologia em construção. En: BC Labate, WS Araújo (Eds.), *O uso ritual da ayahuasca* (pp. 541-555). São Paulo: Mercado de Letras
- Beyer SV (2012). Special ayahuasca issue introduction: toward a multidisciplinary approach to ayahuasca studies. *Anthropology of Consciousness*, 23(1), 1-5
- Brabec de Mori B (2011). Tracing hallucinations: contributing to a critical ethnohistory of ayahuasca usage in the Peruvian Amazon. En: BC Labate, H Jungaberle (Eds.), *The internationalization of ayahuasca* (pp. 23-47). Zurich: Lit Verlag
- Brabec de Mori B (2014). From the native's point of view: how Shipibo-Konibo experience and interpret ayahuasca drinking with "gringos". En B.C. Labate & C. Canvar (Eds.), *Ayahuasca shamanism in the Amazon and beyond* (pp. 206-230). New York, NY: Oxford University Press
- Brissac S (2002). José Gabriel da Costa: trajetória de um brasileiro, mestre e autor da União do Vegetal. En: BC Labate, WS Araújo (Eds.), *O uso ritual da ayahuasca* (pp. 571-587). São Paulo: Mercado de Letras
- Caicedo A (2007). Neochamanismos y modernidad: lecturas sobre la emancipación. *Revista Nómadas*, 26, 114-147
- Callaway JC (2005). Various alkaloid profiles in decoctions of *Banisteriopsis caapi*. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37(2), 151-155
- Callaway JC (2006). Phytochemistry and neuropharmacology of ayahuasca. En R. Metzner (Ed.), *Sacred vine of spirits: ayahuasca* (pp. 94-116). Rochester, VT: Park Street Press
- Dawson A (2012). Spirit possession in a new religious context: the umbandization of Santo Daime. *Nova Religio: The Journal of Alternative and Emergent Religions*, 15(4), 60-84
- Dawson A (2013). *Santo Daime: a new world religion*. New York, NY: Continuum Publishing Corporation
- Dobkin de Rios M (1994). Drug tourism in the Amazon. *Anthropology of Consciousness*, 5(1), 16-19
- Dobkin de Rios M, Rumrill R (2008). A hallucinogenic tea, laced with controversy: ayahuasca in the Amazon and the United States. Westport, CT: Praeger
- Feeney K, Labate BC (2013). Religious freedom and the expansion of ayahuasca ceremonies in Europe. En: C Adams, D Luke, A Waldstein, B Sessa, D King (Eds.), *Breaking convention: essays on psychedelic consciousness* (pp. 117-128). London: Strange Attractor Press
- Fotiou E (2014). On the uneasiness of tourism: considerations on shamanic tourism in western Amazonia. En: BC Labate, C Canvar (Eds.), *Ayahuasca shamanism in the Amazon and beyond* (pp. 159-181). New York, NY: Oxford University Press
- Foxley V (2013). Cinco gotas de sangre: la historia íntima de Antares de la Luz y la secta de Colliguay. Santiago: Catalonia
- Franco MC, Conceição OS (2002). Breves revelações sobre a ayahuasca: o uso do chá entre os seringueiros do Alto Juruá. En: BC Labate, WS Araújo (Eds.), *O uso ritual da ayahuasca* (pp. 201-227). São Paulo: Mercado de Letras
- Galvão E (1976). *Santos e visagens*. São Paulo: Companhia Editora Nacional
- Gentil LR, Gentil HS (2002). O uso de psicoativos em um contexto religioso: a União do Vegetal. En: BC Labate, WS Araújo (Eds.), *O uso ritual da ayahuasca* (pp. 559-569). São Paulo: Mercado de Letras
- Giddens A (1991). *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. London: Polity
- Goulart SL (2002). O contexto de surgimento do culto do Santo Daime: formação da comunidade e do calendário ritual. En: BC Labate, WS Araújo (Eds.), *O uso ritual da ayahuasca* (pp. 277-301). São Paulo: Mercado de Letras
- Goulart SL (2008). Estigmas de grupos ayahuasqueiros. En: BC Labate, S Goulart, M Fiore, E MacRae, H Carneiro (Eds.), *Drogas e cultura: novas perspectivas* (pp. 251-287). Salvador de Bahia: Editora da Universidade Federal de Bahia
- Grob CS (2014). Foreword. En: BC Labate, C Canvar (Eds.), *The therapeutic use of ayahuasca* (pp. vii-xiv). Heidelberg: Springer
- Grunwell JN (1998). Ayahuasca tourism in South America. *MAPS Bulletin*, VIII(3), 59-62
- Hoffmann B (2014). Drug consumption tourism as a social phenomenon. *Trakia Journal of Sciences*, 12(2), 455-460
- Kaplan C (2011). Foreword: ayahuasca and the coming transformation of the international drug control system. En: BC Labate, H Jungaberle (Eds.), *The internationalization of ayahuasca* (pp. 15-19). Zurich: Lit Verlag
- Labate BC (2014). The internationalization of Peruvian vegetalismo. En: BC Labate, C Canvar (Eds.), *Ayahuasca shamanism in the Amazon and beyond* (pp. 182-205). New York, NY: Oxford University Press
- Labate BC, Bouso JC (2013). Cura, cura cuerpecito: reflexiones sobre las posibilidades terapéuticas de la ayahuasca. En: BC Labate, JC Bouso (Eds.), *Ayahuasca y salud* (pp. 28-45). Barcelona: La Liebre de Marzo
- Labate BC, Canvar C, Freedman FB (2014). Notes on the expansion and reinvention of ayahuasca shamanism. En: BC Labate, C Canvar (Eds.), *Ayahuasca shamanism in the Amazon and beyond* (pp. 3-15). New York, NY: Oxford University Press
- Labate BC, Jungaberle H (Eds.). *The internationalization of ayahuasca*. Zurich: Lit Verlag
- Labate BC, MacRae E, Goulart S (2010). Brazilian ayahuasca religions in perspective. En: BC Labate, E MacRae (Eds.), *Ayahuasca, ritual and religión in Brazil* (pp. 1-20). London: Equinox
- Labate BC, Pacheco G (2002). Matrizes maranhenses do Santo Daime. En: BC Labate, WS Araújo (Eds.), *O uso ritual da ayahuasca* (pp. 303-344). São Paulo: Mercado de Letras
- Langdon JE, Rose IS (2014). Medicine alliance: contemporary shamanic networks in Brazil. En: BC Labate, C Canvar (Eds.), *Ayahuasca shamanism in the Amazon and beyond* (pp. 81-104). New York, NY: Oxford University Press
- Losonczy AM, Mesturini S (2010). La selva viajera: rutas del chamanismo ayahuasquero entre Europa y América. *Religião e Sociedade*, 30(2), 164-183
- Luna LE (1986). Vegetalismo: shamanism among the mestizo population of the Peruvian Amazon. Estocolmo: Alqvimist and Wiksell
- Luna LE (2011a). Indigenous and mestizo use of ayahuasca. An overview. En: RG dos Santos (Ed.), *The Ethnopharmacology of ayahuasca* (pp. 1-21). Kerala, India: Transworld Research Network
- Luna LE (2011b). Some reflections on the global expansion of ayahuasca. En: BC Labate, H Jungaberle (Eds.), *The internationalization of ayahuasca* (pp. 123-129). Zurich: Lit Verlag
- Luz P (2002). O uso ameríndio do caapi. En: BC Labate, WS Araújo (Eds.), *O uso ritual da ayahuasca* (pp. 37-68). São Paulo: Mercado de Letras

40. MacRae E (1992). Guiado pela lua: xamanismo e o uso ritual da ayahuasca no culto de Santo Daime. São Paulo: Brasiliense
41. MacRae E (2000). El Santo Daime y la espiritualidad brasileña. Quito: Abya Yala
42. Madera LM (2009). Visions of Christ in the Amazon: the gospel according to ayahuasca and Santo Daime. *Journal for the Study of Religion, Nature and Culture*, 3(1), 66-98
43. Maués RH (1994). Medicinas populares e “pajelança cabocla” na Amazônia. En: PC Alves, MC Minayo (Eds.), *Saúde e doença: um olhar antropológico* (pp. 73-81). Rio de Janeiro: FIOCRUZ
44. Maués RH (2005). Técnicas corporais de cura espiritual: semelhanças, diferenças, significados. *Revista de Ciências Sociais*, 36(1/2), 97-104
45. Méndez M (2009). Ayahuasca: medicina amazónica en el debate. Entrevista al chamán Rumi, detenido por usar ayahuasca en rituales de sanación. *Uno Mismo*, 239, 28-33
46. Metzner R (Ed.) (2006). *Sacred vine of spirits: ayahuasca*. Rochester, VT: Park Street Press
47. Muratorio B (1991). *The life and times of Grandfather Alonso: culture and history in the Upper Amazon*. New Brunswick, Canada: Rutgers University Press
48. Namba M, Neumann EJ (Eds.) (2004). *Shamanism: an encyclopedia of world beliefs, practices, and culture*. Santa Barbara, CA: ABC Clío
49. Naranjo C (2012). *Ayahuasca: la enredadera del río celestial*. Barcelona: Ediciones La Llave
50. Naranjo P (1986). La ayahuasca en la arqueología ecuatoriana. *América Indígena*, 46(1), 117-127
51. Ott J (2000). *Pharmacothéon: drogas enteogénicas, sus fuentes vegetales y su historia*. Barcelona: La Liebre de Marzo
52. Ott J (2013). Yagé chamánico: ni sacramento religioso, ni tampoco remedio contra la “dependencia química”. En: BC Labate, JC Bouso (Eds.), *Ayahuasca y salud* (pp. 433-457). Barcelona: La Liebre de Marzo
53. Peluso D (2014). Ayahuasca’s attractions and distractions: examining sexual seduction in shaman-participant interactions. En: BC Labate, C Canvar (Eds.), *Ayahuasca shamanism in the Amazon and beyond* (pp. 231-255). New York, NY: Oxford University Press
54. Reichel-Dolmatoff G (1975). *The shaman and the jaguar; a study of narcotic drugs among the Indians of Colombia*. Philadelphia, PA: Temple University Press
55. Reichel-Dolmatoff G (1978). *Beyond the milky way: hallucinatory imagery of the Tukano Indians*. Los Angeles, CA: UCLA
56. Reichel-Dolmatoff G (1981). *Amazonian cosmos: the sexual and religious symbolism of the Tukano Indians*. Chicago, IL: University of Chicago Press
57. Samorini G (2001). *Los alucinógenos en el mito: relatos sobre el origen de las plantas psicoactivas*. Barcelona: La Liebre de Marzo
58. Sánchez C, De Loenen BK, Bouso JC (2015). Imagine you are a judge: ayahuasca in the courtroom. *MAPS Bulletin*, 25(1), 13-17
59. Schultes RE, Hofmann A (2000). *Plantas de los dioses: orígenes del uso de los alucinógenos*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica
60. Spruce R (1873). On some remarkable narcotics of the Amazon valley and Orinoco. *Ocean Highways, Geographical Magazine*, 1, 184-193
61. Taussig M (1987). *Shamanism, colonialism and the wild man: a study in terror and healing*. Chicago: University of Chicago Press
62. Tupper KW (2008). The globalization of ayahuasca: harm reduction or benefit maximization? *International Journal of Drug Policy*, 19(4), 297-303
63. Tupper KW (2009a). Ayahuasca healing beyond the Amazon: the globalization of a traditional indigenous entheogenic practice. *Global Networks: A Journal of Transnational Affairs*, 9(1), 117-136
64. Tupper KW (2009b). Entheogenic healing: the spiritual effects and therapeutic potential of ceremonial ayahuasca use. En: JH Ellens (Ed.), *the healing power of spirituality: how faith helps humans thrive* (Vol. 3, pp. 269-282). Westport, CT: Praeger
65. Villavicencio M. (1858). *Geografía de la República del Ecuador*. New York, NY: R. Craigshead
66. Winkelman M (2005). Drug tourism or spiritual healing? Ayahuasca seekers in Amazonia. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37(2), 209-218
67. Zelada V (2015). *Adaptación cultural de la religión brasileña Santo Daime al contexto de Santiago de Chile*. Disertación de licenciatura no publicada, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile

