

SODEPSI

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE

PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

PSIQUIATRÍA · PSICOLOGÍA · CIENCIA · CULTURA | TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 12, VOLUMEN 12, Nº 1 MARZO DE 2016

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

Julia Acuña

Claudia Almonte

Juan Carlos Almonte

M. Luz Bascuñán

Sergio Bernales

Alberto Botto

Francisco Bustamante

Patricia Cordella

Susana Cubillos

Guillermo de la Parra

Michele Dufey

Ramón Florenzano

Juan Pablo Jiménez

Juan Francisco Jordán

Eduardo Llanos

Felipe Martínez

Juan Carlos Martínez

César Ojeda

Gricel Orellana

Sandra Saldivia

Jaime Santander

André Sassenfeld

Catalina Scott

Hernán Silva

Jaime Silva

Benjamín Vicente

Hernán Villarino

www.revistagpu.cl

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

6 EDITORIAL

6 ¿UNA DEPRESIÓN SIN DEPRESIÓN?

Alberto Botto

8 ESCRÍBANOS

10 ACADÉMICAS

10 SHAKESPEARE DESDE EL PSICOANÁLISIS

11 COMPRENSIÓN PSICOANALÍTICA DE LOS CUADROS PSIQUIÁTRICOS

12 DIPLOMADO MANEJO CLÍNICO EN PSIQUIATRÍA DEL ADULTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

13 DIPLOMADO PSICOPATOLOGÍA INFANTOJUVENIL

14 COMENTARIO DE LIBROS

14 RELATOS CLÍNICOS: FILOSOFÍA Y TERAPIA NARRATIVA

Autora: Ana María Zlachevsky

Editorial: Ediciones Mayor, Santiago, 2015

Comentarista: Carlos Varas Alfaro

16 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

18 ENSAYO

18 LA DIALÉCTICA DEL SEÑOR Y EL SIERVO. EL PROBLEMA DE LA INTERSUBJETIVIDAD EN HEGEL

Hernán Villarino

24 LO QUE NUESTROS PACIENTES NOS ENSEÑAN

Claudio Araya, Rodrigo Brito

35 REVISIÓN

35 MENSAJES PÓSTUMOS Y DISCURSO SUICIDA: HACIA LA TEORÍA DEL NO LUGAR SUICIDA

Francisco Ceballos-Espinoza

42 TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO: APATÍA, DESCONTROL EMOCIONAL Y TRASTORNO DE LA AUTOCONCIENCIA

Ben-Hur Palma y Elizabeth Horta

51 CANNABIS Y RIESGO DE PSICOSIS

José Tomás Donoso, Maritza Bocic

54 TRASTORNOS DEL ÁNIMO

54 TERAPÉUTICAS COMPLEMENTARIAS EN DEPRESIÓN: DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA

Pedro Retamal y Carolina Loo

64 COGNICIÓN SOCIAL EN PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR: EVIDENCIA DISPONIBLE PARA UNA PROPUESTA DE ANÁLISIS INTERNIVEL

Ulises Ríos

69 PSICOTERAPIA

69 HEALING THE SPLIT: SOBRE EL CONCEPTO DE INTEGRACIÓN EN LA TERAPIA GESTALT

David Ceballos

77 PSICOANÁLISIS

77 ABORDAR AL "OTRO" DESDE UN PROCESO ASOCIATIVO ANALÍTICAMENTE ALETARGADO

Andrés Correa

89 PSICOPATOLOGÍA

89 PSICOPATOLOGÍA EN COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN

Carolina Barros, Maritza Bocic

94 DELIRIO DE PARASITOSIS

Carla Sepúlveda, Gonzalo Espinoza y Maritza Bocic

99 INVESTIGACIÓN

99 CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA PARA MEDIR LOS CUATRO COMPONENTES DEL AMOR DE PAREJA

Fernando Maureira

¿UNA DEPRESIÓN SIN DEPRESIÓN?

Alberto Botto

Cuando Emil Kraepelin describió la “locura manícodepresiva” en el año 1913 estableció como parámetro fundamental para su agrupación nosológica el curso clínico de la enfermedad definido por las condiciones de aparición, evolución y terminación. Utilizando ese criterio incluyó la *locura periódica y circular*, la manía simple, la melancolía, algunos casos de amencia y ciertas constituciones personales consideradas como disposiciones patológicas del humor y que denominó “estados fundamentales” (Kraepelin, 2012). La “locura manícodepresiva” quedó caracterizada entonces como un conjunto de manifestaciones clínicas producto de un solo proceso patológico cuya delimitación diagnóstica no fue determinada por los síntomas sino más bien por una serie de características comunes propias de su transcurso. En primer lugar, Kraepelin postuló que si bien los síntomas podían aparecer de manera transitoria, alternante, simultánea (o no hacerlo nunca), transformándose progresivamente unos en otros, el sello distintivo de la enfermedad estaba dado por su pronóstico favorable ya que los cuadros agrupados no llevaban nunca al “deterioro psíquico”; como sí ocurría en los casos de psicosis esquizofrénica. Además, observó que las formas sintomáticas presentaban un curso episódico, con tendencia a la remisión y, por último, con una marcada propensión a transmitirse de manera hereditaria. A diferencia de lo que podría pensarse, la clasificación que propuso Kraepelin consideró una serie de cuadros clínicos que, bajo la mirada de los criterios diagnósticos actuales, se encuentra lejos de lo que estrictamente se conoce como enfermedad bipolar. Por el contrario, su propuesta apuntaba especialmente a establecer patrones diferenciales en un intento por delimitar nosológicamente el campo de las

enfermedades del ánimo. De hecho, lo que en último término pretendía Kraepelin era alcanzar una correlación entre la etiopatogenia, la anatomía patológica, la descripción clínica, la evolución y el pronóstico, adelantándose a los que, muchos años más tarde, serían los cinco criterios –llamados también “fases”– propuestos por Robins y Guze (1970) como requisitos para establecer la validez de un diagnóstico en psiquiatría: (1) descripción clínica, (2) estudios de laboratorio, (3) diferenciación con otros trastornos, (4) estudios de seguimiento y (5) estudios familiares.

Aunque estos criterios fueron elaborados a partir del análisis comparativo de las características de las esquizofrenias antiguamente llamadas “de buen pronóstico” y “de mal pronóstico”, su aplicación ha sido probada en otros cuadros clínicos obteniéndose resultados dispares. En cuanto a las alteraciones del ánimo, el intento por definir los límites de la psicopatología tiene una especial relevancia ya que sus manifestaciones se encuentran estrechamente vinculadas con experiencias emocionales habituales como la tristeza, el duelo, la alegría o el impulso hacia la creatividad. En efecto, el mismo Kraepelin consideraba que, dentro del diagnóstico diferencial de la “locura manícodepresiva”, se hallaba no solo la parálisis general, la arterioesclerosis o la histeria –entre otros cuadros– sino también la depresión psicógena. De esta forma dejó claramente establecido que aquellas depresiones motivadas –ya sea psicológica o situacionalmente– y cuyo curso estaba directamente relacionado con la causa que las originó se encontraban excluidas de la “locura manícodepresiva”.

Algunos decenios más tarde, en un texto de erudición deslumbrante, López-Ibor (1966) planteó que la

experiencia clínica le había mostrado que al lado de la *angustia reactiva* se encontraba la *angustia endógena*, la cual era análoga a la *tristeza endógena* del paciente melancólico, y defendió la transición entre la neurosis, la psicogénesis y las enfermedades del ánimo. Aunque el intento por ordenar la diversidad de formas clínicas que describió puede resultar algo abrumador, cabe destacar la manera en que revela la existencia de cuadros clínicos transicionales, vinculados con el carácter, en los que predomina la angustia y que se encuentran íntimamente relacionados con las circunstancias del medio exterior.

A pesar de que la dicotomía endógeno/psicógeno ha sido fuente de innumerables controversias, la observación clínica apoya la existencia de al menos dos tipos de experiencia depresiva: una reactiva a situaciones ambientales estresantes, que depende de la personalidad y en la que predominan los síntomas ansiosos, y otra con una evidente inhibición psicomotora, anhedonia, arreactividad ambiental y una marcada tendencia a la recurrencia. Ahora bien, si consideramos las ideas expresadas por Kraepelin podemos inferir dos cosas: en primer lugar, que lo que él llama “enfermedad maniaco-depresiva” sobrepasa lo que actualmente se denomina “enfermedad bipolar”, abarcando otros cuadros clínicos del así denominado “espectro afectivo”. En segundo lugar, que las “depresiones psicógenas” no se encuentran dentro de este grupo de enfermedades, razón por la cual se justificaría efectuar un diagnóstico diferencial. En consecuencia, ¿significa esto que debiéramos suponer la existencia de un cuadro anímico que no necesariamente forma parte de los *trastornos del ánimo*? ¿Una *depresión sin depresión*?

Para ser más exactos, si consideramos los criterios de Robins y Guze, probablemente el trastorno que más se adecua a lo que podría considerarse un “diagnóstico psiquiátrico válido” es la melancolía. Efectivamente, se ha visto que la melancolía es un trastorno con un perfil clínico característico, que presenta una fisiopatología estable, una respuesta típica a los tratamientos y una demostrada agregación familiar (Taylor y Fink, 2008). Sus manifestaciones más relevantes son la inhibición psicomotora –de hecho, tanto para la manía como para la depresión, la alteración del ánimo podría considerarse un epifenómeno del trastorno psicomotor nuclear–, la arreactividad, la anhedonia total, la alteración cronobiológica característica y la tendencia a la recurrencia. Por lo tanto, ¿habrá llegado el momento en que definitivamente el grupo de las depresiones reactivas (llámense psicógenas, caracterológicas o neuróticas) no se

consideren más como trastornos del ánimo primarios y, por lo tanto, deban ser removidas de ese lugar en las clasificaciones para considerarlas, por poner un ejemplo, como cuadros de tipo adaptativo? Evidentemente una propuesta de esta naturaleza deja de lado la posibilidad de considerar la mente como un campo causal legítimo (en cuyo caso sería imposible cumplir a cabalidad con los criterios de Robins y Guze) y la experiencia subjetiva como eje de la psicopatología, argumentos que se han utilizado para criticar los desarrollos de la psiquiatría neokraepeliniana. Sin embargo, lo cierto es que en la actualidad existe un renovado interés por revisar la nosología de los trastornos del ánimo. Una hipótesis muy interesante es la que ha desarrollado Koukopoulos (2009) respecto al lugar que ocupa la manía en el conjunto de las alteraciones anímicas. Utilizando diversas fuentes de evidencia (desde la farmacología clínica a la psicopatología), el autor sugiere que la manía –a diferencia de lo que se ha considerado históricamente– debiera ser entendida de manera amplia no simplemente como una euforia episódica asociada a hiperactividad sino como la manifestación de un diverso rango de comportamientos excitatorios. Esto es lo que llama “la primacía de la manía”: en contraposición a la noción de un estado maniaco como defensa o escape ante la depresión, postula que la depresión sería una consecuencia del proceso excitatorio que subyace a la manía, es decir, justamente lo opuesto a lo que sostiene el psicoanálisis.

¿Qué diría Freud al respecto? No lo sabemos, pero si confiamos en la anécdota documentada por Paul Roazen (citado por Ghaemi, 2013), Freud habría escrito su clásico texto “duelo y melancolía” de manera abrupta y apresurada con el objeto de adelantarse a la inminente publicación de un trabajo de su joven discípulo Víctor Tausk. Desde entonces, mucha agua ha pasado bajo los puentes. Afortunadamente.

REFERENCIAS

1. Ghaemi N (2013). Understanding mania and depression The Oxford handbook of philosophy and psychiatry (pp. 803-819). Oxford: Oxford University Press
2. Koukopoulos A, Ghaemi SN (2009). The primacy of mania: a reconsideration of mood disorders. *Eur Psychiatry*, 24(2), 125-134
3. Kraepelin E (2012). La locura maniaco-depresiva. Madrid: Ergon
4. López-Ibor J (1966). Las neurosis como enfermedades del ánimo. Madrid: Gredos
5. Robins E, Guze SB (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 126(7), 983-987
6. Taylor MA, Fink M (2008). Restoring melancholia in the classification of mood disorders. *J Affect Disord* 105(1-3), 1-14

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 general GPU

A fines de agosto pasado se ha presentado el nuevo borrador del futuro Plan Nacional de Salud Mental del MINSAL para el decenio (2016-2025)¹ y se ha llamado a una amplia participación en su construcción a diversas instituciones, entre las cuales hemos sido convocados desde la psiquiatría.

Lo primero que debemos destacar es que se continúa un proceso que es necesario para la Salud Pública y la Psiquiatría, es decir, establecer un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, con una mirada a largo plazo y que en Chile busca cerrar brechas financieras y de recursos, lo que no se hacía desde el año 2000.

Observamos en el borrador el deseo de ser *participativo*, pero a su vez advertimos lo complejo que es ello en un Plan Nacional con tantos intereses. Ya escuchamos la crítica cuando SONEPSYN, reclama por la demora de casi un año en la presentación del borrador y, por otro lado, que la construcción se realizó en la lógica “reforma-anti-reforma”².

Al respecto, es lamentable que se elimine la palabra *psiquiatría*, llegando a pensarse que se trataría de un Plan ajeno a nuestra especialidad. El anterior (actual)

“Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2001”³, integró con claridad desde el título los alcances de su dominio. Sin embargo este borrador pudiera tener peores prejuicios que la población general respecto a “psiquiatría”. Decide eliminarla.

Como se sabe, la palabra psiquiatría alude no simplemente una especialidad médica, sino una profesión especializada, que compartiendo el *ethos* de la medicina (diagnóstico y tratamiento) en su praxis social es llamada a tratar problemas que difícilmente da respuesta el complejo médico industrial. Señala Lolas⁴:

...“salud mental”; por su parte, tiene los atributos de una construcción pleonástica porque redundante en lo innecesario. De aceptarlo, cabría suponer que la especie “salud mental” es algo distinto de la “salud sin más”. Incluso una reciente edición de la revista “Lancet” cree aportar algo diciendo, tautológicamente, que no hay salud sin salud mental.

El borrador se inicia con un pormenorizado análisis de lo realizado en 25 años y de las brechas que este nuevo Plan debería resolver, pero su propuesta es sin duda aún muy preliminar y los psiquiatras deberíamos esforzarnos en contribuir sólidamente en esta etapa, pues vemos

mucha consigna y un discurso que suena poco moderno e integrador. Texto a ratos ajeno a los diversos desafíos actuales de la Salud Mental y Psiquiatría en el mundo, tiende a polarizar y repetir frases o cifras ya usadas desde hace mucho (No hay Salud sin Salud Mental, la Depresión es la principal causa de AVISA el 2020).

Explica el Dr. Mauricio Gómez que el borrador del Plan está destinado a ser un documento preliminar para estimular la discusión, la cual hoy está siendo realizada en diversos contextos. El desarrollo está a nivel de Objetivos y Estrategias generales, y tal como aparece en el documento, falta por precisar metas e indicadores, actividades etc., “lo cual es intencional para efectos de no cerrar la discusión sino a la inversa, estimularla”⁵.

Analicemos entonces los contenidos gruesos, los cimientos sobre los cuales se busca llamar a la discusión del documento convocante partiendo por su propósito y sus principios.

Veamos su propósito: “contribuir a mejorar la salud mental de la población mediante la identificación, implementación y evaluación de las estrategias y acciones más efectivas en el marco del modelo comunitario de salud mental y en coordinación con todos los sectores sociales”⁶.

¿Cómo podemos orientarnos y operar en Salud Pública desde este conjunto

¹ Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. 2015. “Plan nacional de Salud Mental 2016-2025” (Borrador).

² <http://www.sonepsyn.cl/index.php?id=4956>

³ Ministerio de Salud. Subsecretaría. 2011. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

⁴ Lolas, F. Salud mental y psiquiatría: Pluralidad y heterogeneidad. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2008; 46 (2): 97-98.

⁵ Expresiones del encargado de Salud Mental, Dr. M. Gómez, al agradecer la contribución crítica de la SONEPSYN.

⁶ Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. 2015. “Plan nacional de Salud Mental 2016-2025” (Borrador).

vacío que es todo y nada? ¿Contribuir a mejorar la salud mental no es acaso el propósito más evidente de lo que hacemos?

Esta definición de propósitos niega la individualidad y habla exclusivamente de lo colectivo, ¿se trata acaso del fundamento para negar la psiquiatría?, ¿una lección cívica para los psiquiatras?

Recordemos lo que señala el Plan del año 2001: *El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría tiene como propósito contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para relacionarse entre sí y con el medio ambiente, haciendo hincapié en el enfoque comunitario de los problemas de salud mental.*

¿Tiene algún sentido práctico cambiar la definición propuesta para los próximos 10 años?

Me parece advertir también que en este capítulo del documento se debe tener cuidado con el tono *re-fundacional* que adquiere el texto, quebrando la unidad de lo obrado los últimos años por el MINSAL y la propia Unidad de Salud Mental. Si se observa con cuidado se parte de cero: “identificar primero, implementar después y finalmente evaluar las estrategias y acciones más efectivas”. No se trata claramente del actual marco, del cual se desliga, sino de otro, regido exclusivamente por el paradigma de la salud mental comunitaria. Finalmente plasmado en “todos los sectores sociales”. Una suerte de retórica mesiánica entusiasta que se desliga de la dura realidad como en un cuento de hadas.

Respecto a sus principios este borrador de Plan los inicia paradójicamente corrigiendo lo que no hizo el Gobierno Dictatorial de hace más de 40 años, “respeto y promoción de los derechos humanos”. Principio extemporáneo en el Plan Nacional actual y que suena meramente testimonial dado el desarrollo de nuestra democracia y la bioética en la medicina y psiquiatría, siendo innecesario “robar al actual sistema político” ese protagonismo

y menos si el Plan Nacional evita hablar de psiquiatría, ya que si hay que cuidar prioritariamente los Derechos Humanos en Chile, sería en los pacientes mentales más graves y sin redes de cuidado. Quizá una de las contradicciones en las que cae el Plan futuro al tratar de deshacerse de la psiquiatría.

Aun en este capítulo de contenidos gruesos se echa de menos la vitalidad y creatividad a la cual tenemos acceso en los equipos operativos de salud, ya que la reiterativa fraseología “prestada” impide mirar 10 años hacia adelante –como se propone–, lo que ilustramos con los tres principios del Plan Nacional 2016-2025 que continúan:

- *No hay Salud sin Salud Mental* (Vikram Patel, Revista The Lancet. 2007)
- *Salud Mental en todas las políticas* (Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. OMS. 2006)
- *Promoción de la ciudadanía*, participación e inclusión social (Benedetto Saraceno. La ciudadanía como forma de tolerancia, OMS. 1999)

Pero sin dudas el principio predilecto y más reiterativo del Plan es el *Modelo de salud mental comunitario*. Se sabe que un Plan de Salud Pública por naturaleza debe elegir estrategias y este principio pudiera ser correcto en el Plan como prioritario, pero no exclusivo. El documento convocante pareciera convencido del modelo único. No se habla de otros paradigmas que pudieran ser complementarios o de ayuda en determinadas situaciones. Ej: el modelo sistémico.

Accesibilidad, equidad y pertinencia. Principio final de la convocatoria y que no parece ser otra cosa que un ejercicio de mínima lógica, frente a las crecientes demandas en salud mental en la población. Su origen inmediato puede encontrarse en el Plan GES 2005.

En síntesis, esta primera aproximación al valioso documento que se pretende construir para los siguientes 10 años pudiera ser decepcionante de no mediar correcciones cardinales, ya que observamos un quiebre metodológico con el Plan anterior (2001), al establecer un estilo antipsiquiátrico borrando la palabra psiquiatría y propugnando un modelo de salud mental único, que sutilmente se hace excluyente en el mundo de la diversidad.

En ese sentido creo conveniente revisar la bibliografía propuesta en el texto y en particular una frase en referencia al modelo comunitario: “un proceso que de cumplir con sus principios, dinamita las bases conceptuales de la psiquiatría” (Desviat)⁷.

Pero mucho más allá de la discusión teórica, lo que preocupa al psiquiatra tras la lectura del texto es que no se observa el pragmatismo necesario y el deseo explícito que el nuevo Plan sea una continuidad lógica del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2001. Se hace abandono innecesario de una huella que con sus virtudes y defectos logró respeto nacional e internacional y avances relevantes en Salud Mental y Psiquiatría. Esos liderazgos fueron inclusivos y creíbles, lo que permitió con mística la construcción del Plan 2001.

Adoptar consignas y la obsesión de perseguir tendencias de moda en este campo es un mal camino que se debe erradicar de este borrador. Finalmente son los sectores más necesitados de la población a quienes debemos servir con un Plan coherente y pragmático que contribuya, como guía, a resolver los múltiples problemas de la salud mental y psiquiatría nacional. Es posible que algunas de las aprehensiones que manifiesto auguren un giro preocupante, y es hora que los psiquiatras de Chile reaccionemos.

JUAN MAASS

⁷ Desviat M. La Salud Mental a contracorriente: del individuo a la colectividad en tiempo de privatizaciones. Rev. GPU 2015; 11; 3: 268-274.



CURSO DE EXTENSIÓN

SHAKESPEARE DESDE EL PSICOANÁLISIS

Nº de seminarios: 6
Horario: Viernes 18:15 hrs. a 20:15 hrs. Quincenal
Fecha: 22 de abril al 1 de julio de 2016
Dirigido a: Público general, psicólogos y literatos
Profesores: Ps. Ernestina Corvalán
 Ps. Nicole Ropert
 Dr. Pablo Santander

INTRODUCCIÓN

Este seminario busca comprender desde el psicoanálisis el profundo mundo psicológico que Shakespeare describe, tanto en sus personajes como en sus dinámicas interpersonales. Extraer desde ahí comprensiones psicoanalíticas que puedan, por una parte, generar una comprensión con mayor hondura de la obra de este genial autor, pero también lo que Shakespeare nos aporta en la comprensión de la naturaleza humana, logrando así extraer del texto comprensiones psicoanalíticas acerca de pasiones e intensas emociones como son los celos, la envidia, el amor, el odio, etc.

I. Objetivo general

Discutir y dar una comprensión desde el psicoanálisis de las principales obras de William Shakespeare.

II. Objetivos específicos

1. Discutir los aportes que se han realizado desde el psicoanálisis de seis obras de Shakespeare.
2. Exponer una visión integrada de estos aportes de una forma comprensible para público general.
3. Discutir aspectos que el texto ha generado importantes conocimientos psicoanalíticos contemporáneos.
4. Comprender a través de los textos las pasiones e intensas emociones que mueven al ser humano en su vida. La maldad (el odio, la envidia), el amor y sus complejidades (los celos, el Complejo de Edipo, la muerte como solución), etc.

III. Metodología

Se expondrá en forma integrada los textos psicoanalíticos que han intentado un trabajo elaborativo, dando una mirada personal del profesor del texto, dejando un espacio de discusión general. Se realizarán reuniones quincenales para facilitar la lectura.

Se revisará el texto tomando las impresiones de los asistentes respecto a lectura realizada en cuanto a: aspectos que llamaron la atención, preguntas, temas de interés, etc. Luego, el profesor analizará la obra desde una perspectiva psicoanalítica para terminar en una discusión general con los asistentes.

IV. Temario y bibliografía

| | |
|---|-------------|
| SEMINARIO Nº 1 – Romeo y Julieta | 22 de abril |
| SEMINARIO Nº 2 – Hamlet | 6 de mayo |
| SEMINARIO Nº 3 – Otelo | 20 de mayo |
| SEMINARIO Nº 4 – El Rey Lear | 3 de junio |
| SEMINARIO Nº 5 – Macbeth | 17 de junio |
| SEMINARIO Nº 6 – El Mercader de Venecia | 1 de julio |

Requisito: Lectura de los textos previo a los seminarios

Valor: \$ 90.000

Inscripciones: asociacion@apch.cl

Lugar curso: Av. Apoquindo 6410, Dpto. 203 – Las Condes



COMPRENSIÓN PSICOANALÍTICA DE LOS CUADROS PSIQUIÁTRICOS

Nº de seminarios: 11
Horario: Sábados
Fecha: 23 de abril al 9 de julio de 2016
Dirigido a: Psiquiatras y becados de psiquiatría
Profesores: Dr. Gabriel Dukes
Dr. Ramón Florenzano
Dr. Antonio Menchaca
Dr. Alex Oksenberg
Dr. Benny Oksenberg
Dr. Francisco O’Ryan
Dr. Javier Pinto
Dr. Pablo Santander (Director del curso)

INTRODUCCIÓN

Este seminario intenta, mediante el estudio de las diferentes patologías psiquiátricas, conocer el aporte y la comprensión psicoanalítica a esta, y así aumentar el bagaje de herramientas del psiquiatra en el enfrentamiento de sus pacientes.

I. Objetivo general

Estudiar y comprender los aportes del psicoanálisis en los distintos cuadros psiquiátricos.

II. Objetivos específicos

1. Revisión de las principales patologías.
2. Análisis de las diferentes posturas y aportes psicoanalíticos a los cuadros psiquiátricos.
3. Discutir la incumbencia de estos aportes y las posibilidades y utilidades de este conocimiento en la práctica cotidiana.

III. Metodología

Exposición y discusión de la materia correspondiente, con discusión posterior.

Valor: \$ 165.000

Inscripciones: asociacion@apch.cl

Lugar curso: Av. Apoquindo 6410, Dpto. 203 – Las Condes

IV. Temario y bibliografía

SEMINARIO Nº 1 – Psiquiatría Dinámica - Dr. Javier Pinto
23 de abril

SEMINARIO Nº 2 – Fobia, agorafobia y claustrofobia - Dr. Benny Oksenberg
30 de abril

SEMINARIO Nº 3 – Trastorno obsesivo compulsivo - Dr. Ramon Florenzano
7 de mayo

SEMINARIO Nº 4 – Trastorno de pánico - Dr. Francisco O’Ryan
14 de mayo

SEMINARIO Nº 5 – Histeria - Dr. Pablo Santander
28 de mayo

SEMINARIO Nº 6 – Disfunciones sexuales - Dr. Gabriel Dukes
4 de junio

SEMINARIO Nº 7 – Trastorno de personalidad borderline - Dr. Antonio Menchaca
11 de junio

SEMINARIO Nº 8 – Depresión - Dr. Pablo Santander
18 de junio

SEMINARIO Nº 9 – Trastorno Bipolar - Dr. Javier Pinto
25 de junio

SEMINARIO Nº 10 – Esquizofrenia - Dr. Alex Oksenberg
2 de julio

SEMINARIO Nº 11 – Adicción y dependencia - Dr. Ramón Florenzano
de julio



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

DIPLOMA DE POSTÍTULO MANEJO CLÍNICO EN PSIQUIATRÍA DEL ADULTO EN ATENCIÓN PRIMARIA



**13 DE MAYO - 19 DE NOVIEMBRE
2016**

Salvador Dalí

Imparte: Departamento de Psiquiatría y Salud Mental - Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (Av. Salvador 486).

Director Diplomado: Dr. Pedro Retamal C.; Sub-Director: Dr. Arturo Roizblatt S.; Coordinación General: Prof. Gabriela Huepe O.; Coordinación Académica: Prof. Sandra Viani B.; junto a más de veinticinco docentes especialistas en los contenidos que se abordarán en el Diplomado.

Certifica: Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Dirigido a: Médicos Generales, Médicos Familiares, Psicólogos, Asistentes Sociales, Enfermeras, Terapeutas Ocupacionales y otros profesionales interesados.

Modalidad: Presencial, cada quince días; viernes de 14:00 a 19:00 horas y sábados de 9:00 a 14:00 horas.

MAYOR INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES:

Teléfonos: 222358593—229770528. E-mail: psiquiatriaoriente@yahoo.es
www.diplomapsiquiatriaaps.cl

Psicopatología Infanto Juvenil

Fecha: 27 de Mayo - 2 de Diciembre 2016

Destinatarios:

Profesionales del área de la salud, interesados en salud mental infanto juvenil: Psiquiatras, Pediatras, Psicólogos, Médicos Generales y de Familia, Enfermeras, Fonoaudiólogos, Terap. Ocupacionales, Kinesiólogos

Directora:

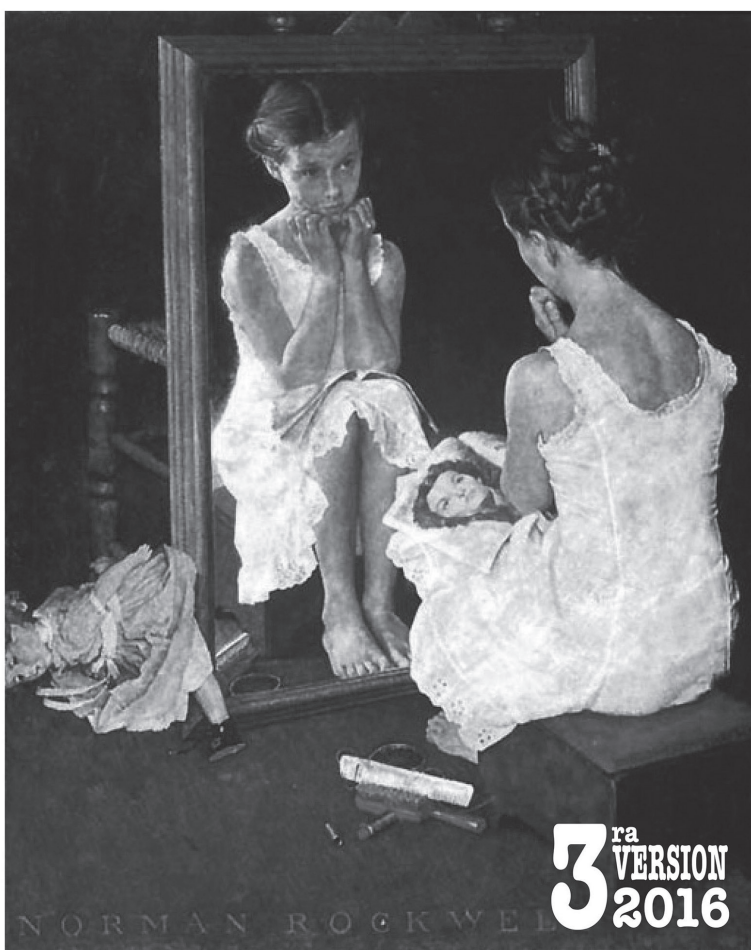
Ps. Ph.D Anneliese Dörr
Profesor Asociado
Facultad de Medicina
Universidad de Chile

Docentes:

- Ps. Ph.D Luz Bascuñán R.
- Dra. Marianela Becker M.
- Ps. Andrés Borzutzky H.
- Dra. Francisca Corona H.
- Ps. Ph.D Anneliese Dörr A.
- Dr. Otto Dörr Z.
- Dr. Jorge Förster M.
- Dra. Rosemarie Fritsch M.
- Dr. Ricardo García S.
- Ps. Ph.D M. Elena Gorostegui A.
- Dra. Muriel Halpern G.
- Ps. Verónica Inda A.
- Dra. Marcela Larraguibel Q.
- Ps. Francisco Maffioletti C.
- Dr. Alejandro Maturana H.
- Ps. Andrea Moyano C.
- Ps. Karen Muci A.
- Ps. Adriana Palacios R.
- Psicopedg. Claudia Palacios A.
- Ps. Ph.D Ricardo Pérez-Luco A.
- Ps. Ph.D Francisca Pérez S.
- Dra. Constanza Recart H.
- Dra. Tamara Rivera R.
- Dr. Arturo Roizblatt S.
- Ps. Alfredo Ruiz B.
- Ps. Ana María Salinas M.
- Dra. Cecilia Schellhorn H.
- Ps. Sandra Viani B.
- Dra. Daniela Zalaquet F.
- Ps. Beatriz Zegers P.

Certifica:

- Escuela de Postgrado
- Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente



Contenidos:

Ordenamientos diagnósticos, estrategias teóricas y prácticas del abordaje terapéutico de cuadros clínicos y problemas psicosociales, tales como: Déficit Atencional e Hiperactividad, Trastornos del Aprendizaje, Desórdenes del Ánimo, Trastornos de Alimentación, Desórdenes Conductuales, Espectro Autista, Psicosis, Adicción a drogas, entre otros.

Consultas:

E-mail: gestrada@med.uchile.cl

Teléfono: (56 2) 2274 8855

Departamento Psiquiatría y Salud Mental Oriente,

Av. Salvador 486, Santiago.

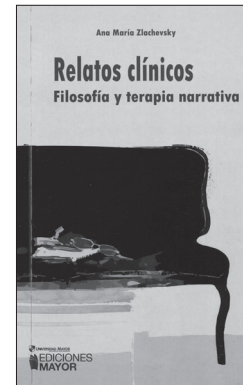
Para más información ver sitio: "www.diplomapsicoinfantojuvenil.cl"

RELATOS CLÍNICOS: FILOSOFÍA Y TERAPIA NARRATIVA¹

Autora: Ana María Zlachevsky

Editorial: Ediciones Mayor, Santiago, 2015

(Rev GPU 2016; 12; 1: 14-15)



Carlos Varas Alfaro²

Las palabras del presente prólogo emergen a partir de este contexto: los años en que tuve el privilegio de aprender de la autora de este libro, Psicóloga y Doctora en Filosofía Ana María Zlachevsky, sobre la formación de terapeutas; en esos años fui testigo de su pasión e interminable búsqueda por dilucidar las mejores alternativas para transmitir este arte que es la *Terapia Sistémica centrada en Narrativas* (TSCN).

Aquí “*todos quedan bien parados*”, dice regularmente Anita María en los diferentes espacios en los que comparte el modelo intermedio expuesto en estas páginas, el cual tiene sus bases en la ontoepistemología, en los principios de la Terapia Sistémico-Cibernética, la Teoría de la Biología del Conocimiento de Maturana y las teorías de las narrativas, entre otras igualmente valiosas influencias.

El libro que están por conocer corresponde a la primera expresión escrita de la autora por ejemplificar su forma de entender la psicoterapia. Describe primeramente sus principios orientadores, para posteriormente ilustrarnos acerca de su praxis a través de una interesante variedad de encuentros terapéuticos (casos clínicos).

Desde las primeras líneas, y a través de sus palabras introductorias, Anita María nos presenta directamente los lineamientos y premisas que orientan al modelo de la TSCN, para acercarnos posteriormente al

marco epistemológico que la sustenta. A mis ojos, su personal y particular modo de entender el marco epistemológico de aproximación a la realidad humana resulta diferente respecto del de otros autores. Nos habla, así, de “constructividad” más que de constructivismo y/o construccionismo, buscando hacer resaltar el carácter emergente y en constante movimiento del proceso en el que construimos el mundo que habitamos.

A partir de lo anterior, invita al lector a introducirse en la fascinante dimensión de mundo co-construido y en la noción de responsabilidad de las propias distinciones en el operar terapéutico, para posteriormente dar cuenta de los niveles conceptuales jerárquicos a la base del modelo. Si bien resulta conocido que todo modelo intermedio se sustenta en principios epistemológicos, paradigmáticos y teóricos, que derivan en un modelo específico de operar terapéutico e implementación de técnicas, se incorpora aquí un sexto nivel, el ontológico.

De esta manera, y coherentemente con la noción de constructividad –pero ahora específicamente en el contexto de la psicoterapia–, la autora releva el papel de la persona del terapeuta y de sus propias concepciones de ser humano –construidas en el devenir de su propia vida–, como parte constitutiva e ineludible de su participación y responsabilidad en la construcción de cada proceso terapéutico que emprende.

¹ Texto correspondiente al prólogo del libro *Relatos Clínicos. Filosofía y terapia narrativa* de Ana María Zlachevsky. Reproducido con autorización.

² Director Postítulo y Posgrado. Director Departamento de Psicología Clínica, Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso.

Posteriormente nos adentra en el escenario mismo de la psicoterapia, destacando el beneficio de entenderla como un proceso de “con-versación”, relevando así el carácter poético, artístico y estético de “la pregunta” como elemento *sine qua non* de un operar terapéutico constructivo.

Luego nos invita a considerar la noción de “narrativa”, advirtiendo el carácter de particularidad y dimensión relacional de la mente en la constructividad. Este aspecto, en mi opinión, resulta tal vez uno de los más complejos de poner en práctica para quienes se inician en esta senda, pero que al mismo tiempo corresponde a uno de los más esenciales. Como diría Anita María, “hay que hacerse la película del relato”; de lo contrario no estaríamos logrando aprehender el marco de inteligibilidad del consultante, ni comprendiendo la forma particular en la que se han ido significando los eventos en el espacio de conversaciones –y/o en el contexto relacional histórico– del consultante. Es a partir de este principio que la autora nos advierte del riesgo de dar por algo obvio la experiencia de nuestros consultantes, con base en las preconcepciones derivadas de un pensar abstracto y tradicional, al que regularmente nos impulsa el estudio de la psicología.

A continuación nos habla de la razón por la cual las personas consultan, relevando el papel de la emoción displacentera como aquello que irrumpe en la cotidianidad de la vida. Para ello, trae a la mano su propia manera de entender al ser de lo humano, trayendo a colación la concepción de “Da-sein” de Martin Heidegger, incorporando así la dimensión ontológica al mundo de la psicoterapia a través del ingenioso modelo de X, Y, Z.

Esta simple y diferenciadora estrategia no solo facilita la co-construcción de un problema psicológico trabajable, sino que facilita a los terapeutas la oportunidad de disponer de un foco orientador y guía para un comprender reflexivo respecto de aquello que aqueja a las personas. Consideremos que lo que lleva a las personas a consultar no es más que aquel displacer, dolor, o malestar subjetivo que surge en el contexto de sus vidas y devenires, y eso es lo que hay que perfilar y atender. Sin duda alguna, este elemento de hipotetización del problema psicológico se presenta aquí como el eje conector entre las ideas ontoepistemológicas y teóricas que sustentan a la *Terapia Sistémica centrada en Narrativas* y la praxis correspondiente a ella.

Respecto de los casos clínicos expuestos, Anita María nos ejemplifica su singular aproximación a la praxis terapéutica. Sin mayor explicación acerca de sus decisiones interventivas, expone, a mi entender, un actuar terapéutico posibilitador de la libre creatividad,

invitando al lector a ponderar la posibilidad de la inexistencia de un único modo de realizar psicoterapia –habría, más bien, diversos modos–, en coherencia con el propio bagaje técnico del terapeuta; empero, orientado siempre a partir de la co-construcción de un problema psicológico trabajable, y sobre la base de un escuchar amplio y respetuoso para con la vida de las personas y sus preferencias.

Finalmente, la autora incluye un prefacio que responde a las actuales reflexiones de su propio estar-en-el mundo, donde la digitalización de las relaciones humanas propone un nuevo contexto que demanda a su vez nuevos desafíos, sugiriendo a las emergentes generaciones de terapeutas a detenerse en la reflexión en torno a coetáneas formas de entender la psicoterapia en el globalizado y vertiginoso mundo digital en el que vivimos.

A mis ojos, estas páginas responden a la intención de compartir, más que un modelo de psicoterapia, una forma de pensar acerca de las personas y sus problemas.

A partir de la concepción ontológica de Da-sein y de ser humano habitando en el lenguaje, propone una concepción de ser humano entendido como dinámico y cambiante que, siguiendo a su vez a Foucault, propone al terapeuta una escucha más detenida y de genuina validación del malestar y desazón emocional de las personas, interpretándolos como vigorosos actos de resistencia frente a las opresoras exigencias de nuestro “deber ser”, ínsito en la propuesta social imperante.

Nos sugiere, por tanto, una concepción de un ser humano dotado de recursos; construir una alianza terapéutica que parte de un sujeto cimentado en las habilidades que ha construido a lo largo de su propia vida. Con la oferta de esta imagen simplifica a los terapeutas la facultad de proveer a sus consultantes la capacidad de comprender y decidir, desde sus propias preferencias e historias de vida, aquellas alternativas de acción que les resulten más coherentes y motivantes para la solución de sus problemas.

En mi propio habitar sobre estas ideas construí para mí una representación más fresca, pertinente y breve de la psicoterapia, que se manifiesta a su vez como un delicado acto de construcción artística, orientado por principios ontoepistemológicos y teóricos, cuyo fin último y único es el de facilitar el camino del bienestar y la felicidad de las personas.

Espero que este libro encuentre realmente al lector –como a mí me ocurrió–, le invite a re-pensar en cada momento sobre su praxis clínica, y oriente en el camino de un quehacer terapéutico que construye mayores posibilidades y libertades para las personas.

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.



ENFERMEDADES DEL ÁNIMO

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



MORIRSE DE VERGÜENZA

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



ONTOLOGÍA DEL LENGUAJE

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



SOMOS FRAGMENTOS DE NATURALEZA ARRASTRADOS POR SUS LEYES

Autor: Martín López Corredoira
Editorial: Visión Net, Madrid 2005, 381 páginas
Comentario: Rev GPU 2013; 9; 1: 23-25



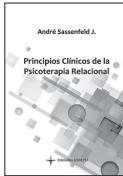
EN BÚSQUEDA DE LA RAZÓN OCULTA

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



ACCIONES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

Autor: Manuel Desviat / Ana Moreno Pérez (editores)
Editor: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN),
Madrid, 2012, 917 páginas
Comentario: Rev GPU 2013; 9; 1: 26-27



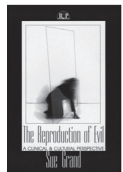
PRINCIPIOS CLÍNICOS EN PSICOTERAPIA RELACIONAL

Autor: André Sassenfeld
Editorial: Sodepsi Ediciones, 2012
Comentario: Rev GPU 2012; 8; 3: 252-256



THE SHELL AND THE KERNEL

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



THE REPRODUCTION OF EVIL: A CLINICAL AND CULTURAL PERSPECTIVE

Autora: Sue Grand
Editor: Analytic Press, 2002
Relational Perspectives Book Series, 17
Comentario: Rev GPU 2012; 8; 4: 382-383



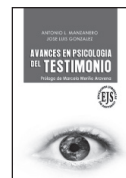
PSIQUIATRAS CHILENAS: PIONERAS EN LA LOCURA

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



PENSAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

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



AVANCES EN PSICOLOGÍA DEL TESTIMONIO

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



EL ENIGMA SPINOZA

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



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

Autora: Elena Gómez Castro
Editorial: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Colección
Psicología, Santiago Chile, 2013
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 1: 18-20



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



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



CARTAS SOBRE LA MUERTE. SELECCIÓN, TRADUCCIÓN DESDE EL LATÍN AL CASTELLANO Y NOTAS DE JOSÉ LUIS RAMACIOTTI
 Autor: Séneca
 Editorial: Ediciones Tácitas, Santiago 2014
 Comentario: Rev GPU 2014; 10; 2: 140-141



HISTORIAS DE PSIQUIATRAS. TESTIMONIOS DE PSIQUIATRAS CHILENOS
 Autores: Cristóbal Heskia y César Carvajal
 Editorial: Gráfica LOM, Santiago, 2014
 Comentario: Rev GPU 2015; 11; 1: 9-10



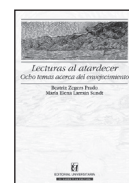
TORTURA Y RESISTENCIA EN CHILE
 Autoras: Katia Reszczynski, Paz Rojas, Patricia Barceló
 Editorial: Ediciones Radio Universidad de Chile. Santiago, abril de 2013. Segunda Edición
 Comentario: Rev GPU 2014; 10; 2: 142



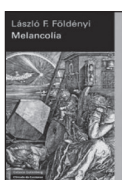
EMPATÍA CERO. NUEVA TEORÍA DE LA CRUELDAD
 Autor: Simon Baron-Cohen
 Editorial: Alianza, 2012, 229 págs.
 Comentario: Rev GPU 2015; 11; 1: 11-12



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



LECTURAS AL ATARDECER. OCHO TEMAS ACERCA DEL ENVEJECIMIENTO
 Beatriz Zegers Prado y María Elena Larraín Sundt
 Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 2015
 Comentario: Rev GPU 2015; 11; 2: 128-129



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



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



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



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



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



RELATOS CLÍNICOS: FILOSOFÍA Y TERAPIA NARRATIVA
 Autora: Ana María Zlachevsky
 Editorial: Ediciones Mayor, Santiago, 2015
 Comentario: Rev GPU 2016; 12; 1: 14-15

ENSAYO

LA DIALÉCTICA DEL SEÑOR Y EL SIERVO. EL PROBLEMA DE LA INTERSUBJETIVIDAD EN HEGEL

(Rev GPU 2016; 12; 1: 18-23)

Hernán Villarino¹

La conciencia la define Hegel como aquella que distingue algo de sí misma con lo que se relaciona. En este sentido la vida de los sentimientos no es conciencia, aunque esto no tenga nada que ver con lo inconsciente. Yo experimento y sé distinguir perfectamente el dolor del placer, el frío del calor, etc., pero yo no distingo de mí mis sentimientos, porque ni son objetos que estén fuera de mí ni son independientes de mí. No hay aquí un yo opuesto a un otro.

Por su inmediatez no hay ningún camino racional para conocer los sentimientos, son ciertos y verdaderos de un modo inmediato, no mediado por la razón, lo cual es completamente distinto a lo que ocurre con los objetos de la conciencia. La conciencia vincula la subjetividad y la objetividad, vale decir, lo que yo soy y lo que no soy yo, o entre mí y lo que existe independientemente de mí. A diferencia de lo que ocurre en la vida sentimental, aquí hay una escisión sujeto-objeto, estoy yo y lo otro que no soy yo de lo cual soy consciente y con lo que me relaciono.

LA CERTEZA SENSIBLE

Ahora bien, de acuerdo con Hegel la conciencia tiene una historia plasmada en su Fenomenología del Espíritu. En los tres compases iniciales de la conciencia el yo queda como en segundo plano y se destaca lo otro con que se relaciona. A la primera de sus figuras la llama certeza sensible (lo que en otras filosofías se conoce como la intuición sensible), es decir, la evidencia de que en el mundo hay algo que es, a saber, múltiples singulares, lo que se recoge en la fórmula yo-algo-aquí-ahora. La certeza sensible indica que enfrente mío, aquí y

ahora hay algo particular y contingente, este árbol, por ejemplo, pero basta que me gire para que aquí y ahora haya una casa. Podría volverme sobre todos los rincones del mundo y hallaría nuevos objetos, nuevas singularidades de las cuales estoy cierto que existen y son.

Pero en esta multiplicidad infinita no habría verdad si en la estructura de la certeza sensible no hubiera algo universal y necesario que siempre permanece y la hace posible, a saber: el yo, el algo, el aquí y el ahora. Sin embargo yo es un concepto, cualquiera puede ser yo; algo es un concepto, cualquier cosa es algo; aquí es un concepto, cualquier lugar puede ser aquí y ahora

¹ Docente Dpto. de Bioética y Humanidades Médicas. U. Chile.

también es un concepto, cualquier tiempo puede ser ahora. La paradójica conclusión de Hegel es que la verdad de la certeza sensible (de aquello que siempre se ha llamado intuición) en realidad es conceptual, aunque los conceptos no son sensibles, son universales y pensados.

LA PERCEPCIÓN SENSIBLE

La segunda figura de la conciencia es la de la percepción sensible. Si en la certeza sensible aprehendemos la infinita multiplicidad de los seres del mundo, en la percepción se nos parece la infinita multiplicidad de cada cosa. Este trozo de sal, dice Hegel, es blanco, duro, cristalino, y se podría seguir estableciendo un sinnúmero de otras determinaciones y relaciones porque en cierto modo el objeto es infinito. Pero la razón de blanco no es la razón de duro ni de cristalino. Cada determinación del objeto vive para sí, se opone y es independiente de las otras determinaciones. El objeto es una multiplicidad, no obstante yo lo veo como uno, en primer lugar, y como no siendo otro, en segundo lugar.

La unidad de una cosa, es decir, el que la cosa no sea una simple suma de determinaciones (si careciera de unidad no podríamos nunca detenernos en la enumeración y todo lo que hay se mezclaría de un modo indiscernible en una nebulosa de particularidades), que la cosa no sea la mera suma de sus determinaciones, sino que sea una, decíamos, no es un dato sensible de la cosa sino algo pensado. Del mismo modo, que una cosa no sea otra supone la negación, y no puede haber negatividades sensibles, las negatividades solo son a condición de pensadas.

Aparte sus determinaciones sensibles, sin la unidad de la cosa y su negatividad no percibiríamos cosas sensibles, pero tanto la unidad como la negatividad no son sensibles, son conceptuales y pensadas. ¿Significa esto que el pensamiento pone algo que no hay en la cosa, o que el pensamiento construye la cosa? No es este absurdo, hoy tan en boga y que algunos incluso atribuyen a Hegel, la concepción propiamente hegeliana. Para aquel, la cosa es real en tanto que es una y en tanto que no es la otra, de modo que la cosa pensada y la real son una y la misma cosa, vale decir, igual que en la certeza sensible en la percepción sensible hay identidad entre ser y pensar.

EL ENTENDIMIENTO

La tercera figura de la conciencia es el entendimiento. Sabemos que las cosas son fugaces, nacen y perecen, pero no por eso el mundo se agota y se acaba. En toda

su infinita agitación y movilidad hay algo que permanece y que lo anima. A esto en el politeísmo antiguo se le llamaba fuerzas, Platón lo denominó ideas y en la ciencia moderna se lo conoce como leyes. La inquietud del mundo, entonces, reposa sobre el quieto orbe de las fuerzas y las leyes, que son suprasensibles y pensadas. En efecto, las leyes son suprasensibles porque no tienen ninguna cualidad sensible, vale decir, no tienen color, olor, sabor, etc.

Del mismo modo que el algo, el aquí, el ahora, la unidad y la negatividad no son datos sensibles pero que sin los cuales no habría ni certeza ni percepción sensible, en el entendimiento las leyes y la fuerzas tampoco son sensibles, también son pensadas pero no por ello son menos reales.

LA AUTOCONCIENCIA

Dijimos que en los tres primeros compases de la conciencia se destaca lo otro y el yo queda relegado. Ahora, en la autoconciencia, lo que se ilumina es el yo. Eso no significa que se haya pasado de un estado de receptividad y pasividad a su contrario, porque en la captación de la verdad de lo sensible el espíritu ya está activo aunque no lo sepa con plena conciencia.

En el estudio de lo sensible quedó clara la distinción entre la certeza del objeto y su verdad, vale decir, su concepto, sin el cual el objeto ni siquiera podría ser sensiblemente aprehendido. Pero también se ha hecho patente que la verdad del objeto es para otro. El objeto, dice Hegel, no mostraba ser en verdad como era de un modo inmediato en sí, sino que este en sí resulta ser un modo en que es solamente para otro, a saber, para la conciencia.

En la certeza sensible, la percepción y el entendimiento la conciencia ha descubierto algo que es verdadero, pero lo verdadero en cada caso es algo distinto de ella, es aquello a lo que la conciencia está dirigida. Ahora bien, distinguiendo lo otro de sí la conciencia se ha percatado que es conciencia, que no es lo otro, que es la conciencia de lo otro. La conciencia ahora ha alcanzado la certeza de sí misma. Esa certeza es la del yo, según lo cual yo no soy ni lo otro ni igual a lo otro sino que todo lo otro es para la conciencia.

La conciencia, entonces, no es un objeto, sino que todos los objetos son para ella. Pero cuando yo entiendo así la conciencia es porque la pongo enfrente mío como si fuera un objeto. Con la conciencia me dirijo a la conciencia y la objetivo, de modo que la conciencia se dirige ahora a la conciencia objetivada como antes al objeto sensible. Claro que esto otro no es algo otro que ella distingua de ella misma, es ella misma, es conciencia

de la conciencia. Pero si bien así se ha ganado la certeza de la conciencia (del yo), igual a lo que ocurrió con la sensibilidad ahora hay que alcanzar su verdad. Esta verdad no es la verdad de lo otro sino la propia verdad de la conciencia, que Hegel llama autoconciencia.

La autoconciencia, en primer lugar, es el retorno reflexivo de la conciencia a sí misma partiendo de lo otro, por ende es movimiento. Si es movimiento no es un objeto fijo ni un concepto fijo, sino algo que reflexiona y que por ende tiene vida e historia. La autoconciencia es la forma más alta de la vida, movida, como toda vida, por el apetito, porque es el apetito aquello que mueve a la vida a diferencia de lo que acontece con el movimiento no vital, es decir, mecánico. Sin apetito no hay vida, aunque pueda haber movimiento. Pero aquí hablamos solo de la apetencia de ser autoconciencia, de reconocerse como autoconciencia en su verdad, no de ninguna otra apetencia.

La autoconciencia tiene la certeza de no pertenecer al mundo de los objetos, de no estar determinada por ellos sino al revés, de ser ella la que los determina en su verdad (no es la conciencia la que hace existir a los objetos sino la que los determina en su verdad), por lo tanto es libre respecto de todos ellos. No es ella para los objetos sino que los objetos son para ella. Ahora bien, este ser libre es sin duda una certeza pero que bien podría ser una mera fantasía subjetiva. Es una certeza, de acuerdo, ¿pero cómo sé que es verdad?

Por lo pronto ya tengo la certeza de ser autoconciencia, pero también de que hay otras autoconciencias que tienen su propia certeza de serlo. No estoy solo en el mundo, hay otras autoconciencias como yo, cada una de las cuales tiene que superar su ser otro para alcanzar su verdad. Por eso, para que la certeza de mi libertad (el no ser yo objeto) se torne verdad, necesito de otro ser libre que reconozca que yo no soy un objeto ni estoy soñando con serlo, sino que efectivamente soy un ser libre igual que la otra autoconciencia.

El reconocimiento del otro es la verdad de mi libertad, porque la verdad es una y universal, no particular y contingente. La verdad es lo que vale para todos, de modo que la plenitud y la verdad de mi libertad y de mi no ser objeto depende del reconocimiento de los otros. De allí que para ser en la verdad lo que soy necesito de los otros, porque la verdad, en tanto que universal y necesaria no es solo mía sino intersubjetiva.

Resumamos un poco lo anterior. En su certeza la autoconciencia es primeramente simple ser para sí, igual a sí misma por la exclusión de sí de todo otro; su esencia y su objeto absoluto es para ella el yo; y, en esta inmediatez o en este ser su ser para sí, es singular. Pero lo singular es objeto de certeza, no de verdad. La

verdad es una, pero no es singular sino universal, y bajo ella caen todos los particulares y contingentes. Aparte la propia certeza, la verdad de esta y de esta otra autoconciencia no es su singularidad sino su universalidad. Por eso es necesario que cada autoconciencia reconozca la libertad del otro y que los dos hagan lo mismo. Las autoconciencias se reconocen a sí mismas reconociéndose mutuamente, de modo que en el reconocimiento la autoconciencia está duplicada pero unida.

LA DIALÉCTICA DEL SEÑOR Y EL SIERVO

Ahora bien, para ser reconocido por otro como libre debo ostentar mi libertad ante él. Que yo sea libre significa para Hegel mostrar que no estoy vinculado a ningún ser allí determinado, ni a la singularidad universal de la existencia en general, ni siquiera que estoy amarrado a la vida. En la autoconciencia la vida es un objeto para mí, por eso no estoy encadenado a ella, soy libre también respecto de ella y por ende puedo arriesgarla. Si no lo hago no soy libre, soy un ser natural como cualquier otro, movido y dirigido por instintos naturales, entre otros el de conservación. Un hombre que no arriesga su vida en una lucha por el reconocimiento no merece ser llamado hombre, dice Hegel.

Si bien para ser libre yo quiero y necesito ser reconocido como libre por el otro que también es libre, lo cierto es que en la naturaleza nadie le da ese reconocimiento gratuitamente a nadie, hay que ganárselo, hay que luchar por ello arriesgando la vida y ostentando la libertad. Ahora bien, si la autoconciencia es capaz de arriesgar su vida y admitir su finitud no significa que quiera morir. Lo que quiere es mostrarse libre desdiciendo la vida y superando la esencialidad ajena que es el ser allí natural para ser reconocida como libre, es decir, como espíritu y no como naturaleza.

El reconocimiento, entonces, no es el reconocimiento formal de la libertad del otro, es el resultado de la lucha donde ambas autoconciencias se han puesto por encima de la naturaleza y han mostrado su libertad en su disposición a morir. Pero como resultado de la lucha solo caben dos alternativas. La primera es la muerte de una o de las dos autoconciencias. Pero las autoconciencias no quieren morir, y con la muerte, el reconocimiento, que era el origen y móvil de la lucha, se malogra, y la historia, sin contradicción ni negatividad, se detiene o se posterga. La segunda alternativa es que como producto de la lucha se establezcan dos figuras contrapuestas. Una es la conciencia independiente, que tiene por esencia el ser para sí, y la otra es la conciencia dependiente, cuya esencia es la vida o el ser para otro. La primera es el señor, la segunda el siervo.

El señor es autoconciencia libre, es decir, es espíritu que vive para sí. Es señor porque se ha embarcado en una lucha con el otro por el reconocimiento y ha vencido. Pero lo que originariamente quería la autoconciencia no eran la fama, el poder, etc., sino el reconocimiento de su propia libertad por parte de otro ser libre, de modo que el reconocimiento que ha ganado en la lucha no le sirve, no viene de un ser libre sino de un esclavo. El amo ha vencido y vive libremente para sí, pero ha fracasado en lo tocante al reconocimiento y ahora solo le queda el goce del mundo. No conoce el mundo porque no trata con él sino por mediación del esclavo, solo conoce su goce y en cierto sentido ha vuelto al nivel de la naturaleza, de la sensibilidad, donde no hay historia. El amo hegeliano, a diferencia del nietzscheano, es necesario pero se esfuma sin trascendencia.

El esclavo, el siervo, ha sido vencido por el amo, pero no porque tiemble ante él sino porque ha temblado ante el amo absoluto que es la muerte. Está preso de la naturaleza y de su temor a la muerte y a la finitud, de modo que no vive para sí libremente, no vive en el espíritu, sino determinado por aquella en el temor.

Sin embargo, en el servicio del otro, es decir, del amo, el esclavo niega la naturaleza (nadie está naturalmente inclinado a ser el esclavo de otro), y también, aunque forzosamente, es espíritu. Es el que trata con la dureza de la realidad, la conoce, la transforma y realiza el mundo del espíritu (es decir, el de la libertad y de la verdad). No recibe los conceptos por mediación del mundo sino que se los impone libremente, por ende es histórico. El mundo es lo que el esclavo hace de él por medio del trabajo y el servicio al otro, no lo que recibe pasivamente. El siervo es quien descubre el valor del trabajo para el espíritu, de modo que también son tareas suyas la ciencia, la filosofía, el arte, etc. La formación cultural, entonces, es obra del esclavo; la del amo, en cambio, es la reiteración del goce.

Pero así como la conciencia, también la autoconciencia tiene una historia. La autoconciencia, cuya certeza es la del singular pero cuya verdad es una y universal, en su primera manifestación histórica, o empírica, ha quedado dividida entre amo y esclavo. Esta unidad rota de la autoconciencia es lo que Hegel llama la alienación, vale decir, el extrañamiento o la pérdida del todo racional. Ahora, esto no es un naufragio definitivo, antes bien es el acicate del movimiento histórico para poner en la realidad objetiva la verdad del concepto de la autoconciencia de momento enajenado.

El primer capítulo de la Fenomenología del Espíritu es el de la Certeza Sensible, el último el del Espíritu Absoluto. Entre ambos está la historia y las etapas de la desalienación, y de la reconquista a través del mutuo

reconocimiento de la unidad, verdad y universalidad de la autoconciencia escindida. Como fruto de ese trayecto el esclavo aprende del amo que el hombre libre no ha de temblar ante la muerte, antes bien, debe hacerse cargo con plena libertad de su mortalidad y de su finitud. Solo de cara a la muerte, y aquí hay un tema hegeliano que luego será desarrollado a su modo por Heidegger, el esclavo alcanza su verdad y su liberación, porque quien en el espíritu no se pone por encima de la vida no puede conquistar la libertad. Pero también el amo aprende del esclavo que para la realización del espíritu y el reconocimiento del otro no basta el goce, es imprescindible el trabajo, la paciencia en el trato con la dureza de lo otro y en el conocimiento de la realidad.

LA UNIDAD DE LAS AUTOCONCIENCIAS

El espíritu absoluto, en definitiva, es la síntesis de estos opuestos, el amo y el esclavo, el pleno reconocimiento del uno y del otro y del uno por el otro, y el restablecimiento en cada uno de la unidad de la autoconciencia de acuerdo con su concepto. No es la negación del uno ni del otro, sino la asunción y síntesis de la unidad de esta contradicción. El amo niega al esclavo y el esclavo al amo, la dialéctica no niega a ninguno de ambos, solo niega su negación, de modo que salva a ambos, los reconoce y los reconcilia. Hace de cada uno un amo y un esclavo al mismo tiempo, aunque en la síntesis ambas instancias son negadas al tiempo que conservadas. En el espíritu absoluto, no alienado, el hombre ostenta su libertad en la lucha y disposición a morir pero al mismo tiempo trabaja en el servicio del otro.

Esta síntesis creía verla Hegel en los ejércitos de Napoleón, constituidos no por milicias profesionales sino por ciudadanos y trabajadores. Este lamentable e increíble error en su apreciación histórica de la realidad del poder (tan frecuente en los grandes filósofos desde Platón a Heidegger), asociado a muchos otros que formulara, ciertamente que problematizan pero no invalidan la descripción de esta figura de la autoconciencia. La dialéctica del Señor y el Siervo, en todo caso, no puede ser vista como un suceso histórico *avant la lettre*, es un mito, y entre los mitos filosóficos tiene la misma grandeza, perdurabilidad y verdad del más grande de todos ellos, el de la caverna platónica. Los mitos filosóficos, de acuerdo con Jaspers, hacen inteligible la historia y la condición humana, iluminándola y comprendiéndola.

La unidad del amo, que es libre en su disposición a morir, y del esclavo, que vive al servicio del otro, la unidad de ambos, dice Hegel, en cada conciencia particular, no es otra cosa que la unidad espiritual absoluta,

una autoconciencia en sí universal que es así tan real en mí como en la otra conciencia, cada una de las cuales tiene perfecta independencia, pero que precisamente a través del reconocimiento es consciente de la unidad con el otro y de que solo en esta unidad con esa otra esencia objetiva es autoconciencia.

El trabajo es el servicio al otro en el que se educa el esclavo, por medio del cual en cualquier sociedad el individuo satisface sus necesidades. Pero al mismo tiempo que trabajando cubro las propias, subvengo las de los otros, del mismo modo que solo me es posible asistir a las mías por el trabajo de los demás. Por medio del trabajo los hombres están ya objetivamente vinculados y unidos. Por eso, el trabajo, en el espíritu absoluto, en tanto que es el libre y mutuo servicio de uno a los otros, y viceversa, en esencia es una categoría universal y necesaria, no meramente particular, contingente ni egoísta como nos quiere hacer creer el moderno liberalismo, el cual, ciertamente, aún no define qué hemos de entender por ego, mucho menos, entonces, por egoísmo, el que supuestamente regulado por una secreta mano invisible conduce milagrosamente al máximo bienestar de todos. La solitaria, sorda, ciega e incomunicada realidad del sujeto liberal, tributaria de la inmediatez de una egolatría sentimental desasistida de mediación y racionalidad, contrasta con la apertura dialógica e intersubjetiva del sujeto hegeliano.

Por medio de la unidad amo-esclavo, concluye Hegel, intuyo en todos que son para sí mismos una esencia independiente, como lo soy yo; pero también intuyo en ellos la libre unidad con los otros, de tal modo que esta unidad es a través de mí lo mismo que a través de los otros. A fin de cuentas, los intuyo a ellos como yo y me intuyo a mí como ellos.

El reconocimiento del otro es la verdad de mi libertad, porque la verdad es una y universal, no particular y contingente. La verdad es lo que vale para todos, de modo que la plenitud y la verdad de mi libertad, y de mí no ser objeto, depende del reconocimiento de los otros. Al fin de cuentas, la intersubjetividad, en Hegel, es la unidad y universalidad de todas las autoconciencias particulares que libre y mutuamente se han reconocido como libres en tanto han ostentado su libertad y se vinculan no por sentimientos, fantasías ni pasiones, sino por algo tan objetivo como el servicio al otro por medio del trabajo. La intersubjetividad es el resultado de la historia, y en ese sentido existe, es real y concreta, no es un sueño, un proyecto ni una esperanza. Pero si la autoconciencia es real, en ella ya está siempre el otro, el otro como yo y yo como otro, aunque desprovistos del concepto y la idea no podamos verlo, o ciegos de subjetivismo lo neguemos.

A diferencia del yo pienso cartesiano, el hegeliano recoge también lo real que me antecede y desde donde procedo. Lo que yo pienso y cómo pienso depende de una historia real acontecida, simbolizada en la dialéctica del señor y el siervo. No soy solo una *res cogitans*, soy también hijo, hermano, conciudadano, padre, amigo, etc., y en la ciudad ocupo tal lugar o tal otro. Pienso desde una cierta posición histórica, de modo que mi luz, aun siendo mía, no brilla como propia. La primera persona que soy, a la que denominamos yo, es modificada en mi interacción con el tú, que es la segunda persona, el interlocutor, de manera tal que el otro no es un mero respecto mío sino un ser en común. Yo y tú nos determinamos mutua y recíprocamente. Mi singularidad no es solo mía, porque no he salido de mí mismo solo para llegar a lo mismo. El punto de partida no es el mismo al que he llegado, puesto que no soy un yo puro vaciado de historia y realidad.

Pero si bien el otro es igual que yo mismo, es no obstante completamente distinto de mí. Esta unidad en la diferencia, o esta diferencia en la unidad sostenida y necesitada del libre y mutuo reconocimiento, mantiene en Hegel la realidad de la identidad personal y protege del anegamiento social, de la completa despersonalización, masificación y alienación del yo como en el fondo proponen el marxismo y toda suerte de colectivismos. Sin embargo, es cierto que es el otro el que me revela que soy un yo, porque en la realidad de la historia oigo su interpelación por la libertad del mismo modo que él oye la mía, incluso aunque no hagamos caso del llamado o lo ahogemos. Uno y otro no somos realmente una nueva sustancia en común, seguimos siendo sustancias y realidades singulares y distintas, y es por eso que debemos rendirnos mutuamente cuentas a través del reconocimiento.

LA AFECTIVIDAD

Para concluir, quisiéramos anotar brevemente algunos de los motivos de por qué, para Hegel, los sentimientos no pueden ser el sustento de la intersubjetividad, y por qué el ponerlos como fundamento de la misma es un despropósito descomunal, aunque quizá esa sea la forma predominante como hoy se la entiende en la psiquiatría.

La razón de fondo es que los sentimientos, como apuntamos más atrás, son lo inmediato que carece de mediación racional. Nadie pretenderá combatir su dolor de muelas, por ejemplo, razonando sobre él. El sufrimiento es la irracionalidad pura, que en calidad de tal carece de esencia y naturaleza. No está para ser comprendido, asumido ni puesto como ingrediente

necesario en la constitución del mundo; está para ser completamente negado y completamente superado.

No obstante, suele pensarse que la fusión sentimental es la mejor garantía de la intersubjetividad. Sentir lo mismo que otro, que los corazones latan al mismo ritmo, que sea uno el objeto y el propósito sentido de ambos, se reputa como la máxima expresión, y la más real, de la unidad de los unos con los otros. Pero los sentimientos que experimenta cada cual son puramente subjetivos y contingentes, en primer lugar, y transitorios, en segundo lugar, y no es posible a su través establecer ninguna unidad necesaria entre los hombres que sea a la vez firme, constante, universal, sino una que siempre es fortuita, azarosa e impredecible. A veces, por lo demás, es lo más frecuente, no sentimos lo mismo ante lo mismo y a veces sentimos lo mismo ante lo que es distinto.

Si bien es cierto que la unidad afectiva existe, veamos en qué condiciones ocurre. El caso más claro de sentir lo mismo que otro en la existencia humana se aprecia en la constitución de la masa. En la vida de los animales, por ejemplo, el adalid contagia su sentimiento al rebaño cuando aparece el predador, de modo que todos, unificados y sintiendo lo mismo, escapan al unísono, igual a lo que ocurre cuando en un teatro alguien grita fuego. Sin embargo, sentir lo mismo que otro en el contagio afectivo es el más primitivo, impersonal, efímero y el menos libre de los sentimientos, hasta el punto que esa cualidad sentimental la compartimos con los animales. Nadie es menos sí mismo que el hombre de la multitud, dice Kierkegaard, y la impersonalidad e inautenticidad del Uno heideggeriano es justamente el de quien careciendo de sí mismo es como cualquier otro, es decir, el que comparte y se identifica con la medianía unánime de la multitud.

También hay unificación afectiva en los ejemplos que estudió Hegel. En su época la psicología investigaba sobre el magnetismo de Mesmer y el hipnotismo, asuntos que por su actualidad no podían eludir su comentario. Si bien en ambas experiencias hay unificación afectiva, el precio que se paga es la anulación de una de las subjetividades. El hipnotizador es capaz de hacer sentir al otro incluso experiencias sensoriales. Ahora hace frío, dice, aunque hagan 40° de calor, y el hipnotizado tiembla congelado. Naturalmente aquí no hay intersubjetividad, razón ni comunicación, sino dominio y poder de uno sobre el otro; a su modo, aquí todavía está vigente la dinámica escindida del amo y el esclavo, y a través de ella todas las experiencias totalitarias del siglo XX, las más actuales del marketing, la simple propaganda o los inefables remedios de todas las doctrinas de autoayuda. Pero nada de esta penum-

bra soporta un solo minuto la potente y descarnada luz de la razón. La verdadera intersubjetividad, para Hegel, radica en la realidad personal y del mundo, iluminadas y configuradas por la razón y la libertad, y allí donde los hombres se encuentran sometidos por las pasiones o los sentimientos no aclarados solo cabe entre ellos la dialéctica del amo y el esclavo.

Es cierto que la vida humana, y la vida en general, está contenida y envuelta en un estado de ánimo. En él se realiza y se despliega. La vida en general tiene un temple y un afecto, y eso es consustancial a ella misma. Sin embargo, de acuerdo con Hegel, en los afectos no hay dialéctica, historia ni mediación. El hombre que se cría en la montaña siente el mundo de un modo distinto al hombre del mar. Nada sabría el uno del otro, nada permite concebir al otro sino el azar de su encuentro, cuando cada uno, frente al otro, experimenta la extrañeza del modo ajeno de sentir la vida, sentimiento que seguirá siéndole ajeno habituado como está a lo suyo. Por otro lado, a medida que se asciende en la estructura jerárquica de la vida sentimental humana los sentimientos son cada vez más dependientes de la estructura racional de su portador.

Comoquiera que sea, es un absurdo poner a pelear los sentimientos contra la razón o viceversa, porque ambos son reales. Para el mismo Hegel la autoconciencia es también apetencia, es decir, deseo y voluntad. Razón y sentimiento han de ser unos y marchar al unísono.

COMENTARIOS FINALES

Si bien la filosofía de Hegel sirvió para que cogidos a sus faldones cubrieran sus desnudeces una serie de torpes continuadores y reformadores posteriores, al tiempo que halló en Kierkegaard al primero, el más enérgico y decidido de sus contradictores, el tema del reconocimiento, donde se conjugan la unidad y la alteridad humanas, no pudo ser falsificado y ha persistido como un ingrediente que está en el fondo de la reflexión filosófica, psiquiátrica y política hasta la actualidad. Es que frente a la inmersión y el oscuro torrente sentimental y subjetivista que realmente prevalece en nuestra época, no resulta ocioso recordar que para el racionalista Hegel los hombres no pueden ser ellos mismos, al mismo tiempo que encontrarse, reconocerse y ser uno con los otros en la diversidad, sino a través de la realidad de la historia iluminada por el concepto, la idea y la razón.

REFERENCIA

1. Hegel G. La fenomenología del espíritu. FCE, México, 1993

ENSAYO

LO QUE NUESTROS PACIENTES NOS ENSEÑAN

(Rev GPU 2016; 12; 1: 24-34)

Claudio Araya¹, Rodrigo Brito²

A mis pacientes, que me pagan por enseñarme

D. WINNICOTT

La psicoterapia es un proceso experiencial y dialógico, donde terapeuta y paciente se influyen recíprocamente, existiendo un mutuo aprendizaje y transformación. No solo el paciente cambia, aprende y se transforma, también lo hacemos los terapeutas, en mayor o menor medida. La psicoterapia es un encuentro humano muy especial que implica apertura y entrega por parte del paciente y del terapeuta, y puede ser entendido como un proceso en el que el terapeuta se pone al servicio del paciente, de modo tal que ambos pueden ser transformados.

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia es un proceso experiencial y dialógico donde terapeuta y paciente se influyen recíprocamente, existiendo un mutuo aprendizaje y transformación. No solo el paciente cambia, aprende y se transforma, también lo hacemos los terapeutas, en mayor o menor medida. Uno de los primeros psicoterapeutas contemporáneos en reconocer esta realidad fue C. Jung (1950, 2006), quien señala lo siguiente:

El encuentro de dos personalidades es como la mezcla de dos cuerpos químicos diferentes: si se

produce una combinación ambos se transforman. Tal como podemos esperar en todo tratamiento psíquico real, el médico ejerce influencia sobre el paciente. Pero esta influencia solo puede tener lugar si el médico está afectado por el paciente. Ejercer influencia es un sinónimo de estar afectado (p. 74).

De este modo, la psicoterapia es un encuentro humano muy especial que implica apertura y entrega por parte del paciente y del terapeuta. A este modo de relacionarse en la terapia se le ha denominado *mutualidad asimétrica* (Sassenfeld, 2012). La *mutualidad* remite a la idea de que para que un encuentro sea realmente

¹ Psicólogo por la Pontificia Universidad Católica de Chile (P.U.C). Magister en Psicoterapia y PhD© en investigación en Psicoterapia por P.U.C. Académico en la escuela de psicología de la Universidad Adolfo Ibáñez. Contacto a claudio.araya@uai.cl.

² Psicólogo y Licenciado en Filosofía por la Pontificia Universidad Católica de Chile (P.U.C). Magister en Psicología Clínica de Adultos por la Universidad de Chile. Actualmente dirige el Centro Umbrales (centro de salud mental y bienestar) donde se desempeña como psicoterapeuta y es académico en la escuela de psicología de la Universidad Mayor. Contacto a rbritopastrana@gmail.com.

terapéutico necesitamos comprender la relación terapéutica como un encuentro entre dos personas en igualdad de condiciones: ambos somos seres humanos que sufrimos y buscamos el bienestar, y en este sentido, ambos podemos beneficiarnos mutuamente. Sin embargo, se trata de una relación necesariamente *asimétrica*, en la medida en que ese encuentro tiene sentido mientras el foco esté puesto fundamentalmente en una de las partes, en la persona del paciente que nos consulta. De este modo, la psicoterapia puede entenderse como un proceso en el que el terapeuta se pone al servicio del paciente, de modo tal que ambos pueden ser transformados.

De acuerdo con Stern (1998, 2004) el cambio en psicoterapia se produce cuando se da un proceso interaccional e intersubjetivo donde se generan momentos de encuentro genuino, los cuales se caracterizan porque se establece una conexión emocional en el momento presente. Estos momentos de encuentro se producen cuando dos personas trascienden la dimensión de los roles y pueden reconocerse como personas, con una historia y vivencias particulares. En el espacio psicoterapéutico decidimos reunirnos y compartir nuestros modos de comprender y vivir el mundo, en pos de aliviar el sufrimiento e incrementar el bienestar. Poder conectar con esta dimensión humana y personal es una importante fuente de cambio terapéutico.

En general, cuando los terapeutas hablamos del sufrimiento y de la terapia como proceso para “curarlo”, casi siempre nos referimos exclusivamente al beneficio de nuestros pacientes. Sin embargo, también nosotros vamos aprendiendo de nuestros pacientes al reconocer y madurar en nuestro propio sufrimiento. Casi nunca es casual que llegue a consultarnos justo *esta* persona. Ya en la primera entrevista nos podemos dar cuenta de que lo que la aflige es, en algún sentido, también una inquietud, una pregunta o un desafío para la propia vida personal. Esto nos hace pensar que Terencio tenía razón cuando dijo que “nada de lo humano me es ajeno”, solo que en el caso de los procesos terapéuticos que llevamos con nuestros pacientes se trata de algo más que el solo hecho de que no me sea ajeno, sino que nos implica directamente en nuestra propia dificultad y, por tanto, nos ofrece una oportunidad para crecer, para ampliar el horizonte existencial de nuestra vida.

Todos, sin distinción (pacientes y terapeutas), estamos expuestos al sufrimiento y a la decepción, mientras que por otro lado compartimos un profundo anhelo de tener mayor bienestar, disfrutando de mayor alegría y paz. En el encuentro terapéutico estos anhelos compartidos aparecen y tanto pacientes como terapeutas

nos vemos constantemente tocados por las experiencias de vida del otro. No solo el consultante aprende y se transforma, los terapeutas también lo hacemos. Al co-crearse un momento de encuentro intersubjetivo el terapeuta se va transformando al igual que el paciente. El sufrimiento y el anhelo de bienestar del terapeuta inevitablemente se ponen en juego en el encuentro terapéutico y se va transformando al escuchar y comprender la experiencia del paciente. El terapeuta aunque se lo propusiera no podría quedar inmune a la influencia del paciente, la experiencia compartida en el encuentro terapéutico nos va transformando a ambos.

Los pacientes nos comparten sus dolores y su sufrimiento, los cuales reflejan en algún grado nuestros propios sufrimientos como terapeutas; por otro lado sus anhelos, sus esfuerzos por tener una buena vida y sus triunfos personales, también interpelan nuestras propias búsquedas de un mayor bienestar y pueden llegar a inspirarnos. Aunque la dificultad que el consultante presenta en psicoterapia no sea la misma que nos puede estar afectando como terapeutas (y más aún si lo es) el modo en que afronta sus experiencias de vida, reconoce sus dolores y asume sus pasiones nos puede transformar como psicoterapeutas y como personas.

Para ser honestos, creemos que de alguna u otra manera todos nuestros pacientes nos enseñan (y nos han enseñado) algo, pero algunos de ellos nos enseñan más que otros. Esto se debe a una situación que, en nuestra opinión, es inevitable: con algunos compartimos espontáneamente dificultades similares o momentos vitales que nos resuenan en forma sensible. Por ejemplo, si estamos trabajando con un paciente hombre alguna dificultad en su paternidad, nos toca de cerca si la paternidad ocupa un lugar central en la propia vida.

En este punto resulta interesante aclarar qué significa para nosotros que nuestros pacientes nos enseñen. De hecho, cuando le hemos expresado a algún paciente cuánto lo admiramos por su coraje o por su decisión, y cuán valioso nos es su ejemplo para la propia vida, surge en él o ella una mirada de perplejidad y asombro, como si no creyera que también nos está enseñando y que también estamos creciendo. Sucede que nuestros pacientes no van a nuestra consulta a enseñarnos algo en forma explícita, sino que lo hacen implícitamente con su lucidez, su compromiso con sus propios procesos y su capacidad para tomar las decisiones necesarias. Como lo haría cualquier buen maestro, nuestros pacientes nos enseñan con su ejemplo. Por supuesto que para que haya crecimiento es necesario que el discípulo se ponga en ese lugar y se abra a la posibilidad de aprender. En este sentido, estamos plenamente de acuerdo

con Gadamer (1977) cuando señala que la principal condición para que acontezca una conversación genuina es estar en una actitud en la que nos abramos a la posibilidad de que el otro tenga razón, de que tenga algo que enseñarnos. Para nosotros la psicoterapia es siempre la posibilidad de una conversación de este tipo y no un monólogo o una asesoría de experto.

Antes de compartir algunas de las cosas que hemos aprendido de algunos de nuestros pacientes, quisiéramos reflexionar brevemente sobre una idea de Jung que nos recuerda ese gran maestro de la psicoterapia contemporánea que es Irvin Yalom (2002), quien afirma:

Creo que es algo común que los pacientes ayuden a sus terapeutas. Jung a menudo hablaba de la potenciada eficacia del sanador herido. Incluso afirmaba que la terapia funcionaba mejor cuando el paciente traía el bálsamo perfecto para la herida del terapeuta y que si el terapeuta no cambiaba entonces el paciente tampoco cambiaba. Tal vez los sanadores heridos sean efectivos porque tienen una mayor capacidad de empatizar³ con las heridas del paciente; quizás es porque participan más profunda y personalmente del proceso curativo (pp. 123-124).

Nos hace sentido la idea de que nosotros los terapeutas llegamos a esta labor precisamente motivados por el deseo de sanar nuestras propias heridas, nuestros propios conflictos, como diría el viejo Freud, por el deseo de superar nuestra propia compulsión a la repe-

tición de actitudes y decisiones que nos enfrascan una y otra vez en el sufrimiento y en el estancamiento. Esto significa, en nuestra opinión, que cada vez que estamos con un paciente estamos ahí desde nuestra propia vulnerabilidad y sufrimiento, desde la actitud adoptada y el trabajo que hacemos con él, que es, en el fondo, lo que le da consistencia y veracidad a nuestra posición como terapeutas. Pero al mismo tiempo, estamos ahí con la posibilidad de abrirnos a entrar en un proceso que sea transformador de un modo bilateral, en donde también podemos aliviar e ir curando nuestras heridas, gracias al compromiso, al coraje y a la lucidez potenciales de cada paciente. Paciente y terapeuta entramos a la relación terapéutica exponiendo nuestra vulnerabilidad, y como terapeutas tenemos el desafío de no ocultar ni negar esta condición, al contrario, estar abiertos a ella nos ayuda a conectar más genuinamente con nuestros pacientes, abrimos así un espacio para expresar lo que Kristin Neff (2012) denomina humanidad compartida, lo cual implica conectarnos de manera amable y atenta con aquella condición humana que compartimos, y que está sobre la base de nuestro encuentro desde los roles de paciente y terapeuta. Este crecimiento personal en nuestro ser terapeuta creemos que se da por diversas razones, algunas de las cuales pueden ser:

1. El mero hecho de resultarle de ayuda a una persona trae consigo una enorme gratificación y una sensación profunda de que nuestro trabajo tiene sentido. Esto aporta inevitablemente a nuestro bienestar.
2. Al estar frente a alguien que lo está pasando muy mal, al que aún le falta mucho por avanzar en el camino de la autorrealización personal, junto con la compasión que nos genera, muchas veces despierta en nosotros (por comparación) una sensación de gratitud y orgullo debido a, por un lado, ir comprobando que el camino recorrido va rindiendo sus frutos y, por otro, reconocer lo afortunado que podemos ser, aprendiendo a valorar lo que tenemos.
3. También hay aspectos de nuestra propia personalidad y de nuestra propia situación vital que representa grandes dificultades y enormes desafíos. Son como núcleos duros con los que nos volvemos a tropezar una y otra vez, y que al ayudar a un paciente para que pueda transformar esto en sí mismo, y al ver que saca recursos personales que lo llevan en la dirección correcta, sentimos una profunda admiración, convirtiéndose en un ejemplo a seguir, en una fuente de inspiración. Si él (o ella) puede, también se hace posible para nosotros.

³ Mucho se ha dicho sobre la empatía en la literatura psicológica, al extremo de la confusión y la ambigüedad. Solo para dejarlo claro, *empatizar* con otro es hacer el esfuerzo por comprender al otro dentro del horizonte de su propio mundo, lo que supone una genuina intención de encuentro y, al mismo tiempo, mantener una cierta distancia respetuosa que permita mantener la perspectiva. Por eso es importante distinguir esta empatía de una simpatía ingenua, en donde las distancias necesarias y la prioridad del paciente desaparecen, lo que pone en peligro todo el proceso terapéutico hacia una redefinición de roles en la línea de la amistad. Por otra parte, queremos señalar que la empatía es una condición necesaria pero no suficiente para llevar a cabo un proceso terapéutico efectivo. A ella le falta aún la actitud básica de la *compasión*. Mientras que la empatía tiene un fuerte tinte comprensivo, la compasión va más allá al despertar la viva intención de querer reducir el sufrimiento del otro y las acciones hábiles para realizarlo, haciéndose manifiesto el proceso de sentir el sufrimiento hasta querer hacer algo para aliviarlo y hacerlo efectivamente.

4. Con mucha menor frecuencia nos sucede que un paciente⁴ nos ayuda explícitamente con alguna dificultad personal, cuando accedemos a responder con sinceridad a la pregunta de “cómo estoy”. Son instantes fugaces, en los que recibimos alguna palabra de aliento, incluso alguna buena idea orientadora, pero sobre todo el interés y la compasión de nuestro paciente.

Quienes tenemos el privilegio de acompañar a otros en sus caminos hacia una mayor felicidad nos vamos transformando en este proceso, y aunque esta dimensión es evidente en la experiencia clínica, curiosamente ha sido poco estudiada por la literatura científica. Con mayor frecuencia y riqueza la literatura en psicoterapia describe y busca explicar el cambio del paciente, pero rara vez son descritos los aprendizajes y cambios del terapeuta, los cuales van quedando invisibilizados; por supuesto, no es que no se den, solo que habitualmente no ponemos el foco en él. Aunque quede en segundo plano, la transformación que como terapeutas vamos viviendo resulta ser una parte relevante y de potencial terapéutico de la relación, y en ese sentido es importante describirla y sistematizarla para luego compartirla, ya que es una fuente natural de aprendizaje. El modo que hemos elegido para compartir este aprendizaje es a través de lo que podríamos llamar “la vía del ejemplo”, es decir, por medio de aquello que algunos de nuestros pacientes nos han enseñado.

Quisiéramos ahora compartir algunos ejemplos concretos de nuestra experiencia como terapeutas, que ilustran algunos de estos aprendizajes. Confesamos que nos resulta un ejercicio gratificante que nos ayuda a ser más conscientes y agradecidos de lo especial y maravilloso de nuestra práctica clínica y, al mismo tiempo, más conscientes del desafío de mantenernos despiertos en ella para no sucumbir a la rutina cotidiana, a los automatismos, a la cómoda ilusión de la técnica o al autoengaño del seguro lugar del experto.

⁴ Pese a la proliferación de la moda comercial que prefiere llamar “clientes” a quienes nos consultan, seguimos prefiriendo la vieja palabra “paciente”, porque seguimos pensando que hay en ella (bien entendida) una dignidad especial. Paciente no tiene que ver con una actitud pasiva; su semántica implica una doble significación: por una parte nos habla de alguien que está sufriendo (del latín *patiens*) y que quiere crecer a partir de su sufrimiento; por otra, nos habla de alguien que debe desarrollar cierta paciencia, cierta noción de proceso, para aunar su esfuerzo con una justa espera luego de la cual pueda apreciar los frutos de la cosecha.

LA VÍA DEL EJEMPLO

Aceptación y paciencia: el ejemplo de Daniela (R. B.)

Hace algún tiempo atendí a Daniela, una mujer de 32 años, muy exitosa en su trabajo, madre de un niño de unos 8 años y separada. No obstante su éxito profesional y su alto estatus económico, ella se sentía muy ansiosa y agitada internamente. No podía parar de trabajar hasta bien entrada la madrugada o ponía el despertador a las 4 AM para seguir trabajando. Durante muchos años no había descansado y había entrado en el círculo vicioso del estrés y de la dispersión. Su psiquiatra (mi coterapeuta) la había diagnosticado con un trastorno “bipolar”, etiqueta que consideramos solo en parte, como una explicación posible de su personalidad exaltada anímicamente, de su impulsividad y de la facilidad para transgredir sus propios límites y para entrar en relaciones amorosas con hombres con quienes no podía construir un futuro, cosa que, por lo demás, ella deseaba profundamente. Daniela vivía en una contradicción interna muy fuerte: por una parte su vida necesitaba adrenalina, placer y espontaneidad, lo que iba acompañado de múltiples recursos personales que le permitían seguir este camino: es una mujer inteligente, con mucha energía vital, simpática y de fácil contacto interpersonal, así como de variados intereses. Por otra parte, tenía una larga historia de fracasos amorosos y de relaciones tormentosas en las que sus límites fueron transgredidos, llegando a situaciones de abuso en el plano sexual. Del mismo modo, cargaba con la culpa de ser una mamá itinerante en su presencia, más centrada en sus propios intereses que en el cuidado de su hijo, lo que le empezó a pasar la cuenta. En lo profundo de su corazón ella tenía la necesidad de construir una vida más estable, respecto de sus emociones e impulsos, así como en cuanto a sus relaciones amorosas y, sobre todo, en vistas a reconstruir una familia para ella y su hijo.

Nuestro proceso terapéutico duró más de un año y en ese transcurso fuimos explorando juntos varias dimensiones de su personalidad y de su tendencia a autoboicotarse en relación con su bienestar. Poco a poco fue reconociendo su ritmo frenético y las consecuencias que traía en su calidad de vida y en la calidad de su presencia para su hijo. Fuimos trabajando su impulsividad en relación a fijarse y entablar relaciones con hombre imposibles. De hecho, estaba enredada en una relación con alguien de su trabajo que estaba casado y que no tenía una verdadera intención de dejar a su esposa y familia. Fue resignificando su hiper-tolerancia como descuido personal y miedo al compromiso. Tal vez su

principal dificultad tenía que ver con su compulsión a dejar siempre una buena impresión, especialmente de mostrarse capaz, eficiente y exitosa, lo que le impedía decir que no, renunciar y enfocarse en lo que realmente quería y necesitaba. Esto se expresaba, por ejemplo, en la preocupación que tenía por mantenerse físicamente atractiva y en forma, para lo cual ocupaba varias horas a la semana en el gimnasio. También en esto, paulatinamente comenzó a hacer un giro desde un interés en las expectativas de los demás hacia poner más atención en sus propias motivaciones y en las cosas que realmente le importaban, más allá de las apariencias.

Con varios de mis pacientes, cuando lo estimo conveniente y útil, trabajo desde la perspectiva del eneagrama. Sucede que Daniela funciona desde mi mismo eneatispo, con algunas diferencias importantes, pero con algunos temas fundamentales que compartimos como desafíos existenciales. Al igual que ella, para mí es difícil postergar lo que me gusta y me ha costado años comprender que toda decisión implica una renuncia. Del mismo modo, al igual que ella, tiendo a justificar más allá de lo justo mis propias decisiones orientadas al placer, siendo muy permisivo conmigo mismo y con los demás. Tiendo a confundir la autoaceptación con una perniciosa autoindulgencia. Es aquí, precisamente, donde reconozco cuánto aprendí de Daniela en relación con la aceptación y la paciencia. En concreto, ella dejó el auspicioso trabajo que tenía para apostar por un proyecto de familia con una pareja con la que estaba empezando, orientando su proyecto de vida hacia el cultivo de más presencia y arraigo en relación con su hijo y con su pareja, dando además un salto vocacional hacia el mundo de la ayuda terapéutica hacia otros. Todo esto le implicó, entre otras cosas, cambiarse de ciudad, emprender una formación como coach, y asumir el compromiso por mantener un equilibrio entre sus insaciables anhelos y su calma mental y la necesidad de focalizar su energía en unas pocas cosas importantes.

A lo largo del proceso fui testigo de lo difícil que era para ella aceptar su desequilibrio interior y reconocer una serie de frustraciones históricas, derivadas, en parte, de su propia actitud a la vez egocéntrica y minimizadora de los riesgos. Sin embargo, se mantuvo firme con la terapia, asistiendo regularmente y mostrando una disposición siempre abierta para mirarse y para ponerse en cuestión, aun cuando le resultara doloroso y surgiera en ella esa tendencia suya a anestesiar, a seguir para adelante, a dormirse en los laureles de un hedonismo cómodo con ropajes de búsqueda personal. Con coraje y dedicación pudo ir viendo lo fácil que le resultaba ponerse en el lugar de “maestra”

o de “terapeuta” de los demás, con lo cual ocultaba su propia necesidad de ayuda y de evolución genuina. También en este punto aprendí de ella sobre mi propia tendencia a la superficialidad, a creer ilusoriamente que ya he llegado a estados espirituales superiores, a reconocer con más humildad que mi maduración implicaba un esfuerzo concreto, cotidiano y permanente, un siempre estar atento, más parecido al trabajo de un tejedor paciente que al de un mago deslumbrante. Su ejemplo me ayudó a asentar en mí la convicción de que el verdadero bienestar requiere ir paso a paso y que no hay conquistas definitivas. Luego descubrí un concepto de la psicoanalista Donna Orange, que me hizo mucho sentido a este respecto: la necesidad de mantener una actitud falibilista, es decir, mantenerse despierto para cuestionar la propia posición, la propia comprensión, el propio estilo de vida, para mantenerme abierto a reconocer mi necesidad de cambiar llegado el momento, cuando mi propia experiencia personal entra en disonancia con mis relaciones con los demás y con el mundo. Pude ver con mayor nitidez que mi propio bienestar personal es solo un aspecto del cultivo de una felicidad más abarcadora, inclusiva y auténtica. Al fin y al cabo, ¿qué sentido puede tener construir una hermosa mansión en medio de un basural?

El coraje de ser imperfecta: el ejemplo de María (C. A.)

María es una mujer de 40 años, recientemente casada y sin hijos. Llegó a consultar por estar pasando un difícil momento laboral y estar presentando importantes síntomas de depresión: insomnio, falta de vitalidad en lo cotidiano y, principalmente, una aguda sensibilidad frente a la crítica y a los cuestionamientos de quienes la rodeaban. Por lo mismo sufría cuando las opiniones que tenían los demás de ella eran negativas, bastaba con que imaginara que los demás la juzgaban o criticaban para que se sintiera triste y se pusiera a la defensiva. Por muchos años María había privilegiado escuchar y considerar las opiniones de quienes la rodeaban más que las opiniones propias, y terminaba tomando decisiones en las que no se sentía conforme.

En diferentes dimensiones de su vida (trabajo, familia, incluso sobre gustos personales) María no se preguntaba lo que ella quería, sino que buscaba primero agradar al resto y trataba de “no equivocarse”, de dar una “respuesta correcta” para que los otros quedaran conformes con su respuesta. Como es de esperar, María no podía conformar a todo el mundo y estar excesivamente atenta a lo que otros querían, lo cual le resultaba agotador y se transformaba a la larga en una tarea imposible de cumplir.

Como las decisiones que tomaba no la identificaban se iba decepcionando en el camino, lo que hacía que dudara y cambiara otra vez de rumbo, María terminaba dejando a medio camino lo que comenzaba, sintiéndose cada vez más culpable y frustrada. Describía también tener una opinión negativa y exigente de sí misma, aunque no siempre le fuera claro, buscaba no cometer errores y “ser perfecta”, lo sentía como un mandato aprendido desde sus primeros años de infancia, no podía imaginar que otros se dieran cuenta que se equivocaba y buscaba evitarlo a toda costa, lo cual hacía que buscara controlar las situaciones que le rodeaban, para así no sentir la desaprobación de los demás y de ella misma.

A lo largo del proceso terapéutico María fue atreviéndose a observar su lado vulnerable, pudo irse contactando con sus propias necesidades e intereses, y lo más importante, fue logrando darse cuenta cuándo ella misma adoptaba una actitud defensiva. María fue aprendiendo a reconocer estas “voces autocríticas” que aparecen en el modo en que se relaciona con ella misma y las pudo reconocer como algo impermanente. Simultáneamente María fue incorporando un nuevo modo de relacionarse con ella misma, cada vez más amable y compasivo. De este modo fue valorándose tal cual es, atreviéndose a no tener que ser ni parecer perfecta. Tras dos años de psicoterapia María fue desarrollando y fortaleciendo su capacidad de relacionarse de un modo más honesto y amable con ella misma.

Lo que María me ha enseñado guarda relación con reconocer mis propias autoexigencias, me he sentido reflejado en su anhelo, muchas veces excesivo de agrandar a los demás. He ido aprendiendo del coraje que ha mostrado para acoger su propia vulnerabilidad, reconociendo sus deseos y necesidades. María me ha enseñado sobre la importancia de no idealizar a los demás (ni a mí mismo) y valorar en primer lugar la propia experiencia como fuente de conocimiento válido. María durante las sesiones me ha enseñado a ser lo suficientemente valiente como para mostrarme vulnerable.

En una sesión, basado en un aprendizaje vivido en su trabajo, ella describió una experiencia que me ayudó como terapeuta; ella se dio cuenta que había actuado con coraje y que su acción se podía resumir en tres pasos: 1. Observar atentamente lo que ocurría, 2. No amplificar, es decir, no exagerar ni tratar que otros resuelvan la dificultad, ni valorar en exceso las respuestas y soluciones presentadas por otro, sino que ir asumiendo la propia responsabilidad en la situación, y 3. Tomar una decisión en propiedad, es decir, decidir basada en lo que se siente y se cree en ese momento, decidir tomando en consideración los propios anhelos y nece-

sidades. Estos tres pasos fueron un proceso que María misma describió y me lo compartió, y que resultaron valiosos en mi vida. Poco a poco he ido incorporado en mi propia forma de ser este modo de tomar decisiones.

Decisión y coraje: el ejemplo de Pedro (R. B.)

Pedro llegó a consultarme hace un año derivado por una psiquiatra que participó en uno de los talleres que he hecho para la reducción del estrés basado en *mindfulness*. La puerta de entrada fue justamente sus altos niveles de ansiedad, de cansancio y de estrés, productos de una vida entera de poco cuidado personal y de autopostergación de sus propias necesidades e intereses. Pedro es un hombre de 40 años, médico anestesista, casado, con un hijo que nació con condiciones especiales, que cuando llegó a terapia estaba empezando un proceso de separación luego de varios años de insatisfacción conyugal y de múltiples historias de infidelidad por su parte. Tenía mucha sintomatología del espectro depresivo: fuerte sensación de insignificancia, baja autoestima, inseguridad, mucha culpa y con una visión catastrofista del futuro. Estaba muy arraigada en él la convicción de estarse dañando y de estar dañando a su familia, así como una desesperanzadora sensación de estancamiento, aun cuando estaba muy consciente de “no ser un mal gallo”.

También en su caso nos ayudó trabajar desde el eneagrama. Nos dimos cuenta de que su gran piedra en el zapato era el miedo omnipresente que lo acompañaba a todas partes. Es un miedo muy profundo, arrastrado desde su infancia, caracterizada por la agresividad de un padre violento y amargado, y por una madre asustada y desgraciada que apenas pudo reunir fuerzas para salvarse ella (al separarse del padre). En el caso de Pedro el miedo consiste en una falta de confianza básica en sí mismo y en la bondad del mundo, lo que se expresa en un fuerte sentimiento de minusvalía personal y de recelo hacia los demás, de quienes suele pensar que lo quieren dañar o que se acercan a él con fines utilitarios. Fuimos descubriendo que sus múltiples infidelidades, que él las vivía con mucha culpa y con una sensación autodenigrante, no eran más que una manera compensatoria de demostrarse a sí mismo que sí era una persona querible e interesante, solo que él mismo no se lo creía. Lo mismo sucedía con su tendencia trabajólica que lo llevaba a tomar demasiados turnos de noche, como una manera de no estar presente en casa y de demostrarse a sí mismo su valía con su capacidad de ganar más dinero. Era triste para mí ir constatando que estas capas de cebolla encubrían características hermosas de un hombre muy sensible y

acogedor. Poco a poco fue pudiendo observar con más atención estas capas e ir descubriendo aspectos más sanos de sí mismo: su gran tendencia a socializar, sus múltiples intereses dormidos (le gusta sacar fotografías, andar en bicicleta, viajar, cuidar de su hijo y de sus padres y hermanos, entre otros).

Al separarse, Pedro estaba en una relación con otra mujer, que mantiene hasta el día de hoy y con la que parece ser feliz. Sin embargo, también aquí su miedo y su inseguridad se le han convertido en un desafío. Siente celos cuando ella está lejos y se siente ofendido cada cierto tiempo cuando cree que no lo están tomando en serio. Entonces se “taima” y se queda callado, en una actitud infantil de orgullo en la que espera fantasiosamente que ella lo “traiga de vuelta”. En nuestro proceso Pedro ha ido siendo más consciente de estas motivaciones y sus amurramientos le duran cada vez menos; de hecho, ahora es capaz de conversar de ello con su pareja, lo que ha requerido de su parte mucho coraje para exponerse a sus fantasmas del rechazo y de la insignificancia. La misma actitud ha estado cultivando al atreverse a ir ampliando su mundo de intereses: antes tendía a quedarse aislado en el castillo que había construido durante toda su vida; ahora está empezando a salir al mundo a realizar lo que quiere, con miedo y con culpa, pero justamente ahí radica su coraje, en atreverse pese a esta tendencia al estancamiento. Algunos ejemplos de esta incipiente salida al mundo: un día fue a visitar a su hermana que no veía hace mucho tiempo, teniendo ganas de hacerlo; en otra oportunidad entró en una iglesia a sacar fotografías para disfrutar de este viejo hobby, en un par de oportunidades desempolvó su bicicleta para disfrutar de un paseo, ha conversado cara a cara con su exesposa para aclarar el tema de la separación (cosa que le costaba una enormidad), hizo un viaje al caribe por puro placer, pudiendo disfrutarlo plenamente, entre otras cosas.

Pedro es de las personas a la que le es más fácil comprender lo que le sucede que poner en acción esta comprensión. De ahí que cada realización sea tan importante para él y que para mí sea fuente de una enorme gratificación. Uno de los grandes desafíos de Pedro es justamente no acumular pendientes, sobre todo pendientes consigo mismo. Y este trabajo que hace cotidianamente con su tendencia a la procrastinación representa para mí un importante ejemplo, dada mi propia tendencia en la misma dirección, aunque con otras cosas. Estoy aprendiendo de Pedro a hacer lo que hay que hacer, pese al miedo o a la comodidad de mantenerse en la propia zona de confort. Al ser testigo de sus logros, me incentiva a hacerme cargo de mis propios pendientes. Un ejemplo: desde hacía más de un

año que había terminado un magíster (con entrega y defensa de tesis y todo), pero había postergado hacer el trámite para obtener mi título formal. Por supuesto que este pendiente me penó todo el año pasado y aunque comprendía que se trataba de un simple trámite, algo en mí me hacía postergarlo. Nuestras sesiones con Pedro me dieron el empuje suficiente para ir más allá de una mera comprensión y pasar a la acción, así es que un buen día hice todos los trámites que tenía que hacer, fui a la universidad y tramité mi título. Fue increíble darme cuenta de lo simple que fue y de cómo el fantasma del trámite era mucho más monstruoso que el trámite real. Debo confesar que sentí una gran satisfacción y un sano orgullo por terminar este ciclo. Si Pedro puede, yo también puedo... Y pude.

Otro ejemplo: al igual que a Pedro, me es difícil enfrentar ciertos conflictos con las personas. Hace un par de años que tengo un vecino que desde que llegó no ha hecho otra cosa que ampliar su casa y construir todo el tiempo, metiendo mucho ruido, siendo muy disruptivo para el contexto silencioso del condominio en el que vivo. Durante un tiempo me tragué la rabia e hice un genial trabajo de racionalización para evitar ir a hablar con él. En nuestras conversaciones con Pedro fui tomando conciencia de que la mera intención no es suficiente para cambiar las cosas y que hay circunstancias en la que si no actuamos perpetuamos el malestar propio y de los demás, en este caso de mi familia. Pedro se atrevió a poner la cara y conversar con franqueza con su exesposa, a sabiendas de que ella estaba muy herida y que tenía mucho resentimiento hacia él. Pero hizo lo que tenía que hacer, tuvo el coraje de hacerlo pese al miedo que le producían las posibles consecuencias. Esto me sirvió, nuevamente, como un aliciente (al igual que mi mujer) para dejar de postergar lo inevitable e ir a conversar con mi vecino. Hablé con él, le expliqué mi perspectiva, le hice saber de las molestias que nos causaba y si bien no ha dejado de construir, lo hace de un modo más respetuoso, por ejemplo, en horarios razonables y haciendo menos ruido. Realmente he aprendido cosas importantes, sobre todo, que no basta con pensar en y entender lo que se necesita, sino que tengo que desarrollar el coraje y la decisión suficientes para mejorar mi realidad y la de quienes me rodean. Nadie dice que sea fácil, pero vale la pena hacerlo.

El aprendizaje de permitir y dejar ser de Elena (C. A.)

Elena llegó a la consulta tras una crisis de angustia que apareció sin que ella se lo esperara. Elena no tenía antecedentes previos de estas crisis, sin embargo desde

hacía un par de meses antes de consultar se sentía especialmente cansada y estresada, junto con un sentimiento creciente de desconexión e irritación hacia sus familiares. Elena tenía un trabajo de turnos que aunque le permitía vivir bien, le resultaba física y emocionalmente agotador. Al iniciar la psicoterapia comenzamos a indagar en las posibles razones de la crisis de pánico: poco a poco se hicieron evidentes los patrones comunicativos recurrentes que estaban asociados a que las crisis aparecieran, sus padres se habían separado cuando Elena tenía 8 años y desde ese instante había jugado un rol mediador en la familia. Elena manifestaba tener un vínculo especialmente cercano con su padre, y aunque no vivía con él estaba constantemente preocupada de su salud, lo cual hacía que hiciera importantes esfuerzos para cuidarle y evitar que su padre sufriera (sobrepasando incluso sus propias posibilidades y capacidades). Elena consolaba a su padre en los momentos difíciles, le prestaba dinero, lo integraba en las reuniones familiares y buscaba incluso ayudarlo a que se relacionara de mejor manera con su madre y su hermana. Este patrón de mediadora y ayudadora la dejaba frustrada y agotada.

Ante la más mínima señal de conflicto en su familia Elena se ponía en estado de alerta y activaba un plan de acción, tratando de apaciguar los ánimos y volver a restablecer una armonía, que en ocasiones resultaba forzada y desgastante para ella misma y para su familia. Este patrón anticipatorio no solo estaba presente en sus relaciones familiares cercanas, sino que también en las relaciones que establecía en su trabajo, Elena se quedaba horas extra trabajando sin siquiera cuestionárselo y “se sacrificaba” por sus compañeras si estas se lo pedían. A tal punto llegaban los intentos de control de Elena que en una sesión expresó: “En ocasiones me adelanto a las necesidades del otro, y sin que digan nada yo busco ayudarles a resolver sus problemas, para que los otros no tengan que pasarlo mal”.

Un momento clave de la terapia ocurrió cuando Elena en una sesión contó un sueño recurrente que estaba teniendo: soñaba que ella era niña y estaba jugando en la playa, en el sueño veía que su hermana y sus padres estaban muy contentos, de un momento a otro su familia decidía ir a bañarse al mar, mientras tanto ella se sentía con la responsabilidad de quedarse afirmando el quitasol y cuidando las cosas. Elena sostenía el quitasol con vehemencia y se quedaba llorando y gritándole a la familia que no se fueran, que no la dejaran sola. Ella sentía, por un lado, que no quería soltar el quitasol, que era importante para ella seguirlo sosteniendo y cuidando, buscando mantener el control y, por otro lado, tenía ganas de ir a bañarse y disfrutar junto

a su familia, soltando. Estas dos motivaciones la tensionaban en el sueño. Este sueño resultó especialmente significativo y la metáfora de sostener el quitasol que ella misma había ilustrado fue un buen marco para el trabajo terapéutico que seguimos realizando.

Con el paso de las sesiones Elena fue visibilizando cada vez con mayor claridad sus propias necesidades, también fue reconociendo los patrones automáticos que la llevaban a sobreproteger a otros sin que estos se lo pidieran (y sin siquiera darles a los demás la oportunidad de pedírselo) y, sobre todo, fue aprendiendo a soltar y a permitir que las cosas ocurrieran tal cual estaban ocurriendo, sin buscar manipularlas y controlarlas. Elena fue realizando importantes avances y poco a poco fue dejando de lado ciertas responsabilidades que no le correspondía asumir; además tuvo el coraje de tener algunas conversaciones significativas con su familia sobre este tema, especialmente con su padre. Poner límites más claros resultó transformador para ella, ya que su padre no solo reconoció el esfuerzo que Elena había realizado por años, sino que la invitó a dejar de lado ese pasado y a construir una vida más plena y propia. Elena significó este comentario de su padre como un gesto de amor incondicional y de apoyo de su padre.

Como terapeuta, todo el trabajo que realizó Elena me fue tocando directamente, en primer lugar me sentí identificado en el reconocimiento de alguno de mis propios patrones personales, por ejemplo el de buscar acuerdos y no afrontar determinados conflictos, también reconocí mi propia tendencia de asumir más responsabilidades de las que me corresponden, muchas veces motivado por buscar la aprobación o por una falsa modestia. La valentía de Elena resultó inspiradora para mí, ya que no solo se dio cuenta de sus patrones, sino que también realizó acciones concretas para ir transformando su vida; por ejemplo, al atreverse a tener conversaciones difíciles pero significativas con su padre, afrontando estos temas y resolviéndolos. El resultado fue que ambos pudieron volver a mirarse y clarificar algunos prejuicios mutuos, reconectando desde un aprecio mutuo. Por mi parte, escuchar esta experiencia y ver los efectos que tuvo me motivó a tener una conversación significativa con un familiar cercano, que implicaba volver a mirar nuestra relación y hablar de nuestras diferencias, para de ese modo comenzar a dejar a un lado los temas que nos mantenían distantes, lo cual significó un acercamiento más genuino, basado no en la responsabilidad o en el deber, sino más bien basado en el afecto mutuo y en un vínculo más genuino. Durante la sesión pude agradecerle a Elena y reconocer cómo su propia experiencia había influido favorablemente mi propia vida.

Autoaceptación y apreciación de la vida: el ejemplo de Elisa (R. B.)

Cuando Elisa llegó a mi consulta la primera vez debe haber tenido unos 30 años. Ese proceso duró alrededor de un año, luego se cerró un ciclo, como suele suceder en terapia, y volvió al tiempo por otro periodo más o menos largo. Desde el comienzo se mostró recelosa de necesitar apoyo psicológico, temiendo volverse dependiente de la terapia. Luego entendería mejor las razones de su temor, ya que tendía a establecer relaciones de mucha intensidad en las que volcaba fuertes expectativas de perpetuidad, como si esperara al príncipe azul que la salvara de su prisión en un castillo. Elisa es una mujer muy inteligente y sensible, que solía entregarse fácilmente a reflexiones existenciales profundas, con un tinte algo denso y dramático. A mí me daba la impresión de que a su vida siempre le faltaba algo, de que si lograba cualquier cosa siempre habría un pero, lo que se transformaba en una ansiedad anticipatoria, en una profecía autocumplida. Importante mencionarlo: Elisa es artista plástica. Cuando empezamos a vernos sentí que ella había luchado mucho por ser artista y que su identidad estaba puesta intensamente en esta vocación suya. Sin embargo, pese a su evidente talento, el contexto cultural de nuestro país no es de lo más propicio para desarrollar esta vocación, lo que le generaba mucha frustración.

Por otra parte, estaba constantemente en un dilema: por un lado era una mujer grande con anhelos de libertad y espacio propio, pero, por otro, le era muy difícil independizarse y salir de la casa de sus padres, lugar en donde estaba muy cómoda, aunque al precio de tener que infantilizarse como forma de lidiar con una atmósfera familiar mezcla de sobreprotección (de parte de su madre, una mujer autopostergada e invasiva) y descalificación (de parte de su padre, un hombre muy egocéntrico, rabioso y alcohólico). Además de dedicar tiempo en su taller a la pintura, tenía un trabajo de media jornada en la Teletón, donde podía desarrollar su talento artístico, aunque con un sueldo que no le alcanzaba para la independencia. Me daba cuenta de que estaba atrapada en una especie de tragedia: no quería trabajar más horas para no “sacrificar” su trabajo en el taller, que económicamente no le reportaba casi nada. Había en su actitud algo romántico, una especie de secreta ilusión, la fantasía de que de pronto, de la noche a la mañana, saltaría al estrellato. Con el tiempo fuimos pudiendo ver una tendencia suya que en algún momento llamé, de una forma que le resultó algo chocante, “masoquista”. Efectivamente, al ir explorando los distintos ámbitos de su vida cotidiana, nos

encontrábamos por doquier con mucho sufrimiento y con un sentimiento de minusvalía y de angustia, como si algo en ella le impidiera crecer y disfrutar.

Otro tema importante para Elisa tenía que ver con el ciclo vital. En su mundo social (viene de una familia económicamente acomodada) sus amigas estaban emparejadas y varias de ellas formando familia. Elisa se torturaba comparándose con ellas, sintiéndose como descolocada, como una especie de “bicho raro”, como si se le negara a ella la felicidad que otros sí podían tener. El resultado es que tenía una tendencia a mirar el vaso medio vacío y a salir perdiendo en estas comparaciones. Sin embargo, tenía una gran cualidad: después de cada frustración era capaz de levantarse e intentarlo de nuevo. Había en ella una hermosa vitalidad y un genuino anhelo de alcanzar un mayor bienestar. Su camino consistió básicamente en aprender a aceptarse como es y a disfrutar de su vida tal como era, no como ella esperaba que fuera: era una mujer distinta y eso no significaba que fuera menos o que la vida le debiera algo.

Poco a poco se fue desplegando en Elisa un doble proceso fundamental: por una parte se iba sintiendo sutilmente más cómoda en la vida que le había tocado (y que a la vez había elegido) y, por otra, iba re-enfocando los lentes desde los que observaba y evaluaba su vida y sus circunstancias. Esto fue muy notorio, por ejemplo, en el plano amoroso. Cuando comenzamos nuestra terapia venía saliendo de una relación degradada, en la que ella se sentía humillada. Su propia sensación de inseguridad y de infravaloración propia hacía que buscara hombres que le pusieran el pie encima o que la trataran como un objeto. Esto fue cambiando, y en la medida en que fue comprendiendo su verdadero y enorme valor como mujer, se fue poniendo, primero, más cautelosa, y luego fue construyendo un mejor filtro para fijarse y elegir con quien estar. Aparecieron nuevos criterios para sus relaciones: respeto, cuidado, apreciación, entrega; todo lo cual vino a complementar su tendencia a la intensidad emocional como único criterio para el “amor”.

Lo que yo veía es que ella se iba desilusionando progresivamente de los “castillos en el aire” con los que había soñado tantos años y esto le provocaba una gran tristeza y la angustia de quedar en medio de la nada. Sin embargo, tuvo el coraje, la lucidez y el buen humor para permitir que este proceso continuara en ella. Fue así como comenzó a abandonar su vida de ilusiones y a mirar cara a cara la vida real que tenía y con la que sí podía hacer cosas. Tuvo que aceptar vivir con sus padres un tiempo más, aceptar que necesitaba dinero y que el arte no era el mejor camino (al corto

plazo) para obtenerlo, aceptar que estaba sola en medio de un contexto de parejas “estables” y “felices”; lo que le permitió comenzar a forjar un proyecto concreto, a ponerse metas y plazos. He aquí un tremendo aprendizaje para mí. Yo mismo he tenido que lidiar muchas veces con la disyuntiva romántica entre quedarme en mis “ideales” o hacer algo con la vida real que tengo. Elisa me enseñó que es posible salir de esta trampa, pero que implica dolor y renuncia, aunque también cultivar una mayor capacidad para apreciar los detalles simples de la vida. A veces buscamos la aguja donde está la luz, en lugar de llevar luz donde se nos cayó la aguja.

Una de las cosas que he ido aprendiendo, con dificultad y porfía en la vida, es que no todo depende de mí, que a veces tengo que vivir situaciones, incluso “elecciones”; que no he decidido conscientemente. Más de alguna vez me he peleado con lo que “me tocó” y he entrado en profundos estados de frustración. Creo que Elisa también estaba muy frustrada. A veces me daba la impresión de que estaba frustrada con todo, con su ser mismo, con que las cosas fueran como eran. Creo que ella fue comprendiendo, poco a poco y tropiezo tras tropiezo, de que esperar que la vida sea como uno espera que sea es una ilusión peligrosa; que la vida simplemente es como es y que lo que hace la diferencia es la manera que tenemos de enfrentar las cosas y de estar presentes en cada momento. Elisa fue capaz de ir saliendo de la historia trágica que se había contado acerca de su vida, para comenzar a re-escribir un guion más amable, simple y abarcativo. Esto es lo que hizo que ella pudiera atenuar su tendencia a la lamentación y pudiera comenzar a desarrollar una hermosa capacidad para apreciar los detalles de la vida y, sobre todo, para ir teniendo una experiencia del mundo más acogedora y hogareña. Desde mi perspectiva, esto está en la base de una notable transformación en su forma de hacer arte: cuando la conocí estaba “obsesionada” con pintar retratos cuyos rostros eran irreconocibles, pintando una y otra vez encima del mismo dibujo, creando una sensación ominosa, como de una experiencia humana extraña y lejana. Cuando nos dejamos de ver estaba trabajando con madera, creando casas cálidas que expresaban una experiencia de familiaridad y de hogar. Elisa confirmó en mí una convicción muy arraigada: que es mejor vivir en el mundo y moverse en él como si fuera nuestra propia casa, que no hay nada que temer, que mi hogar está fundamentalmente bien tal y como está. En otras palabras: somos más felices cuando confiamos en nosotros mismos y en lo que nos rodea. Pienso que Elisa comenzó a desarrollar este tipo de confianza.

CONCLUSIONES

En nuestra opinión, los terapeutas tenemos dos modos generales posibles de aproximarnos a nuestro quehacer: uno más bien técnico, desde el que nos podemos entender como expertos que asesoran en sus problemas a sujetos que no tienen ninguna relación esencial con nosotros, más cercano al modelo médico; y otro que podríamos llamar “artesanal”, desde el que podemos comprendernos como compañeros de viaje de nuestros pacientes, viaje en el que estamos implicados ambos y que requiere de nosotros algo más que una experticia técnica, un compromiso afectivo y la apertura suficiente para entablar una relación humana de intimidad en la que corremos el “riesgo” de ser tocados y transformados también nosotros como terapeutas. Mientras que en la primera posición el terapeuta observa y asesora la forma de bailar del paciente, en la segunda entramos al baile creando una forma común de danzar, manteniendo a la vez la conciencia y la distancia necesarias para poder ayudar al paciente a ir reconociendo sus pasos y la forma en que estos pueden generarle sufrimiento. Como se desprende de todo lo que hemos dicho, nos adscribimos a esta segunda opción.

Dentro de la historia moderna de la psicología, la primera de las posiciones antes descritas está representada fundamentalmente por Freud y gran parte del psicoanálisis influido por su obra, en la que aparecen en un lugar eminente nociones como las de “neutralidad”. Dentro de la segunda posición encontramos, tal vez como una de sus figuras pioneras (no la única, por cierto), los aportes de Jung y el lugar privilegiado que en su pensamiento y práctica ocupa lo que él mismo llama “influencia mutua”. Proponemos un par de citas de este autor para ilustrar lo que queremos decir:

Se podría decir sin exagerar demasiado que la mitad de un tratamiento profundo consiste en el autoexamen del médico [terapeuta], pues el médico solo puede poner en orden en el paciente lo que ha corregido en sí mismo. No es un error que el médico [terapeuta] se sienta afectado por el paciente: el médico solo puede curar en la medida en que está herido (Jung, 1951/2006, p. 118).

O esta otra:

Así pues, el arte de la psicoterapia exige que el terapeuta posea una convicción precisable, creíble y defendible que haya demostrado su utilidad al suprimir o impedir el surgimiento de disociaciones neuróticas en el propio terapeuta. Pues un terapeuta

no puede llevar a un paciente más allá de lo que él mismo es (Jung, 1951/2006, p. 81, las cursivas son de los autores).

Si no nos dejamos perturbar por el tono grandilocuente e idealista de estas expresiones, podemos extraer de ellas una rica pulpa de sabiduría. El modo en que los terapeutas vivimos nuestras propias vidas es nuestro principal capital terapéutico con nuestros pacientes. Esto significa no que tengamos que aspirar a una especie de perfección monacal, sino a mantenernos lúcidos respecto de nuestro propio sufrimiento y de las maneras que vamos encontrando para comprenderlo y para transformarlo en nosotros mismos, lo que va ampliando nuestro sentido de bienestar y de significatividad existencial. Creemos que es fundamental, en medio de una época marcada por relaciones de tipo mercantil y utilitarias, recobrar la sensibilidad y la osadía para confiar en que la propia sabiduría es el mejor terreno para ayudar terapéuticamente a otros.

Sucede entonces que en un proceso psicoterapéutico nos encontramos dos (o más) personas con un ilimitado potencial de sabiduría. La sabiduría propia de un buen terapeuta consiste en cultivar un modo de vivir despierto, abierto y compasivo (hasta donde nos sea posible), y (al mismo tiempo) mantener una confianza fundamental en que nuestros pacientes son los mejores expertos en su propia experiencia. Cuando los ayudamos a ir podando aquellas ramas viejas y secas que obstaculizan su crecimiento podemos ser testigos de su florecimiento, emerge esa sabiduría que hay ya en ellos, que al mismo tiempo tanto puede enseñarnos.

De este modo, un primer aprendizaje que emerge de las experiencias que hemos compartido sea que vale la pena visibilizar lo que los pacientes nos enseñan a los terapeutas, lo que si bien resulta evidente para la mayoría de los terapeutas, sorprende lo poco comunicado y lo poco investigado que está. Si no ponemos en palabras este tema ni siquiera podemos verlo, dejando de lado una dimensión trascendental del proceso terapéutico. Lo que aprendemos los terapeutas de nuestros pacientes es una fuente de sentido para nuestras propias vidas y al mismo tiempo contribuye para nutrir el mismo proceso terapéutico, haciéndolo más humano y significativo.

Otro aprendizaje, complementario del anterior, dice relación con la importancia de que aquello que los terapeutas aprendemos de nuestros pacientes se lo expresemos explícitamente a ellos. Si no lo hacemos,

dejamos que se pierda una oportunidad preciosa para que nuestros pacientes entren en contacto y sientan su propia sabiduría en el contexto real de la relación terapéutica en el aquí y ahora. Una cosa es mostrarle a un paciente los recursos que tiene y otra más significativa es permitirle vivenciar esos recursos en nuestro reconocimiento y en nuestra gratitud auténtica hacia ellos. La experiencia nos dice que cuando hacemos este tipo de reconocimientos la relación terapéutica se enriquece, el paciente se siente validado y empoderado, y todo el proceso avanza en forma más fluida.

Para finalizar, confesar que sentimos que, como terapeutas, tenemos un rol privilegiado, pues somos testigos y también participantes de la vida de nuestros pacientes, quienes nos comparten sus dolores, decepciones y dificultades cotidianas, y nosotros resonamos y empatizamos con ellos: esta es la tierra fértil desde donde se hace posible el trabajo terapéutico. También los pacientes contribuyen en el camino para ir haciéndonos cargo de nuestras propias vidas, de manera responsable y digna. Si nos abrimos de corazón al otro, este nos toca y nos conmueve; en este camino aprendemos y nos nutrimos para ir vislumbrando nuevos personales caminos. En este sentido, nuestra labor como terapeutas se parece mucho a la de un novelista, ya que tenemos la excepcional posibilidad de vivir muchas vidas (las de nuestros pacientes) en el transcurso de una sola (la nuestra). Por todo esto y mucho más, cómo no estarles agradecidos a nuestros pacientes.

REFERENCIAS

1. Gadamer HG (1977). *Verdad y método: fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Salamanca: Ediciones Sígueme
2. Jung CG (1950/2006). Los problemas de la psicoterapia moderna. En *La práctica de la psicoterapia: contribuciones al problema de la psicoterapia y a la psicología de la transferencia*. Madrid: Editorial Trotta
3. Jung CG (1951/2006). Psicoterapia y cosmovisión. En *La práctica de la psicoterapia: contribuciones al problema de la psicoterapia y a la psicología de la transferencia*. Madrid: Editorial Trotta
4. Sassenfeld A (2012). *Principios clínicos de la psicoterapia relacional*. Santiago: Ediciones SODEPSI
5. Stern DN (1998). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. London: Karnac Books
6. Stern DN (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. London: W W Norton & Company
7. Neff K (2012). *Sé amable contigo mismo: El arte de la compasión hacia uno mismo*. Barcelona: Oniro
8. Winnicott DW (1995). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa
9. Yalom ID (2002). *El don de la terapia: carta abierta a una nueva generación de terapeutas y a sus pacientes*. Buenos Aires: Emece

REVISIÓN

MENSAJES PÓSTUMOS Y DISCURSO SUICIDA: HACIA LA TEORÍA DEL NO LUGAR SUICIDA¹

(Rev GPU 2016; 12; 1: 35-41)

Francisco Ceballos-Espinoza²

No cabe duda que el suicidio, como todo acto humano, es un acto de comunicación; por lo mismo, forma parte de un mensaje que, intencionadamente o no, es interpretado por los cercanos a la víctima. De esta forma, las notas suicidas constituyen el último recurso para aclarar una situación emocional no tramitada simbólicamente. El presente artículo de revisión reúne los resultados de distintas investigaciones en torno al análisis de contenido de notas suicidas, identificando las categorías de mayor recurrencia. Se concluye que el discurso suicida se construye a partir de la necesidad de tener un espacio dentro de la estructura; pues, previo a su muerte, el sujeto se descubre en un *no lugar*, el cual le resulta insoportable de habitar.

INTRODUCCIÓN

El suicidio ha sido uno de los fenómenos conductuales de mayor abordaje investigativo dentro de los últimos años, pues la tasa de muerte por esta causal ha marcado una tendencia al aumento en gran parte de los países a nivel mundial. Uno de los elementos de mayor atención en el estudio del suicidio lo constituye la exploración de sus causas. Los resultados obtenidos durante las últimas décadas han confirmado que la comprensión del acto suicida resulta tan dificultosa como la determinación precisa de sus causas; y, que el

suicidio es un fenómeno conductual complejo y multi-determinado (Blumenthal, 1988; Blumenthal y Kupfer, 1988; Joiner 2005; Joiner *et al.* 2009; Mack, 1981; Mann, Waternaux, Haas y Malone, 1999; Shneidman, 1992; Silverman y Felner, 1995; Van Order *et al.*, 2010). Por lo mismo, investigadores han debido recurrir a diferentes métodos para el estudio del suicidio, coincidiendo en que las vías útiles para su abordaje la conforman: las estadísticas nacionales de mortalidad, las evaluaciones psicológicas retrospectivas, el estudio de los intentos suicidas no fatales y el análisis de las notas suicidas (Maris, 1981; Shneidman, 1994; Shneidman y Farberow,

¹ Trabajo publicado originalmente en la revista *Estudios Sociohumanísticos* de la Universidad de Santander. <http://revistas.udes.edu.co/site/index.php/estudiossociohumanisticos/index>. Reproducido en GPU con autorización.

² Instituto de Criminología. Policía de Investigaciones de Chile. Correspondencia con el autor: Instituto de Criminología, Policía de Investigaciones de Chile, PDI. Dirección: Avda. José Domingo Cañas Nro. 2025, Ñuñoa, Región Metropolitana - Chile. Código postal 7750000. Correo electrónico: fceballose@gmail.com, teléfono: +56997790404.

1957b), todos ellos con sus ventajas y limitaciones. De estas estrategias de investigación las notas suicidas han resultado ser una importante fuente de información para acceder a las motivaciones y el estado psicológico del sujeto, en el momento que decide acabar con su vida (Chávez, Macías y Luna, 2011; Leenaars, 1988, 1989; O'Connor y Leenaars, 2004; Shneidman, 2005; Shneidman y Farberow 1957a, 1957b), permitiendo un acercamiento discursivo a la comprensión del sentido y significado del acto suicida para quienes adoptan tal determinación (Ceballos-Espinoza, 2013, 2014; Ceballos-Espinoza y San Martín, 2015; Leenaars, De Wilde, Wenckstern y Kral, 2001; Werlang y Botega, 2003).

Las notas suicidas son definidas como todos aquellos mensajes escritos por un sujeto que ha tomado la determinación de quitarse la vida; donde expresa, por lo general, los hechos que motivaron su decisión, imparte instrucciones y/o transmite pensamientos y deseos hacia un Otro significativo (Ceballos-Espinoza y San Martín, 2015). Desde los primeros estudios de notas suicidas con rigor científico (Shneidman y Farberow, 1957a, 1957b), la investigación en esta temática se ha centrado en tres líneas de trabajo: a) Epidemiología (Shneidman y Farberow, 1960; Rodes, Monera, Giner y Martí, 1999; Salib, Cawley y Healy, 2002); b) La distinción entre notas (verdaderas/simuladas [Leenaars y Balance, 1981; Lester, 2008] y suicidio consumado/tentativa [Brevard, Lester y Yang, 1990; Handelman y Lester, 2007]); y c) El análisis de contenido: cuantitativo (García-Caballero, Jiménez, Fernández-Cabana y García-Lado, 2012; Jiménez y García-Caballero, 2010) y cualitativo (identificación de categorías [Chávez, Macías y Luna, 2011; Foster, 2003; Read, Velldal y Ovrelid, 2012], diferencias temáticas [Ho, Yip, Chiu y Halliday, 1998; Leenaars y Balance, 1984] y diferencias interculturales [Chávez, Leenaars, Chávez, M. y Leenaars, L., 2009; Leenaars, Haines, Wenckstern, Williams y Lester, 2003; Leenaars, *et al.*, 2010; O'Connor y Leenaars, 2004]).

Sin duda que la naturaleza de estos estudios confirma la premisa de que todo acto comunica y, por consiguiente, todo lo que el sujeto realiza constituye –entre otras cosas– un mensaje. Desde esta perspectiva, entonces, el suicidio forma parte de un mensaje que, intencionadamente o no, es interpretado por los familiares y/o cercanos a la víctima. Estas últimas palabras tienen por objeto visibilizar, de manera manifiesta o latente, un discurso suicida que le otorgará sentido y significado a la muerte (Ceballos, 2014); y, aunque el discurso suicida suele ser directo y adquirir forma de denuncia, reclamo e incluso denostación, la carta póstuma es mucho más que su contenido manifiesto, puesto que, por lo general, forma parte de un discurso

que revela un saber del que nada se quiere saber (Payá, 2012). De cualquier manera, los mensajes encontrados tras cada muerte sugieren la necesidad de los individuos de verbalizar la justificación de su acto (Movahedi, 2009). Esta factibilidad cierta de contenido latente en la narrativa del sujeto, y su diversidad posible, son los elementos que han promovido el análisis de contenido en notas suicidas y de las características narrativas presentes en estos documentos.

A partir de los fundamentos señalados precedentemente, referidos a la imposibilidad de no comunicar y la factibilidad cierta de identificar un discurso suicida detrás de cada muerte autoinfligida, se plantea un análisis de la narrativa presente en los sujetos que han tomado la determinación de acabar voluntariamente con su vida. La metodología utilizada se basó en la revisión sistemática de la literatura e investigaciones existentes en las distintas bases de datos indexadas en torno al fenómeno suicida, al discurso presente en los sujetos y al análisis cualitativo de notas suicidas. Para ello se utilizaron técnicas específicas basadas en la identificación de palabras clave y el uso de filtros metodológicos. El criterio de selección estuvo dado por aquellos artículos que consideraran el estudio del suicidio y de las notas suicidas bajo una perspectiva cualitativa. Este procedimiento metodológico permitió identificar aquellos argumentos para cometer suicidio que resultan de mayor frecuencia dentro de la población suicida y que fueron abordados dentro de las investigaciones revisadas. El objetivo planteado tiene relación con identificar las temáticas que forman parte de una misma narrativa discursiva para los sujetos suicidas y, desde ahí, formular hipótesis respecto del sentido y significado del acto suicida para quienes toman la determinación de acabar su vida.

APROXIMACIÓN COMPRENSIVA AL FENÓMENO SUICIDA

Los marcos de explicación sobre el suicidio que hoy predominan se han venido cobijando en el manto de la medicina hegemónica; justificando a quien se quita la vida con los argumentos del discurso psiquiátrico de la locura (Martínez y Guinsberg, 2009). Sin embargo, resulta insostenible levantar inferencias a partir de conclusiones causales lineales y directas, así como también generalizar el fenómeno desde lo epidemiológico. Para Durkheim (1897/2004), la comprensión del suicidio requiere un abordaje más amplio que la indagación de sus causas más próximas, pues su estudio debe incluir necesariamente el contexto social en el cual el acto es dado. Bajo este último planteamiento,

sin desestimar que el hombre no es realidad simple, sino plural (Rodríguez, 2001), el suicidio debe ser comprendido desde el sujeto y su contexto, como un acto de significación subjetiva, resultado de un conflicto intrapsíquico suscitado en el espacio vincular (Velasco y Pujal, 2005). Desde este lugar conflictivo el sujeto no logra una articulación subjetiva, ejecutando el acto suicida, ante la falta de un Otro para quien ya no existe (Vargas, 2010).

Así, la figura del Otro será recurrente en el discurso suicida, un Otro diferente en el marco de un contexto de alteridad (Osorio, 1998), donde cada acto suicida expresa, a su vez, dimensiones subjetivas. Por lo mismo, considerar la subjetividad exige entender el suicidio como un fenómeno complejo que responde a procesos de construcciones diversos, distanciados de perspectivas estadísticas que dan cuenta de un hecho uniforme (Kelly, 2001). En tal sentido, deconstruir el discurso convencional del suicidio, asumido como verdadero, implica el cuestionamiento de los modos de vida y las formas de morir, pues la naturaleza social de la enfermedad no se confirma en el caso clínico, sino más bien en la forma particular de enfermar y morir (Martínez y Guinsberg, 2009).

De esta forma el suicidio se concibe como una muerte subjetiva e intersubjetiva, para Velasco y Pujal (2005). El acto suicida deviene del sometimiento radical del sujeto frente a un Otro (plano intersubjetivo) que termina acabando con su vida (subjetiva). Esta tensión entre la subjetividad y la sujeción se constituye a partir de la dificultad de articularse –subjetivamente– en el mundo, frente a la imposibilidad de trazar una huella en el Otro. Así, en un acto de poder sobre su propio cuerpo, el sujeto se vuelca hacia sí mismo (Foucault, 1982/2001), lo que finalmente constituye su última oportunidad para escapar del Yo –y del mundo– con la fantasía, en los casos más extremos, de convertirse en un Otro (Baumeister, 1990).

SIGNIFICACIÓN AFECTIVA Y ALTERIDAD: EL SUICIDIO COMO PROBLEMA INTERSUBJETIVO

Desde Durkheim (1897/2004) se ha considerado que la pérdida de referencias finalmente termina desorientando al sujeto causándole un sufrimiento que –desde su juicio alterado y falto de objetividad– es mayor al que podría causarle la propia muerte; y, por lo mismo, la hace preferible frente a la vida. Esta referencia es vital en el sujeto ya que la interacción social responde siempre a una alteridad, por cuanto la persona no es individuo sino coexistencia (Rodríguez, 2001). De ahí que precisamente sea la alteridad la esencia de la condición

humana que promueve la sociabilidad, la trascendencia y el crecimiento integral, pero también la necesidad y la vulnerabilidad (Nuévalos, 2010).

De esta manera, la relación de alteridad surge en la presencia del Otro, en la deliberación de poderes y la autoridad del yo (Navarro, 2008). Para Lévinas (1963/2001), la otredad –en la que acontece el Otro– acontece como orden, como una llamada a la responsabilidad frente al vulnerable. En este lugar se manifiesta la naturaleza no autosuficiente del sujeto, su dependencia, su vulnerabilidad y su necesidad; pues, como señala Farías (2012), en muchos casos, las motivaciones tras el suicidio se relacionan con un sufrimiento moral detonado por las relaciones con un Otro. En el suicida, entonces, existe una orientación hacia el ego expresada en una distancia y pérdida de identidad intersubjetiva, pues toda identidad se constituye a partir de un Otro, desde una necesidad mutua, donde cada persona es parte, lado y aspecto de ese Otro.

Es en este contexto identitario donde pareciera instalarse el suicidio, movido por una pérdida de identidad y por la necesidad de ser amado. Desde este lugar el sujeto reanuda sus relaciones con objetos externos –exponiéndose al fracaso– en la búsqueda de una nueva identidad (Valls, 1985). Justamente, el sujeto se encuentra en una constante reafirmación de su identidad, en una búsqueda permanente del reconocimiento de un Otro para cubrir sus necesidades y afectos. En este sentido, Lacan (1971/2012) señala que el suicidio es un acto acabado, pues constituye una instancia de restitución de la dignidad del sujeto ante el fracaso de este reconocimiento.

A partir de esta hipótesis es factible justificar la presencia de notas suicidas junto al cadáver, pues para los suicidas escribir un mensaje de despedida constituiría la última posibilidad de establecer el “Yo” en un mundo que no ha entendido los mensajes que ha entregado con anterioridad al acto suicida. Así, por lo general, los escritos de los suicidas buscan –de una u otra manera– lo mismo: crear un sentimiento de culpa, procurar dolor en los deudos, instruir a los parientes sobre el manejo del cadáver, acusar sin pruebas, pedir perdón por el suicidio, señalar el fracaso de una relación de pareja o expresar que no encuentran un sentido para la existencia (Payá, 2012).

EL DISCURSO SUICIDA Y LA DEMANDA DEL OTRO

La comprensión del acto suicida y, más aún, el conocimiento exacto y preciso del pensamiento del sujeto antes de acabar con su vida, resultan una tarea compleja. Este último acto interrumpe una vida insoportable con

la que el suicida ya no desea luchar más, entonces la muerte autoprovocada constituye la única salida posible, cumpliendo, de paso, un doble objetivo a su haber: la interrupción del orden biológico y la movilización afectiva de su entorno más cercano. Sin embargo, afectar al otro –como espera el sujeto suicida– le autoimpone, en algunas ocasiones, la necesidad de explicitar el mensaje que conlleva su muerte, por lo que antes de finiquitar su presencia en este mundo planea su último acto y deja junto a él –literalmente– un mensaje.

Son precisamente estos mensajes los que han despertado la atención de investigadores de diversas áreas de estudio del comportamiento humano. Durante las últimas décadas la presencia de estos documentos junto al occiso ha generado estudios de diversa naturaleza, cuestión que ha sido motivada, entre otros aspectos, por la falta de resultados concluyentes respecto de diferencias significativas entre los sujetos suicidas que dejan notas póstumas y aquellos que no lo hacen (Jiménez y García-Caballero, 2010; Leenaars, 1988; Ruiz, *et al.*, 2003; Tuckman, Kleiner y Lavell, 1959), por lo que el conocimiento adquirido ha resultado de amplia utilidad en la población suicida en general, especialmente por los hallazgos obtenidos en la línea del análisis de contenido de las notas suicidas.

Desde esta metodología de investigación, un equipo de investigadores en México identificó la categoría “problemas de relaciones interpersonales” como la razón más mencionada para cometer suicidio (Chávez, Macías, Palatto, y Ramírez, 2004). En esta misma línea, la categoría “no encontrarle sentido a la vida, no tener objetivos” fue la razón mayormente expuesta por los jóvenes para cometer suicidio; y, en el caso de las notas póstumas de sujetos menores de 14 años, solamente se encontraron temáticas que daban cuenta de problemas con la familia nuclear, específicamente con los padres (Chávez, Macías y Luna, 2011). Sin duda, esta narrativa presente en los mensajes póstumos de los adolescentes subraya la necesidad de tener un lugar dentro de la estructura, siendo parte de ese juego del deseo donde el sujeto quiere representar algo importante para los otros (Payá, 2012). En otro estudio –también en México– Cerda (2006) identificó el fracaso, el desamor y la soledad entre las razones de mayor peso para cometer suicidio, en tanto que las palabras asociadas con perdón, amor y desamor fueron las expresiones que presentaron la mayor frecuencia dentro de las notas de despedida. Junto a ello, desarrolló un mapa conceptual con seis categorías que implicaban la presencia de temas: críticos (fracaso, soledad), cruciales (no dar más problemas), irrelevantes (connotación sexual, como parte de los derechos humanos), marginales (para ser

perdonado por la familia, mundo espiritual) y coyunturales (altruismo para “proteger desde más allá”).

En Chile, Ceballos-Espinoza (2014) identificó la movilización afectiva, conflicto psíquico, fantasías y deseo como las categorías centrales en las que se estructura el discurso suicida. Posteriormente, Ceballos-Espinoza y San Martín (2015), profundizaron la investigación centrándose en la categoría movilización afectiva. Dentro de este tópico central las categorías afecto positivo, afecto negativo, afecto depresivo y estado desesperación emergieron como los elementos articuladores del discurso afectivo presente en la narrativa de los sujetos que adoptaron la determinación de acabar con su vida. Al respecto señalan que, dentro de la dinámica afectiva el sujeto apela al reconocimiento de un Otro frente al cual ha dejado de existir; sin embargo, el desamparo –generado por la falta de resonancia afectiva– moviliza al sujeto a tal punto de generar sentimientos de desesperanza, lugar desde el cual interpreta su entorno como negativo para sí mismo y para su futuro. Esta interpretación de la realidad como adversa retorna al sujeto como afecto depresivo producto de una sensación de derrumbe y abatimiento, lo que constituye el fundamento de su deseo evasivo. Este escenario desfavorable lo lleva a un estado de desesperación que, finalmente, lo impulsa a terminar con su vida.

En términos generales, los estudios realizados en otros países –fuera del continente americano– no han reportado diferencias temáticas significativas. En India, un estudio sobre notas suicidas arrojó que el afecto más frecuentemente expresado en los mensajes póstumos era el solicitar u otorgar perdón, seguido del estado de ánimo decaído, la desesperanza y el enojo (Girdhar, Leenaars, Dogra, Leenaars L. y Kumar, 2004). Por su parte, en Irlanda, Foster (2003) identificó la “disculpa / vergüenza”, “amor por los que quedan” y una “vida imposible de soportar” como los tópicos de mayor mención dentro de los mensajes de despedida. En Noruega, en tanto, las categorías más relevantes encontradas en las notas suicidas resultaron ser la culpa y la desesperanza (Read, Velldal y Ovrelid, 2012).

Por otra parte, ante la posibilidad que la narrativa incluida en los mensajes de despedida de los sujetos suicidas presente diferencias interculturales, diversos investigadores han comparado notas suicidas entre Estados Unidos y diferentes países: Australia (Leenaars, Haines, Wenckstern, Williams y Lester, 2003), Irlanda del Norte (O’Connor y Leenaars, 2004) y México (Chávez, Leenaars, Chávez M. y Leenaars M., 2009), reportando un mayor número de similitudes que de diferencias culturales. La categoría “Identificación-Egresión” relativa a un insoportable dolor psicológico por alguna pérdida

resultó con menor notoriedad en Estados Unidos que en los otros países con los que se efectuó la comparación, lo que sugirió características más colectivistas en los países con los que fue comparada la muestra de Estados Unidos.

Finalmente, en la vejez, muchas de las notas reflejan la preocupación del sujeto por su condición y las circunstancias que lo rodean: “ser una carga para los demás”. Entonces, el fenómeno suicida aparece como el último intento desesperado por conservar el control hasta el final, al mismo tiempo que representa –la gran parte de las veces– la última discusión, donde el que escribe tiene la última palabra (Foster, 2003; Leenaars, 1988, 1992; Matusevich, 2003).

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente revisión bibliográfica responden a los objetivos planteados en la investigación, pues se identifican los temas de mayor recurrencia en la narrativa de los sujetos que cometen suicidio. Las categorías temáticas que articulan el discurso suicida hacen referencia a la movilización afectiva del sujeto en los momentos previos a su muerte, dinámica intersubjetiva que revela la importancia del Otro en la determinación del sujeto. En este aspecto, las notas suicidas resultan ser un instrumento útil a la hora de develar el discurso suicida presente en los sujetos y, por lo mismo, permite una aproximación al fenómeno, y, junto a ello, al sentido y significado de tal acto para quienes adoptaron la determinación de acabar con su vida.

De esta forma, los resultados reflejan que la nota suicida surge como la última palabra de un diálogo con un Otro ausente, para aclarar una situación emocional no tramitada en el orden de lo simbólico. Previa a su muerte el sujeto se descubre en un *no lugar*³, el cual le

resulta insoportable de habitar. En este *no lugar* no hay encuentro para el sujeto más que con otra imagen de sí mismo, con su espejo, donde el suicida se descubre habitando un espacio no simbolizado, envuelto herméticamente en su individualidad; y, por lo mismo, sin dejar huella en los espacios en que transita. Así, este *no lugar* –inhabitable para el suicida– no le personaliza ni aporta identidad, resultándole imposible construir su singularidad y, en consecuencia, relacionarse con el Otro, encontrando –en su reemplazo– soledad y similitud.

De tal manera, el discurso suicida se construye a partir de la necesidad de tener un espacio dentro de la estructura; su muerte –entonces– adquiere un doble sentido paradójico: evadir la pérdida del Otro y, al mismo tiempo, inscribirse en ese Otro. Este elemento narrativo devela un componente narcisista en el suicidio: El sujeto no se mata, pues cree en su inmortalidad. De esta forma, lo que el sujeto finalmente persigue es dejar una huella en el entorno cercano que –en su fantasía– se instalará en forma de legado, la mayor de la veces bajo un relato inculpativo respecto de la muerte; sin embargo, esta denuncia y sus acusaciones se entrecruzan con elogios, consejos y adulaciones, develando la culpa presente por la determinación adoptada. Así, el amor, el odio, el perdón y la recriminación conviven en una misma narrativa, en un discurso que resulta ambivalente y tan paradójico como la muerte misma.

En este espacio suicidal la movilización afectiva resulta fundamental para comprender la dinámica del acto autolesivo. Una mirada al discurso suicida desde lo afectivo devela la alteridad donde el sujeto transita, en tanto es en este *no lugar* donde se descubre sin ese objeto de deseo, generando afectos negativos hacia ese Otro que ha perdido, pues sus palabras no hacen más que enrostrar a sus cercanos la culpa por el lugar perdido y el reclamo por sus demandas nunca antes escuchadas, de manera tal que este último mensaje constituye –también– el último esfuerzo por pertenecer a una estructura de la cual ya no es parte, y por recuperar un lugar del cual ha sido borrado. En consecuencia, el suicidio devendrá subsistencia y eternidad,

en tanto espacio circunstancial, pues su definición se constituye por el pasar de los individuos, el tránsito y el movimiento constante. En este sentido, el espacio del *no lugar* no personaliza ni aporta a la identidad, no crea una identidad singular ni una relación con el Otro, sino soledad y similitud, pues un espacio efímero y provisional solo puede producir relaciones efímeras y provisionales; y todo lo efímero y provisional está destinado a desvanecerse en el aire.

³ Se considera el término *no lugar* como espacio de anonimato en el sentido de Augé (1992), quien adopta el concepto *no-lugar* para referirse a los lugares de transitoriedad que no tienen suficiente importancia para ser considerados como “lugares”. El mismo autor señala que si un lugar puede definirse como territorio de identidad, relacional e histórico, un espacio que no puede definirse ni como espacio de identidad ni como relacional ni como histórico, definirá un *no lugar*. De esta definición se desprende que un *no lugar* no pone en contacto al individuo más que con otra imagen de sí mismo, con su espejo, donde el sujeto habita un espacio no simbolizado, envuelto herméticamente en su individualidad, por lo mismo, sin dejar huella en los espacios en que transita. Así, un *no-lugar* carecerá de la configuración de los espacios,

constituyendo su esperanza de inscribirse en aquel Otro para quien ha dejado de existir.

Finalmente, los antecedentes expuestos anteriormente confirman que abordar el suicidio desde una perspectiva cualitativa y, más aún, volcar la atención en el discurso de los sujetos que se dan muerte a sí mismos resulta de gran relevancia para la comprensión del fenómeno suicida, pues la mayoría de los estudios –relativos a este fenómeno– se realizan bajo una mirada tradicional y un monismo metodológico que reduce el acto suicida a cuestiones estadísticas, por sobre los factores subjetivos que intervienen en una determinación de esa naturaleza. Por otra parte, los resultados obtenidos permiten visibilizar la incompletitud del conocimiento científico con relación al suicidio, pues es pertinente reconocer que nada está totalmente dicho respecto a este fenómeno. Bajo esta lógica de pensamiento, el presente artículo de revisión se fundamenta en los procesos subjetivos de cada individuo, proporcionando una mirada centrada en el relato del sujeto como vía para acceder al sentido y significado atribuidos al acto suicida. De lo que se trata, finalmente, es de introducir la subjetividad como elemento de análisis para la comprensión del suicidio y, dentro de esta línea de estudio, problematizar la noción convencional que existe respecto de tal fenómeno conductual, pues queda de manifiesto que la exploración del discurso suicida permite identificar los temas y cuestiones relevantes dentro de la determinación que adopta el sujeto. Por lo mismo, este conocimiento resulta de utilidad para la predicción del suicidio en poblaciones de alto riesgo, para implementar programas de intervención terapéutica frente a casos clínicos y en la implementación de políticas públicas desde una perspectiva alejada de lo meramente estadístico.

REFERENCIAS

1. Augé M (1992). Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité. [Los "No Lugares" Espacios del Anonimato. Una antropología sobre la modernidad]. Barcelona, España: Gedisa
2. Baumeister R (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113. doi: 10.1037/0033-295X.97.1.90
3. Blumenthal S (1988). Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Medical Clinics of North America*, 72(4), 937-971
4. Blumenthal S, Kupfer D (1988). Overview of early detection and treatment strategies for suicidal behavior in young people. *Journal Youth and Adolescence*, 17(1), 1-24. doi: 10.1007/BF01538721
5. Brevard A, Lester D, Yang B (1990). A comparison of suicide notes written by suicide completers and suicide attempters. *Crisis*, 11(1), 7-11
6. Ceballos-Espinoza F (2013). El Suicidio en Chile: Una aproximación al perfil suicida a partir del análisis de notas suicidas. *Revista Estudios Policiales*. Vol. 10, 77-92
7. Ceballos-Espinoza F (2014). El discurso suicida: Una aproximación al sentido y significado del suicidio basado en el análisis de notas suicidas. *Sciences PI Journal*, Ed. 1, artículo 4. Revista electrónica disponible en http://sciences-pi.com/2060329_Articulo-4.html
8. Ceballos-Espinoza F, San Martín D (2015). Estados afectivos expresados en notas suicidas: El suicidio como acto de resistencia al abandono. Manuscrito presentado para su publicación
9. Cerda P (2006). El suicidio en Nuevo León, un perfil psicosocial. *Ciencia UANL*, 9(2), 116-121
10. Chávez A, Leenaars A, Chávez M, Leenaars L (2009). Suicide notes from Mexico and the United States: a thematic analysis. *Salud Pública de México*, 51(4), 314-320
11. Chávez A, Macías L, Luna M (2011). Notas suicidas mexicanas. Un análisis cualitativo. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 33-42
12. Chávez A, Macías L, Palatto H, Ramírez L (2004). Epidemiología del suicidio en el estado de Guanajuato. *Salud Mental*, 27(2), 15-20
13. Durkheim E (2004). El suicidio. Buenos Aires, Argentina: Editorial Losada (Trabajo original publicado en 1897)
14. Farías G (2012). Muerte voluntaria y ética. *Artigos Temáticos*, 4(1), 35-47. Recuperado de <http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-i-ano-iv/artigos-tematicos/muerte-voluntaria-etica.pdf>
15. Foucault M (2001). La hermenéutica del sujeto. Curso en el Collège de France (1981-1982). (H. Pons, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Fondo de cultura económica
16. Foster T (2003). Suicide note themes and suicide prevention. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 33(4). 323-331. doi: 10.2190/T210-E2V5-A5M0-QLJU
17. García-Caballero A, Jiménez J, Fernández-Cabana M, García-Lado I (2012). Last words: An LIWC analysis of suicide notes from Spain. *European Psychiatry*, 27(1), 1. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75586-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75586-4)
18. Girdhar S, Leenaars A, Dogra T, Leenaars L, Kumar G (2004). Suicide notes in India: What do they tell us? *Archives of Suicide Research*, 3, 175-185. Doi: 10.1080/13811110490271362
19. Handelman L, Lester D. (2007). The content of suicide notes from attempters and completers. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28(2).102-104. doi: 10.1027/0227-5910.28.2.102
20. Ho T, Yip P, Chiu C, Halliday P (1998). Suicide notes: what do they tell us? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(6). 467-473. doi: 10.1111/j.1600-0447.1998.tb10121.x
21. Jiménez J, García-Caballero A (2010). Características forenses, psicológicas y lingüísticas de una muestra de notas suicidas en Galicia. *Boletín Galego de Medicina Legal e Forense*, 17, 31-47
22. Joiner T (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press
23. Joiner T, Van Orden K, Witte T, Selby E, Ribeiro J, Lewis R, Rudd M (2009). Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 634-646. doi: 10.1037/a0016500
24. Kelly G (2001). *Psicología de los constructos personales: Textos escogidos* (B. Maher, compilación en inglés; G. Feixas, editor). Barcelona, España: Paidós
25. Lacan J (2012). Seminario 19 bis. El saber del psicoanalista. Buenos Aires: Paidós (Obra original publicada en 1971)
26. Leenaars A (1988). *Suicide notes*. New York: Human Sciences Press
27. Leenaars A (1989). Suicide across the adult life-span: An archival study. *Crisis*, 10(2), 132-151
28. Leenaars A (1992). Suicide notes of the older adult. *Suicide Life Threaten Behavior*, 22(1), 62-79. doi: 10.1111/j.1943-278X.1992.tb00476.x

29. Leenaars A, Balance W (1981). A predictive approach to the study of manifest content in suicide notes. *Journal of Clinical Psychology*, 37(1), 50-52. doi: 10.1002/1097-4679(198101)37:13.0.CO;2-Y
30. Leenaars A, Balance W (1984). A predictive approach to suicide notes of young and old people from Freud's formulations with regard to suicide. *Journal of Clinical Psychology*, 40(6), 1362-1364
31. Leenaars A, Haines J, Wenckstern S, Williams C, Lester D (2003). Suicide Notes from Australia and the United States. *Perceptual and Motor Skills*, 96, 1281-1282. doi: 10.2466/pms.2003.96.3c.1281
32. Leenaars A, De Wilde E, Wenckstern S, Kral M (2001). Suicide notes of adolescents: A life-span comparison. *Canadian Journal of Behavioral Science*. 33(1). 47-57. doi: 10.1037/h0087127
33. Leenaars A, Sayin A, Candansayar S, Leenaars L, Akar T, Demirel B (2010). Suicide in different cultures: A thematic comparison of suicide notes from turkey and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 41(2), 253-263. doi: 10.1177/0022022109354640
34. Lester D (2008). Differences between genuine and simulated suicide notes. *Psychological Reports*, 103(2), 527-528. doi: 10.2466/pr0.103.2.527-528
35. Lévinas E (2001). La huella del Otro. México DF, México: Taurus (Trabajo original publicado en 1963)
36. Mack J (1981). Adolescent suicide: an architectural model. En: Klerman G (Ed.), *Suicide and depression among adolescent and young adults* (pp. 152-187). Washington. D.C: American Psychiatric Press
37. Mann J, Waternaux C, Haas G, Malone K (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189
38. Maris R (1981). *Pathways to Suicide*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press
39. Martínez A, Guinsberg E (2009). Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(1), 32-38
40. Matusevich D (2003). Análisis cualitativo de ocho notas suicidas en la vejez. *Vertex*, 15(52), 141-145
41. Movahedi S (2009). Weaponization of the body and politicization of death. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 12(1), 71-98
42. Navarro O (2008). El «rostro» del otro: Una lectura de la ética de la alteridad de Emmanuel Lévinas. *Contrastes*, 13, 177-194. Recuperado de http://www.uma.es/contrastes/pdfs/013/10_Navarro-Olivia.pdf
43. Nuévalos C (2010). Alteridad, Corporeidad, Psicoafectividad. *Investigaciones Fenomenológicas*, 3, 387-398. Recuperado de http://www.uned.es/dpto_fim/InvFen/InvFen_M.02/pdf/28_NUEVALOS.pdf
44. O'Connor R, Leenaars A (2004). A Thematic comparison of suicide notes drawn from Northern Ireland and the United States. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 22(4), 339-347. doi: 10.1007/s12144-004-1039-5
45. Osorio F (1998). El sentido y el Otro. Un ensayo desde Clifford Geertz, Gilles Deleuze y Jean Baudrillard. *Cinta de Moebio*, 4. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10100410#>
46. Payá V (2012). *El Don y la palabra. Un estudio socioantropológico de los mensajes póstumos del suicida*. México DF, México: Juan Pablos Editor
47. Read J, Vellidal E, Ovrelid L (2012). Labeling emotions in suicide notes: Cost-sensitive learning with heterogeneous features. *Biomedical Informatics Insights*. 5(1): 99-103. doi: 10.4137/BII.58930
48. Rodes F, Monera C, Giner S, Martí J (1999). Notas suicidas. *Revista Española de Medicina Legal*; 23, 66-74
49. Rodríguez A (2001). Coexistencia e intersubjetividad. *Studia Poliana*, 3, 9-33. Recuperado de <http://www.unav.es/adi/UserFiles/CvFiles/Files/17417/Coexistencia%20e%20intersubjetividad>
50. Ruiz M, Dabi E, Vairo M, Matusevich D, Finkelsztejn C, Faccioli J (2003). Notas suicidas en pacientes mayores de 65 años: Estudio comparativo (datos preliminares). *Vertex*, 14, 134-140
51. Salib E, Cawley S, Healy R (2002). The significance of suicide notes in the elderly. *Aging and Mental Health*, 6, 186-190. doi: 10.1080/13607860220126745
52. Shneidman E (1992). *A conspectus of the suicidal scenario*. Nueva York: Grune y Stratton
53. Shneidman E (1994). Comment: The psychological autopsy. *American Psychologist*, 49(1), 75-76. doi: 10.1037/0003-066X.49.1.75
54. Shneidman E (2005). Prediction of Suicide Revisited: A Brief Methodological Note. *Suicide and Life-Threat Behavior*, 35, 1-2. doi: 10.1521/suli.35.1.1.59265
55. Shneidman E, Farberow N (Eds.). (1957a). *Clues to suicide*. New York: McGraw-Hill
56. Shneidman E, Farberow N (1957b). Some comparisons between genuine and simulated suicide notes. *Journal of General Psychology*, 56(2), 251-256. doi: 10.1080/00221309.1957.9920335
57. Shneidman E, Farberow N (1960). A socio-psychological investigation of suicide. In H. David y J. Brengleman (Eds.), *Perspectives in personality research* (pp. 270-293). New York: Springer Publishing Company
58. Silverman M, Felner R (1995). Suicide prevention programs: issues of design, implementation, feasibility, and developmental appropriateness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1), 92-104. doi: 10.1111/j.1943-278X.1995.tb00395.x
59. Tuckman J, Kleiner R, Lavell M (1959). Emotional content of suicide notes. *The American Journal of Psychiatry*, 116(1), 59-63
60. Van Order K, Witte T, Cukrowicz K, Braithwaite S, Selby E, Joiner T (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600. doi: 10.1037/a0018697
61. Valls J (1985). Suicidio e identidad. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12, 29-36
62. Vargas D (2010). El suicidio, sus estatutos y ética del psicoanálisis. *Revista Affectio Societatis*, 7, 1-13. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/viewFile/6320/6522>
63. Velasco M, Pujal M (2005). Reflexiones en torno al suicidio: Destabilizando una construcción discursiva reduccionista. *Athena Digital*, 7, 133-147. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=53700709#>
64. Werlang B, Botega N (2003). A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(4), 212-219. doi: 10.1590/S1516-44462003000400006.

REVISIÓN

TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO: APATÍA, DESCONTROL EMOCIONAL Y TRASTORNO DE LA AUTOCONCIENCIA

(Rev GPU 2016; 12; 1: 42-50)

Ben-Hur Palma¹ y Elizabeth Horta²

El Traumatismo Encefalocraneano (TEC) es una causa importante de mortalidad y morbilidad para aquellos que lo sufren, en gran medida por el grado de incapacidad y dependencia que sufren los pacientes, así como la dificultad para reincorporarse al mundo del trabajo. Si bien las secuelas abarcan distintos ámbitos del funcionamiento humano (motor, sensorial, cognitivo y emocional), las alteraciones psiquiátricas post-TEC afectan seriamente su adaptación y la calidad de vida de los que lo rodean. Su estudio ha cobrado especial relevancia en las últimas décadas, con el fin de facilitar su diagnóstico y estudiar los factores que intervienen en su aparición, para orientar adecuadamente la rehabilitación. La presente revisión aborda información acerca de las alteraciones de personalidad post-TEC, específicamente la apatía, el descontrol emocional y el deterioro de la conciencia del self, desde el punto de vista psiquiátrico y neurológico. Para ello nos basaremos en la evidencia proporcionada por la investigación científica en estas áreas, buscando reunir información actualizada que sea útil desde el punto de vista clínico.

INTRODUCCIÓN

El traumatismo Encefalocraneano constituye una causa importante de mortalidad y morbilidad a nivel nacional e internacional. A nivel mundial 200 de cada 100.000 habitantes al año sufren un TEC y 100 de ellos presentan discapacidad importante al año de evolución (17). En Chile se ha convertido en una de las

principales causa de muerte (35% en todos los grupos etarios después del primer año de vida) y causa importante de secuelas neurológicas en sujetos en edad productiva (53). El TEC, especialmente en los casos de moderado y severo, puede implicar un corte repentino e importante en la continuidad de la vida para las personas que lo sufren y sus familias. Las secuelas abarcan distintos niveles del funcionamiento humano: motor,

¹ Egresado de Medicina, Universidad de Chile

² Psicóloga Clínica, Hospital del Trabajador de Santiago elihorta23@gmail.com.

sensorial, cognitivo y emocional. Pueden impactar de manera significativa la vida del individuo en los ámbitos personal, familiar, laboral, económico y relacional (13, 59).

Las alteraciones psiquiátricas asociadas al TEC son diversas manifestaciones que se han sistematizado en las siguientes categorías: deterioro cognitivo, cambio de personalidad, psicosis, desorden afectivo y síndrome poscontusional. Sin embargo, en la práctica clínica, son poco frecuentes las ocasiones en que se observan manifestaciones de una sola de estas categorías (17). Las principales dificultades proceden del compromiso de las capacidades de control, regulación y adaptación del comportamiento social complejo. Presentan dificultad para aprender y aplicar lo aprendido, rigidez conceptual para modular sus reacciones emocionales, para automonitorearse y corregir sus errores, así como, en muchos casos, falta de conciencia de sus propios cambios. Todo esto conduce a mayor dependencia de aquellos que los rodean (43).

En la literatura científica es posible encontrar estudios respecto a las alteraciones asociadas al daño cerebral traumático, especialmente de aquellas de tipo cognitivo. Sin embargo, en los últimos años se ha manifestado un creciente interés por abordar los desórdenes conductuales que han mostrado un impacto aún más significativo en la adaptación psicosocial y en la rehabilitación, entre los cuales se encuentran los trastornos del ánimo, los de tipo ansioso, las psicosis (con menor frecuencia) y los trastornos de personalidad (10, 32, 57).

De acuerdo con los criterios diagnósticos especificados en el DSM-IV y DSM-V (2, 3) el Trastorno de Personalidad debido a un daño cerebral traumático se incluye dentro de la categoría de cambio de la personalidad debido a otra afección médica, pudiendo definirse como un cambio duradero de las características de personalidad respecto a las existentes en forma previa, como efecto directo demostrable de este, no explicable a través de otro trastorno mental o como parte de un delirium. Debe causar malestar significativo o deterioro en aspectos importantes en la vida del que lo sufre. Además se especifican subtipos, entre los que se encuentran los tipos lábil, desinhibido, agresivo, apático y paranoide.

Los cambios de personalidad son descritos como una fuente de estrés importante para los que rodean al paciente, especialmente la familia. La apatía, la falta de modulación emocional y conductual, la menor tolerancia a la frustración, la irritabilidad, limitan la posibilidad de reincorporación al trabajo, independientemente de que las habilidades cognitivas se encuentren más o menos conservadas (27). Brooks *et al.* (1986) estudiaron el

impacto de las alteraciones asociadas al daño en los familiares cercanos de sujetos que habían sufrido TEC severo. De acuerdo con los autores, las variables que resultaron ser mejores predictoras de estrés fueron la magnitud de los cambios conductuales y de personalidad presentados por los pacientes (10). La prevalencia de este trastorno es suficientemente significativa como para justificar su estudio desde una perspectiva que incluya los ámbitos biológico, psicológico y social, para permitir un mejor diagnóstico y la búsqueda de estrategias efectivas para la rehabilitación. Al respecto, en un estudio realizado por Pelegrin *et al.* (2001) se observó que un 60% de 55 pacientes que habían presentado DCT cumplía los criterios para el diagnóstico de Trastorno de Personalidad aproximadamente un año después del accidente (62). Al parecer, los cambios de personalidad tienden a persistir a través del tiempo sin grandes modificaciones (44).

Cabe hacer notar que en la exploración de los cambios de personalidad se debe considerar, necesariamente, la posible existencia de trastornos premórbidos, la interacción entre las distintas áreas de funcionamiento y las respuestas adaptativas de los pacientes ante sus cambios y limitaciones, además de las variables del entorno en que se desenvuelven (62, 65, 85)

Considerando la importancia de las alteraciones de personalidad y cambios conductuales asociados al TEC, en este estudio revisaremos el aporte de distintos autores a la descripción de las características clínicas y bases neuroanatómicas, centrándonos en tres trastornos específicos: apatía, descontrol emocional y deterioro de la autoconciencia.

PATOGENIA DEL DAÑO ASOCIADO AL TEC

Gran parte de las contusiones a causa del TEC ocurren en los lóbulos temporales polares y en la superficie inferior de los lóbulos frontales, a través de mecanismos de golpe y contragolpe con las prominencias óseas de la base del cráneo (76). La localización resulta ser un determinante esencial, junto con el tamaño y progresión del daño, en la mortalidad y complicaciones neurológicas a corto y largo plazo (45). El daño axonal difuso corresponde a lesiones multifocales, consecuencia de fuerzas rotacionales o rápida aceleración y desaceleración (42), generando un estiramiento y torsión de las fibras nerviosas y vasos sanguíneos (51). Los daños están principalmente ubicados en el cuerpo caloso, núcleos de la base, formación reticular, pedúnculos cerebelosos superiores, hipotálamo y en la interfase entre la sustancia blanca y gris de los hemisferios (26, 76). En la clínica se puede observar un compromiso de conciencia prolongado y secuelas neurológicas posteriores (26).

Como se comentó previamente, las estructuras más afectadas en el TEC corresponden a la superficie orbitaria del lóbulo frontal, y la base y polo del lóbulo temporal. La ubicación preferencial del daño en dichas zonas resulta indispensable para entender las secuelas neurológicas posteriores al TEC, ya que estas son responsables en gran parte de la memoria, funciones ejecutivas, sexualidad, actividad motora y lenguaje, entre otras funciones. A su vez, son parte fundamental en la respuesta emocional y conducta del individuo, lo que explicaría ciertos aspectos del cambio de personalidad tras el daño a dichas áreas (26).

ALTERACIONES CONDUCTUALES Y DE LA PERSONALIDAD POST-TEC

Desde el caso de Phineas Gage, uno de los primeros reportes sobre un cambio de personalidad posterior a un TEC (16), varias publicaciones han reportado cambios conductuales en pacientes con daño frontal. Feuchwanger (1923) comparó sujetos con heridas de bala frontales y otros con afectación de otras regiones: los primeros destacaron por su irritabilidad, apatía, incapacidad para planificar el futuro, falta de tacto e inmoralidad (17). Al parecer, estos comportamientos sociales inapropiados podrían deberse, entre otros factores, a déficits en la modulación del afecto, autoconciencia, automonitoreo (11), conocimiento social y toma de decisiones (17).

Blumer y Benson (1978) proponen una de las primeras distinciones en pacientes con daño frontal, distinguiendo entre dos tipos de cambio de personalidad (9). El primero, conocido como "pseudo-deprimido", caracterizado por apatía, indiferencia, baja iniciativa, retardo psicomotor, inflexibilidad, impersistencia y perseveración, con localización en la convexidad frontal. Y una segunda, ubicada en la corteza orbitofrontal, que presenta desinhibición, comportamiento antisocial, labilidad afectiva, hiperactividad, impulsividad y promiscuidad (15, 17, 85). Posteriormente aparecen nuevos modelos que incluyen los circuitos orbitofrontal (con las características previas), un frontomedial, con akinesia y escasa producción verbal, y un circuito dorsolateral, asociado a disfunciones cognitivas ejecutivas y estados de desregulación afectiva (50).

Sin embargo, algunos sugieren que los efectos del daño a la corteza prefrontal deben considerarse desde un punto integrativo y evolutivo. De esta forma, posterior al daño directo, se producen grandes cambios en diversas regiones interconectadas, afectando la estructura cerebral y la conectividad celular. En individuos con lesiones en edades tempranas se observaría una

maduración de las regiones del lóbulo frontal, tálamo, ganglios basales, sistema límbico y cortezas posteriores, entre otros, afectando todo el desarrollo cognitivo, social, emocional y moral (22).

Apatía

La apatía constituye una fuente importante de incapacidad en sujetos que sufren daño cerebral traumático, afectando su adaptación social, laboral y familiar. Marín (2005) describe la apatía como un desorden de disminución de la motivación (DDM), junto con la abulia y el mutismo akinético. La motivación es una función esencial para todo comportamiento adaptativo y, como otras funciones cerebrales, no constituye un elemento simple, sino que involucra un complejo de variables bio-psicosociales, que deben tenerse en cuenta para su comprensión. La motivación es requisito de todo comportamiento orientado a un objetivo, participando en su dirección, puesta en marcha, vigor, persistencia y detención (47). Así como la emoción puede describirse como estados complejos de sentimientos asociados a la interrupción de una conducta en curso, orientada a alcanzar una meta, la motivación se refiere a estados emocionales complejos que acompañan al comportamiento orientado hacia una meta (65).

Los desórdenes de la motivación son el resultado de una disfunción del funcionamiento cerebral. Se manifiestan cuando un paciente, con adecuado nivel de conciencia, atención, lenguaje y capacidad sensorio-motora, presenta una disminución observable de la conducta orientada a un fin, de los contenidos del pensamiento y de la emoción. Los pacientes son capaces de realizar actividad sostenida, de describir sus planes, sus metas, sus intereses y de reaccionar emocionalmente ante las situaciones significativas de la vida y de la experiencia, pero lo hacen con menor frecuencia, intensidad y duración que aquellos que no son apáticos. El comportamiento apático difiere del normal en forma cuantitativa más que cualitativa (47). Stuss *et al.* (2000), por su parte, sugieren definir la apatía como una ausencia de capacidad de respuesta a los estímulos, con el requisito de que esta falta de capacidad de respuesta sea demostrada por la falta de acción por iniciativa propia. Por lo tanto, la iniciativa es central en esta definición de apatía; la respuesta por iniciativa propia puede ser afectiva, conductual o cognitiva en su naturaleza (78). Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, es importante distinguir la apatía de otros trastornos que pueden cursar con disminución de la motivación pero que no son causados por esta. Es el caso de la depresión, la cual es un desorden del ánimo y, por definición,

un estado disfórico, en el cual predominan pensamientos negativos acerca del self, del presente y del futuro. La disforia es la característica que no estaría presente en los trastornos de la motivación (46, 47).

Actualmente, en parte importante del trabajo de investigación clínica se define la apatía con base en las puntuaciones en herramientas de evaluación. Las más frecuentemente utilizadas son la Escala de Evaluación de la Apatía (EEA) y el Inventario Neuropsiquiátrico (NI), versión más breve de la EEA, así como otros instrumentos que han sido usados previamente en la Esquizofrenia. Aunque no son específicas para medición de la apatía, han mostrado validez y confiabilidad para ser utilizados en investigación y en el uso clínico (82). En investigaciones sobre su prevalencia, aplicando la EEA (formas 26 y 28) y otras herramientas, se ha observado la presencia de apatía en rangos que oscilan entre un 46,4% y un 71% en adultos (36, 82). La rehabilitación de los pacientes que han sufrido TEC se ve significativamente afectada por la presencia de apatía, por lo que es muy importante detectarla y controlar sus efectos.

Como se vio previamente, Blumer y Benson (1978) asociaron la apatía a un daño a la región frontal dorsolateral, dentro de lo que acuñaron como personalidad "pseudodeprimida" (9). Desde entonces numerosos estudios han confirmado dicha afirmación (41, 60), por ejemplo Paradiso *et al.* (1999) encontraron que pacientes con lesiones prefrontales dorsolaterales (por TEC y ACV) presentaban menos motivación que aquellos con daño frontomedial, mostrando una conducta apática, depresiva, falta de energía, con lentitud, abandono personal y habla empobrecida (60). Esta relación se basaría en el control ejecutivo atribuido a esta región, permitiéndole coordinar pensamientos y acciones con respecto a las propias intenciones (68).

El papel del daño de la DLPF en la apatía en pacientes con trauma encefálico es innegable; sin embargo, se han reportado numerosas estructuras cerebrales cuyas lesiones presentarían personalidades similares. En un estudio con pacientes con daño frontal, incluyendo daño por TEC, Sarazin *et al.* (2003) obtuvieron una relación significativa entre una conducta apática y la disminución del metabolismo de la glucosa en la región frontomedial (72). Dentro de la MFC se ha destacado la afectación de la ACC como causante de apatía, como lo describen Knutson *et al.* (2013) en su estudio con veteranos de la guerra de Vietnam (39). Otros han incluido a la corteza orbitofrontal, por caso, el reporte de Barrash *et al.* (2000), con individuos con embotamiento afectivo e incapacidad para dirigir comportamientos hacia un objetivo (7). La explicación de esto subyace en papel de estas cortezas en la valoración, la regulación de

emociones y la toma de decisiones (6), con la ACC seleccionando conductas y manteniéndolas en pro de un fin (33). Además, se cree que el ACC determina el nivel de esfuerzo necesario para lograr el objetivo (6), y la OFC evalúa objetos según las propias intenciones (69, 71).

Otros territorios ligados a la apatía corresponden a la amígdala (47, 86), la ínsula (39) y los núcleos basales (24, 28). Por ejemplo, el síndrome de Klüver-Bucy, asociado a un daño de la amígdala, presenta, entre otros síntomas, algunos de apatía (74). Otro ejemplo es un estudio en pacientes con daño cerebral adquirido, incluido TEC, que evidenció que las manifestaciones más característicamente apáticas se presentaron en lesiones subcorticales (24). Todo esto se fundamenta en que la amígdala evaluaría la importancia de las señales sociales y emocionales para el individuo; la ínsula integraría la actividad interoceptiva en los procesos cognitivos y emocionales para tomar conciencia de los estados afectivos y motivacionales; y los núcleos basales permitirían que las recompensas esperadas refuerzan el comportamiento sin necesidad que participe la conciencia (63).

Pero también se ha visto participación del daño a la sustancia blanca en la falta de motivación, como Knutson *et al.* (2013), que implicaron a lesiones de la corona radiada y el cuerpo caloso en el desarrollo de esta personalidad (39). En consecuencia, actualmente se considera que los trastornos de disminución de la motivación se apoyan en el modelo de un circuito córtico-subcortical, que incluye estructuras como la corteza prefrontal, la ACC, la amígdala, el hipocampo, el núcleo accumbens, los núcleos basales, el núcleo talámico, el área tegmental ventral (6, 47, 74). De este modo, la evidencia sugiere que la apatía no se fundamentaría en lesiones específicas, sino que al daño de algún punto de una extensa red cerebral implicada en la motivación.

Descontrol emocional

Arciniegas (2014) describe el descontrol emocional y conductual en pacientes con DCT, como una tendencia a manifestar emociones en forma impredecible y cambiante. Incluye alteraciones severas de los afectos, como la risa y el llanto patológicos (RLP), labilidad afectiva e irritabilidad. Estos desórdenes no son específicos del TEC, pero se observan con frecuencia en estos pacientes en distintas etapas. Son comunes en el periodo inmediatamente posterior al TEC y pueden controlarse con tratamiento farmacológico. Sin embargo, en otros casos se convierten en manifestaciones crónicas, constituyendo cambios de personalidad (5).

Risa y llanto patológico

La risa y el llanto patológico, también llamados afecto pseudobulbar o incontinencia afectiva, es un trastorno asociado a una condición neurológica, como es el TBI, que se caracteriza por la irrupción de breves episodios de llanto y risa, intensos e incontrolables, gatillados por estímulos triviales o neutros, y que no tienen una relación con el estado emocional del momento en que se producen. Se trata de una perturbación de la experiencia y de la expresión emocional de carácter momentáneo (5, 61). La prevalencia en las personas con TBI no se ha determinado totalmente, pero se han reportado frecuencias de 5% a un 11% después de un año de evolución, pudiendo disminuir posteriormente. Sin embargo, en algunos sujetos puede convertirse en una condición crónica, especialmente en los que presentan daño severo a nivel de las cortezas dorso lateral y frontal anterior, cápsula y/o estructuras pontocerebelosas. El tratamiento específico es farmacológico (5).

Labilidad afectiva o emocional

Se refiere a la tendencia a sentirse fácilmente sobrepasado por emociones intensas, en respuesta a estímulos o sucesos social o personalmente significativos, que habitualmente producen respuestas de menor magnitud. Se manifiesta a través de episodios breves, no estereotipados, de experiencia y expresión congruente, no paroxísticos, de intensidad variable, susceptibles de ser controlados voluntariamente o de ser interrumpidos por distractores externos (5). La labilidad afectiva puede incluir llanto o risa, ansiedad y/o irritabilidad. No refleja necesariamente la presencia de un trastorno del ánimo y no produce un cambio persistente en el estado emocional. La prevalencia en sujetos con TEC es muy variable, reflejando diferencias en cuanto a su definición, métodos de evaluación, severidad del daño, tiempo de evolución y sesgos en su determinación. En personas con TEC severo puede oscilar entre un 33% a un 46% en periodos tempranos de evolución, y entre un 14% a un 62% más tardíamente (12).

La labilidad emocional no es específica de los trastornos asociados a daño cerebral y puede observarse en un amplio rango de desórdenes psiquiátricos, como los episodios depresivos y distímicos, en el periodo eutímico del desorden bipolar, en desórdenes asociados al uso de sustancias y en individuos con desórdenes de personalidad idiopáticos. Su determinación en pacientes con TBI requiere un extenso diagnóstico diferencial y considerar la eventual concurrencia de un trastorno del ánimo o de personalidad.

El tratamiento indicado es una coterapia farmacológica y psicológica, esta última focalizada en mejorar la autoeficacia, así como estimular la autorregulación emocional y desempeño cognitivo (74).

Irritabilidad

Prigatano define brevemente la irritabilidad como la tendencia a sentirse fácilmente molesto o enojado (65). Por su parte, Alderman (2003) hace notar que este término se refiere tanto a la experiencia interna como a la expresión manifiesta de tal experiencia (1). Aunque los pacientes pueden experimentar frecuentemente irritación, impaciencia, rabia y destemplanza, en respuesta a las situaciones cotidianas, no se trata de estados permanentes, sino que entre estos episodios surgen otros afectos o momentos de neutralidad. Los problemas sociales de los pacientes con TBI son el reflejo de cambios de personalidad tales como la inquietud, irritabilidad y la impaciencia (5, 57).

En una de sus primeras comunicaciones, McKinlay *et al.* (1981) identificaron la irritabilidad como una forma severa de pérdida de control emocional ocurrida en personas con TBI moderado a severo. Estudiaron un grupo de 55 sujetos, de los cuales el 71% presentó irritabilidad a los 12 meses de evolución. La mayoría de los sujetos mostró mal humor, impaciencia, tensión, ansiedad, labilidad afectiva y síntomas depresivos (52). Otros autores reportan frecuencias que varían desde un 15 a un 35% entre los 3 y 12 meses de evolución (18, 37). Desde el punto de vista terapéutico, se recomienda tratamiento farmacológico, especialmente en casos de mayor severidad, e intervención psicoterapéutica individual y grupal (5, 40).

Bases neuroanatómicas del descontrol emocional

Varios investigadores han asociado el daño a la corteza prefrontal con el desarrollo de rasgos impulsivos y labilidad emocional (4, 15, 22, 80, 85). Dichas características se han considerado consecuencia del daño orbitofrontal (80), siendo por ejemplo considerada dentro del denominado síndrome orbitofrontal o "pseudopsicopático" (9). También se describe que lesiones a la DLPFC generarían estados de desregulación afectiva, especialmente reacciones disfóricas (50). Anderson *et al.* (2009) evaluaron a 7 pacientes con daño prefrontal durante la infancia temprana y observaron que la impulsividad y labilidad emocional fueron los defectos más prominentes dentro de la adultez (4). En otro estudio, se encontró que dentro de un grupo de 91 pacientes con TEC, 10,9% presentaba llanto o risa patológica,

lo que se asociaba fuertemente a lesiones frontales (79). Al parecer, la expresión involuntaria de emociones se produciría al perturbar el mecanismo mediante el cual regiones como la PFC, la ACC y la corteza insular inhiben al tronco cerebral y la amígdala, modulando la vivencia emocional (66).

Sin embargo, no solo se considera a las lesiones de la PFC como origen de estas conductas. Se describe que tras el daño al lóbulo temporal suelen aparecer arrebatos de ira y cambios negativos de ánimo (6). En general, se ha asociado a la amígdala con el procesamiento de emociones (31); y a la rACC con la regulación de las emociones y resolución de conflictos emocionales (23). Se ha encontrado que niños y adolescentes con TEC moderado presentan una disminución en el grosor de la PFC (incluida la ACC) (Wilde *et al.*, 2012) y del volumen amigdalino (Wilde *et al.*, 2007) (56). Newsome *et al.* (2013) encontraron que, en pacientes con TEC, la rACC presentaba una reducción en su conectividad con la MFC y regiones temporales periamigdalinas, mientras que la amígdala se encontraba menos conectada con la rACC, alteraciones que asocia a la falta de regulación emocional e impulsividad en pacientes post-TEC (56). De hecho, la integridad del fascículo uncinado se ha correlacionado con la capacidad de regular emociones (35).

Aún más allá, los estudios han mostrado que pacientes con daño prefrontal presentaban rasgos de personalidad que semejaban al trastorno de personalidad límite (8, 49). Mathiesen *et al.* (2013) compararon las características de 24 pacientes con daño frontal por TEC y Trastorno Orgánico de Personalidad (OPD), con 20 pacientes con un Trastorno de personalidad límite (BPD). Entre ambos grupos se encontraron pocas diferencias neuropsicológicas, compartiendo problemas tanto en las relaciones interpersonales como en el control de los impulsos y la agresión. Sin embargo, el grupo con BPD mostró más alteraciones de personalidad, entre las cuales destaca la tolerancia a la frustración (49).

Alteraciones de la conciencia del self

La conciencia de sí mismo es un proceso que permite la integración de la realidad externa y la experiencia interna. Involucra la interacción entre el pensamiento (conocimiento objetivo de una situación) y sentimientos (apreciación o interpretación subjetiva) (25). Fleming (1996) resume el proceso de conciencia de sí mismo en el contexto de TEC utilizando un modelo de tres niveles. El primero se refiere a la conciencia de sí mismo en relación con los déficits producidos por el daño como tales; esto implica, en particular, los déficit post-TEC físicos,

cognitivos, sociales y emocionales. Este aspecto se confronta con la conciencia objetiva o “conocimiento” de los déficits. En segundo lugar, la conciencia de sí mismo se extiende a la conciencia de las implicaciones funcionales de los déficits para una vida independiente, para el trabajo, recreación y otras actividades cotidianas. Este segundo aspecto se confronta con la apreciación subjetiva de los déficits. El tercer aspecto de la conciencia de sí mismo es uno de los más afectados en el daño cerebral traumático, y se refiere a la falta de capacidad para establecer metas realistas, para predecir el propio futuro con precisión, o pronóstico (25).

Para las personas con TEC la conciencia de sus déficits y las percepciones positivas de calidad de vida son un prerrequisito para su rehabilitación. La falta de conciencia de sus déficits conduce a estos pacientes a errores en la planificación, en el juicio social, en la adaptación y problemas interpersonales (13).

Las investigaciones acerca del origen de la alteración de la autoconciencia en el TEC han sido inconsistentes. Diversos estudios han asociado el daño de la corteza frontal a la incapacidad de monitorear los propios errores (55, 73, 77). Por ejemplo, Spikman *et al.* (2010) encontraron que los pacientes con lesiones frontales, a diferencia de otras regiones, presentaban un menor número de quejas sobre su estado y una percepción errónea de recuperación de su nivel previo de funcionamiento (77). A diferencia de los anteriores, Ranseen *et al.* (1990) observaron que los pacientes con daño en el hemisferio derecho evaluaban mucho mejor su desempeño que lo que consideraban sus médicos (67). Otros trabajos han asociado la gravedad del daño con el déficit en la evaluación personal (64, 75), tal es el caso de Sherer *et al.* (2005), que demostraron que el número de lesiones se asociaba con un mayor grado de alteración de la conciencia de sí mismo, no así la ubicación o volumen (75).

Se han involucrado numerosas estructuras en la introspección y el reconocimiento de los propios errores, entre ellas la MFC y específicamente la ACC (19, 54, 70), la corteza orbitofrontal izquierda (38), el lóbulo frontal derecho (84), el cíngulo posterior (34), el lóbulo parietal posterior (38) y los lóbulos temporales (38, 84). La inconsistencia de resultados puede explicarse por la existencia de una red de estructuras funcionalmente conectadas, el sistema de control frontoparietal (FPCN), conformado por regiones como la corteza prefrontal anterior, dorsolateral y dorsomedial superior, la ACC, el lóbulo parietal inferior y la corteza insular anterior (270). Ham *et al.* (2014) investigaron a un grupo de 63 individuos con TEC, dividiéndolos de acuerdo con su capacidad para reconocer y corregir sus propios errores.

Utilizando RMf, observaron que la actividad neuronal dentro la red de control frontoparietal era anormal en los sujetos con menor conciencia de sí mismos, específicamente la ACC, que mostró una reducción de la conectividad funcional con el resto de la red, y la ínsula anterior, que mostró una mayor actividad anormal tras los errores (29). Los autores suponen que las anomalías encontradas en la ínsula y ACC se deben a que la autoconciencia e introspección dependerían de la red de prominencia, una sub-red dentro de la FPCN, conformada por dichas estructuras (30, 34, 58, 81). La ACC y su papel en la motivación, y la ínsula, representando distintos aspectos del "yo" (14, 20, 48), se integrarían en la red de prominencia, encargada de la propia monitorización y autoconciencia (14, 21).

DISCUSIÓN

Los cambios en la personalidad asociados al TEC son fuente importante de limitación en la rehabilitación y adaptación social de los pacientes, especialmente en los casos con daño cerebral moderado y severo. La irritabilidad, la labilidad emocional, la apatía y la falta de autoconciencia son ejemplos de dichos cambios. La apatía puede convertirse en un obstáculo para lograr avances en la rehabilitación, lo cual hace necesario realizar un diagnóstico oportuno para su manejo. La autoconciencia es indispensable para evaluar el propio comportamiento y corregirlo, asumiendo las sugerencias externas. El control de la labilidad emocional es necesario para establecer relaciones saludables con los demás en distintos ámbitos.

En la clínica es poco frecuente encontrar estos tipos en forma pura, y lo más habitual es observar una tendencia más marcada en una dirección, acompañada de conductas variables de los otros tipos de trastorno. Esta forma de manifestación parece explicarse en parte por las características neuropatológicas del TEC, en el cual las lesiones producidas no están circunscritas a un área delimitada, sino que afectan a varias estructuras de forma simultánea, incluyendo áreas implicadas en la conectividad cerebral. Más aún, el daño generado suele ser multifocal, lo que acompañado a la presencia de DAD hace esperable que no se desarrolle un trastorno puro de personalidad, sino que la suma de distintas alteraciones de la conducta. A su vez se debe tener en cuenta que una la aparición de una misma conducta puede surgir del daño a diferentes estructuras, como lo demuestran varios de los estudios citados. Esto se explica por el hecho de que las conductas no dependen de una corteza en particular, más lo hacen de un conjunto de estructuras que interactúan coordinadamente, de

modo que la disrupción de cualquier punto del circuito se presentaría clínicamente de la misma manera.

Finalmente, es indispensable tomar en consideración que las consecuencias del TEC interactúan siempre con las características de personalidad de cada paciente, la forma en que este las vive y su entorno social, de modo que lo que clínicamente se observa es el resultado de esta interacción.

REFERENCIAS

1. Alderman N (2003). Contemporary approaches to the management of irritability and aggression following traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 13(1-2), 211-240
2. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.). Washington, DC: Author
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington, DC: Author
4. Anderson SW, Wisnowski JL, Barrash J, Damasio H, Tranel D (2009). Consistency of neuropsychological outcome following damage to prefrontal cortex in the first years of life. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 31:170-179
5. Arciniegas D, Wortzel H (2014). Emotional and Behavioral Dyscontrol after Traumatic Brain Injury. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(1), 31-53
6. Arnould A, Rochat L, Azouvi P, Van der Linden MA (2013). Multidimensional approach to apathy after traumatic brain injury. *Neuropsychol Rev*; 23
7. Barrash J, Asp E, Markon K, Manzel K, Anderson SW, Tranel D (2011). Dimensions of personality disturbance after focal brain damage: investigation with the Iowa scales of personality change. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(8), 833-852
8. Berlin HA, Rolls ET, Iversen SD (2005). Borderline personality disorder, impulsivity, and the orbitofrontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2360-2373
9. Blumer D, Benson DF (1975). Personality changes with frontal and temporal lobe lesions. In *Psychiatric Aspects of Neurologic Disease*. Edited by Benson DF, Blumer D. New York: Grune and Stratton; 151-169
10. Brooks N, Campsie L, Symington C, Beattie A, McKinlay W (1986). The five year outcome of severe blunt head injury: A relative's view. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 49(7), 764-770
11. Carter C, Tanev K (2008). Psychiatric Manifestations of Traumatic Brain Disorder. In T Stern, M Fava, J Rosenbaum, T Wilens, J Biederman, S Rauch. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry* (First ed., pp. 883-895). Elsevier
12. Castaño B, Bernabeu M, López R, Bulbena A, Quemada J (2012). Perfil psicopatológico de pacientes con traumatismo craneoencefálico evaluados mediante el Inventario Neuropsiquiátrico. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(3), 160-166
13. Chandrashekar R, Benschoff JJ (2007). Increasing Quality of Life and Awareness of Deficits in Persons with Traumatic Brain Injury: A Pilot Study. *The Journal of Rehabilitation*, 73(2), 50
14. Craig AD (2009). How do you feel now? The anterior insula and human awareness. *Nat Rev Neurosci*; 10: 59-70
15. Cummings JL (1993). Frontal subcortical circuits and human behaviour. *Arch Neurol*; 50:873-880

16. Damasio H, Grabowski T, Frank R, *et al.* (1994). The return of Phineas Gage: clues about the brain from the skull of a famous patient. *Science*. ; 264:1102-5
17. David A, Fleminger S, Kopelman M, Lovestone S, Mellers J (2009). Lishman's organic psychiatry: A textbook of neuropsychiatry (4th ed., pp. 205-211). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell Pub
18. Deb S, Lyons I, Koutzoukis C (1999). Neurobehavioural symptoms one year after a head injury. *The British Journal of Psychiatry*, 174(4), 360-365
19. Dehaene S, Posner MI, Tucker DM. (1994). Localization of a Neural System for Error-Detection and Compensation. *Psychol Sci*; 5: 303-5
20. Devue C, *et al.* (2007). Here I am: the cortical correlates of visual self-recognition. *Brain Res.* 1143, 169-182
21. Eichele T, *et al.* (2008). Prediction of human errors by maladaptive changes in event-related brain networks. *Proc. Natl Acad. Sci. USA* 105, 6173-6178
22. Eslinger PJ, Flaherty-Craig CV, Benton AL (2004). Developmental outcomes after early prefrontal cortex damage. *Brain Cogn.* 55, 84-103
23. Etkin A, Prater KE, Hoefft F, Menon V, Schatzberg AF (2010). Failure of anterior cingulate activation and connectivity with the amygdala during implicit regulation of emotional processing in generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167(5), 545-554
24. Finset A, Andersson S (2000). Coping strategies in patients with acquired brain injury: relationships between coping, apathy, depression and lesion location. *Brain Injury*, 14(10), 887-905
25. Fleming J, Strong J, Ashton R (1996). Self-awareness of deficits in adults with traumatic. *Brain Injury*, 10(1), 1-15
26. Fleminger S (2009) Head Injury, in Lishman's Organic Psychiatry: A Textbook of Neuropsychiatry, Fourth Edition (eds A. S. David S Fleminger MD Kopelman S Lovestone and J. D. C. Mellers), Wiley-Blackwell, Oxford, UK
27. Gouick J, and Gentleman D (2004). The emotional and behavioral consequences of traumatic brain injury. *Trauma*, 6(4), 285-292
28. Grunfeld AA, Login IS (2006). Abulia following penetrating brain injury during endoscopic sinus surgery with disruption of the anterior cingulate circuit: case report. *BMC Neurology*, 6, 4
29. Ham TE, Bonnelle V, Hellyer P, Jilka S, Robertson IH, Leech R, *et al.* (2014). The neural basis of impaired self-awareness after traumatic brain injury. *Brain.*; 137(Pt 2):586-97
30. Ham TE, De Boissezon X, Leff A, Beckmann C, Hughes E, Kinnunen KM, *et al.* (2012). Distinct frontal networks are involved in adapting to internally and externally signaled errors. *Cereb Cortex*; 23: 703-13
31. Hamann SB, Ely TD, Grafton ST, Kilts CD (1999). Amygdala activity related to enhanced memory for pleasant and aversive stimuli. *Nature Neuroscience*, 2, 289-293
32. Hesdorffer D, Rauch S, Tamminga C (2009). Longterm Psychiatric Outcomes Following Traumatic Brain Inj...: The Journal of Head Trauma Rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 24(6), 452-459
33. Holroyd CB, Yeung N (2012). Motivation of extended behaviors by anterior cingulate cortex. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(2), 122-128
34. Johnson SC, Baxter LC, Wilder LS, Pipe JG, Heiserman JE, Prigatano GP (2002). Neural correlates of self-reflection. *Brain*; 125: 1808-14
35. Johnson CP, Juranek J, Kramer LA, Prasad MR, Swank PR, Ewing-Cobbs L (2011). Predicting behavioral deficits in pediatric traumatic brain injury through uncinate fasciculus integrity. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17(4), 663-673
36. Kant R, Duffy JD, Pivovarnis A (1998). Prevalence of apathy following head injury. *Brain Injury*, 12(1), 87-92
37. Kim E, Lauterbach E, Alya Reeve A, Arciniegas D, Kerry L, Coburn P, Méndez MF, Coffey E (2007). Neuropsychiatric Complications of Traumatic Brain Injury. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 19(2), 106-117
38. Kjaer TW, Nowack M, Lou HC (2002). Reflective selfawareness and conscious states: PET evidence for a common midline parietofrontal core. *NeuroImage.*; 17:1080-1086
39. Knutson KM, Monte OD, Raymont V, Wassermann EM, Krueger F, Grafman J (2013) Neural correlates of apathy revealed by lesion mapping in participants with traumatic brain injuries. *Hum Brain Mapp* 35:1-11
40. Kreutzer JS, Marwitz JH, Seel R, Devany Serio C (1996). Validation of a neurobehavioral functioning inventory for adults with traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77(2), 116-124
41. Levy R, Dubois B (2006). Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex-basal ganglia circuits. *Cereb Cortex* 16 (7), 916-928
42. Lezak MD (1995). Neuropsychological assessment, ed 3, New York, Oxford University Press
43. Lezak MD (1986). Psychological implications of traumatic brain damage for the patient's family. *Rehabilitation Psychology*, 31(4), 241-250
44. Malia K, Powell G, Torode S (1995). Personality and psychosocial function after brain injury. *Brain Injury*, 9(7), 697-712
45. Marik PE, Varon J, Trask T (2002). Management of head trauma, *Chest* 122(2): 699-711
46. Marin RS (1991). Apathy: A neuropsychiatric syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 3(3), 243-254
47. Marin R, Wilkosz P (2005). Disorders of Diminished Motivation: The Journal of Head Trauma Rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20(4), 377-388
48. Mason MF, *et al.* (2007). Wandering minds: the default network and stimulus-independent thought. *Science* 315, 393-395
49. Mathiesen B, Simonsen E, Soegaard U, Kvist K (2013). Similarities and differences in borderline and organic personality disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*, 19(1), 1-16
50. Max JE, Levin HS, Landis J, *et al.* (2005). Predictors of personality change due to traumatic brain injury in children and adolescents in the first six months after injury. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44:434-442
51. Maxwell WL, Povlishock JT, Graham DL (1997). A mechanism analysis of nondisruptive axonal injury: A review. *Journal of Neurotrauma*, 14, 419-440
52. McKinlay WW, Brooks DN, Bond MR, Martinage DP, Marshall MM (1981). The short-term outcome of severe blunt head injury as reported by relatives of the injured persons. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 44(6), 527-533
53. MINSAL (2013). Guía Clínica Traumatismo Encefalocraneano Moderado o Grave. Ministerio de Salud de Chile, Santiago
54. Modirrousta M, Fellows LK (2008). Dorsal medial prefrontal cortex plays a necessary role in rapid error prediction in humans. *J Neurosci*; 28: 14000-5
55. Murrey GJ, Hale FM, Williams JD (2005). Assessment of anosognosia in persons with frontal lobe damage; clinical utility of the Mayo-Portland adaptability inventory (MPAI). *Brain Inj.* 19, 599-603
56. Newsome MR, Scheibel RS, Mayer AR, Chu ZD, Wilde EA, Hanten G, *et al.* (2013). How functional connectivity between emotion regulation structures can be disrupted: preliminary evidence from adolescents with moderate to severe traumatic brain injury. *J Int Neuropsychol Soc*, 19, 911-924

57. Oddy M, Humphrey M, Uttley D (1978). Subjective impairment and social recovery after closed head injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 41(7), 611-616
58. Oliveira FT, McDonald JJ, Goodman D (2007). Performance monitoring in the anterior cingulate is not all error related: expectancy deviation and the representation of action-outcome associations. *J Cognitive Neurosci*; 19: 1994-2004
59. Paim Diaz A, Liborio Schwarzbald M, Thais ME, Hohl A, More Bertotti M, Schmoeller R, Walz R (2012). Psychiatric Disorders and Health-Related Quality of Life after Severe Traumatic Brain Injury: A Prospective Study. *Journal of Neurotrauma*, 29(6), 1029-1037
60. Paradiso S, Chemerinski E, Yazici KM, Tartaro A, Robinson RG (1999). Frontal lobe syndrome reassessed: comparison of patients with lateral or medial frontal brain damage. *J Neurosurg Psychiatr* 67 (5), 664-667
61. Parvizi J, Arciniegas DB, Bernardini GL, Hoffmann MW, Mohr JP, Rapoport MJ, Tuhim S (2006). Diagnosis and Management of Pathological Laughter and Crying. *Mayo Clinic Proceedings*, 81(11), 1482-1486
62. Pelegrín-Valero C, Gómez-Hernández R, Muñoz-Céspedes J, Fernández-Guinea S, Tirapu-Ustarroz J (2001). Consideraciones nosológicas del cambio de personalidad postraumático. *Rev Neurol*, 32(7), 681-687
63. Pessiglione M, Schmidt L, Draganski B, Kalisch R, Lau H, Dolan RJ, *et al.* (2007). How the brain translates money into force: a neuroimaging study of subliminal motivation. *Science*, 316(5826), 904-906
64. Prigatano GP, Altman IM. (1990). Impaired awareness of behavioral limitations after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 71:1058-1064
65. Prigatano GP (1992). Personality disturbances associated with traumatic brain injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 360-368
66. Rabins PV, Arciniegas DB (2007). Pathophysiology of involuntary emotional expression disorder. *CNS Spectr*, 12(4 Suppl 5):17-22
67. Ranseen JD, Bohaska LA, Schmitt EA (1990). An investigation of anosognosia following traumatic head injury. *Int J Clin Neuropsychol*, 12:29-36
68. Raymond V, Salazar AM, Krueger F, Grafman J (2011). "Studying injured minds"—the Vietnam head injury study and 40 years of brain injury research. *Frontiers in Neurology*, 2, 15
69. Rhodes SE, Murray EA (2013). Differential effects of amygdala, orbital prefrontal cortex, and prelimbic cortex lesions on goal-directed behavior in rhesus macaques. *J Neurosci* 33, 3380-3389
70. Ridderinkhof KR, Ullsperger M, Crone EA, Nieuwenhuis S (2004). The role of the medial frontal cortex in cognitive control. *Science*, 306: 443-7
71. Rudebeck PH, Murray EA (2014). The orbitofrontal oracle: cortical mechanisms for the prediction and evaluation of specific behavioral outcomes. *Neuron* 84, 1143-1156
72. Sarazin M, Michon A, Pillon B, Samson Y, Canuto A, Gold G, *et al.* (2003). Metabolic correlates of behavioral and affective disturbances in frontal lobe pathologies. *Journal of Neurology*, 250, 827-833
73. Schmitz TW, Rowley HA, Kawahara TN, Johnson SC (2006). Neural correlates of self-evaluative accuracy after traumatic brain injury. *Neuropsychol*, 44: 762-73
74. Schwarzbald M, Diaz A, Martins ET, Rufino A, Amante LN, Thais ME, Walz R (2008). Psychiatric disorders and traumatic brain injury. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(4), 797-816
75. Sherer M, Hart T, Whyte J, Nick TG, Yablom SA (2005). Neuroanatomic basis of impaired self-awareness after traumatic brain injury: findings from early computed tomography. *J Head Trauma Rehabil*; 20: 287-300
76. Silver JM, Hales RE, Yudofsky SC (2002). Neuropsychiatric aspects of traumatic brain injury. In Yudofsky SC, Hales RE, editors: *The American Psychiatric Publishing textbook of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 4th Ed, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, pp 625-672
77. Spikman JM, Van der Naalt J (2010). Indices of impaired self-awareness in traumatic brain injury patients with focal frontal lesions and executive deficits: implications for outcome measurement. *J Neurotrauma*, 27:195-202
78. Stuss DT, Van Reekum R, Kelly MJ (2000). Differentiation of States and Causes of Apathy. In: Borod JC (Ed.). *The Neuropsychology of Emotion* (pp. 340-363). New York: Oxford University Press
79. Tateno A, Jorge RE, Robinson RG (2003). Clinical Correlates of Aggressive Behavior after Traumatic Brain Injury. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15(2), 155-160
80. Tekin S, Cummings JL (2002). Frontal-subcortical neuronal circuits and clinical neuropsychiatry. An update. *Journal of Psychosomatic Research* 53, 647-654
81. Ullsperger M, Harsay HA, Wessel JR, Ridderinkhof KR (2010). Conscious perception of errors and its relation to the anterior insula. *Brain Struct Funct*; 214: 629-43
82. Van Reekum R, Stuss DT, and Ostrander L (2005). Apathy: Why Care? *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17(1), 7-19
83. Vincent JL, Kahn I, Snyder AZ, Raichle ME, Buckner RL (2008). Evidence for a frontoparietal control system revealed by intrinsic functional connectivity. *J Neurophysiol*; 100: 3328-42
84. Vozeley K, Bussfeld P, Newen A, *et al* (2001). "Mind reading" neural mechanisms of Theory of Mind and selfperspective. *Neuroimage*, 14:170-181
85. Warriner EM, Velikonja D (2006). Psychiatric disturbances after traumatic brain injury: Neurobehavioral and personality changes. *Current Psychiatry Reports*, 8(1), 73-80
86. Weller JA, Levin IP, Shiv B, Bechara A (2007). Neural correlates of adaptive decision making for risky gains and losses. *Psychological Science*, 18(11), 958-964

REVISIÓN

CANNABIS Y RIESGO DE PSICOSIS

(Rev GPU 2016; 12; 1: 51-53)

José Tomás Donoso¹, Maritza Bocić²

Aproximadamente 160 millones de personas o 4% de la población mundial entre 15 y 64 años de edad han usado cannabis al menos una vez en el año pasado, siendo la cannabis o marihuana la sustancia ilegal (en Chile) más comúnmente usada alrededor del mundo. La prevalencia de consumo de drogas en población de entre 12 y 64 años de edad, durante el último año, en Chile alcanza un 6,7% para Marihuana, cifra menor que las reportadas en Estados Unidos (12,5%), Canadá (13,6%) y Argentina (7,2%), pero mayores a la de otros países como Colombia (2,3%) y Brasil (2,8%).

Muchos medicamentos así como sustancias ilícitas pueden inducir síntomas psicóticos. El DSM-5 lo define como la presencia de delirios y/o alucinaciones durante o posterior a una intoxicación, retiro o exposición a una sustancia, siendo este evento no explicable por otro tipo de trastorno psicótico. En la presente revisión no se ahondará sobre la diferencia entre el Primer episodio psicótico y el trastorno psicótico, ambos inducidos por sustancias propiamente tal, diagnósticos aún difíciles de separar en primera instancia.

INTRODUCCIÓN

La psicosis es una condición de la mente en general definido como una pérdida del juicio de realidad. Se estima que alrededor de 13 a 23% de la población experimenta síntomas psicóticos en algún momento de su vida, y entre el 1-4% reuniría los criterios para un trastorno psicótico (1, 2).

Las propiedades psicotrópicas de la *Cannabis sativa*, o más comúnmente llamada "marihuana", es conocido desde tiempos inmemoriales donde las preparaciones psicoactivas de cannabis han sido usadas en

la historia por al menos 4.000 años para fines médicos y religiosos. Actualmente distintas corrientes y agrupaciones médicas aceptan el uso recreacional sugiriendo que su uso inhalado –fumar– no produce daño en la salud a largo plazo, postura controversial que aún reviste debate en la actualidad. Independiente de esto, se ha recopilado evidencia en la pasada y presente década sobre el riesgo a largo plazo en el uso de marihuana en la salud mental, así como sus posibles efectos a nivel cerebral. La presente revisión bibliográfica tiene como objetivo exponer la evidencia actual en la relación existente entre el uso de Cannabis y el riesgo de Psicosis.

¹ Interno de Medicina Universidad de Santiago totodonoso@gmail.com

² Docente Escuela de Medicina Universidad de Santiago.

Aproximadamente 160 millones de personas o 4% de la población mundial entre 15 y 64 años de edad ha usado cannabis al menos una vez en el año pasado, siendo la cannabis o marihuana la sustancia ilegal (en Chile) más comúnmente usada alrededor del mundo (3). La prevalencia de consumo de drogas en población de entre 12 y 64 años de edad, durante el último año, en Chile alcanza un 6,7% para Marihuana, cifra menor que las reportadas en Estados Unidos (12,5%), Canadá (13,6%) y Argentina (7,2%), pero mayores a la de otros países como Colombia (2,3%) y Brasil (2,8%) (4).

Muchos medicamentos así como sustancias ilícitas pueden inducir síntomas psicóticos (5). El DSM-5 lo define como la presencia de delirios y/o alucinaciones durante o posterior a una intoxicación, retiro o exposición a una sustancia, siendo este evento no explicable por otro tipo de trastorno psicótico. En la presente revisión no se ahondará sobre la diferencia entre el Primer episodio psicótico y el trastorno psicótico ambos inducidos por sustancias propiamente tal, diagnósticos aún difíciles de separar en primera instancia.

Es conocido que existe una asociación en el uso regular de marihuana y los desórdenes psicóticos (Degenhardt y Hall, 2001; Tien y Anthony, 1990). Numerosos estudios muestran la asociación entre el uso de marihuana y el riesgo de psicosis (Tabla 1). Moore *et al.* (2007) publicaron un metaanálisis de siete estudios longitudinales reportando un incremento del riesgo de cualquier efecto psicótico en los usuarios de marihuana, cuyos datos fueron consistentes en que el aumento en su frecuencia de uso se relaciona con un mayor riesgo (6). Apoyando este hallazgo, un estudio reportó que el año de iniciación en el uso de cannabis predice el año de inicio de la psicosis, con una brecha aproximada de 7-8 años (7). Además existe una relación entre el año de inicio de la psicosis y el uso de marihuana, siendo 2,70 años más precoz comparado con los no usuarios de la droga. Los efectos de la psicosis varían desde síntomas reportados hasta diagnóstico clínico de Esquizofrenia (7, 8).

Si sabemos que existe una fuerte relación existente entre psicosis y el uso de marihuana, la pregunta a contestar es ¿Por qué la gran mayoría de usuarios de cannabis nunca desarrollará algún síntoma psicótico? Se ha intentado dilucidar algunos factores que influyen en el desarrollo de síntomas psicóticos en usuarios de cannabis (9):

CANTIDAD, DURACIÓN Y FRECUENCIA DEL USO DE CANNABIS. Como mencionamos anteriormente, la relación entre el tiempo, cantidad e inicio de consumo está ampliamente evidenciada, siendo un riesgo estos para el desarrollo e inicio de síntomas psicóticos. Al parecer la frecuencia

de consumo condiciona un aumento en la frecuencia de episodios psicóticos, siendo su relación estadísticamente más fuerte en cuanto al cese del consumo y la reducción de síntomas psicóticos (10). Cabe mencionar en este apartado que los distintos tipos de marihuana que se comercializan tienen distintas proporciones en los dos mayores constituyentes de la sustancia; Delta-9-tetrahidrocannabinol (d-9-THC) y Cannabidiol. Esto resulta interesante, ya que se ha intentado demostrar el posible efecto que poseen las sustancias por separado, mostrando un claro efecto opuesto entre ellas; incluso la tendencia muestra a que el Cannabidiol podría tener efectos antipsicóticos (11). Siendo el d-9-THC el principal componente psicoactivo, actualmente los productos y la tendencia muestra que la marihuana más comercializada en zonas urbanas muestra altos niveles de d-9-THC y bajos o nulos de cannabidiol, siendo este un posible factor en la incidencia de psicosis (12).

EXPOSICIÓN TEMPRANA A LA CANNABIS. La adolescencia es un periodo de plasticidad cerebral particularmente vulnerable a los distintos tóxicos. Los datos obtenidos parecen apoyar la hipótesis de que la exposición de adolescentes a los cannabinoides puede representar un factor de riesgo para desarrollar síntomas psicóticos en la adultez, a través de una interferencia en los procesos madurativos cerebrales en la adolescencia. Esto eventualmente llevaría a un defecto en la conectividad y funcionalidad similar a lo que ocurre en pacientes esquizofrénicos, afectando principalmente el sistema endocannabinoide que poco dilucidado está y se encuentra en constante estudio. La hipótesis aún persiste y los datos actuales sugieren que el consumo de marihuana, particularmente en el periodo adolescente, presentaría un riesgo para desarrollar síntomas psicóticos. Se espera que en futuros estudios esta relación pueda ser esclarecida (13).

FACTORES GENÉTICOS. No existe un modelo genético claro que influya en la precipitación de síntomas psicóticos en los usuarios de marihuana. En un estudio de caso-control McGuire *et al.* (1995) evidenciaron que el riesgo de esquizofrenia fue diez veces mayor para los familiares de pacientes consumidores que desarrollaron psicosis en comparación con los familiares de pacientes no usuarios de marihuana que desarrollaron psicosis. Esto pone en muestra el posible efecto psicotigénico de la marihuana (14). Muchos genes podrían estar implicados. Estudios de los Investigadores Van Winkel y el Riesgo Genético y Efectos de Psicosis (GROUP en inglés) (2011) examinaron la interacción entre cannabis y 152 polimorfismos de un nucleótido en 42 genes, y encontraron que la va-

riación de AKT1 rs249732 (polimorfismo de un nucleótido) podría mediar tanto a corto como a largo plazo la expresión de psicosis asociada al uso de cannabis, sugiriendo que los receptores de dopamina D2 estarían involucrados en las vías de señalización de AKT1, que son reguladas por cannabinoides, dando estos un efecto de regularización negativa (*downstream*) a los receptores D2 (15). De todas formas, la variación de un solo gen no podría explicar la diferencia en las sensibilidades a la marihuana (delta-9-THC) en individuos con riesgo de psicosis. Es posible que estén involucrados varios genes en un proceso multifactorial que haría a ciertos individuos más vulnerables a desarrollar eventos psicóticos frente al consumo de cannabis.

FACTORES AMBIENTALES. Principalmente se han descrito dos factores ambientales que pueden influenciar el desarrollo a futuro de psicosis en una persona consumidora de cannabis. Una es la presencia de traumas sexuales en la infancia, que asociada al consumo incrementa el riesgo de efectos psicóticos (Houston *et al.*, 2008, 2011), relación que ha podido ser replicada en estudios posteriores (10, 16). Y el segundo factor que ha mostrado aumento en la vulnerabilidad es la educación y crianza en locaciones urbanizadas. A pesar de esto, el mecanismo biológico en que se basa el proceso persiste aún desconocido (10).

Todavía queda mucho por discernir en los distintos factores que llevan a la Cannabis sativa como contribuyente al desarrollo de psicosis. Ya no cabe duda de que la marihuana es uno de los tantos factores que pueden desencadenar un episodio psicótico principalmente en adolescentes vulnerables. Se espera, gracias a los avances de la presente década, que se pueda develar las vías y conexiones biológicas de la cannabis para tener a futuro algún posible fármaco que actué eficazmente frente a los efectos psicóticos en pacientes consumidores de marihuana. Conocido esto, se ha mostrado evidencia suficiente para argumentar el riesgo que presentan los jóvenes adolescentes consumidores de marihuana en el posible desarrollo de síntomas psicóticos o un posible trastorno psicótico a futuro (17).

En Chile no hay datos estadísticos sobre la relación existente entre la psicosis y la cannabis, pero sería muy improbable que la población chilena no muestre patrones similares a los estudios internacionales. Con esta evidencia se justifica, a modo de promoción y prevención en salud, alertar a los adolescentes de los posibles efectos deletéreos a futuro que tiene el consumo de marihuana, específicamente de experiencias psicóticas de distinta índole.

REFERENCIAS

1. Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Vollebergh W. Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urbanrural comparison. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 663
2. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, *et al.* Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 19
3. Leggett T, United Nations Office on Drugs and Crime. A review of the world cannabis situation. *Bull Narc* 2006; 58: 1
4. United Nations. Informe Mundial Sobre Las Drogas 2010. United Nations
5. Fiorentini A, Volonteri LS, Dragogna F, *et al.* Substance induced psychoses: a critical review of the literature. *Curr Drug Abuse Rev* 2011; 4: 228
6. Moore TH, Zammit S, LingfordHughes A, *et al.* Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007; 370: 319
7. Stefanis NC, Delespaul P, Henquet C, Bakoula C, Stefanis CN, Van Os J. Early adolescent cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis. *Addiction* 2004; 99: 1333-1341
8. Large M, Sharma S, Compton MT, *et al.* Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic metaanalysis. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 555
9. Preeti Parakh, Debasish Basu 2013 Cannabis and psychosis: Have we found the missing links? *Asian Journal of Psychiatry* 2013; 6: 281-287
10. Van Gastel WA, Vreeker A, Schubart CD, MacCabe JH, Kahna RS, Boks MPM. Change in cannabis use in the general population: A longitudinal study on the impact on psychotic experiences. *Schizophrenia Research* 2014; 157: 266-270
11. Bhattacharyya S, Morrison P, Fusar-Poli P, Martin-Santos R, Borgwardt S, Winton-Brown T, Nosarti C, O'Carroll CM, Seal M, Allen P, Mehta MA, Stone JM, Tunstall N, Giampietro V, Kapur S, Murray RM, Zuardi AW, Crippa JA, Atakan Z, McGuire PK. Opposite effects of delta-9-tetrahydrocannabinol and cannabidiol on human brain function and psychopathology. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35, 764-774
12. Henquet C, Kuepper R. Does cannabidiol protect against the negative effects of THC? *British Journal of Psychiatry* 2010; 197, 259-260
13. Glen P, Davis G, Compton M, Wang S, Levin F, Blanco C. Association between cannabis use, psychosis, and schizotypal personality disorder: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Schizophrenia Research* 2013; 151: 197-202
14. McGuire PK, Jones P, Harvey I, Williams M, McGuffin P, Murray RM. Morbid risk of schizophrenia for relatives of patients with cannabis associated psychosis. *Schizophrenia Research* 1995; 15: 277-281
15. Van Winkel R. Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators, Family-based analysis of genetic variation underlying psychosis-inducing effects of cannabis: sibling analysis and proband follow-up. *Archives of General Psychiatry* 2011; 68: 148-157
16. Konings M, Stefanis N, Kuepper R, De Graaf R, Ten M, Van Os J, Bakoula C, Henquet C. Replication in two independent population-based samples that childhood maltreatment and cannabis use synergistically impact on psychosis risk. *Psychological Medicine* 2012; 42: 149-159
17. De Hert M, Wampers M, Jendricko T, Franic T, Vidovic D, De Vriendt N, Sweers K, Peuskens J, Van Winkel R. Effects of cannabis use on age at onset in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research* 2010; 126(2011): 270-276

TRASTORNOS DEL ÁNIMO

TERAPÉUTICAS COMPLEMENTARIAS EN DEPRESIÓN: DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA

(Rev GPU 2016; 12; 1: 54-63)

Pedro Retamal¹ y Carolina Loo²

El tratamiento antidepresivo convencional basado en psicofármacos y psicoterapia con frecuencia fracasa y por lo tanto resulta necesario recurrir a terapéuticas complementarias: dieta saludable, probióticos, omega 3, ejercicio físico. Tales intervenciones tienen en común la atenuación de factores inflamatorios involucrados en las enfermedades del ánimo y conduce a la Psiquiatría a la corriente fisiopatológica imperante en las enfermedades cardiovasculares y metabólicas. Por lo tanto se está produciendo una mayor integración en la comprensión de la fisiopatología y tratamiento de las enfermedades del ánimo; junto a los clásicos conocimientos de psicopatología, psicoterapia, psicofarmacología, neuroimágenes y neurobiología, se requiere mayor información en medicina general, en especial medicina interna.

INTRODUCCIÓN

La última Encuesta Nacional de Salud ENS 2010 (1) muestra que, en personas de 15 años y más, la prevalencia de síntomas depresivos en el último año es de 17,2%, siendo significativamente mayor en mujeres con un 25,7%. Así mismo, se establece una asociación entre estos y el nivel educacional: la prevalencia de síntomas depresivos es más alta en el nivel bajo (20,8%), tanto en hombres como en mujeres. Según el estudio Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, la depresión unipolar es la segunda causa de años de vida perdidos

ajustados por discapacidad (AVISA) en población general chilena y la primera entre las mujeres entre 20 y 44 años (2).

La depresión puede asociarse con aumento de mortalidad por todas las causas (3), con morbimortalidad por accidente cerebrovascular (4), diabetes (5,6), infarto al miocardio (7), VIH (8) y con un riesgo sostenido de suicidios (9).

Desde la década de los años 1950, los fármacos se han utilizado como la piedra angular en el tratamiento de la depresión. Si bien estos han cambiado la morbimortalidad de la depresión, no están exentos de

¹ Médico Psiquiatra. Departamento Psiquiatría, Campus Oriente. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Mail: pretamal1@vtr.net

² Ayudante Alumno de sexto año. Escuela de Medicina, Campus Oriente. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

efectos secundarios que afectan la adherencia al tratamiento, limitan su uso en embarazadas y causan aprensión con la lactancia (10, 11). Se estima que alrededor del 50% de los pacientes con depresión mayor tratados con farmacoterapia dejarán el tratamiento a los 3 meses de iniciada la terapia (12).

El estudio *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D)* evaluó distintos "niveles" de tratamiento farmacológico de la depresión y reveló que los esquemas terapéuticos tienen resultados parciales en la remisión del cuadro. El nivel 1 logró 37% de remisión y los niveles 2, 3 y 4 un 31%, 14% y 13% respectivamente (10). No alcanzar ni mantener la remisión de los síntomas conlleva mayor probabilidad de recaída/recurrencia (13) de éstos, más episodios de depresión crónica, menor tiempo libre de síntomas entre episodios (14). Afecta el compromiso en el trabajo y las relaciones interpersonales (15).

En suma, con los tratamientos antidepresivos disponibles es difícil lograr la mejoría de la depresión y las tasas de remisión persistentes son bajas y difíciles de mantener. Esto lleva a plantear que en muchos de los pacientes con depresión no sería suficiente la modulación de la neurotransmisión monoaminérgica como mecanismo de acción terapéutica (16).

Ante tal panorama, la Medicina Complementaria (MC) ha adquirido importancia en el tratamiento de la depresión. Las definiremos como aquellas que si bien no son usadas de manera habitual en Medicina, es decir, no constituyen la primera línea en el tratamiento, exhiben fundamentos que indican su utilidad, especialmente cuando son adicionadas a los tratamientos convencionales de primera línea que no logran respuesta o solo resultados parciales. Conviene hacer la distinción con las denominadas terapias alternativas. La Medicina convencional considera como terapias alternativas aquellas que no han sido estudiadas según las prácticas habituales (placebo, ciego, manejo estadístico, etc.) y por lo tanto no es posible fundamentar su empleo como eficaz y por tal razón los médicos tienen la obligación de plantear que la información disponible es desconocida o inexistente y que sería un error emplearla en reemplazo de tratamientos demostrados como eficaces (17, 18).

En esta revisión vamos a considerar el manejo de la alimentación y el empleo del ejercicio físico como tratamiento complementario en el manejo de la depresión. También nos llevará a considerar una mayor integración en la comprensión de la fisiopatología y tratamiento de las enfermedades del ánimo: los procesos inflamatorios subyacentes las relacionan con las clásicas enfermedades físicas de la medicina interna.

DIETA

En los últimos decenios el estudio de determinadas dietas, más que un alimento específico, ha permitido una mejor comprensión y prevención de riesgos en diferentes patologías (19-22). La relevancia que tiene la dieta en el tratamiento de la depresión está en línea con su rol demostrado en la prevención del síndrome metabólico (SM) y la enfermedad cardiovascular (ECV), patologías con las que comparte mecanismos fisiopatológicos: alteraciones inmunológicas e inflamatorias (23).

La relación entre enfermedades del ánimo y el aumento de peso ha sido muy estudiada. Las dietas basadas en alimentos azucarados, frituras, cecinas, lácteos de alto contenido graso y cereales procesados explican gran parte del desarrollo de la epidemia del sobrepeso y la obesidad ($IMC \geq 30$) (24,25,26). Además esta última se asocia a un alto número de episodios depresivos y maníacos, episodios afectivos severos y de difícil manejo, alta recurrencia, particularmente de depresión y breves periodos de remisión de los síntomas (23,27,28). Resultados similares aparecen en relación con la depresión atípica y enfermedad bipolar (29,30).

Un seguimiento realizado por 12 años a más de 40 mil mujeres, de las cuales 2.594 sufren depresión según criterios estrictos y 6.446 según criterios más amplios, encontró que aquellas que empleaban una dieta con más capacidad para provocar inflamación, según niveles de interleukina-6 (IL-6), factor de necrosis tumoral (TNF) y proteína C reactiva (PCR), sufrían depresión con más frecuencia (31).

Para entender la relación de la dieta con los síntomas depresivos es muy importante la comprensión de la relación cerebro-intestino, la cual es bidireccional y mediada por vía neural, endocrina e inmune (32). Se sabe que la dieta occidental alta en grasa y azúcar, así como el estrés psicológico y ejercicio extenuante, pueden alterar la mucosa intestinal haciéndola más permeable a antígenos alimentarios, toxinas ambientales y componentes estructurales de los microbios, como la endotoxina lipopolisacárido LPS(33). Pequeñas elevaciones en los niveles de LPS sistémicos provocan síntomas depresivos por medio de la producción de citoquinas proinflamatorias(34). Se han observado reducciones significativas (38%) de los niveles de LPS en la sangre después de adherir un mes a una dieta sana (35).

También la dieta tiene un impacto en el sistema nervioso central influyendo la actividad de neurotrofinas y la neurogénesis. Los ácidos grasos omega-3, flavonoides, frutas ricas en antioxidantes y resveratrol, estimulan la neurogénesis, reducen la actividad oxidativa y regulan procesos proinflamatorios. Al contrario,

alimentos con alto contenido de azúcar y grasa reducen la proliferación neuronal, aumentan el estrés oxidativo e inducen procesos proinflamatorios, provocando neurodegeneración y alteración de aprendizaje y memoria (36).

El hipocampo, estructura muy activa en la neurogénesis de la vida adulta, participa en la fisiopatología de la depresión. Factores como el ejercicio y la restricción calórica aumentan la neurogénesis hipocampal adulta, mientras que el estrés ambiental, la inflamación, el estrés oxidativo y envejecimiento la reducirán (37). Los antidepresivos parecen aumentar la neurogénesis y el volumen hipocampal (38).

Un estudio con 255 personas de 60-64 años comparó los efectos de una dieta saludable versus una poco saludable en el volumen del hipocampo, medido a través de RNM de cerebro en el lapso de 4 años. Se encontró diferencias en el volumen hipocampal, siendo mayor en aquellos con dieta sana en quienes se encontró un aumento de 45.7 mm³ en el hipocampo izquierdo (39).

Es frecuente que el psiquiatra sea el único médico disponible que podría brindar ayuda en las patologías somáticas que sufren las personas con psicopatología relevante (40). Por ello, los problemas metabólicos también han de ser preocupación de los psiquiatras, teniendo como herramienta terapéutica natural la ingesta de ciertos alimentos.

Dieta Mediterránea (DM)

Existen varios estudios que demuestran que la adherencia a una DM disminuye el riesgo de sufrir depresión (41-43). Sin embargo, en un estudio reciente la comparación entre una dieta tradicional saludable y una basada en carnes rojas, postres y alimentos procesados no mostró diferencias (44).

La DM se caracteriza por alto consumo de frutas, verduras, nueces, cereales, legumbres y pescado, moderado consumo de alcohol y bajo consumo de carnes y derivados lácteos. Esta dieta asegura una adecuada ingesta de vitaminas B: B1, B2, B12 B6, y folatos (45).

Hay bastante evidencia en humanos que la adherencia a una DM se asocia con disminución de marcadores de inflamación como PCR, IL-6 e IL-8 (43) y con un aumento en la concentración sérica del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), neurotrofina relevante en el trofismo y plasticidad neuronal, en individuos con depresión (46).

Otros de los beneficios demostrados de la DM son: disminución de peso, disminución en las cifras de presión arterial, mejora del perfil lipídico, disminución del

riesgo de trombosis. Mejora la resistencia a la insulina, el síndrome metabólico y la función endotelial (47).

Si bien la tendencia actual es a estudiar patrones dietéticos más que un alimento específico, es útil identificar algunos alimentos o factores que pueden ser de fácil manejo. Al respecto, las sustancias más estudiadas son los omega-3 y los probióticos (21, 22).

Ácidos Grasos AG Omega 3

Distintas investigaciones han reportado los efectos beneficiosos de las dietas ricas en lípidos con propiedades antiinflamatorias tales como los AG poliinsaturados omega-3 (48,49), cuya fuente principal es el pescado. De estos, el ácido eicosapentaenoico (EPA) se ha relacionado con actitud mental positiva y la reducción de la angustia (50) mientras que el ácido docosahexaenoico (DHA) no tendría acción antidepresiva (51). Por el contrario, el consumo de alimentos abundantes en AGtrans presentes en comida rápida, pastelería, alimentos procesados y fritos, contribuiría a un mayor riesgo de sintomatología depresiva y daño cardiovascular por dislipidemia (25).

En países con alto consumo de pescado se observa disminución de prevalencia de depresión, depresión posparto y enfermedad bipolar. También se sabe que menores niveles de omega 3 están presentes en depresión recurrente y suicidio (52). Incluso se ha podido precisar que personas con enfermedad bipolar presentan menor nivel de DHA eritrocitario (53).

Un seguimiento de más de 10 años con más de 5 mil personas buscó la relación entre alto y bajo consumo de pescado con riesgo de sufrir depresión, demostrando un efecto protector solo en hombres (54).

Los omega-3 son parte de múltiples sistemas biológicos, incluyendo el sistema nervioso. Entre sus acciones se encuentra el aumento de citoquinas antiinflamatorias y disminución de biomarcadores de inflamación (TNF-a e IL-1b) y activadores del endotelio (17); que es similar al efecto de los antidepresivos (55).

En un estudio en pacientes con depresión bipolar, la administración de 1 a 2 gramos de EPA en su dieta v/s placebo consiguió una significativa mejoría en las escalas Hamilton y CGI, con buena tolerancia (56). Otro realizado en 60 pacientes con depresión comparó la eficacia de 1gr de EPA y 20 mg Fluoxetina, separados y en combinación. Luego de 8 semanas, tanto EPA como la fluoxetina tuvieron similar efecto terapéutico, siendo mayor cuando se administraban en conjunto (57).

La administración de EPA solo o en combinación con DHA puede ser útil en el tratamiento de depresión. Se recomienda comer pescado al menos 2 veces por

semana. Una porción de jurel de 100 gr contiene 1gr de EPA + DHA y el salmón chileno de cultivo posee 3-4 g de EPA +DHA por 100 gr (18). Esta estrategia puede ser conveniente en personas que no toleran los antidepresivos –ancianos, embarazadas y mujeres que amamantan, puesto que no alteraran el neurodesarrollo in útero e infancia– y en personas con comorbilidad cardiovascular, por sus beneficios en la coagulación e inflamación arterial (19,58). En general las molestias con estos preparados son escasas, ocasionalmente destacando gusto y olor a pescado (59). Con más de 3 gr/día puede presentarse trombocitopenia e interacción con anticoagulantes, aumentando el riesgo de sangrado, y también puede aumentar la ingesta de metales neurotóxicos (60).

Sin embargo aun cuando su empleo pareciera ser beneficiosa en pacientes con depresión unipolar, la literatura no ha mostrado suficiente evidencia (46). Incluso un metaanálisis no demostró efecto protector (61).

Probióticos

El término probiótico deriva del griego vida. Los probióticos fueron primeramente descritos en 1908, con la observación de pobladores de una región de Bulgaria que tenían una vida más larga que aquellos de otras partes del país, hecho que se relacionaba con consumo de lácteos fermentados (62, 63).

Probiótico es aquel organismo vivo que, ingerido en cantidades adecuadas, ejerce un beneficio en la salud de las personas. Cuando este produce un efecto favorable en enfermedades psíquicas se ha designado psicobiótico (62).

Entre los efectos de los probióticos destacan la prevención y tratamiento de diarreas infecciosas asociadas al uso de antibióticos y cólicos en el lactante, estimulación del sistema inmune y prevención de algunas manifestaciones alérgicas (rinitis, eczema atópico). Para que los probióticos tengan el efecto deseado su consumo debe ser mantenido en el tiempo, ya que una vez suspendidos este desaparece.

Las propiedades de los probióticos dependen de cepas específicas. La mayoría de los que se comercializan contienen a los géneros *Lactobacillus* o *Bifidobacterium*, productores de ácido gamma-aminobutírico (GABA), principal neurotransmisor inhibitorio y que participa en la regulación cerebral de procesos fisiológicos y psicológicos relacionados con la ansiedad y la depresión (64,65,66). Una cepa de *Lactobacillus* es capaz de producir acetilcolina, otro neurotransmisor esencial en el cerebro humano. En ratas, la ingestión oral de *Bifido bacterium infantis* puede elevar el nivel

plasmático de triptófano, por lo que se considera como potencial antidepresivo (67).

La combinación de *Lactobacillus helveticus* con *Bifidobacterium longum* comparado con placebo por 30 días muestra un efecto positivo en bienestar emocional de sujetos sanos (64). En un estudio con más de 100 personas, el efecto de la ingesta de un yogurt con probióticos de empleo a diario consiguió un efecto favorable en el ánimo después de 3 semanas (68).

A nivel cognitivo, la combinación de *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium lactis*, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus brevis*, *Lactobacillus casei*, *Lactobacillus salivarius*, versus placebo, influencia favorablemente las cogniciones disfuncionales gatilladas por alteraciones del ánimo y las rumiaciones y pensamientos de agresión (69).

Otro grupo de alimentos son los prebióticos, ingredientes no digeribles de la alimentación cuyo beneficio se ejerce mediante la actividad de bacterias intestinales. Entre ellos encontramos las fibras dietéticas, como inulina y oligofructosa, contenidas en frutas y verduras. La flora microbiana intestinal fermenta la fibra, produciendo AG de cadena corta, los que a su vez intervienen en el control de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica (66).

ACTIVIDAD FÍSICA

La comorbilidad de la depresión con distintas enfermedades somáticas permite entender distintas acciones que los psiquiatras debemos emprender para el manejo adecuado de las personas con enfermedades del ánimo (70).

En el caso de los pacientes diabéticos con depresión los costos del tratamiento se elevan en un 50%, implicando dificultades como control de la glicemia, falta de adherencia al tratamiento, mayor facilidad para aumentar de peso y menor realización de actividad física (71,72). Incluso se ha descrito aparición de resistencia a la insulina en pacientes deprimidos no diabéticos (73).

A comienzos de 2014 la Sociedad Americana de Cardiología agregó la depresión a los ya conocidos factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, dislipidemia, sedentarismo, obesidad, hipertensión y diabetes). Si bien la evidencia no es suficiente para sugerir que el tratamiento de la depresión mejora la supervivencia después de un infarto al miocardio, al empeorar la depresión aumenta la mortalidad (74).

En la Figura 1 se anotan los posibles mecanismos a través de los cuales la depresión DM empeoraría la evolución de la ECV, según referencias (75,76):



Figura 1

Al respecto, el ejercicio regular atenúa el proceso aterosclerótico, retardando el envejecimiento de las paredes arteriales, mejorando la disfunción endotelial y preservando la función vascular. Así mismo, mejora el peso corporal, la presión sanguínea, la insulinosensibilidad y variables hemostáticas e inflamatorias (77).

Mecanismos involucrados

Resulta notable que el ejercicio posea una serie de acciones cuyos efectos son positivos para el tratamiento

de distintas enfermedades y condiciones patológicas, incluida la depresión.

Una manera de comprender los múltiples efectos del ejercicio es por la vía del control de procesos inflamatorios. Un estudio en adultos mayores sanos describió que estos presentaban distinto perfil inmunológico dependiendo de su nivel de actividad física. Los más activos tenían bajos niveles de IL-6, proinflamatoria, y altos niveles de IL-10, antiinflamatoria. Tales niveles de citoquinas están influenciados por la cantidad de ejercicio, siendo mayor la capacidad antiinflamatoria del

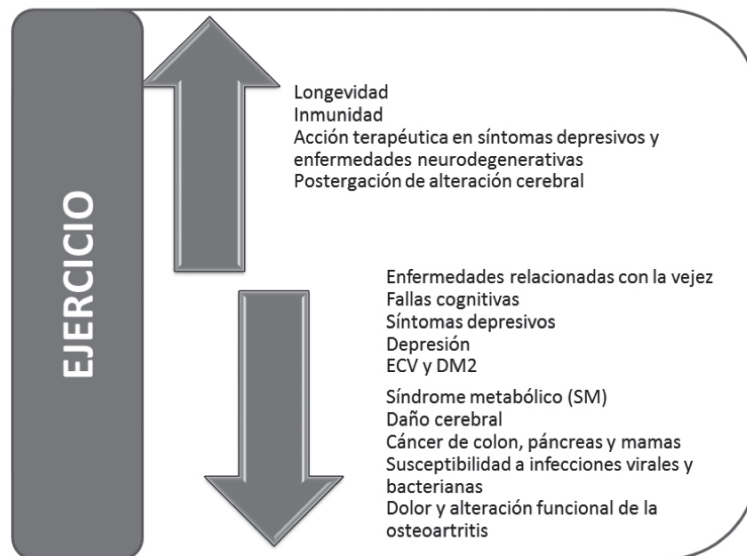


Figura 2. Efectos del ejercicio según referencia (17)

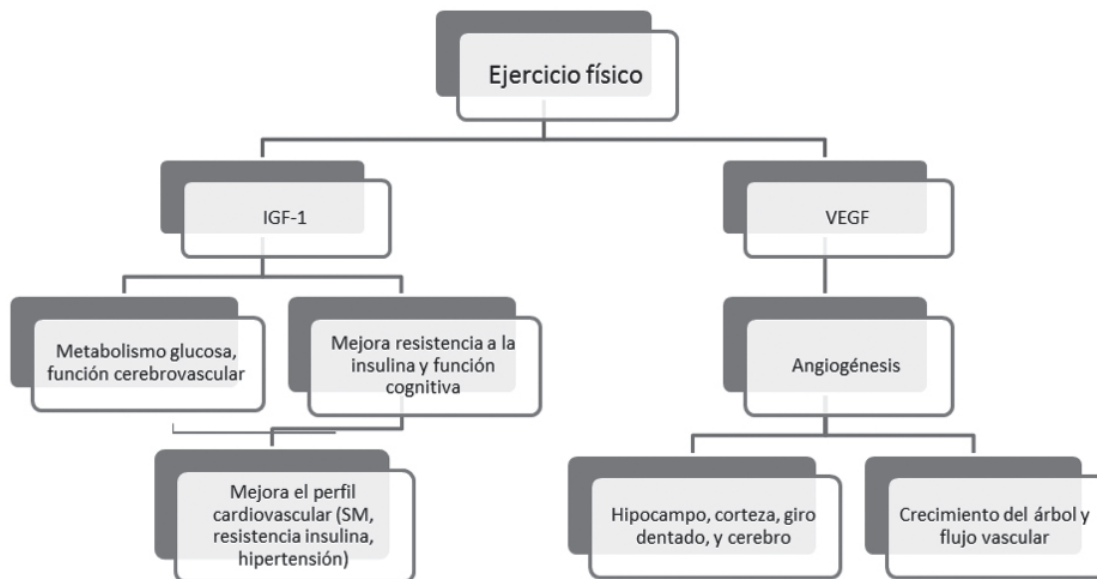


Figura 3

envejecimiento normal en aquellos que realizan mayor actividad física (78). Los estudios que evalúan la acción de la actividad física sobre nivel de PCR muestran una relación inversamente proporcional: mientras más ejercicio menor nivel sérico de PCR (79).

Los trastornos del ánimo se basan en procesos patológicos proinflamatorios:

- La administración de citoquinas en roedores y humanos provoca desánimo, fatiga, inhibición psicomotora e hiperalgesia. En depresión mayor se ha observado elevación sérica de citoquinas proinflamatorias: IL-6, IL-1 β y TNF (79).
- En depresión e intentos de suicidio se ha encontrado niveles elevados de IL-6 en líquido cefalorraquídeo dependiente de severidad de los síntomas (80).
- En pacientes con manía se ha encontrado niveles elevados de PCR comparados con aquellos sin manía y con personas sin antecedentes de psicopatología (81).

La Figura 3 resume los efectos neurobiológicos del ejercicio sobre la actividad cerebral. Por una parte mejora las alteraciones metabólicas generales con la intervención de insulin-like growth factor 1 IGF-1 y por otra facilita el aporte de nutrientes a través del factor crecimiento vascular endotelial VEGF (82-84).

Otros efectos del ejercicio que resultan convenientes y positivos para el tratamiento de la depresión son:

Efectos neurobiológicos

- El ejercicio físico tiene efecto neuroprotector y acción en neurogénesis (77). Se ha demostrado que aumenta el volumen del hipocampo anterior, incluyendo el giro dentado, sin modificar el volumen del hipocampo posterior. Dicho efecto sería mediado por el aumento en los niveles de BDNF (82).
- La citoarquitectura del giro dentado se ve alterada con un aumento del largo dendrítico, la complejidad dendrítica, la densidad de las espinas y proliferación del progenitor neural (83).
- A través de las endorfinas el ejercicio tiene un efecto euforizante, hedonístico y analgésico (82)

Efectos endotelio, fibroblastos

- El ejercicio posee efectos angiogénicos (85) mediados principalmente por BDNF, IGF-1 y VEGF.
- Se asocia al aumento del RNAm de VEGF en las células endoteliales, aumentando la mitosis, supervivencia, adhesión, migración y capacidad de formación de capilares (83).

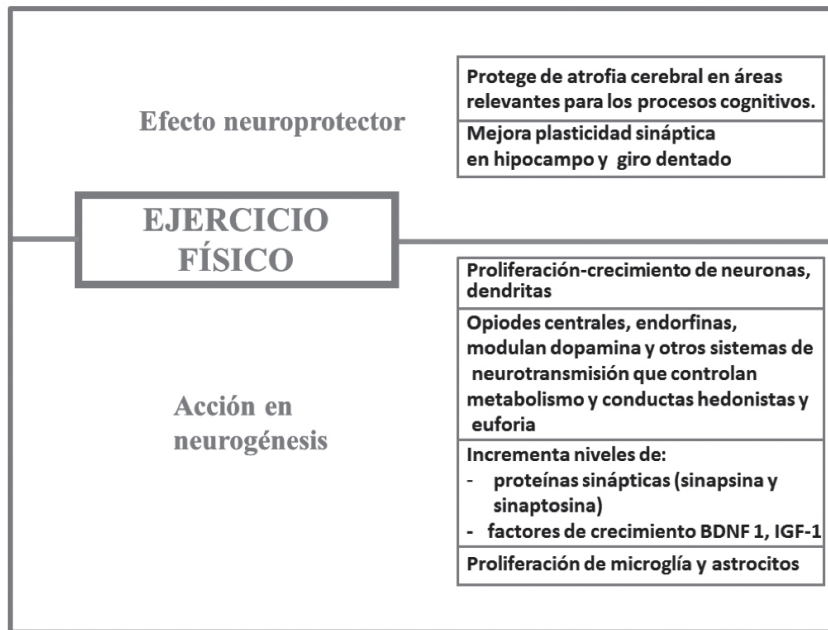


Figura 4. Efectos del ejercicio físico a nivel neuronal (79, 82-87)

Acciones clínicas

En adultos mayores el efecto de ejercicio físico es similar al de antidepressivos. En un estudio de 16 semanas de entrenamiento aeróbico lograron un efecto similar a la sertralina, con menor riesgo de efectos adversos. Esta acción es dosis dependiente: más ejercicio, mayor alivio (88, 89). En una población de adultos seguidos por 6 años, 30 minutos de ejercicio al día predicen ausencia de depresión (90).

Estudios transversales, como el *Alameda County Study*, han encontrado menos frecuencia de síntomas depresivos en aquellas personas que se ejercitan en comparación con quienes no lo hacen (82), tanto en valoración subjetiva como en evaluaciones por especialistas (89, 91). Se ha demostrado eficacia tanto del ejercicio aeróbico como de resistencia, de 2-4 meses de duración, como tratamiento de la depresión en jóvenes y adultos con depresión (83).

El ejercicio físico aeróbico ha sido el más evaluado debido a su fácil implementación. No requiere de tanto espacio, inversión financiera y supervisión de gente calificada como los entrenamientos anaeróbicos. Ninguna actividad/deporte ni lugar específico pareciera dar mejores resultados que otros, lo que entrega mayor libertad al paciente y permitiría mejorar la adhesión al

programa de ejercicios especialistas (92). Faltan estudios que sistematicen la dosificación. Una frecuencia de tres veces por semana es lo más utilizado en los distintos estudios y la duración de los programas debería ser de al menos 9 semanas (93).

Importante considerar que mejor respuesta antidepressiva al ejercicio ocurre en personas que tienen mayor índice de procesos inflamatorios, en este caso medidos antes del periodo de prueba por el nivel de factor necrosis tumoral TNF-alfa (94). De manera similar, altos niveles de inflamación, medidos por IFN-alfa, predicen mejor respuesta al empleo de omega 3 (95). Un metaanálisis reciente muestra que la respuesta antidepressiva del fármaco antiinflamatorio celecoxib comparado con placebo es más intensa en aquellos pacientes con mayor inflamación (96). En una prueba en pacientes con episodio de manía no psicótica al adicionar celecoxib 400 mg diarios o placebo al anticonvulsivante por 6 semanas, se obtiene 87% de remisión versus 43,5% (97).

Parece razonable considerar en el estudio de las personas que sufren depresión la presencia de fenotipos que provocan procesos inflamatorios (edad avanzada, obesidad, ECV, sedentarismo, etc.), así como su medición (nivel plasmático PCR) y tratamiento (ejercicio físico, dieta saludable, prebióticos, probióticos, etc.) (98).

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud ENS, Chile 2009-2010
2. Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL, 2013
3. Murphy JM, Monson RR, Olivier DC, *et al.* Affective disorders and mortality: a general population study. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 473-480
4. Everson SA, Roberts RE, Goldberg DE, *et al.* Depressive symptoms and increase risk of stroke mortality in a 29 yearperiod. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1133-1138
5. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, *et al.* Depression and poor glycemic control: A meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000; 23: 934-942
6. De Groot M, Anderson RJ, Freedland KE, *et al.* Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2001; 63: 619-630
7. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA* 1993; 270: 1819-1825
8. Penninx BWJH, Beekman ATF, Honig A, *et al.* Depression and cardiac mortality. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 221-227
9. Judd LL, Akiskal HS, Paulus MP. The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *J Affect Disord* 1997; 45: 5-18
10. Rush J, Trivedi M, Wisniewski S, *et al.* Evaluation of Outcomes With Citalopram for Depression Using Measurement-Based Care in STAR*D: Implications for Clinical Practice. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1905-1917
11. Retamal P. Psicofarmacoterapia antidepressiva. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 813-81
12. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med* 2005; 353: 487-97
13. Thase ME, Simons AD, McGeary J, *et al.* Relapse after cognitive behavior therapy of depression: Potential implications for longer courses of treatment. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1046-1052
14. Judd LL, Paulus MJ, Schettler PJ, *et al.* Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness? *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1501-1504
15. Miller IW, Keitner GI, Schatzberg AF, *et al.* The treatment of chronic depression, part 3: psychosocial functioning before and after treatment with sertraline or imipramine. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 608-619
16. Li X, Frye M. Review of pharmacological treatment in mood disorders and future directions for drug development. *Neuropsychopharmacology* 2012; 37(1): 77-101
17. Retamal P. Terapéuticas antidepressivas menos convencionales en las enfermedades del ánimo. En Retamal P, Salinas P. *Enfermedades del ánimo*. Editorial Mediterráneo, 2012
18. Freeman M, Mischoulon D, Tedeschi E, Goodness T, Cohen L, Fava M, *et al.* *J Clin Psychiatry* 2010; 71(6): 682-688
19. Pizarro T. Intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Chil Pediatr* 2007; 78 (1): 76-83
20. Moreno M, Manrique M, Guzmán S, *et al.* Cambios en los factores de riesgo metabólicos en pacientes obesos en tratamiento *Rev Méd Chile* 2000; 128(2): 193-200
21. Appel L, Moore T, Obarzanek E, Vollmer W, Svetkey L, Sacks F, *et al.* A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *N Engl J Med* 1997; 336: 1117-1124
22. Gans R. The Metabolic Syndrome, Depression, and Cardiovascular Disease: Interrelated Conditions that Share Pathophysiological Mechanisms. *Med Clinics North Amer* 2006; 90(4): 573-91
23. Carpenter K, Hasin D, Allison D, *et al.* Relationships Between Obesity and DSM-IV Major Depressive Disorder, Suicide Ideation, and Suicide Ideation and Suicide Attempts: Results From a General Population Study. *Am J Public Health* 2000; 90: 251-257
24. Akbaraly T, Brunner E, Ferrie J, *et al.* Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. *Br J Psychiatry* 2009; 195, 408-413
25. Sánchez-Villegas A, Toledo E, de Irala J, Ruiz-Canela M, Pla-Vidal J, Martínez-González M. Fast-food and commercial baked goods consumption and the risk of depression. *Public Health Nutrition* 2011; 15 (3), 424-432
26. Swinburn B, Sacks G, Hall K, McPherson K, Finegood D, Moodie M, *et al.* The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet* 2011; 378: 804-14
27. Berkowitz R, Fabricatore N. Obesity, Psychiatric Status, and Psychiatric Medications *Psychiatric Clinics of North America* 2011; 34 (4): 747-64
28. Onyike Ch., Crum R, Lee H, *et al.* Is Obesity Associated with Major Depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 2003; 158: 1139-1147
29. Vannucchi G, Toni C. Does obesity predict bipolarity in major depressive patients? *J Affect Disord* 2014; 155: 118-122
30. Jacka F, Pasco J, Mykletun A, Williams L, Nicholson G, Kotowicz M, Berk M. Diet quality in bipolar disorder in a population-based sample of women. *J Affect Disord* 2011; 129: 332-337
31. Lucas M, Chocano-Bedoya P, Shulze M, Mirzaei F, O'Reilly E, Okeke O, *et al.* Inflammatory dietary pattern and risk of depression among women. *Brain Behav Immun* 2014; 36: 46-53
32. Mayer EA, Knight R, Mazmanian SK, Cryan JF, Tillisch K. Gut microbes and the brain: paradigm shift in neuroscience. *J Neurosci* 2014; 34 (46), 15490-15496
33. Cani PD, Neyrinck AM, Fava F, Knauf C, Burcelin RG, Tuohy KM, Gibson GR, Delzenne NM. Selective increases of bifidobacteria in gut microflora improve high-fat-diet-induced diabetes in mice through a mechanism associated with endotoxaemia. *Diabetologia* 2007; 50: 2374-2383
34. Sampson T, Mazmanian S. Development, Function, and Behavior by the Microbiome. *Cell Host & Microbe* 17: 565-576. 2015
35. Qin L, Wu X, Block ML, *et al.* Systemic LPS causes chronic neuroinflammation and progressive neurodegeneration. *Glia* 2007; 55: 453-462
36. Pendyala S, Walker JM, Holt PR. A high-fat diet is associated with endotoxemia that originates from the gut. *Gastroenterology* 2012; 142: 1100-1101
37. Molteni R, Barnard R, Ying Z, Roberts C, Gómez-Pinilla F. A high-fat, refined sugar diet reduces hippocampal brain-derived neurotrophic factor, neuronal plasticity, and learning. *Neuroscience* 2002; 112: 803-14
38. Videbech P, Ravnkilde B. Hippocampal volume and depression: a metaanalysis of MRI studies. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1957-66
39. Malberg J, Eisch A, Nestler E, Duman R. Chronic antidepressant treatment increases neurogenesis in adult rat hippocampus. *J Neurosci* 2000; 20: 9104-10
40. Jacka F, Cherbuin N, Anstey K, Sachdev P, Butterworth P. Western diet is associated with a smaller hippocampus: a longitudinal investigation. *BMC Medicine* 13: 215
41. Goodrich DE, Kilbourne AM. A long time coming. The creation of an evidence base for physical activity prescription to improve health outcomes in bipolar disorder. *Mental Health Physical Activity* 2010; 3: 1-3
42. Rienks J, Dobson A, Mishra G. Mediterranean dietary pattern and prevalence and incidence of depressive symptoms in mid-aged women: results from a large community-based prospective study. *Eur J Clin Nutr* 2013; 67: 75-82

42. Lopresti A, Hood S, Drummond D. A review of life style factors that contribute to important path ways associated with major depression: Diet, sleep and exercise. *J Affect Disord* 2013; 148: 12-27
43. Sánchez-Villegas A, Delgado-Rodríguez M, *et al.* Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: the Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 1090-1098
44. Chocano-Bedoya P, O'Reilly E, Lucas M, Mirzaei F, Okereke O, Fung T, *et al.* Prospective study on long-term dietary patterns and incident depression in middle-aged and older women. *Am J Clin Nutr* 2013; 98: 813-820
45. Ravindran A, Da Silva T. Complementary and alternative therapies as add-on to pharmacotherapy for mood and anxiety disorders: A systematic review. *J Affect Disord* 2013; 150: 707-719
46. Sánchez-Villegas A, Martínez-González M. Diet, a new target to prevent depression? *BMC Medicine* 2013; 11: 3
47. Sánchez-Villegas A, Henríquez P, Bes-Rastrollo M, Doreste J. Mediterranean diet and depression. *Public Health Nutrition* 2006; 9: 1104
48. Sánchez-Villegas A, Verberne L, *et al.* Dietary FatIntake and the Risk of Depression: The SUN Project. *PLoS ONE* 2011; 6(1): 16268
49. Sánchez-Villegas A, Henríquez P, Figueiras A, Ortuño F, Lahortiga F, Martínez-González MA. Long chain omega-3 fatty acids intake, fish consumption and mental disorders in the SUN cohort study. *Eur J Nutr* 2007; 46: 337-346
50. McNamara RK, Strawn JR. Role of long-chain omega-3 fatty acids in psychiatric practice. *Pharma Nutrition* 2013, 1: 41-49
51. Martins J. EPA but not DHA appears to be responsible for the efficacy of omega-3 long chain polyunsaturated fatty acid supplementation in depression: evidence from a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Coll Nutr* 2009; 28(5): 525-42
52. Hibbeln J. Fish consumption and major depression. *Lancet* 1998; 8; 351(9110): 1213
53. McNamara R, Jandacek R, Rider T, Tso P, Dwivedi Y, Pandey G. Selective deficits in erythrocyte docosahexaenoic acid composition in adult patients with bipolar disorder and major depressive disorder. *J Affect Disord* 2010; 126(1-2): 303-11
54. Li Y, Dai Q, Ekperi L, Dehal A, Zhang J. Fish consumption and severely depressed mood, findings from the first national nutrition follow-up study. *Psychiatry Research* 2011; 190 .103-109
55. Pascoe M, Crewther S, Carey L, Crewther D. What you eat is what you are A role for polyunsaturated fatty acids in neuroinflammation induced depression? *Clinical Nutrition* 2011; 30: 407-415
56. Frangou S, Lewis M, Mccrone P. Efficacy of ethyl-eicosapentaenoic acid in bipolar depression: randomised double-blind placebo-controlled study. *Br J Psychiatry* 2006; 188, 46-50
57. Jazayeri S, Tehrani Doost M, Keshavarz S, Hosseini M, Djazayeri A, Amini H, *et al.* Comparison of therapeutic effects of omega-3 fatty acid eicosapentaenoic acid and fluoxetine, separately and in combination, in major depressive disorder. *Australian New Zealand J Psychiatry* 2008; 42(3): 192-198
58. Grosso G, Pajak A, Marventano S, Castellano S, Galvano F, Bucolo C, *et al.* Role of Omega-3 Fatty Acids in the Treatment of Depressive Disorders: A Comprehensive Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *PLoS ONE* 2014; 9(5): e96905
59. Mischoulon D. Update and critique of natural remedies as antidepressant treatments. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009; 36(4): 789-807
60. Freeman M. Omega-3 Fatty Acids in Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry* 2009; 70(5): 7-11
61. Bloch M, Hannestad J. Omega-3 fatty acids for the treatment of depression: systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2012; 17: 1272-1282
62. Dinan T, Stanton C, Cryan J. Psychobiotics: A Novel Class of Psychotropic. *Biol Psychiatry* 2013; 74: 720-726
63. Lyte M. Probiotics function mechanistically as delivery vehicles for neuroactive compounds: Microbial endocrinology in the design and use of probiotics. *Bioessays* 2011; 33: 574-581
64. Messaoudi M, Lalonde R, Violle N, *et al.* Assessment of psychotropic-like properties of a probiotic formulation (*Lactobacillus helveticus* R0052 and *Bifidobacterium longum* R0175) in rats and human subjects. *Br J Nutr* 2011; 105: 755- 764
65. Desbonnet L, Garrett L, Clarke G, Kiely B, Cryan JF, Dinan TG. Effects of the probiotic *Bifidobacterium infantis* the maternal separation model of depression. *Neuroscience* 2010; 170(4): 1179-1188
66. Sampson T, Mazmanian S. Development, Function, and Behavior by the Microbiome. *Cell Host & Microbe* 2015; 17: 565-576
67. Desbonnet L, Garrett L, Clarke G, Bienenstock J, Dinan TG. The probiotic *Bifidobacteria infantis*: An assessment of potential antidepressant properties in the rat. *J Psychiatr Res* 2008; 43: 164-174
68. Benton D, Williams C, Brown A. Impact of consuming a milk drink containing a probiotic on mood and cognition. *Eur J Clin Nutr* 2007; 61: 355-361
69. Steenbergen L, Sellaro R, Van Hemert S, Bosch J, Colzato L. A randomized controlled trial to test the effect of multispecies probiotics on cognitive reactivity to sad mood. *Brain, Behavior, Immunity* 2015; 48: 258-264
70. Salinas P. Síndrome metabólico y fármacos usados en los trastornos del ánimo. En Retamal P, Salinas P. *Enfermedades del ánimo. Editorial Mediterráneo*, 2012
71. Stanton R, Reaburn P. Exercise and the treatment of depression: A review of the exercise program variables. *Journal of Science and Medicine in Sport* 2014; 17: 177-182
72. Lin EH, Katon W. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 2004; 27: 2154-2160
73. Akimoto M, Fukunishi I. Psychosocial predictors of relapse among diabetes patients: a 2-year follow-up after inpatient diabetes education. *Psychosomatics* 2004; 45: 343-349
74. Lichtman J, Froelicher E, Blumenthal J, Carney R, Doering L, Frasure-Smith N, *et al.* On behalf of the American Heart Association Statistics Committee of the Council on Epidemiology and Prevention and the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing Depression as a Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients With Acute Coronary Syndrome: Systematic Review and Recommendations. *Circulation* 2014; 129: 00-00
75. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 2002; 23: 51-61
76. Gans R. The Metabolic Syndrome, Depression, and Cardiovascular Disease: Interrelated Conditions that Share Pathophysiological Mechanisms. *Med Clinics North Amer* 2006; 90(4): 573-591
77. Koutroumpi M, *et al.* Endothelial progenitor cells and exercise. *World J Cardiol* 2012; 26; 4(12): 312-326
78. Jankord R, Jemiolo B. Influence of physical activity on serum IL-6 and IL-10 levels in healthy older men. *Med Sci Sports Exerc* 2004; 36(6): 960-4
79. Kasapis C, Thompson P. The effects of physical activity on serum C-reactive protein and inflammatory markers: a systematic review. *J Am Coll Cardiol* 2005; 45(10): 1563-9
80. Hallberg L, Janelidze S, Engstrom G, Wisén A, Westrin A, Brunelin L. Exercise-induced release of cytokines in patients with major depressive disorder. *J Affect Dis* 2010; 126: 262-267
81. Dickerson F, Stallings C, Origoni A, Boronow J, Yolken R. Elevated serum levels of C-reactive protein are associated with mania. *Progr. Neuro-Psychopharmacology Biological Psychiatry* 2007; 31: 952-955

82. Erickson K, Voss M, Prakash R, Basake Ch., Szabof A, Chaddock L, Kimb J, Heob S, *et al.* Exercise training increase size of hippocampus and improves memory. *PNAS* 2011; 108(7): 3017-3022
83. Cotman W, Berchtold C, Christie L. Exercise builds brain health: key roles of growth factor cascades and inflammation. *Trends in Neurosciences* 2007; 30(9): 464-472
84. Chih-Wei Wu, Ya-Ting Chang, Lung Yu, Hsiun-ing Chen, Chau-ying J. Jen, Shih-Ying Wu, *et al.* Exercise enhances the proliferation of neural stem cells and neurite growth and survival of neuronal progenitor cells in dentate gyrus of middle-aged mice. *Appl Physiol* 2008; 105: 1585-1594
85. Dishman R, O'Connor P. Lessons in exercise neurobiology: The case of endorphins. *Mental Health Physical Activity* 2009; 2: 4-9
86. Koehl M, Meerlo P, Gonzales D, Rontal A, Turek FW, Abrous D. Exercise-induced promotion of hippocampal cell proliferation requires β -endorphin. *FASEB J* 2008; 22: 2253-2262
87. Sylvia L, Ametrano R, Nierenberg A. Exercise Treatment for Bipolar Disorder: Potential Mechanisms of Action Mediated through Increased Neurogenesis and Decreased Allostatic Load. *Psychother Psychosom* 2010; 79: 87-96
88. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, Craighead E, Herman S, Khatri P. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med* 1999; 159(19): 2349-2356
89. Rozanski A. Exercise as Medical Treatment for Depression. *JAC*. 2012; 60(12): 1064-1066
90. Voderholzer U, Dersch R, Ickhüt H, Herter A, Freyer T, Berger M. Physical fitness in depressive patients and impact of illness course and disability. *J Affect Disord* 2011; 128: 160-164
91. Dimeo F, Bauer M, Varahram L, Proest G, Halter U. Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: a pilot study. *Br J Sports Med* 2001; 35: 114-117
92. Singh N, Stavrinou T, Scarbeck Y. A randomized controlled trial of high versus low intensity weight training versus general practitioner care for clinical depression in older adults. *J Gerontology* 2005; 60A,6: 768-776
93. Perraton LG, Kumar S, Machotka Z. Exercise parameters in the treatment of clinical depression: a systematic review of randomized controlled trials. *J Eval Clin Pract* 2010; 16: 597-604
94. Rethorst CD, Toups MS, Greer TL, *et al.* Pro-inflammatory cytokines as predictors of antidepressant effects of exercise in major depressive disorder. *Mol Psychiatry* 2013; 18: 1119-1124
95. Su KP, Lai HC, Yang HT, *et al.* Omega-3 fatty acids in the prevention of interferon-alpha-induced depression: results from a randomized, controlled trial. *Biol Psychiatry* 2014; 76: 559-566
96. Köhler O, Benros ME, Nordentoft M, *et al.* Effect of anti-inflammatory treatment on depression, depressive symptoms, and adverse effects: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 1381-1391
97. Arabzadeh S, Ameli N, Zeinoddini A, Rezaei F, Farokhnia M, Mohammadinejad P, Ghaleiha A, Akhondzadeh S. Celecoxib adjunctive therapy for acute bipolar mania: a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Bipolar Disord* 2015; 17: 606-614
98. Kiecolt-Glaser J, Derry H, Fagundes Ch. Inflammation: Depression Fans the Flames and Feasts on the Heat. *Am J Psychiatry* 2015; 172: 1075-1091

TRASTORNOS DEL ÁNIMO

COGNICIÓN SOCIAL EN PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR: EVIDENCIA DISPONIBLE PARA UNA PROPUESTA DE ANÁLISIS INTERNIVEL

(Rev GPU 2016; 12; 1: 64-68)

Ulises Ríos¹

Los estudios en el ámbito de los trastornos del ánimo ofrecen preguntas de investigación que nacen de una heterogénea presentación de supuestos. Cada uno de ellos propone un intento por validar empíricamente una teoría que permita comprender de mejor forma la cascada de causalidad y procesos de la historia natural de la enfermedad, la mayoría de las veces, con la intención de ofrecer información para la formulación de intervenciones más precoces y efectivas.

El estudio del funcionamiento cognitivo en pacientes con Trastorno Bipolar ha sido un área de estudio que ha reflejado una verdadera “explosión” en el número de artículos publicados durante los últimos años. En una revisión en el buscador Pubmed, los términos “cognition and bipolar disorder” dan cuenta de 30 y 33 artículos publicados los años 2000 y 2001; y de 185 y 186 artículos los años 2013 y 2014, respectivamente. En el mismo sentido, la publicación de textos especializados sobre el funcionamiento cognitivo en pacientes con Trastorno Bipolar da cuenta del énfasis en la generación de información sobre este específico tópico.

ANTECEDENTES

La publicación de textos especializados sobre el funcionamiento cognitivo en pacientes con Trastorno Bipolar da cuenta del énfasis en la generación de información sobre este específico tópico (1).

La investigación ha intentado producir conocimiento orientado a un mejor entendimiento del padecer de pacientes con Trastorno Bipolar, respondiendo

de esta forma a preguntas clínicas que aún se mantienen sin respuestas claras. La importante diferencia entre indicadores clínicos de remisión en sintomatología anímica e indicadores de recuperación funcional da cuenta del desafío clínico actual en el tratamiento del Trastorno Bipolar. Un seguimiento de pacientes bipolares durante dos años, luego de su alta hospitalaria tras una fase maniaca, da cuenta que el porcentaje de remisión sintomática es de un 64%, mientras que el por-

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

centaje de recuperación funcional es solo de un 34% (2). Es probable que la mencionada brecha dé cuenta del interés de los investigadores por indagar en nuevas dimensiones clínicas que permitan reconocer las variables involucradas y susceptibles de intervenir.

Pese al interés común por generar conocimiento que permita mejorar el acto clínico en el tratamiento de pacientes con Trastorno Bipolar, los equipos de investigación despliegan en muchas ocasiones una mirada reduccionista de un fenómeno esencialmente complejo y multidimensional, ofreciendo conclusiones que parecen no dar cuenta de esto último. Según Kendler, el predominio “ideológico” sobre las razones empíricas y un mundo científico más competitivo que colaborativo son parte del contexto de la investigación actual en psiquiatría (3). La búsqueda de la gran y única causa dentro de un marco de referencia cartesiano empuja el diseño metodológico hacia una lógica reduccionista. A partir de lo expuesto surge una propuesta, que lejos de la pretensión de la construcción de una “teoría del todo”, propone la generación de conocimiento desde preguntas que conduzcan un tipo de investigación con foco en la integración de modelos causales inter-niveles, como una forma de avanzar en la comprensión del fenómeno de la patología mental sin abandonar la conciencia acerca de su inherente complejidad.

Desde la explicitación de acuerdo con la propuesta planteada por Kendler, el siguiente escrito propone una revisión de la literatura científica en relación con la evidencia disponible sobre el funcionamiento cognitivo en el Trastorno Afectivo Bipolar, con la intención de proponer una mirada que busque una integración de la información generada desde diferentes tipos de estudios, con miras hacia la formulación de hipótesis que puedan ser contrastadas empíricamente en futuras investigaciones.

FUNCIONAMIENTO COGNITIVO EN PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

Las alteraciones cognitivas en pacientes con Trastorno Bipolar fueron reportadas inicialmente durante los periodos sintomáticos, constatando importantes compromisos durante las fases anímicas; sin embargo, la investigación desarrollada durante los últimos años ha revelado datos que muestran que un subgrupo de estos pacientes mantiene el compromiso del funcionamiento cognitivo aún en eutimia. Las estadísticas al respecto son variadas, contando con estudios que muestran que el 31% de pacientes bipolares eutímicos presentan algún grado de disfunción cognitiva (4), hasta estudios que han valorado esta magnitud en un

62% (5). A partir de la evidencia generada se han ido proponiendo diferentes hipótesis sobre el proceso de presentación de las alteraciones cognitivas, una de las principales es la teoría de la neuroprogresión que sugiere que la enfermedad tendría un curso progresivo desde un estado de latencia hasta un estado de resistencia, de mal pronóstico, donde los déficits cognitivos serían severos (6). Este enfoque ha sido debatido por quienes sugieren que la disfunción cognitiva sería un rasgo que presentan solo algunos pacientes desde una etapa muy temprana de la enfermedad, constituyendo un rasgo de un tipo específico de trastorno bipolar. Strojilovich y Martino publicaron un artículo en el año 2013 donde comparaban el funcionamiento cognitivo de pacientes bipolares jóvenes (40 años) con pacientes de edad avanzada (60 años), constatando que la diferencia entre ambos grupos no era significativa, datos que apoyaron empíricamente sus dudas sobre la teoría de la neuroprogresión (7).

La disfunción cognitiva constatada en los test neuropsicológicos ha sido sometida a análisis en busca de correlaciones con variables clínicas de plausible vinculación. Martino *et al.*, en una investigación publicada el año 2009 logró demostrar cómo las alteraciones cognitivas, específicamente el compromiso de las dimensiones atención y funciones ejecutivas, dan cuenta del 28% de la varianza de la disfunción sociolaboral de los pacientes bipolares mientras ellos se encuentran asintomáticos (5), posicionando la relevancia de los estudios cognitivos para una mejor comprensión acerca de cómo mejorar la calidad de vida de los pacientes bipolares en eutimia.

Pese a la diversidad de instrumentos utilizados en los estudios sobre funcionamiento cognitivo en pacientes con Trastorno bipolar, las numerosas mediciones podrían ser clasificadas en dos grandes categorías: las medidas de cognición no social y medidas de cognición social. En la primera se incluyen tareas que evalúan funciones de memoria, atención, velocidad de procesamiento, aprendizaje verbal, entre otras. Las mediciones de cognición social involucran varias dimensiones, las cuales han sido definidas por el National Institute of Mental Health con el fin de poder estandarizar el constructo. En una publicación del año 2008, Green *et al.* explicitan que dentro del concepto de Cognición Social, la investigación considera 5 categorías: Percepción Social, Conocimiento Social, Sesgo Atribucional, Teoría de la Mente y Procesamiento Emocional. Las dos últimas son las dimensiones más evaluadas en las publicaciones sobre cognición social en pacientes con Trastorno Bipolar (8).

La literatura científica revela datos que dan cuenta que tanto las pruebas de evaluación de teoría de

la mente como las tareas de reconocimiento de emociones faciales se encuentran comprometidas en pacientes bipolares en eutimia (9). Las alteraciones del funcionamiento de teoría de la mente se encuentran considerablemente más documentadas en comparación con disfunciones en pruebas de reconocimiento de emociones, contando esta última solo con tres estudios que revelaron compromiso de funcionamiento sobre un reducido total de 12 investigaciones (10). Ha sido interesante constatar la existencia de estudios que muestran que las tareas relacionadas con funciones ejecutivas, y el antecedente clínico de exposición a psicofármacos, se comportan como variables mediadoras del rendimiento en las pruebas de Cognición Social (9), hecho que debiese ser considerado en el control de variables de futuras investigaciones.

Pese a que la mayoría de los estudios utiliza instrumentos de medición de funcionamiento cognitivo como tests y baterías de pruebas neuropsicológicas, existen también registros de dicha variable a través de otras metodologías. Una de ellas es la evaluación electrofisiológica mediante los potenciales relacionados a evento. Dicha técnica ha sido mayormente utilizada en el estudio de pacientes con esquizofrenia, existiendo, sin embargo, algunos estudios que se han enfocado exclusivamente en pacientes con Trastorno Bipolar intentando evaluar las señales neurales relacionadas con tareas de cognición social, específicamente tareas relacionadas con el procesamiento de emociones faciales. En este tipo de mediciones el objetivo se centra en la identificación de señales eléctricas relacionadas con una tarea cognitiva, las cuales presentan una magnitud y latencia específica en el registro electroencefalográfico, permitiendo la propuesta de posibles biomarcadores o endofenotipos para la patología en estudio. Al respecto algunos investigaciones han revelado evidencia en relación con el retraso y reducción del P300 (potencial eléctrico que acontece a los 300 milisegundos desde la prueba cognitiva, frente al cual se mide intensidad y latencia de la señal) en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar (11).

Degabriele *et al.* utilizaron la misma técnica para evaluar el correlato neural de pruebas que miden procesamiento de emociones faciales entre pacientes con Trastorno Bipolar y controles sanos. Los pacientes mostraron señales de menor latencia para rostros alegres en comparación con rostros tristes, mientras que los controles no revelaron dicha diferencia. La magnitud de P100 mostró diferencias significativas entre grupos, evidenciando una mayor magnitud de respuesta frente a rostros felices en comparación con rostros tristes en pacientes bipolares (12). Los datos generados a partir de esta investigación permiten la formulación de

nuevas preguntas en torno a la participación de este tipo de variables en la presentación clínica de fenómenos psicopatológicos en el Trastorno Afectivo Bipolar.

La utilidad de este tipo de mediciones se centra en la posibilidad de caracterizar de forma específica el funcionamiento de circuitos cerebrales, constatando patrones de cambio susceptibles de estandarizar. Este tipo de mediciones posibilita además un análisis que disminuye la brecha propia de los datos generados entre los estudios que consideran modelos animales y los estudios clínicos con seres humanos, ya que se trabaja con un tipo de variable común, cual es el patrón eléctrico, que no ha revelado grandes diferencias al menos en la comparaciones interespecie dentro de los mamíferos (13). Por lo descrito, esta técnica asoma como una herramienta de utilidad a la hora de describir el correlato neurofisiológico de tareas cognitivas específicas, que podrían comportarse como un marcador biológico para una enfermedad del ánimo de curso crónico y recurrente como el Trastorno Afectivo Bipolar.

Los estudios de neuroimágenes han posibilitado otra dimensión de análisis del fenómeno de la cognición social en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar. Las anomalías identificadas dan cuenta de una sobreactividad en estructuras anteriores del sistema límbico en respuesta a expresiones faciales de miedo o felicidad. La actividad medida a través de resonancia magnética funcional (fRMN) muestra una mayor actividad en la corteza prefrontal medial en pacientes bipolares en comparación con controles sanos mientras se ejecuta una prueba de reconocimiento de rostros relacionados con las emociones de temor y felicidad (14). El novedoso hallazgo de esta investigación fue constatar la presencia del mismo patrón de actividad neural en hijos sanos de pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar, revelando información que permitiría proponer la presencia de algunas alteraciones en la cognición social como un parámetro susceptible de ser evaluado como marcador de rasgo previo al inicio de la enfermedad clínica.

En un nivel distinto, el estudio de polimorfismos genéticos asociados a rendimientos en pruebas de cognición social ha sido una pregunta de investigación escasamente abordada. El sistema dopaminérgico, a través de su enzima degradadora la Catecol-O-Metiltransferasa (COMT) ha sido implicado en la neurobiología de las funciones de reconocimiento de emociones. A través de estudios genéticos, se ha sugerido que el polimorfismo COMT Val 158 estaría relacionado con la capacidad de pacientes bipolares en tareas de reconocimiento facial de emociones (15). La búsqueda de evidencia solo constató otra investigación que ha

buscado conocer si existe alguna asociación entre el rendimiento en pruebas de cognición social y grado de actividad asociada a la COMT según polimorfismo específico para dicha enzima, concluyendo que el COMT rs4680 modularía las tareas de reconocimiento facial de emociones en pacientes con Trastorno Bipolar. Pese a que la muestra en este estudio no consideró pacientes en eutimia, los datos proveen evidencia que vincula la función dopaminérgica en la corteza prefrontal como uno de los mecanismos neurobiológicos relacionados con la cognición social (16).

Por último, y desde un nivel de análisis completamente diferente, existen estudios que se han acercado al estudio de la cognición social en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar desde una perspectiva que establece el foco en la medición de relatos subjetivos acerca del compromiso en pruebas cognitivas. Los datos muestran que los pacientes bipolares tienen peores rendimientos objetivos y una peor percepción subjetiva de rendimiento en tareas de cognición social en comparación con controles sanos. Este estudio demostró además que existe un importante grado de mediación dado por la variable de sintomatología depresiva, dato que obliga a un rediseño metodológico que aborde de mejor forma un modelo de causalidad (17).

Hasta aquí se ha presentado parte de la evidencia disponible de la investigación en torno al funcionamiento cognitivo, específicamente el rendimiento en pruebas de cognición social en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar en eutimia, intentando demostrar que el estudio de esta dimensión ha sido abordado desde diferentes niveles de análisis: estudios de polimorfismos genéticos asociados a cognición social; estudios de señales eléctricas a nivel celular y potenciales relacionados con evento de circuitos cerebrales; neuroimágenes funcionales con foco en el estudio de regiones cerebrales; baterías neuropsicológicas con énfasis en el análisis de la conducta sometida a tareas específicas; y estudios que han puesto el foco en el reporte subjetivo de déficit cognitivo, proponiendo un nivel analítico distinto, con una lógica más constructivista.

A continuación se discuten los aportes de la información disponible para el desarrollo de una teoría en relación con las implicancias de la cognición social en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar, además de una propuesta sobre cómo se podría continuar la investigación en esta específica área temática.

DISCUSIÓN

Desde una mirada clínica, el estudio de tareas cognitivas relacionadas con el concepto de Cognición Social

ofrece un escenario de mayor comprensión y plausibilidad asociativa entre fenómeno anímico, vivencia de enfermedad y funcionamiento cognitivo, en comparación con los estudios cognitivos de tareas no vinculadas a lo social. Entender la enfermedad psiquiátrica como una realidad que se constituye desde el mundo interpersonal, asoma como un supuesto teórico relevante para sostener lo planteado. Desde lo expuesto, la evidencia científica presentada se basa fundamentalmente en datos de investigaciones sobre tareas de Cognición Social en pacientes con Trastorno Bipolar en eutimia, fundamentando este último criterio en la idea de que las alteraciones cognitivas podrían comportarse como marcadores de rasgo para esta enfermedad, por tanto presentes en los periodos asintomáticos, o incluso en población sana de alto riesgo como serían los hijos de padres con Trastorno Bipolar. Desde este argumento surge la primera hipótesis sobre las posibles implicancias de este tópico de estudio, el cual podría eventualmente ofrecer la descripción de un patrón cognitivo específico pesquisable en el periodo premórbido. La contrastación de esta hipótesis permitiría una mayor comprensión de los diferentes estadios de la enfermedad, acercándonos a una mejor descripción de la historia natural de la patología. La formulación de nuevas y más tempranas intervenciones terapéuticas asoma como un campo derivado deseable, pero aún lejano, dada la necesidad previa de acortar la brecha generada por la ausencia de evidencia robusta.

La revisión de la literatura se condujo con la intención de acceder a un tipo de investigación que permitiese el abordaje de la Cognición Social en el Trastorno Afectivo Bipolar como un fenómeno complejo y multidimensional que puede, y debe, ser estudiado desde diferentes niveles de análisis. Los estudios de polimorfismos genéticos, señales neurofisiológicas, tests neuropsicológicos, neuroimágenes funcionales e investigaciones de reporte subjetivo, dan cuenta de abordajes heterogéneos sobre una misma dimensión. En cada una de ellas se apuesta, con mayor o menor éxito, a un análisis que intenta vincular diferentes dominios, destacando hallazgos que sugieren la relevancia de permanecer en esta línea de investigación. La evidencia presentada sobre el compromiso de tareas de cognición social en pacientes bipolares en eutimia permite pensar en nuevos diseños metodológicos que logren un modelo integrador del fenómeno de la cognición social. Los estudios de señales neurales permiten una descripción en un código propio del sistema nervioso central, método que vinculado al estudio de polimorfismos genéticos pudiese ofrecer información

valiosa para la identificación de nuevos modelos endofenotípicos. En este mismo objetivo, la consideración de variables culturales podría ser relevante en la descripción del funcionamiento en pruebas de cognición social, dada su esperable participación, con efecto moderador, en ejercicios propios del mundo relacional. Finalmente, el control de variables de conocida acción mediadora, como el uso de algunos psicofármacos o rendimientos en pruebas de cognición no social, debiesen ser variables ajustadas al momento de pensar en un mejor diseño metodológico.

Se propone, entonces, una idea general para abordar nuevas preguntas de investigación que consideren a la cognición social como una dimensión relevante en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar en eutimia. El énfasis en los futuros diseños experimentales debería estar en la promoción de análisis interniveles, a fin de ir generando conocimiento integrado que permita avanzar en la comprensión de la historia natural de la enfermedad, y consecuentemente pensar en la posibilidad de formular nuevas y mejores estrategias en los niveles de prevención, detección precoz y rehabilitación para los pacientes que padecen esta patología.

REFERENCIAS

1. Goldberg B. "Cognitive dysfunction in bipolar disorder"(2008)
2. Haro *et al.* 2-year course of bipolar disorder type I patients in outpatient care: Factors associated with remission and functional recovery. *Eur Neuropsychopharmacology* (2011)
3. Kendler. "Toward a philosophical structure for psychiatry". *Am J Psychiatry* (2005)
4. Dias *et al.* Clinical and neurocognitive correlates of insight in patients with bipolar disorder in remission. *Acta Psychiatry Scand* 2008; 117: 28-34
5. Martino DJ *et al.* Heterogeneity in cognitive functioning among patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2008 Jul; 109(1-2): 149-56. PubMed PMID: 18234352
6. Kapczinski F *et al.* Clinical implications of a staging model for bipolar disorders. *Expert review of neurotherapeutics*. 2009 Jul; 9(7): 957-66. PubMed PMID: 19589046
7. Streljivich *et al.* "Cognitive function in adulthood and elderly euthymic bipolar patients: A comparison to test models of cognitive evolution". *J Affect Disorders* (2013)
8. Green *et al.* Social Cognition in Schizophrenia: An NIMH Workshop on Definitions, Assessment, and Research Opportunities. *Schizophrenia Bulletin* (2008)
9. Martino D *et al.* Theory of Mind and facial emotion recognition in euthymic bipolar I and bipolar II disorders. *Psychiatry Research* (2011)
10. Samame C. Social cognition throughout the three phases of bipolar disorder: A state-of-the-art overview. *Psychiatry Research* (2013)
11. Hall *et al.* Genetic overlap between bipolar illness and event-related potentials. *Psychol. Med.* (2007)
12. Degabriele *et al.* Neural correlates of emotional face processing in bipolar disorder: An event-related potential study. *J Affect Disorders* (2011)
13. Pehrson *et al.* Treatment of cognitive dysfunction in major depressive disorder—a review of the preclinical evidence for efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors, serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors and the multimodal-acting antidepressant vortioxetine. *Eur Journal of Pharmacology* (2015)
14. Surguladze *et al.* Exaggerated neural response to emotional faces in patients with bipolar disorder and their first-degree relatives. *Neuroimage* (2013)
15. Lelli-Chiesa *et al.* The impact of the Val158Met catechol-O-methyltransferase genotype on neural correlates of sad facial affect processing in patients with bipolar disorder and their relatives. *Psychological Medicine* 41 (2011)
16. Soeiro de Souza *et al.* COMT Met (158) modulates facial emotion recognition in bipolar I disorder mood episodes. *J Affective Disorders* (2012)
17. Van Rheenen *et al.* Objective and subjective psychosocial functioning in bipolar disorder: An investigation of the relative importance of neurocognition, social cognition and emotion regulation. *J Affective Disorders* (2015)

PSICOTERAPIA

HEALING THE SPLIT: SOBRE EL CONCEPTO DE INTEGRACIÓN EN LA TERAPIA GESTALT

(Rev GPU 2016; 12; 1: 69-76)

David Ceballos¹

*Then, instead of healing the split,
the technique would confuse it further.*

PERLS, HEFFERLINE & GOODMAN (1951)

El concepto *integración* es un descriptor que guarda un significado ambiguo en la terminología de la terapia Gestalt, por tanto, resulta necesario una redefinición del mismo. El objetivo del presente escrito es esclarecer el significado de este término en la teoría de la terapia Gestalt y, por ende, en la metodología de intervención a fin de contar con una práctica conciliante con el criterio de tratamiento exitoso de la persona. Se realiza un análisis de los diferentes niveles de significación del mismo en las teorías de la personalidad, así como en la teoría de la terapia Gestalt. Igualmente se traduce la aplicación de este a la práctica terapéutica, principalmente en el trabajo con polaridades mediante la técnica de la silla vacía, donde se propone que la resolución del conflicto se ubica en un continuum de integración de tres grados, tesis que contrasta con la práctica generalizada, la cual se enfoca en uno. Finalmente se refieren los beneficios de contar con una intervención y objetivos terapéuticos basados en una definición gradual de la integración.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas el término *integración* ha proliferado en la literatura profesional de la psicoterapia. En el ámbito de la terapia Gestalt el uso de este ha sido habitual y se remonta hasta los comienzos de esta. Si bien el significado del término es concreto en la literatura profesional, en contraste, en la terapia Gestalt el

significado de este es diverso: es empleado para designar desde una categoría de técnicas, un objetivo terapéutico, hasta diversas modalidades de terapia Gestalt.

El concepto *integración* cuenta con diferentes acepciones (Gilbert y Orlans, 2011). Las principales son las que se refieren a: (i) la perspectiva holística de la personalidad, la cual considera al individuo como una totalidad integrada de elementos afectivos, cognitivos,

¹ Maestro en Psicología Aplicada. Psicoterapeuta en práctica privada. E-mail: davidceballos@live.com.mx

conductuales y espirituales; y la que se refiere a (ii) la integración de las teorías y técnicas provenientes de diferentes enfoques psicoterapéuticos mediante diversas modalidades de integración.

En el campo de la terapia Gestalt el uso de estas dos acepciones suele ser ambiguo, lo cual ha derivado en una aplicación indiscriminada de las mismas, considerando que la primera justifica el uso de la segunda, incurriendo de este modo en una serie de eclecticismos expresados en la forma de “terapia Gestalt y...”, y recientemente, como un conjunto de enfoques psicoterapéuticos denominados “psicoterapia gestalt integrativa” –p. ej., véase Naranjo (2002), Petzold (2005) y Sonne y Tønnesvang (2015)–, aunque conservan el calificativo gestalt, en realidad estos se constituyen como nuevas modalidades psicoterapéuticas las cuales guardan poca o ninguna relación con la teoría de la terapia Gestalt.

Entre los diferentes enfoques que incluyen el término integración como una noción básica –por lo general, los que han sido integrados con la terapia Gestalt– afirman que el criterio de salud es la persona integrada; sin embargo, el significado que este adquiere en cada teoría está sujeto a la conceptualización que se tiene sobre la personalidad humana. La multiplicidad semántica del término en cuestión y la falta de claridad del mismo en la terapia Gestalt son visibles en el cómo se aplican las diversas técnicas que tienen por objetivo la integración de la personalidad, principalmente en la metodología del trabajo con sillas.

Considerando las cuestiones antes mencionadas, el objetivo de este escrito es esclarecer el significado del término integración en la teoría de la terapia Gestalt y, por consiguiente, en la metodología de intervención a fin de contar con una práctica conciliante con el criterio de tratamiento exitoso de la persona, es decir, *el logro de aquel grado de integración que facilita su propio desarrollo* (Perls, 1978, pp. 56-57).

EL CONCEPTO DE INTEGRACIÓN

La palabra integración como descriptor guarda un significado ambiguo en la terminología de la terapia Gestalt, por lo cual, resulta necesaria una redefinición del mismo.

El *Diccionario de la Lengua Española* (Real Academia Española, 2014, 23ª ed.) define la palabra integración como la “acción y efecto de integrar o integrarse”; la flexión verbal de la misma admite varias acepciones, entre las cuales destacan las siguientes: (a) “Completar un todo con las partes que faltaban”, (b) “hacer que alguien o algo pase a formar parte de un todo” y

(c) “aunar, fusionar dos o más conceptos, corrientes, etc., divergentes entre sí, en una sola que las sintetice” (Real Academia Española, 2014, 23ª ed.). De las dos primeras significaciones se concluye que la integración implica la asimilación o incorporación de una parte a otra para que haga un todo con ella; de la última, se infiere que la integración implica la composición de un todo a partir de la suma de diferentes partes, una síntesis dialéctica.

En las teorías de la personalidad y la psicoterapia estos significados están presentes, sin embargo las definiciones están supeditadas al nivel de explicación y complejidad de organización de las estructuras y procesos que se consideran constitutivos de la personalidad. En 1987 Lester expuso una breve descripción de los diferentes significados que el concepto integración adquiere en las principales teorías de la personalidad.

La primera definición señalada por Lester (1987) ocurre dentro de una teoría de la personalidad considerada como *un sistema único con varios sistemas principales*; en esta categoría un sistema (p. ej., la mente en la teoría de Andras Angyal), ocasionalmente, tiene dos sistemas principales o patrones de organización y únicamente uno de los dos es el patrón fundamental de organización en algún punto en el tiempo. La integración en esta situación implica la combinación de los dos sistemas principales en uno, o la eliminación de uno. (Sin embargo, esta última solución no es realmente integrar las dos facetas de la personalidad en su conjunto, e ignoraría un aspecto de esta.) Una segunda definición tiene lugar en una teoría de la personalidad que incluye *subsistemas con intercambio de material*, en esta algunos subsistemas propuestos para la estructura de la mente humana tienen fronteras permeables que permiten el intercambio de material, p. ej., el consciente e inconsciente en el Psicoanálisis o los complejos complementarios de Jung. La integración en este contexto es la unidad, en la cual todo el material es incorporado en uno de los subsistemas, el cual luego se convertiría en el todo. La tercera definición del término en cuestión sobreviene en las teorías que proponen la existencia de *subsistemas con fronteras impermeables*, en la cual la mente posee subsistemas que tienen fronteras relativamente permanentes y que parecen funcionar como un grupo de entidades en esta, p. ej. los estados del ego en el Análisis Transaccional o los esquemas en los enfoques de corte cognitivo. La integración en este contexto es la armonía entre los diversos subsistemas.

En la teoría de la terapia Gestalt dos son los conceptos que expresan tal significado: *gestalt* y *holismo*. Sin embargo, ubicar el modelo de la personalidad de la terapia Gestalt dentro de una de estas categorías implica algunas dificultades, en parte debido a que este es

un sistema monista y, también, por el poco grado de descripción teórica que esta posee. Añádase a lo anterior la discrepancia teórica entre los modelos propuestos por Perls antes y durante la década de los 60's. No obstante, a continuación se hará una re-exposición del término en cuestión.

EL CONCEPTO DE INTEGRACIÓN EN LA TERAPIA GESTALT

En el primer modelo teórico desarrollado por Perls (1975b), en *Yo, Hambre y Agresión* y en su re-elaboración posterior en *Terapia Gestalt* (Perls, Hefferline y Goodman, 2002), el concepto de integración desempeña una función primaria para superar la visión dualista de la personalidad humana sostenida por los enfoques psicológicos de su época. Este fue presentado inicialmente bajo la forma del concepto *holismo* (del griego *holos*: completo, todo), acuñado por Smuts (1926) en *Holismo y Evolución*; sin embargo el tratamiento que se hizo de este en la teoría incipiente de la terapia Gestalt difirió, aunque en menor medida, al ostentado por Smuts.

En *Yo, Hambre y Agresión* Perls (1975b) emplea de dos maneras el concepto holismo. La primera es bajo la forma de un *holismo estructural o integración estructural* de la personalidad humana. Desde esta concepción los holoides o complejos que componen al hombre: cuerpo, mente (percepciones y pensamientos) y alma (emociones), son vistos como una totalidad a la cual se le denomina organismo (véase Figura 1). Desde esta perspectiva unitaria de la personalidad las funciones fisiológicas, psicológicas y emocionales del organismo, según Perls, son idénticas *in re* aunque no *in verbo*, denotando aspectos de la misma cosa.

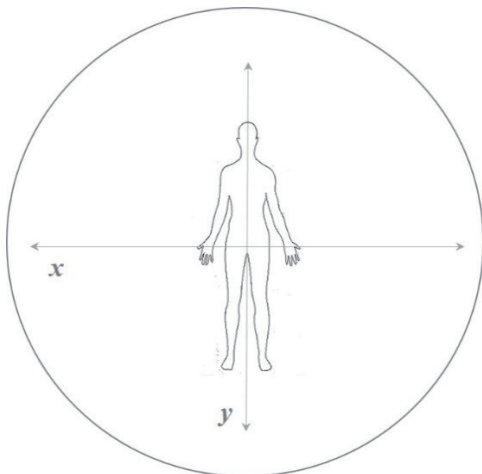


Figura 1. Campo organismo/entorno. Niveles de integración: X = organismo/entorno; Y = estructural

La segunda aplicación de la concepción holística es como una perspectiva *ecológica* o de *campo*. Cabe señalar que Perls (1975b) considera análogas la concepción holística de Smuts y la teoría de la psicología de la Gestalt, esta última también denominada psicología de campo. Aquí Perls (1993) considera al organismo-como-un-todo-incrustado-en-el-entorno, surgiendo de este modo otro nivel de integración, es decir, la "unidad organismo-entorno" (Sahakian, 1982) (véase la Figura 1). La noción central de esta teoría es la relación de interdependencia entre el organismo y el entorno. Dado que ningún organismo es autosuficiente, este requiere del mundo para satisfacer sus necesidades biológicas y psicológicas y restablecer el equilibrio de estas, las cuales están en un continuo desbalance. Es en la secuencia de respuestas o acciones del organismo contextualizadas en el entorno donde cobra importancia la noción de figura-fondo de la psicología de la Gestalt. De acuerdo con Perls *et al.* (2002):

En la lucha por la supervivencia, la necesidad más relevante se vuelve figura y organiza el comportamiento del individuo hasta que esta necesidad se satisface, después vuelve al segundo plano (equilibrio temporal) y cede el sitio a la necesidad más importante en el nuevo ahora. En el organismo sano este cambio de dominancia es la mejor oportunidad de supervivencia (p. xlv).

De esta manera, el término *gestalt* (figura, forma, estructura o totalidad significativa) integra la necesidad del organismo, la figura, y el contexto en el que esta emerge, el fondo. De acuerdo con Perls (1975b) "la relación entre la necesidad del organismo y la realidad corresponde a la relación cuerpo-alma y mente" (p. 51). Es decir, la respuesta del organismo, ante el desequilibrio orgánico, es la manifestación de los diferentes aspectos de un mismo fenómeno, p. ej., en el caso de la sed: como deshidratación en el cuerpo, sensación de sed en el alma, y en la mente como la imagen de un vaso con agua. En cuanto se satisface la necesidad (figura) la imagen en la mente, el interés, las tensiones en el cuerpo y el objeto real en el entorno (fondo) desaparecen, la gestalt se ha cerrado.

Hasta ahora se han expuesto los diferentes usos del concepto integración en la terapia Gestalt, pero aún no queda del todo claro qué significa el término integración. Para poder responder a esta cuestión es preciso subrayar que la teoría esbozada por Perls (1975b) parte de una metáfora del proceso de alimentación, del instinto oral o de hambre, como modelo de la relación entre el organismo y el entorno. Aunque acaso lo más

adecuado sería hablar de digestión puesto que la asimilación ocurre principalmente en el intestino delgado, no en la boca. De acuerdo con Perls, la ingesta del entorno consiste en tres etapas: introyección total, introyección parcial y asimilación, las cuales son análogas a los estadios de chupar, morder y masticar, respectivamente. En la introyección total “la persona o material introyectado permanece intacto, aislado como un cuerpo extraño en el sistema [el organismo]” (Perls 1975a, p. 169); en la introyección parcial se introyectan objetos de manera parcial; finalmente, en la asimilación el objeto es des-estructurado, poseído, y transformado en energías, las cuales, luego, son empleadas en las actividades y el crecimiento del organismo. Bajo este razonamiento la *integración es asimilación*, es “hacer que alguien o algo pase a formar parte de un todo” (Real Academia Española, 2014, 23ª ed.) ya que “solo a través de la asimilación es como los elementos heterogéneos pueden *unificarse* en una nueva *totalidad* [cursivas añadidas]” (Perls et al 2002, p. xl). Lo cual se traduce en la dirección de la conducta del organismo, suscitada por la necesidad dominante del momento, hacia el entorno para tomar el objeto que restablezca su equilibrio, su integridad o compleción. De esta manera la situación inconclusa es completada. Aquí la integración no es un asunto de complementariedad de aspectos opuestos en la personalidad, ya que la representación mental del objeto satisfactor y la realidad son los complementos de la necesidad orgánica (Perls, 1975b, p. 53). Organismo y entorno son polos complementarios.

Con base en lo expuesto se puede afirmar que la teoría de la terapia Gestalt es una teoría de la personalidad con “un sistema único con varios sistemas principales.” Aquí el sistema único es el campo organismo/entorno y los dos sistemas principales son el organismo y el entorno; en el organismo hay dos principios de relación con el entorno: (a) ajuste autoplástico, en el cual el organismo se ajusta al entorno, y (b) ajuste aloplástico, en el cual el entorno es modelado de acuerdo con las necesidades del organismo. (Posteriormente, Perls et al, 2002, refieren estos dos principios con el término *ajuste creativo*.) De acuerdo con Lester (1995), en las teorías de este tipo la integración sobreviene en dos modos: en primer lugar, por medio de la eliminación de un sistema principal dentro del sistema único, generalmente el sistema insano; y por último, a través de la coexistencia pacífica de las dos tendencias en el sistema prevaleciente. Es evidente que en la terapia Gestalt el sistema insano está representado por las exigencias del entorno, la sociedad, y el sistema sano por el organismo. Como ha señalado Roszak (1970) la concepción que Goodman sostiene sobre la naturaleza humana

en *Terapia Gestalt* –y también Perls– es excesivamente optimista. El organismo y sus necesidades tienen la preeminencia en el sistema único, el entorno está constreñido “hasta que él [organismo] pueda elegir mejor y crear su propio entorno” (Goodman, 1960, p. 12). No seguir este principio de autonomía es perjudicial para la salud del organismo; a esto se refiere Goodman (2011) cuando afirma que:

Para mí, el principio fundamental del anarquismo no es la libertad, sino la autonomía. Ya que iniciar y hacerlo a mi manera, y ser un artista con la materia concreta, es el tipo de experiencia que me gusta, soy obstinado sobre estar determinado por las órdenes de las autoridades externas, que no conocen concretamente el problema o los medios disponibles. En general, *el comportamiento es más elegante, contundente, y refinado sin la intervención de las autoridades de arriba-abajo,...* Estos pueden ser necesarios en determinadas emergencias, pero es a costa de la vitalidad [cursivas añadidas]. Esta es una proposición empírica en psicología social y creo que la evidencia es en gran medida a su favor.... El poder extrínseco inhibe la función intrínseca (p. 31).

Perls (1976), un tanto menos radical, también sostiene esta idea, en la cual también se puede observar la relación que esta guarda con la integración, cuando dice: “el hombre que puede vivir en un contacto significativo con su sociedad, sin ser tragado completamente por ella y sin retirarse completamente de ella, es el hombre bien integrado” (p. 38). De esta afirmación se sigue que la alteración del proceso de asimilación, a través del conflicto entre las necesidades sociales y biológicas del hombre, conduce a la enfermedad, a la desintegración (Perls, 1975b, p. 78). La interrupción sobreviene primordialmente cuando la regulación orgánica es reemplazada por la regulación moral introyectada en el organismo. Así el conjunto de objetos intactos en el organismo, formado por las exigencias del entorno, ideologías y rasgos de carácter ocasionan que el Ego pierda su poder elástico de identificación y que este funcione como ejecutor de un conglomerado de principios y conducta fijada (p. 188), como un perro guardián moral (p. 64). Es preciso destacar que la neurosis, en este sentido, se trata de un proceso interrumpido, es la evitación de contacto con el entorno a través de la inhibición estereotipada de los poderes del organismo.

El segundo modo en el que la primera definición de integración propuesta por Lester (1987) acontece en la terapia Gestalt es considerando al organismo como

el sistema único y sus polaridades como sistemas principales, tema que será tratado a continuación.

LA INTEGRACIÓN DE POLARIDADES

No se puede hablar de integración sin hablar de polaridades. Polaridad es un concepto básico en terapia Gestalt, el cual expresa, al igual que en otras teorías, la existencia de propiedades opuestas en el ser humano; sin embargo, la terapia Gestalt lo hace de una manera particular. Al respecto Polster y Polster (1980) dicen:

La existencia de polaridades en el hombre no es ninguna novedad. Lo nuevo en la perspectiva guesáltica es la concepción de cada individuo como una secuencia interminable de polaridades. Cada aspecto de sí mismo que reconoce un individuo supone la presencia implícita de su antítesis o cualidad polar. Esta permanece difusa en el fondo que da relieve a la experiencia presente, pero conserva la potencialidad necesaria para emerger como figura cuando cobre la fuerza suficiente. Si esta fuerza recibe apoyo, pueden llegar a integrarse cuantas polaridades emerjan contrapuestas unas a otras, congeladas en una posición de alienación mutua (pp. 71-72).

Esta definición tiene la virtud de situar a las polaridades como un proceso emergente de potencialidades y cualidades opuestas del organismo determinadas en una situación de campo; no obstante, en su libro *Terapia Guesáltica* los Polster (1980), al igual que en otros, sostienen una concepción estructural del self en movimiento. En una personalidad integrada la alternancia de los polos de la personalidad ocurre de manera fluida, de acuerdo con el principio figura-fondo, emergiendo un polo a la vez según la situación específica que lo va determinando, no de manera simultánea². En contraste, en la personalidad desintegrada, neurótica, existe una escisión entre los polos, debido a que el individuo se identifica “como sí” con unas funciones vitales y rechaza “como sí” otras, surgiendo un conflicto (ya sea externo o interno) entre sus necesidades sociales y biológicas (Perls, 1975b, p 78). (Aquí hay una fuerte reminiscencia de los conceptos *conflicto básico* y *conflicto interior central* de Horney, 1950.)

De acuerdo con Perls (1978) introyección, proyección y retroflexión son síntomas de falta de integración. En la introyección el organismo se identifica con un

ideal del entorno y niega una parte de su personalidad; en la proyección una parte de la personalidad es alienada y tomada como perteneciente al entorno; en la retroflexión hay una escisión de la personalidad, compuesta por una parte activa y otra pasiva, unas veces la parte activa y otras la pasiva están en primer plano (Perls, 1975b). Por consiguiente, el conflicto *top-dog* y *under-dog* es una retroflexión.

Sin embargo, la forma en que Perls –al final de su carrera– definió los constructos *top-dog* y *under-dog* condujo fácilmente a su reificación (Rowan, 2010). Asimismo las analogías que Perls (1975a, p. 219) estableció entre estos con los estados del ego (Padre y Niño) del Análisis Transaccional y el Súper-Yo del Psicoanálisis derivaron en una concepción estructuralista de la teoría de la terapia Gestalt, visión que se ha reforzado al relacionar –erróneamente– la noción de polaridad con la teoría junguiana de las polaridades. De tal manera que en la actualidad es común ver referencias a las polaridades como sinónimo del *top-dog* y *under-dog*; y también como subpersonalidades o subsí-mismos, es decir, como estructuras fijas, denominación que es incompatible con la teoría procesual de la terapia Gestalt.

Una concepción estructural de las polaridades comprende una definición particular de integración basada en una negociación de los conflictos entre opuestos y, por consiguiente, una modalidad de intervención distinta a la de la terapia Gestalt. Aun así, es común encontrar escritos y terapeutas que sostienen esta postura, confundiendo que, si bien todo conflicto necesariamente implica polaridad, la polaridad no necesariamente implica conflicto. Esta delimitación es fundamental ya que establece metodologías de intervención y objetivos terapéuticos específicos. No diferenciar entre estas conduce a una intervención basada en una proposición unidireccional de integración en la cual se busca únicamente la pacificación armoniosa de todos los conflictos con los que el cliente llega a la consulta.

LA PRÁCTICA DE LA INTEGRACIÓN EN LA TERAPIA GESTALT

La variedad de técnicas con las que se cuenta en la terapia Gestalt le confieren versatilidad a la intervención, lo cual facilita la administración de diferentes procedimientos a un solo problema. En lo que concierne a la integración de las polaridades ocurre lo mismo, sin embargo tradicionalmente se ha empleado la técnica de la silla vacía para lograr este objetivo. La silla vacía es una técnica tomada y adaptada del psicodrama (Blatner, 2000). Catalogada por Naranjo (1990) como una

² Véase Perls, 1975b, pp. 77 y sigs.

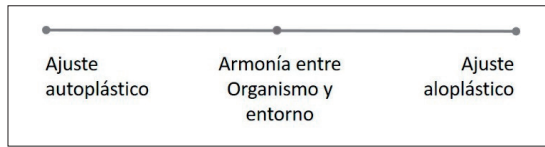


Figura 2. Continuum de asimilación/integración

técnica que promueve específicamente el encuentro e integración intrapersonal, en la actualidad es empleada para la resolución de conflictos intrapersonales, interpersonales y situaciones inconclusas.

A este contexto metodológico es que el presente artículo pretende trasladar la noción de integración de la terapia Gestalt, a fin de ampliar el horizonte de intervención terapéutica. Para ello es necesario puntualizar un tópico hasta ahora no abordado: la gradación de la integración. De acuerdo con Perls (1978) el objetivo de un tratamiento exitoso es *el logro de aquel grado de integración que facilita su propio desarrollo* (pp. 56-57). Por tanto, la integración es un proceso que sucede en tres³ estados o niveles correlativos, derivados de la expresión y combinación de las dos tendencias o sistemas principales del organismo: ajuste autoplástico y aloplástico. Es un continuum (ver Figura 2) en cuyo extremo izquierdo el organismo se ajusta a las exigencias del entorno, a los códigos morales de la sociedad; en el intermedio la integración se trata, de acuerdo con Lester (1995), de la combinación y coexistencia pacífica de los sistemas principales del organismo, de manera que cada comportamiento, en parte, es una expresión de ambas tendencias; en el extremo derecho el entorno es modelado de acuerdo con las necesidades del organismo. Se trata, pues, de un proceso progresivo que va de la introyección a la asimilación.

Estos planteamientos guardan coherencia con los hallazgos que Leslie Greenberg ha obtenido a partir de una amplia investigación realizada, desde la década de los años 1980, con la técnica de la silla vacía, a partir de cuyos múltiples resultados ha encontrado que la resolución de conflictos (conflicto de escisión, escisión autointerruptora, asuntos no resueltos) ocurre en formas diferentes con distintos grados de predominio de las partes en conflicto en el estado resuelto. En un extremo del continuum hay un predominio total de las necesidades orgánicas integradas en el sí mismo, en

³ Se concluye de las dos variaciones posibles en la combinatoria sin repetición de dos elementos. Y también del símil con las tres etapas del metabolismo mental (introyección, introyección parcial y asimilación).

la que se han rechazado los “deberías”; hacia la mitad hay un tipo de resolución negociada de ambas partes; y en el otro extremo hay un tipo de resolución, menos frecuente, que implica dejar ir una necesidad en favor de un ideal (Greenberg, Rice y Elliott, 1996).

La terapia Gestalt en Latinoamérica se ha enfocado, principalmente, al trabajo con polaridades. La mayoría de las publicaciones editadas en América Latina incluyen este tema entre sus contenidos, al igual que algunas directrices generales y sugerencias precautorias al momento de utilizar la técnica de la silla vacía; sin embargo, en ninguna de ellas se hace una distinción sobre los grados de integración, generalmente conciben este concepto como una reconciliación, negociación o complementariedad, términos que aluden a una especie de síntesis dialéctica y pacificación del conflicto.

Por ejemplo, Adriana Schnake, terapeuta chilena, ha desarrollado un método de intervención “psicosomática”, basado en la silla vacía, para el tratamiento de la enfermedad. Básicamente este consiste en que el paciente realice la representación de los órganos del cuerpo o enfermedades y lleve a cabo diálogos imaginarios entre las distintas partes. Ante todo se trata de un tipo de diálogo intrapersonal. Es un trabajo en el que el terapeuta desempeña una función facilitadora con una actitud fenomenológica. Es frecuente que el terapeuta apoye al paciente con fichas descriptivas de las funciones de los órganos como ítems evocadores de proyecciones para facilitar el diálogo (Schnake, 2007). Desde esta perspectiva las enfermedades son una metáfora de los conflictos entre los polos de la personalidad, y por consiguiente, la definición de salud y de integración necesariamente implica una reconciliación de los opuestos. Es bajo esta premisa que Schnake (1993) dice:

Las cosas que se puede decir una persona a sí misma son insólitas, los grados de descalificación, violencia y crueldad que puede tener una persona con su otro yo, digamos, son increíbles. Lo obvio es que esta pelea es algo inventado, neurótico, artificial, y que esa persona que tenemos al frente es una sola; por lo tanto, no tenemos ninguna duda de que *si realmente asume el discurso de cada una de sus partes, con todo el cuerpo, en un espacio diferente para uno y otro, esto tiene que terminar en una reconciliación o por lo menos en una coexistencia pacífica porque ambos personajes habitan en una misma morada, y el cuerpo no acepta dividirse sino a expensas de graves consecuencias* [cursivas añadidas] (p. 71).

Es indiscutible que el cuerpo sufre un deterioro considerable cuando una de sus partes es mutilada o

extirpada, y justifica el por qué una terapia enfocada en este deba seguir esta proposición, pero no lo hace del todo en el caso de la “mente” en donde la escisión (disociación) puede cumplir una función adaptativa o defensiva.

Otro método de intervención con la silla vacía es el que expone García-Licea (2005), terapeuta mexicano, quien hasta el momento es el único que ha presentado un fundamento lógico y un modelo del proceso de resolución del conflicto en la silla vacía. De acuerdo con García-Licea, para la resolución del conflicto es necesario efectuar cierta negociación entre las diferentes partes para que aparezca el perdón y la expresión de los afectos. Esto se lleva por medio de un proceso de cuatro fases:

1. Resentimiento-resentimiento: las partes expresan qué sienten y cómo le ha hecho sentir el otro.
2. Demanda-demanda: las partes piden o exigen unas a otras.
3. Responsabilidad-responsabilidad: de qué hechos es responsable cada una de las partes.
4. Oferta-oferta: qué ofrece cada una de las partes en la solución del conflicto.

Las tareas del terapeuta se centran en propiciar los pasos para que se expresen las emociones y sin “importa[r] la edad en que tenga lugar la situación, para el terapeuta es imprescindible que cada uno de los personajes ‘ofrezca’” (García-Licea, 2005, p. 95) y aparezca el perdón. Si bien considera la posibilidad de que el perdón y el afecto en ocasiones no aparezcan siguiendo esta metodología, no deja de ser un modelo directivo que enfatiza una definición de integración basada en la negociación.

Recientemente Carabelli (2013), terapeuta argentino, ha fundamentado la técnica de la silla vacía, así como otras técnicas integrativas, en la siguiente definición de integración: “Integrar es adquirir conciencia de que cada una de ellas pertenece a un todo mayor. Es descubrir los vínculos que interconectan a las partes de un sistema. Es reconsiderar la funcionalidad de ciertas partes ignoradas” (p. 130), posteriormente, al describir específicamente el trabajo con opuestos con esta técnica, dice: “Básicamente buscamos la complementariedad, que descubran la posibilidad de enriquecerse mutuamente y reconocer al sistema que las engloba” (p. 136). En general, para este autor, integrar es complementar, es vincular las polaridades. La función del terapeuta consiste en facilitar la integración “sugiriendo sutilmente que [las polaridades] son complementarias y forman parte de una totalidad que las incluye a

las dos” (p. 147) y también dirigir el proceso según la intervención lo requiera. Aunque sostiene esta proposición admite diferentes tipos de cierre con la técnica de la silla vacía, los cuales no implican negociación.

Más que delinear una crítica a las ideas de estos terapeutas Gestalt, cuyos libros son lecturas básicas en la formación en sus países de origen e inclusive en otros, se han presentado estos como ejemplos, a fin de ilustrar cómo los distintos significados de un mismo concepto orientan determinados modelos de intervención hacia el objetivo terapéutico de integración; y también para exponer que tal definición, aunque generalizada, no se limita a esta sino que incluye otras posibilidades.

CONCLUSIÓN

Para concluir, la conceptualización de la integración en la terapia Gestalt como asimilación es una definición que favorece la intencionalidad del organismo en su entorno, pero también considera que este necesita establecer una relación de equilibrio con este para su mutua supervivencia, lo cual lleva implícito que ningún polo del campo organismo/entorno sea absorbido por el otro; también supone que el organismo siempre necesita desestructurar/asimilar todo objeto proveniente del entorno para poder conservar su salud y crecimiento. Extrapolando esta noción a la situación terapéutica, significa que el paciente resolverá sus perturbaciones o conflictos por medio de la asimilación/integración de los objetos provenientes del entorno, lo cual puede derivar en tomarlos totalmente, desecharlos por completo o tomar solo lo necesario para su organismo. Esto favorece una intervención fenomenológica, sin definiciones preestablecidas sobre cómo el cliente debería resolver sus problemas, en la cual el terapeuta descubre junto al cliente cuál es la mejor forma de integración para este, la cual siempre estará determinada por su historia personal y el contexto presente, pudiendo, con el paso del tiempo, cambiar hacia otro tipo de solución/integración que se ajuste a su situación. Solo así cobra sentido la afirmación categórica que Perls (1975a) expresó hacia el final de su vida: La integración no concluye jamás.

REFERENCIAS

1. Blatner A (2000). Foundations of Psychodrama (4ª ed.). USA: Springer
2. Carabelli E (2013). Entrenamiento en Gestalt. Argentina: Del Nuevo Extremo
3. García-Licea F (2005). Psicoterapia Gestalt. Proceso Figura-Fondo (2ª ed.). México: Manual Moderno
4. Gilbert M, Onjans V (2011). Integrative Therapy. 100 Key Points and Techniques. USA: Routledge

5. Goodman P (1960). *Growing Up Absurd. Problems of Youth in the Organized System*. New York: Random House
6. Goodman P (2011). *Freedom and Autonomy*. En T. Stoehr (Ed.) *The Paul Goodman Reader* (pp. 31-33). USA: PM Press
7. Greenberg LS, Rice LN, Elliott R (1996). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. España: Paidós
8. Horney K (1950). *Neurosis and Human Growth*. New York: Norton & Company
9. Lester D (1987). The concept of integration in systems theories of personality. *Psychology*, 24(4), 66-67.
10. Lester D (1995). *Theories of Personality: A Systems Approach*. USA: Taylor & Francis.
11. Naranjo C (1990). *La Vieja y Novísima Gestalt. Actitud y práctica de un experiencialismo ateórico* (5ª ed.). Chile: Cuatro Vientos
12. Naranjo C (2002). Un currículum no tradicional, vivencial e interdisciplinario para la formación de Gestaltistas. *Gestalt: Boletín de la AETG*, 22, 16-27.
13. Perls FS (1975a). *Dentro y Fuera del Tarro de la Basura*. Chile: Cuatro Vientos.
14. Perls FS (1975b). *Yo, Hambre y Agresión*. México: Fondo de Cultura Económica.
15. Perls FS (1976). El enfoque gestáltico y testimonios de terapia. (2ª ed.) Chile: Cuatro Vientos
16. Perls FS (1978). Teoría y técnica de la integración de la personalidad. En: JO Stevens (Comp.), *Esto es gestalt* (pp. 49-71). Chile: Cuatro Vientos.
17. Perls FS (1993). A Life Chronology. *Gestalt Journal* (16) 2, 5-10
18. Perls FS, Hefferline RF, Goodman P (2002). *Terapia Gestalt. Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. España: Sociedad de Cultura Valle-Inclán
19. Petzold HG (2005). Definitionen und Kondensate von Kernkonzepten der Integrativen Therapie. *Gestalt (Schweiz)* 25, 17-60.
20. Polster E, Polster M (1980). *Terapia Gestáltica: Perfiles de Teoría y Práctica*. Argentina: Amorrortu.
21. Real Academia Española (2014). Integración. En *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.). Madrid, España: Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=integraci%C3%B3n>
22. Real Academia Española (2014). Integrar. En *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.). Madrid, España: Recuperado de: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=6G7Pu5IM4DXX2LCYDX7g>
23. Roszak T (1970). *El nacimiento de una contracultura*. Barcelona: Editorial Kairós.
24. Rowan J (2010). *Personification: Using the Dialogical Self in Psychotherapy and Counselling*. USA: Routledge.
25. Sahakian WS (1982). *Historia y Sistemas de la Psicología*. España: Tecnos.
26. Schnake A (1993). *Sonia, te envío los cuadernos café* (3ª ed.). Buenos Aires: Estaciones.
27. Schnake A (2007). *Enfermedad, síntoma y carácter: diálogos gestálticos con el cuerpo*. Chile: Cuatro Vientos
28. Smuts JC (1926). *Holism and Evolution*. New York: The Macmillan Company
29. Sonne M, Tønnesvang J (2015). *Integrative Gestalt Practice. Transforming our Ways of Working with People*. UK: Karnac Books

PSICOANÁLISIS

ABORDAR AL “OTRO” DESDE UN PROCESO ASOCIATIVO ANALÍTICAMENTE ALETARGADO

(Rev GPU 2016; 12; 1: 77-88)

Andrés Correa¹

En este artículo intento examinar aquellos momentos de la sesión analítica en que el proceso asociativo del analista se aparta de la experiencia del paciente. Planteo que generalmente estos momentos surgen dentro de un contexto vivencial apático que, previa y crecientemente, se desarrolla alrededor de la experiencia interactiva del analista. El desarrollo de esta vivencia de apatía alcanza su cima a través de la experiencia de aburrimiento, experiencia que creo está estrechamente vinculada a un tipo específico de proceso asociativo que se nutre, fundamentalmente, del contenido ruinoso que, vagamente, aparece dentro de la memoria flotante del analista. Planteo que considerar esta clase de contenidos ayuda a revitalizar el análisis de la intersubjetividad asociativa, especialmente cuando el movimiento de esta se interrumpe atascándose en alguno de los rodeos que se forman dentro del pensamiento asociativo del analista

INTRODUCCIÓN

En términos generales el psicoanalista lo que hace en su práctica es reflexionar acerca del complejo universo intersubjetivo que, junto al paciente, crea y experimenta a lo largo de un tratamiento. Esta es una reflexión en la experiencia que, al estar mediada por el método de la asociación libre implícito en el de atención flotante, funciona con la lógica tangencial del pensamiento intuitivo que, en este caso, nace, consciente

o inconscientemente, a partir del cruce que se produce entre la percepción y la memoria del analista. Es decir, en la práctica, el analista piensa su percepción de la experiencia emocional del paciente a través del acto de recordar o, como diría Freud (1912), a través de sus “memorias inconscientes” que espontáneamente se despiertan mediante su percepción del paciente. Creo que Freud (1912) asume, epistemológicamente hablando, que el acto de percibir está siempre mediado por las involuntarias memorias que, súbitamente, vienen a la

¹ Psicoanalista, jacorreameo@gmail.com

mente de una persona cuando esta percibe^{2,3}. Basándose en esta idea, Freud (1912) plantea que el analista, en su trabajo, debe entregarse por entero a observar estos contenidos que involuntariamente emergen de su memoria, para, desde estos, pensar acerca de la situación emocional del paciente. En la práctica estas emergencias arrastran dentro de sí contenidos que van desde lo más abstracto hasta lo más concreto de lo que permanece almacenado en su experiencia de vida, es decir, desde complejos fragmentos teóricos (vigentes u obsoletos) hasta simples e insignificantes episodios de su vida. Esta circunstancia hace que la percepción del analista hacia el paciente sea siempre idiosincrática. Si se utiliza la metáfora de la "ventana del tren" (Freud, 1913), se puede decir que la ventana del paciente a través del cual este describe el paisaje que ve desde su asiento, levemente se empaña con el vapor que mana desde las memorias inconscientes que, instantáneamente, vienen a la mente del analista cuando este percibe el paisaje que dice ver el paciente. De acuerdo con esta idea se podría pensar entonces que los campos, casas y colinas que el paciente dice ver desde su ventana se tiñen con los recuerdos personales de otros campos, casas y colinas que el analista, simultáneamente, evoca dentro de sí mismo.

Estas personales evocaciones del analista parecen, entre sí, formar una especie de velo onírico que, anteponiéndose a su mirada, hace que su reflexión acerca

de la situación emocional del paciente tome la forma de una ensoñación. Ahora bien, esta ensoñación, más que una ensoñación corriente, es una meditativa⁴, ya que, a diferencia de la corriente, la ensoñación psicoanalítica busca remover la superficial candidez con que habitualmente se reviste su materia para penetrar en la profundidad que, supuestamente, duerme en el contenido de ella.

Pienso que esta "ensoñación meditativa" siempre se desarrolla desde un afecto, es decir, desde un estado vivencial que se mueve a lo largo de una paleta cromática infinitamente variable. Esta condición hace que la ensoñación del analista sea siempre una actividad difícil de sistematizar, más aún si se tiene en cuenta que el estado afectivo de una persona que está en íntima interacción con otra es un estado que está en constante movimiento. Esta movilidad y variabilidad afectiva hace que la forma, contenido y curso que asume la ensoñación meditativa del analista sea también altamente variable, no solo a lo largo de un tratamiento, sino también, dentro de una misma sesión.

Con la intención de establecer algunas diferencias entre una ensoñación y otra, sugiero, simplificando excesivamente las cosas, dividir la diversidad cromática que habitualmente exhibe la paleta emocional del analista en cuatro franjas vivenciales: la empatía, la simpatía, la antipatía y la apatía. Destaco estas cuatro vivencias porque pienso que estas son vivencias propiamente intersubjetivas, en el sentido de que su significado se posiciona preferentemente entre dos sujetos y no entre un sujeto y un objeto o en un sujeto en relación consigo mismo. Teniendo en mente esta artificiosa clasificación, digo entonces que el proceso de ensoñación del analista asume estructuras configurativas distintas dependiendo de si esta se produce en estado de empatía, de simpatía, de antipatía o de apatía hacia el paciente. Si bien es cierto que la empatía⁵, metodo-

² A través de esta idea creo que Freud (1912) sigue, aunque sin declararlo, a Henri Bergson (1896), quien dice: "La memoria... en tanto recubre con un manto de recuerdos un fondo de percepción inmediata... constituye el principal aporte de la conciencia individual a la percepción, el costado subjetivo de nuestro conocimiento de las cosas..." (p. 52).

³ Considero interesante mencionar aquí la reflexión que Heidegger (1944) hace acerca del concepto de memoria a través de su examen del poema de Hölderlin llamado "Andenken". A partir de este poema Heidegger (1944) elabora, al percatarse de la estrecha conexión lingüística que existe entre la palabra *denke* (pensar) y *andenken* (memoria), una alternante interpretación del concepto *andenken*, palabra que es inmediatamente significada como recuerdo o remembranza, pero que después de dividirla en la preposición *an* y el verbo *denken*, esta pasa a entenderse como un "pensar en" o más específicamente como un pensar que rememora. Considero que este novedoso significado que Heidegger (1944) le da al concepto de memoria se vincula estrechamente con la idea que Freud (1912) tiene acerca del poder psicoanalíticamente cognoscible que él le confiere al uso de las "memorias inconscientes".

⁴ Este concepto se desprende de la noción epistemológica que Gastón Bachelard (1960) en su texto el "Cogito del soñador" desarrolla acerca del fenómeno de la ensoñación. Una de las ideas centrales en torno de la cual gira este texto aparece resumida en la siguiente frase: "la ensoñación es una actividad onírica en la que subsiste un resplandor de conciencia" (p. 226), es decir, es un sueño que, a diferencia del sueño nocturno, se presenta con *cogito*.

⁵ Con esta idea de empatía me estoy específicamente refiriendo al concepto de "introspección - empática" con que H. Kohut (1959) define la manera cómo, según él, debiese funcionar el método investigativo dentro del tratamiento psicoanalítico.

lógicamente hablando, representa la posición afectiva ideal para ensoñar la experiencia del paciente, creo que el proceso de ensoñación del analista, espontáneamente, tenderá a rotar a través de estas cuatro franjas vivenciales, instalándose preferentemente en alguna de ellas cuando está frente a un paciente determinado.

LA ENSOÑACIÓN COMO UN ESTADO VIVENCIAL

Pienso que estos estados vivenciales de empatía, simpatía, antipatía y apatía encierran en sí mismos espacios de ensoñación que poseen forma, contenido y curso específico. Por tanto, pienso que el analista, inconscientemente, a través de su vivencia hacia el paciente siempre se relaciona con él estando dentro de un específico espacio de ensoñación. Por ejemplo, pienso que si su vivencia hacia el paciente es de simpatía o de antipatía, su ensoñación tenderá a encerrarse dentro de un espacio de “memorias inconscientes” cuya forma se encuentra altamente determinada por la presencia de contenidos que tenderán a coincidir (en el caso de la simpatía) o a rivalizar (en el caso de la antipatía) con el del paciente. Por el contrario, si la vivencia del analista es de apatía, pienso que su ensoñación se desarrollará dentro de un espacio de memorias inconscientes con una configuración formal vaga e indeterminada que aparentemente lo apartan del mundo de significados emocionales en que parece sostenerse la experiencia asociativa del paciente. Dicho en otras palabras, creo que la vivencia de simpatía del analista tiende a asociarse a una ensoñación de plena concordancia con la vivencia del paciente, la de antipatía a una de conflictiva complementariedad y la de apatía a una de creciente a-sintonía hacia esta.

En este contexto pienso que la empatía analítica, a diferencia de las otras tres vivencias, es una vivencia que emerge como consecuencia de una equilibrada desaceleración de la fuerza gravitacional que tiene el mundo de significados (teóricos, valóricos, etc.) del analista sobre el del paciente. Esta equilibrada desaceleración permite que el analista, adoptando una actitud “teóricamente flotante” (Correa, A., 2008, 2009), funcione como un sujeto capaz de observar con sosegada profundidad tanto las pequeñas diferencias como las pequeñas identidades que, respectivamente, se forman entremedio de las concordancias y discordancias asociativas que produce su vivencia al relacionarse con la del paciente. De este modo, digo que la vivencia de empatía del analista hacia el paciente tiende, generalmente, a presentar una ensoñación que, acompañándose con el trabajo asociativo del paciente, es capaz de incluir dentro de sí tanto las concordancias como las

discordancias que se producen entre ambos procesos asociativos. Por el contrario, la vivencia de simpatía como la de antipatía, que a veces sostenidamente un analista experimenta hacia el paciente, surge como efecto de la alta intensidad gravitacional que a veces tiene su mundo de significados sobre la experiencia del paciente. Esta alta intensidad gravitacional provoca una aceleración en el proceso asociativo del analista, silencioso y placentero en el caso de la simpatía, estridente y displacentero en el de la antipatía. En ambos casos esta aceleración hace que la función resonante de la ensoñación analítica corra a una velocidad cercana a la de la acción confinando el trabajo meditativo de esta a quedarse en un nivel exclusivamente visceral donde los elementos asociativos discordantes (en el caso de la simpatía) o concordantes (en el caso de la antipatía) se comprimen a tal punto que fácilmente tienden a desaparecer del campo visual del analista.

Naturalmente, en su interacción con el paciente, el analista tiende, de tanto en tanto, a perder su capacidad para mantener debidamente regulada la fuerza gravitacional que, su mundo de significados, ejerce en el mundo del paciente, haciendo que esta se intensifique en el caso de la simpatía y de la antipatía o se debilite en el caso de la apatía. En lo que sigue intentaré describir y analizar lo que sucede en este segundo caso. Partiendo del supuesto de que la vivencia de apatía encierra dentro de sí un específico espacio de ensoñación que posee una particular utilidad psicoanalítica, trataré de destacar el potencial poder asociativo que parece existir detrás de ese, aparentemente, apartado e indeterminado fluido de memorias inconscientes que vagamente se desliza dentro de la mente del analista cuando este se encuentra, en su práctica, sumido dentro de este estado vivencial.

ENTRE LA IDENTIFICACIÓN Y LA DISOCIACIÓN

Creo que el ser humano en general, cuando dialoga con otro, impulsado por su necesidad de comprender, tiende automáticamente a utilizar un radar a través del cual él, inconscientemente, intenta orientarse, registrando y reconociendo la experiencia del otro a partir de la suya. Este radar es un sistema de conocimientos que, emergiendo como una extensión de su propia historia de vida (conocimiento experiencial y teórico), se prolonga hacia la experiencia del otro para interpretarla según su manera de ver las cosas. El que solo parte de la experiencia del otro entre dentro de la órbita de este radar se debe a que la amplitud de esta órbita la fija su particular radiación de significados que, a través de este radar, se abre, como un abanico de luces, en dirección

hacia la experiencia del otro, iluminando específicamente aquella parte que, vía identificación, puede ser reconocida por este. El analista, en su función de tal, tiene que tratar de ampliar la estrecha órbita que, su humana necesidad de identificar la experiencia del otro a través de la suya, determina su particular radar de significación. Para alcanzar este objetivo desarrolla, a través de su práctica, una actitud de atención flotante, la específica propiedad metodológica que lleva a que su ensoñación trabaje a través de una actitud de autoconciencia en permanente dilatación haciendo que el usual campo de los datos conscientemente atendibles y, por tanto, analizables, sea necesariamente más amplio.

A través de esta dilatación de la conciencia pienso que el analista intenta ampliar los límites con que su natural principio epistemológico de identidad encierra el desarrollo de su pensamiento asociativo consciente dentro de su estrecho círculo de posibilidades, haciendo que los procesos asociativos que tienden a disociarse (desviarse) de los procesos del paciente pasen también a ser percibidos como parte importante de su método investigativo (Correa, A., 2014). Con este planteamiento pretendo precisar entonces que el método de la asociación libre, en el que Freud (1912) hace descansar el de la atención flotante, es un método de conocimiento intersubjetivo que invita al analista a dejar que su experiencia de ensoñación meditativa se mueva libremente entre un polo de identificación asociativa y otro de disociación asociativa con los que, alternada y respectivamente, se reconoce y desconoce en la experiencia del paciente. Planteo que la experiencia de ensoñación del analista tiende espontáneamente a moverse hacia el polo disociativo de este método cuando el analista no logra identificarse ni, por tanto, reconocerse en la experiencia del paciente. En esta situación, pareciera que la ensoñación del analista empieza, en estado de disociación, a pasarse despistadamente por entremedio de caminos asociativos que, alejándose del aquí y ahora de la sesión, lo dirigen hacia un "allá y entonces" que aparentemente no tiene relevancia psicoanalítica. Pienso que estos caminos asociativos por los que la mente del analista vaga distraída e ingenuamente pueden entenderse como caminos alternativos que, al transitárselos detenidamente, ayudan al analista a ampliar su conocimiento acerca de la experiencia emocional del paciente. Sostengo que el contexto experiencial, desde y dentro del cual, inocentemente se fija el itinerario de estos caminos es el de la apatía analítica, es decir, esos momentos en que el analista parece desprenderse de su necesidad de comprender emocionalmente al paciente. Antes de seguir analizando conceptualmente este asunto trataré de ilustrar esta situación a través

de una breve descripción de lo que me sucedió al comienzo de una sesión vivida hace unos años con una paciente en análisis.

"EL BALDE DE AGUA FRÍA"

La paciente, al llegar y tenderse en el diván, comenta: "no sé mucho qué decir hoy día". Pasado un rato, como queriendo agarrarse de algo para partir, pregunta: "¿de que estábamos hablando la sesión pasada?"; le digo: "Parece que hoy te sientes desconectada". Ella dice: "puede ser". Después de una pausa de silencio, comenta que hoy en la mañana se despertó con un sueño pero que no recuerda casi nada sobre él, dice; "lo único que recuerdo era que había algo en el sueño que estaba relacionado a ese accidente que hubo en la semana, donde un bus se desbarrancó y murieron como 15 personas...". Nos mantuvimos un rato asociando en torno a esta noticia que ella relaciona con su sueño. Si bien estuvimos hablando del tema de la muerte y de cómo este había estado anteriormente presente dentro de los estados depresivos que, de tanto en tanto, ella había sufrido en el pasado, yo sentía que no lográbamos hablar de algo distinto de lo que ya, en otras sesiones, habíamos hablado acerca de este asunto. De repente ella, cambiando de tema, me empieza a hablar de algo que le había pasado con una compañera de trabajo el día anterior, pero mientras me hablaba acerca de este episodio yo, sin darme cuenta, me puse a pensar en un mensaje que, un par de horas antes de que llegase la paciente, me dejó un amigo en la grabadora para invitarme a formar parte de un equipo de *football* que él estaba armando con otros amigos nuestros. Esta invitación había despertado en mí un pequeño dilema, no sabía qué contestarle, me daban ganas de decirle que sí, pero al mismo tiempo sentía que tenía que decirle que no, ya que el campeonato partía dentro de una dos semanas, mal momento para desvincularme del otro equipo en el que ya estaba inscrito. Sentía que salir de esta manera no era lo correcto. En fin, mientras privadamente me daba vueltas en torno de este asunto, repentinamente la paciente, con tono de protesta, me dice: "Ya po', no me digai claro, claro, si quizás no tengo razón en lo que te ¡estoy diciendo!". Cuando me dice esto siento como que súbitamente me hubieran despertado de un sueño para, de golpe, instalarme nuevamente en la sesión, específicamente en medio de una parte de esta de la que yo hace un rato ya me había "ido". Por la reacción de la paciente tomo conciencia que durante ese lapso de tiempo mi vivencia reflexiva disociándose de mi conducta, se mantuvo fuera de la sesión pensando en detalles personales que aparentemente no tenían

conexión alguna con lo que estaba ocurriendo en la interacción con el paciente. Al percatarme de esta situación siento una incómoda sensación de vergüenza.

LA CONCIENCIA, UN OBJETO MOVEDIZO

Muchas veces esta clase de disociaciones asociativas que experimenta el analista no alcanzan a ser conscientemente percibidas por el paciente, ya que, la conducta interactiva del analista sigue transitoria y rutinariamente funcionando bajo el mando de un “piloto automático” que pareciera simular muy bien su presencia en la sesión. Pareciera que esta inadvertencia por parte del paciente le permite al analista entregarse libre y secretamente a su disociación sin que ello tenga necesariamente un impacto en el diálogo analítico explícito. Sin embargo, el hecho de que esta disociación del analista no tenga un impacto en el diálogo explícito no quita que lo tenga dentro del diálogo implícito de la relación, razón necesaria para que el analista tenga que prestarle atención analítica⁶.

Tiendo a entender estas disociaciones del analista como partes naturales de su proceso asociativo, ya que, ellas inevitablemente responden al hecho de que él está siempre interactuando y examinando al paciente desde su propio espacio referencial, es decir, desde un contenido asociativo (imágenes, citas y narrativas) subjetivo y, por ende, distinto del que, al mismo tiempo, desarrolla el paciente. Si bien, en algunos casos la distancia referencial entre paciente y analista parece no existir, siempre hay espacios donde las idiosincráticas referencias asociativas de ambos se apartan. El sentido común nos hace creer que si desde el inicio del tratamiento esta distancia puede evitarse, la adherencia entre paciente y analista será inmediata y, por tanto, el tratamiento será un éxito. Pienso que posiblemente pueda darse lo primero pero no necesariamente lo segundo. Muchas veces, cuando un conocido nos pide una recomendación de analista, creo que, dejándonos llevar por esta idea, inmediatamente tendemos a buscar, dentro del grupo de colegas, a alguien que tenga una posición referencial similar a la del conocido, por

ejemplo, a alguien que tenga características socioculturales y valóricas semejantes a las de este. Pienso que en estos casos ocupamos como criterio de elección la posibilidad de que entre ambos se desarrolle una relación de simpatía. Creo que utilizar este elemento vivencial como criterio de elección lleva implícito el riesgo de que la experiencia reflexiva del analista nunca tienda ir hacia el polo asociativo donde sus memorias inconscientes se disocian (alejan) de la experiencia del paciente, es decir, hacia aquella zona de su conciencia que difusamente gira por fuera del objeto de su atención. Desde el punto de vista del conocimiento intersubjetivo, pienso que esta específica zona de la conciencia del analista indirectamente habla de la parte extraña de la experiencia intersubjetiva que, instalándose al margen de la relación, vive sin ser considerada y, por tanto, sin ser conocida por la pareja analítica. Conforme con esta tesis, planteo entonces que, independientemente de que estos espacios de diferencia referencial sean minúsculos o mayúsculos, el analista deberá tratar de estar siempre atento a la presencia de ellos. En consecuencia, creo que usar la simpatía como criterio electivo de la pareja analítica inhibe la posibilidad de que el analista, mediante el uso de los contenidos difusos de su conciencia flotante, pueda armar un tejido narrativo dentro de esta parte que, especialmente en una interacción de simpatía, silenciosa y ambiguamente fluye por el borde de su relación con el paciente.

Pienso que estos contenidos que fluyen a través de esta zona de la conciencia tienen, entre otras características, la particularidad de ser altamente idiosincráticos. Por tanto, creo que si el analista desea tomar contacto con la dimensión intersubjetivamente extraña de la relación analítica, tendrá que prestarle mayor atención a esas referencias asociativas que, dentro de la periférica corriente de su conciencia, muestran mayor individualidad idiosincrática. Prestarle atención a esta clase de contenidos lleva, inicialmente, a que el analista se aparte del polo de identificación asociativa al que habitualmente, por sentido común, tiende a adherirse su atención analítica. Pienso que su natural necesidad de orientarse dentro de la sesión es el móvil que activa en él el desarrollo de este tipo de adherencia atencional, adherencia que automáticamente lo induce a propender identificar los elementos desconocidos del otro a través de los elementos conocidos que surgen desde sus memorias inconscientes (Correa, A. *et al.*, 2014)⁷. A

⁶ Cuando hablo de atención analítica, hablo de la actitud asocio-interpretativa que el analista metodológicamente asume en relación con los distintos elementos que atraviesan por su mente. En este sentido, digo que el analista, a través de este tipo de atención, percibe los contenidos de su mente como pedazos de un sueño que él, espontáneamente construyendo en torno a la interacción analítica, tiene que traducir.

⁷ En un artículo llamado “Lo disociado; una leve vibración en el borde de la experiencia” (Correa A. *et al.*, 2014) planteamos que la dirección que sigue esta adherencia atencional

través de su memoria, el analista, como un cartógrafo empieza a dibujar, desde el inicio de la relación con el paciente, un mapa de la geografía experiencial de este, pintando, con recuerdos e impresiones personales, los signos (imágenes, palabras, sonidos, gestos, etc.) que, voluntaria e involuntariamente, se desprenden de la conducta de este. Aquellos signos que puedan ser inmediatamente pintados pasarán a constituir el objeto de su atención analítica mientras que aquellos que no puedan serlo tenderán a correr en dirección hacia la frontera preconsciente que rodea a esta.

Con el uso del método de la atención flotante justamente lo que se busca es contrarrestar el poder directivo que naturalmente ejerce esta necesidad de orientación dentro de la actividad atencional del analista. Este método, al llamar al analista a prestarle igual atención a cada uno de los datos que atraviesan por su mente, permite que aquellos signos no reconocidos pasen, al menos por un rato, a formar parte de su atención consciente. En la medida en que la fuerza de esta necesidad de orientación se mantenga debilitada el objeto de la atención analítica podrá funcionar como un objeto movedizo e inestable que permanentemente corre a lo largo y ancho de la mente del analista, yendo desde el centro a la periferia y desde la periferia al centro de la conciencia de este. Esta condición metodológica posibilita que aquellas eventuales y fortuitas disociaciones asociativas que se deslizan por la conciencia del analista apartándose de su proceso de identificación con el paciente puedan ser detenidamente examinadas. Si se imagina a la atención analítica como si fuese una cámara cinematográfica, se podría decir entonces que esta condición metodológica coincide con la definición epistemológica que, según Vásquez Roca (2008)⁸, el cineasta Raúl Ruiz desarrolla acerca de la conciencia; dice: "la conciencia es un objeto... que construye la realidad con retazos de recuerdos distorsionados, datos perdidos, sueños inconclusos..." (p. 5). Conforme con esta visión, Ruiz (2005) propone, dentro de su trabajo cinematográfico, "dinamizar el segundo plano... volviendo estático el primero... de modo que el segundo... parezca más importante que el primero" (en Correa, A.,

2014, p. 107-108). Ruiz (2005), a través de este ejercicio cinematográfico, hace que la cámara después de estar un rato focalizada en una escena cualquiera, por ejemplo en una donde aparece una pareja discutiendo, repentinamente gire hacia un costado para fijarse en un objeto intrascendente, por ejemplo en un jarrón que se halla en una esquina de la habitación donde se encuentra la pareja discutiendo. Mediante este ejercicio Ruiz (2005) lleva al espectador a focalizar su atención en dicho jarrón mientras al mismo tiempo deja de fondo el sonido de la pareja discutiendo, fondo que paulatinamente pierde intensidad tras la presencia del jarrón que lentamente gana poder de atracción dentro de la escena. Este deliberado ejercicio cinematográfico creo que representa muy bien el natural movimiento que presenta la conciencia del analista cuando está en sesión, específicamente ese movimiento disociativo que intento mostrar a través del fragmento de sesión anteriormente reseñado.

EL VALOR EPISTEMOLÓGICO DE LO DISOCIADO

Como dije anteriormente, pienso que estas accidentales disociaciones en las que repentinamente cae el proceso asociativo del analista pueden entenderse como marcadores que señalan la existencia de extrañas dimensiones interactivas que aún no han sido significadas o, mejor dicho, narradas dentro de la relación analítica. En este sentido, planteo que estas disociaciones del analista, más que discontinuidades asociativas son continuidades asociativamente indeterminadas cuyos contenidos, a primera vista, ofrecen un beneficio referencial nulo, pero que después de una segunda mirada parecen, en sí mismas, representar otras alternativas referenciales cuyo uso permite abrir nuevas vías a través de las cuales se puede conectar con, al menos, parte de estas desconocidas dimensiones interactivas que supuestamente también se desarrollan dentro de la relación analítica. Pienso que estos contenidos asociativamente indeterminados son un conjunto de simples "restos diurnos" que borrosamente se van amontonando a un costado de la conciencia del analista cuando este está interactuando con su paciente, es decir, meros e indiferentes pensamientos que, cuando está con el paciente, vienen a su conciencia, débil y desordenadamente, desde su memoria reciente o remota. A diferencia de lo que Freud (1900), en el contexto de su análisis de los sueños, señala acerca de los restos diurnos, pienso que estos no son un material barato al que la mente del analista recurre para simplemente rellenar los espacios vacíos que se abren dentro de su proceso asociativo, sino que, aislados eslabones asociativos altamente

también pareciera responder a la presión inconsciente que dinámicamente ejercen, dentro de la interacción analítica, las necesidades narcisistas del analista.

⁸ Adolfo Vásquez Roca es doctor en filosofía de la Universidad Católica de Valparaíso, docente y académico de la Universidad Andrés Bello y director de la revista *Observaciones filosóficas*. Sus áreas de especialización filosófica se desarrollan en torno a la antropología y la estética.

idiosincráticos que parecen hacer referencia a importantes momentos de la interacción analítica que no han sido conscientemente registrados ni elaborados por el analista. Conforme a la concepción cinematográfica que utiliza Ruiz (1995), digo que estos restos asociativos representan pequeñas ventanas por las cuáles la atención del analista puede escaparse a mirar otras películas que se encuentran oscuramente fragmentadas y comprimidas dentro de la película que habitualmente él ve en el paciente.

A mi juicio, estas “escapadas” abundan en los momentos de la sesión en que el analista experimenta apatía hacia el paciente, situación que provoca en él la sensación de que estas escapadas solo representan interrupciones en el desarrollo de su comportamiento empático que deben ser inmediatamente enmendadas. Pienso que esta situación hace que el analista, prontamente, desatienda el contenido asociativo que exhiben estas escapadas. Desde el punto de vista intersubjetivo, planteo que esta omisión representa un descuido analítico lamentable. Digo lamentable, porque pienso que la apatía, si bien representa una interrupción de la actitud de empatía que el analista busca sostener con el paciente, es una vivencia que tiene un efecto dispersivo dentro de su ensoñación meditativa que hace que la línea temática de esta involuntariamente se abra a seguir otras direcciones que, si se siguen atentamente, le permitirán a este experimentar una conexión con otras facetas de la relación analítica.

En el fragmento de sesión anteriormente descrito recuerdo que, una vez que me doy cuenta de que mi conducta estuvo en sesión funcionando automáticamente fuera del campo de mi conciencia, siento una incómoda sensación de vergüenza de la que inmediatamente intento desembarazarme tratando de borrar rápidamente la huella que había dejado en mí el doméstico proceso asociativo que me mantuvo por algunos minutos ocupado. Pienso que el analista, en este punto, desafiando el sentido común que urgentemente lo llama a desatender y a rectificar una distracción como esta, debe, mediante un breve autoanálisis, intentar darle un uso productivo al contenido que aparece inscrito dentro de esta huella. Creo que al momento de analizar esta huella el analista debe primero tratar de recordar el eslabón donde su cadena ideo-asociativa se desvinculó de lo que estaba pasando en el aquí-ahora de la relación con el paciente. Pienso que este eslabón ofrece un punto de conexión que, si bien es débil, es el único punto de conexión que le permite al analista re-vincular su apático proceso de ensoñación con el eje temático del cual originalmente se descarriló. En el caso descrito, el débil punto de

conexión entre mi extravío asociativo y la experiencia del paciente se encuentra en aquel momento de la sesión en que la paciente empieza a hablarme de un problema que ella había tenido con una compañera de trabajo. En ese preciso momento mi cadena asociativa repentinamente se desprende de la que la paciente estaba lentamente eslabonando. ¿Por qué mi cadena se descuelga de la de la paciente específicamente en ese punto? Pienso que la respuesta a esta pregunta no se alcanza únicamente revisando solo este punto de la sesión, ya que, si se observa bien la reseña clínica se puede ver que este punto solo marca el momento en que mi desconexión, parcialmente presente antes de que este apareciera, se consuma. El contexto vivencial en el que se circunscribe el desarrollo de mi paulatino desprendimiento asociativo es de una creciente apatía que yo, desde hace un rato, venía sintiendo hacia la paciente. Como sostengo en el relato inicial de la viñeta, ya antes de mi desconexión yo había estado sintiendo “que no lográbamos hablar de algo distinto de lo que ya, en otras sesiones, habíamos hablado acerca del asunto de la muerte”, asunto que aparece vinculado al borroso recuerdo del sueño que ella comunica. Durante ese lapso de sesión yo me mantuve luchando por lograr que mi proceso de asociación libre se mantuviera adherido a la experiencia de la paciente, contrarrestando la tendencia de éste a seguir una dirección distinta a la temática que, en ese momento, estaba trayendo ella. Pienso que, en este momento, el analista debe dejar que su natural proceso asociativo siga libremente su curso, ya que creo que este, cuando se encuentra intersubjetivamente inmovilizado, tiende necesariamente a des-intersubjetivarse como una manera de recuperar su movilidad. Creo que a través de esta des-intersubjetivación⁹ el proceso asociativo del analista se abre paso a través de otros caminos que, si bien lo alejan del presente objeto de análisis, pueden acercarlo a otro que, quizás, puede ser de utilidad para articular otra clase de reflexión intersubjetiva que eventualmente lo ayudará a traer de vuelta la movilidad intersubjetivamente asociativa dentro del aquí-ahora de la relación analítica.

Esta inmovilidad intersubjetiva en la que parece estancarse el proceso asociativo del analista creo que se produce, entre otras razones, cuando el objeto de análisis intersubjetivo cae fuera de la órbita de luz que, alrededor de este, forma la resonancia onírica del analista.

⁹ Con este concepto describo las interrupciones que a veces se producen dentro del flujo asociativo entre analista y paciente.

En estos casos su resonancia onírica, al perder contacto con este objeto, se empantana dentro de un estado de aburrido ensimismamiento que deja a la mente del analista soporíferamente flotando entremedio de recuerdos e impresiones banales que aparentemente no tienen relación con la situación emocional que en ese momento vive el paciente. Desde el punto de vista del trabajo asociativo, planteo que este aburrido ensimismamiento del analista expresa el momento en que el peso de su apatía analítica parece caer completamente sobre su vivencia, hundiéndola dentro de un sueño que lo desconecta enteramente de su conducta interactiva. Pienso que este momento, más que un corte intersubjetivo, representa una continuidad intersubjetiva altamente borrosa cuyo proceso asociativo continúa tediosamente desarrollándose desde la débil nube que forman entre sí los fragmentarios e insignificantes pensamientos que, previa y distantemente, estaban circundando el objeto de su análisis intersubjetivo (Correa, A., 2014). Conforme a esta idea, planteo entonces que esta des-intersubjetivación no hace desaparecer la ensoñación del analista, sino que simplemente desestabilizar su dirección para hacerla caer de lleno dentro de esta nube que lenta y tenuemente ya se venía perfilando dentro de su horizonte visual.

EL ABURRIMIENTO COMO UN ESTADO DE DESVELAMIENTO

Como señalaba anteriormente, pienso que cuando el proceso asociativo del analista no logra entrar o permanecer dentro de un espacio referencialmente compartido con el paciente este tiende a seguir desarrollándose por vías que se mueven dentro de un espacio referencial altamente idiosincrático que, aparentemente, lo marginan de la situación de análisis. Pienso que cuando la pretensión del analista de entender la experiencia del paciente desde una posición de empatía, por alguna razón, se frustra, este tiende, después de un rato de intentar infructuosamente satisfacer esta necesidad, a sentirse cogido por un sentimiento de aburrimiento que induce a que su proceso asociativo entre en esta clase de espacio referencial altamente personal para que se mantenga, al menos por un tiempo, dando vueltas dentro de él. Opino que la permanencia en este espacio más que un tipo de disociación provoca un tipo específico de pensamiento asociativo que, según creo, está íntimamente emparentado con el tipo de pensamiento asociativo que un sujeto en la noche tiende naturalmente a desarrollar cuando se encuentra desvelado.

Raúl Ruiz (2005) dice que la mayoría de las personas que se desvelan en la noche "se entregan... a

dos actividades; recordar acontecimientos del pasado y pensar en lo que tienen que hacer al otro día..." (p. 20). Empleando este comentario de Ruiz (2005) planteo que, dentro de la sesión analítica, el ensimismado desvelo del analista que, según yo, se produce cuando él no puede conciliar un sueño meditativo que haga resonancia con la experiencia emocional del paciente, también tiende a entregarse a practicar esta clase de actividades pero inclinándose fundamentalmente a atender pequeños e indefinidos asuntos personales que ligeramente circulan por dentro de su cabeza. En general, creo que el analista, dentro de su práctica, percibe esta actividad como una especie de insípido garrapateo que su proceso asociativo hace dentro de su mente sin finalidad alguna, uno parecido al que un escolar haría al margen de su cuaderno cuando se siente aburrido en clases. En el contexto de la sesión analítica, opino que este garrapateo funciona como una especie de vaporoso sueñecillo en el que el proceso asociativo del analista necesariamente se recluye para ausentarse de la relación durante un lapso de tiempo. Digo necesariamente, porque pienso que estas ausencias actúan como refugios en los que el proceso asociativo del analista necesita detenerse cuando se siente intersubjetivamente fatigado. Dentro de estos refugios este proceso pareciera buscar recogerse para recuperar el poder de resonancia onírica que necesita para conciliar nuevamente un sueño intersubjetivamente meditativo. En este sentido, opino que el aburrimiento, más que un alejamiento, significa un aplazamiento intersubjetivo, una especie de paréntesis en donde el analista inconscientemente, distanciándose de la relación, se enclaustra para intersubjetivamente reconectarse con el paciente desde una oscura dimensión intersubjetiva que indirecta y calladamente parece querer hablar dentro de él¹⁰. Conforme a esta idea, pienso que este paréntesis asociativo representa una inminencia de otros significados, que si el analista eventualmente advierte, podrá usar para revitalizar su relación asociativa con el paciente integrando dentro de esta una parte intersubjetiva que hasta entonces permanecía indeterminada.

Esta inminencia de otros significados puede advertirse a través de esos eslabones asociativos intersubjetivamente débiles desde donde el proceso asociativo del analista, si bien se desacopla del proceso del paciente

¹⁰ Cabe aquí recordar el concepto de *differance* de J. Derrida, (1989) quien, a través de este, define la diferencia como un diferir, como algo que caminando más rápido siempre va por delante de nosotros sin que podamos nunca identificar completamente su rostro.

para anillarse a otra cadena de contenidos, igual mantiene una mínima conexión con él. Creo que detenerse a examinar esta mínima conexión puede ayudarle al analista a retomar la continuidad intersubjetivamente asociativa que, repentina y aparentemente, siente haber perdido con el paciente. El analista puede eventualmente identificar la presencia de estos eslabones por medio del acto de recapitular o desandar su distraído proceso asociativo hasta al momento en el que recuerda que imprevisiblemente la dirección de su resonancia asociativa se desintersubjetiva. Una vez identificado ese momento asociativo, el analista se podrá preguntar por qué en ese punto específico su cadena asociativa se descarrió. Pienso que generalmente esta pregunta deja al analista enfrentado a un vacío, un vacío que evidencia una ausencia de significados en torno a una parte de la experiencia intersubjetiva que, si bien también forma parte de la relación analítica, no ha sido experimentalmente elaborada. Vuelvo a la sesión.

Al examinar mi propio proceso disociativo me doy cuenta de que el eslabón asociativo intersubjetivamente débil desde donde este proceso nace lo representa, como ya dije anteriormente, el momento en que la paciente empieza a hablar de una situación vivida con una compañera de su trabajo. Después de estar un rato pensando alrededor de este punto, se me viene el recuerdo de que en la sesión anterior estuvimos hablando de una decisión que ella debía tomar en relación con su trabajo actual: si quedarse en él o no. Hace poco tiempo ella había recibido una interesante oferta de trabajo de parte de una de las industrias que compiten con la industria en la que ella estaba trabajando. Mi divagación en torno a mi dilema de aceptar o no la invitación a cambiarme de equipo de *football* conecta, laxamente por semejanza, con parte de esta experiencia relatada por la paciente en la sesión pasada. Se puede decir que mi divagación, partiendo de un relato de la sesión actual (lo sucedido con una compañera de trabajo), se transformó en un puente para, alejándose del aquí-ahora de esta sesión, conectar, por otra vía asociativa, con algo de la sesión pasada. Ahora bien, ¿por qué esta divagación aparece conectando con algo sucedido en una parte de la sesión pasada y no con lo que estaba sucediendo en la actual? En el intertanto, mientras reflexionaba en torno a esta pregunta, se me viene a la memoria un episodio de la sesión pasada, que creo, me ayudó a seguir desarrollando una respuesta. Recuerdo que en esa sesión, el hecho de que empezáramos a meditar sobre su decisión de si cambiarse o no de trabajo movilizó en ella dos tipos de angustia: una de tipo culposo que estaba directamente relacionada con una lealtad que ella sentía hacia su actual jefa y

otra confusa, pero ligeramente más perturbadora, que repentinamente surge a partir de una experiencia que ella recuerda haber vivido cuando asiste a la entrevista de trabajo en la industria que le estaba ofreciendo el cargo. En relación con esta última refiere: “Cuando llego al edificio donde tenía la entrevista llamo al ascensor, tenía que ir al piso quince. Al entrar en este inmediatamente empiezo a sentir angustia y durante todo el trayecto que me tomó llegar al piso quince me mantuve mirando hacia el suelo...”. Esta angustia, según cuenta ella, la provoca la situación de sentirse sola rodeada de espejos. El ascensor estaba cubierto de espejos y no había nadie más en él.

Al reflexionar acerca de mi proceso asociativo que aparece como intersubjetivamente desconectado, es decir, acerca de “mi dilema”, me doy cuenta de que este contiene dentro de sí dos tipos de conexión asociativa que me permiten conectar con la experiencia que la paciente vive en relación, y en torno, a su entrevista de trabajo. Una se vincula a esta por semejanza (la culpa que le da a ella el pensar que tendría que dejar a su jefa) y la otra lo hace por contigüidad (la incómoda sensación de sentirse sola rodeada de espejos). La primera conexión se hace evidente inmediatamente dentro mí, mientras que la segunda tiende, en primera instancia, a quedar fuera de mi campo de observación. Pienso que la conectividad consciente que se produce entre el analista y el paciente a través de estos dos tipos de asociatividad tiende, en general, a desarrollarse siguiendo este mismo orden secuencial, es decir, creo que la asociatividad por semejanza se reconoce más rápidamente que la que se produce por contigüidad. Una relación de semejanza asociativa expresa una experiencia de identidad vivencial entre analista y paciente que facilita, en el primero, el desarrollo de una vivencia de empatía hacia el segundo, mientras que una relación por contigüidad asociativa es solo una relación asociativa débil que puede ayudar a dar cuenta de un vacío en la identidad vivencial que, entre ambos, cohabita sin que haya sido narrativamente colonizado. El contacto con este vacío hace que el contenido asociativo del analista inmediatamente pendule hacia el polo de la disociación asociativa, polo que, en esta situación, debe entenderse como una puerta que sirve para salir de una parte de la relación y entrar en otra, específicamente en una que, levemente, como una órbita paralela, parece haber estado, previa e inadvertidamente, tocando el borde emocional de la relación analítica.

Al seguir reflexionando en torno de esta extraña y perturbadora sensación que la paciente vive al interior del “ascensor”, recuerdo que ella al inicio de la sesión me pregunta “¿de qué estábamos hablando la sesión

pasada?". Esta pregunta, después de recordar la experiencia del ascensor, toma un sentido distinto al que yo inmediatamente le di en el momento en que me fue planteada. Inicialmente entiendo esta pregunta como una consulta superficial e irrelevante que nace de alguien que no tiene nada que decir para iniciar la sesión, pero después, a la luz de mi reflexión, interpreto esta pregunta como una que, más bien, viene de alguien que inconscientemente me invita a revisar "algo" de la sesión anterior que puede habérsenos "pasado de largo". Al pensar esto se me viene a la mente la vaga impresión de que ya, en al menos tres oportunidades anteriores, esta específica angustia había sido ligeramente referida por la paciente. Creo que esta falta de atención de mi parte responde, por un lado, a la poca preocupación que ella muestra cuando se refiere a esta y, por otro, a mi incapacidad para poder, en ese momento, generar un espacio asociativo dentro del cual se pudiese examinar la naturaleza de esta. Opino que estos dos elementos, combinados entre sí, formaron un vacío intersubjetivo asociativamente indeterminado que, disociándose de la concatenada secuencia de asociaciones por semejanza, se instala en paralela contigüidad a nuestra relación.

LA APLANADA NARRATIVIDAD DEL ABURRIMIENTO

Pienso que estas fugas que presenta el proceso asociativo del analista representan, por antonomasia, al auténtico proceso de la asociación libre, ya que tienen la particularidad de que se desarrollan sin control ni dirección alguna. Esta falta de control y dirección debe entenderse solo desde la perspectiva de la experiencia del yo, ya que si se piensa que más allá del yo inconscientemente intervienen otras voluntades, se podría decir entonces que la dirección de este proceso, al emanciparse del control ejercido por el yo consciente, pasa automáticamente a quedar bajo el mando de una de esas voluntades que, aparentemente, hablan por una boca que se abre a la sombra del yo¹¹. Pienso que por esta sombra fluye la borrosa experiencia de "lo otro"; esa alteridad que rodeando la experiencia de lo idéntico y, por tanto, de lo reconocido, levemente altera

la tranquilidad de esta última a través de su necesidad de abrir la experiencia a lo distinto y, por ende, a lo extraño que se produce dentro de una determinada interacción intersubjetiva.

Desde el punto de vista del funcionamiento intrapsíquico del analista pienso que esta sombra se forma a través de los vacíos narrativos que se van produciendo a lo largo de su relación con el paciente. Dado que estos vacíos representan vacíos dentro de su experiencia de reconocimiento, es decir, interrupciones que naturalmente se producen dentro de las posibilidades conectoras que le ofrece su asociatividad por semejanza, planteo que el analista podrá inicialmente acceder a estos a través de una asociatividad que trabaja exclusivamente por contigüidad. Es decir, un tipo de asociatividad cuya conectividad opera siguiendo únicamente una lógica de cercanía en el tiempo y/o en el espacio. El uso de esta clase de asociatividad le permite al analista moverse entre mundos mentales que, desde el punto de vista de la conexión analógica, son independientes entre sí. Esta independencia analógica que se produce entre estos mundos mentales es la que le permite al analista percibir los vacíos que se crean dentro de su razonamiento asociativo. De este modo, digo que las asociaciones por contigüidad, si bien son débiles desde el punto de vista de la lógica de la identidad son fuertes desde el punto de vista de una lógica que se mueve por la diferencia, lógica que debe ser abordada desde la experiencia del extrañamiento más que desde la del reconocimiento. En la viñeta clínica, mi experiencia de lo idéntico se expresa en la culpa que, tanto el paciente como yo, respectivamente sentimos en torno a un dilema personal. La experiencia de lo diferente se expresa en la distancia que se forma entre la angustia que la paciente siente dentro del ascensor cubierto de espejos y mi incapacidad, como analista, para inmediatamente reconocer y entender dicha angustia a través de mi propia producción asociativa. Mi pobreza asociativa en torno de esta específica angustia de la paciente da cuenta de la existencia en mí de un específico vacío, referencialmente intersubjetivo, que incita la apatía, y luego el aburrimiento, que durante el tratamiento experimento en relación a este punto.

P. Oyarzún (2008) señala que el aburrimiento pareciera ser el sentimiento que habla del "grado cero de la experiencia"; es decir, de aquel espacio experiencial en donde aparentemente "no se asiste a nada porque nada se destaca en el transcurso de ese rato..." (p. 17). Este aplanamiento vivencial, característico del aburrimiento, es lo que probablemente hace que en general este sentimiento sea un sentimiento incómodo de sostener que, cuando aparece, inmediatamente se siente

¹¹ Esta expresión la hago derivar de la expresión "boca de la sombra" que según señala Blanchot (1955, p. 168) utiliza André Breton para referirse a la boca por la cual supuestamente habla la escritura automática, esa clase de escritura que los poetas surrealistas, programáticamente, intentaron desarrollar dentro del mundo narrativo.

la imperiosa necesidad de tener que interrumpir su marcha enmudeciendo, a la vez, el planchado susurro asociativo que habitualmente lo acompaña. Creo que en todo tratamiento psicoanalítico existen momentos en que el analista también tiende a sentir esto mismo, momentos donde se le hace difícil mantener su atención, al menos por un rato, sujeta a examinar el contenido psicológico que pesadamente mana a través de este sentimiento. Por muy flotante que pretenda ser, creo que la atención del analista tiende preferentemente a inclinarse hacia aquellos datos que naturalmente provocan en él cierto impacto estético, ya sea de tipo placentero o displacentero¹².

Continuando con esto que señala Oyarzún (2008) en relación con el aburrimiento, planteo que los aplastados datos asociativos que fatigosamente se asoman en la conciencia del analista, a través de su vivencia de aburrimiento, hablan de las proto-impresiones, es decir, de las diminutas intensidades afectivas que creo, imperceptiblemente, se mueven dentro del espacio intersubjetivamente vacío que supuestamente se forma entre él y su paciente. Por tanto, creo que si el analista logra, durante su interacción con el paciente, dejarse llevar por un tiempo por el curso de esta vivencia, esta devendrá en extrañamiento, experiencia necesaria para poder escuchar atentamente la balbuceante narración que, entre sí, articulan estas intensidades que, mínima y trabajosamente, vibran dentro de estos vacíos que se forman entre él y el paciente.

Partiendo del trabajo revolucionario que desarrolló Marcel Duchamp (1961) dentro del mundo del arte, planteo que para dejarse llevar por la vivencia del aburrimiento atendiendo al mismo tiempo los elementos que flotan por su pantanosa corriente, el analista debe tratar de desistir de la lógica sensible que, creo, espontáneamente interviene dentro del proceso de selección con que su atención flotante va definiendo lo analíticamente atendible. En otras palabras, planteo que para que esta vivencia pueda devenir en extrañamiento, él debe inicialmente colocar ante esta una actitud de atención más cerebral que sensible, ya que creo que desde una actitud puramente sensible esta no lograría despertar en él el mínimo grado de extrañeza que su atención necesita para poder mantenerse durante un tiempo focalizada en ella. La baja o nula resonancia

asociativa que tienen los datos que se forman a través de esta vivencia hace que sus datos sean asociativos de tipo an-estéticos, es decir, datos que no tienen la suficiente fuerza emocional para producir en el analista la sensación de extrañamiento que él necesita para espontáneamente echar andar su proceso asociativo en torno de ellos. Duchamp (1961), al introducir dentro del terreno de lo estético la categoría de lo an-estético, amplía el campo de lo que tradicionalmente estaba, estéticamente hablando, llamado a ser contemplado. Con esta categoría introduce dentro de la esfera del arte una estética puramente conceptual, una que se desarrolla a partir de la cuidadosa observación de aquello que, dentro del horizonte visual, solo despierta un gusto a nada (en Correa, A. 2014, Correa A., *et al.*, 2014). Él plantea que la experiencia del buen o mal gusto se basa siempre en una repetición de lo conocido, por tanto, lo que carece de gusto podría representar un umbral que se abre hacia lo desconocido, hacia lo extraño, es decir, hacia el lugar donde supuestamente se desarrolla lo "otro".

El valor de lo an-estético, para Duchamp (1961), no está en una negatividad ni en una positividad afectiva, sino que en la nulidad numérica del grado cero, nulidad que no representa para él algo sin efecto, sino, más bien, algo cuyo efecto se encuentra transitoriamente suspendido a la espera de un espacio de exhibición donde pueda ser contemplado y, por ende, experimentado y constituido (en Oyarzún, 2000). Sosteniendo esta idea, digo que lo que aparece anestesiado dentro del espacio asociativo del analista solo mantiene su estesia interrumpida, no para permanecer inhibida, sino para preparar su potencia vivencial. En este sentido, esta interrupción no significa un corte definitivo, sino más bien uno temporal que, generalmente, deja a estos datos tímidamente punzando bajo el umbral de la conciencia analítica aguardando la oportunidad para encumbrarse sobre esta. Planteo que esta oportunidad se puede concretar durante esos momentos en que el analista se siente aburrido, siempre y cuando, este sea capaz de abordar esta experiencia desde una disposición más cerebral que sensible.

Pienso que estos datos asociativos an-estéticos son pequeñas y brumosas diapositivas mentales que vienen de una dimensión evocativa ruinosa que también pareciera existir dentro de la memoria flotante del analista. Califico de ruinosa a aquella parte de la memoria flotante del analista que aparece manifiestamente troceada, no en el sentido de lo que permanece traumáticamente registrado, sino más bien en el sentido de lo que permanece descuidadamente apilado dentro de sus archivos. Cuando esta dimensión se activa en la

¹² En este contexto entiendo el concepto de lo estético en dos sentidos; uno, conforme al sentido griego de *aisthesis*, como lo sensible, y el otro, como una sensibilidad que, rebasando el límite de lo placentero, puede incluir lo displacentero.

experiencia del analista la conciencia de este empieza aleatoriamente a flotar entremedio de los desarticulados pedazos de memorias inconscientes que forman parte de esta. Conforme con la postura cinematográfica de Ruiz (2005), planteo que estos descoloridos pedazos de memoria tienen un valor asociativo por sí mismos. Es decir, estos por sí solos son capaces, en la medida en que se les presta analítica atención, de abrir novedosos conductos narrativos que amplían y diversifican la temática en que tiende a monopolizarse el diálogo reflexivo entre analista y paciente. Usando la terminología de Stolorow y Atwood (1992), digo que estos datos ruinosos forman parte del "inconsciente invalidado" de la relación analítica, es decir, representan aquella parte del material asociativo del analista que no ha sido incorporada dentro de la materialidad que él usa para construir sus interpretaciones acerca de la experiencia intersubjetiva que vive junto al paciente (Correa, A. *et al.*, 2014). Por tanto, pienso que este material asociativo pasa a ser un material sobrante que desordenadamente, como si fuese escombros, se acumula a un costado de la experiencia analítica a la espera de que en algún momento sea llamado a formar parte de esta experiencia. Este llamado puede llegar en ese lapso de tiempo en que la mente del analista, sintiendo que nada se destaca dentro de ella, sale libremente a recibir la desarticulada narrativa que forma este sobrante material asociativo que, levemente, se eleva hacia su conciencia desde la dimensión ruinososa de su memoria. En este sentido, digo que la voz narrativa que emerge a través de este aplanado lapso de tiempo que representa la experiencia del aburrimiento es una voz seca que viene de una zona de la mente del analista que yace erizada, a la espera de una lluvia de asociaciones que le permitan, a su materia, germinar.

REFERENCIAS

1. Bachelard G. (1960) "La poética de la ensoñación", Ed. Fondo de Cultura Económica, México
2. Bergson H. (1896) "Materia y memoria", Ed. Cactus, Buenos Aires
3. Blanchot M. (1955) "El espacio literario", Ed. Paidós, Buenos Aires
4. Correa A. (2008) "El Jazz; un modelo para examinar la práctica analítica", en Gaceta de Psiquiatría Universitaria, Vol. 4, N° 4
5. Correa A. (2009) "Psicoanalizar: movidas de ajedrez o notas de jazz", en Rev. Chilena de Psicoanálisis, 26 (2)
6. Correa A. (2014) "Trabajando a la sombra del objeto de la conciencia", en Gaceta de Psiquiatría Universitaria, Vol. 10, N° 2
7. Correa A, Muñoz A, Balbontín C. (2014) "Lo disociado una leve vibración en el borde de la experiencia" en Gaceta Psiquiátrica Universitaria, Vol. 10 N° 3
8. Correa A. (2015) "El papel de lo indiciario dentro del método de la atención flotante", en Gaceta de Psiquiatría Universitaria, Vol. 11, N° 1
9. Derrida J. (1989) "*La Différance*", Ed. Cátedra, España
10. Duchamp M. (1961) "A propósito de los *ready mades*", en Ramona, Rev. de Artes Visuales, Buenos Aires
11. Freud S. (1900) "La Interpretación de los sueños", en Obras completas Tomo V, Ed. Amorrortu, Buenos Aires
12. Freud S. (1912) "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico", en Obras completas, Tomo XII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires
13. Freud S. (1913) "Sobre la iniciación del tratamiento", en Obras completas Tomo XII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires
14. Heidegger M. (1944) "Aclaraciones a la poesía de Hölderlin", Ed. Alianza, Madrid
15. Kohut H. (1959) "*Introspection, empathy and psychoanalysis*", Journal of the American Psychoanalytic Association, vol. 7, pp. 459-483
16. Oyarzún P. (2000) "Anestésica del ready made", LOM Ediciones, Santiago de Chile
17. Oyarzún P. (2008) "Introducción del narrador", en "El Narrador" de Walter Benjamín, Ed. Metales Pesados, Santiago de Chile
18. Ruiz R. (2005) "Poéticas del Cine", Ediciones Universidad Diego Portales, Santiago de Chile
19. Stolorow R, Atwood G. (1992) "Los contextos del ser: las bases intersubjetivas de la vida psíquica", Ed. Herder, España
20. Vásquez Rocca A. (2008) "Raúl Ruiz la poética del cine y la deconstrucción de la teoría del conflicto central", en Rev. Electrónica UD&P. Diseño Urbano y Paisaje, V N° 14

PSICOPATOLOGÍA

PSICOPATOLOGÍA EN COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN

(Rev GPU 2016; 12; 1: 89-93)

Carolina Barros¹, Maritza Bocić²

La Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa representan las dos principales expresiones clínicas de las enfermedades inflamatorias intestinales crónicas. La epidemiología de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales ha cambiado en el tiempo: antes consideradas infrecuentes, ahora son un importante problema gastroenterológico en los países en vías de desarrollo. Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal suelen mostrar una alta morbilidad de trastornos psiquiátricos, fundamentalmente depresión y ansiedad, en comparación con la población general, lo que ha sido objeto de diversas investigaciones en estos últimos años puesto que afectan la calidad de vida y el curso de la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa representan las dos principales expresiones clínicas de las enfermedades inflamatorias intestinales crónicas. La epidemiología de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales ha cambiado en el tiempo: antes consideradas infrecuentes, ahora son un importante problema gastroenterológico en los países en vías de desarrollo (2). Con una incidencia en EE.UU. de 10-20/100.000 en Colitis Ulcerosa y 5-6/100.000 en Enfermedad de Crohn (1). Se ha atribuido el cambio, tanto en incidencia como en prevalencia, a factores ambientales, a mejores métodos diagnósticos y la generalización en el uso de la endoscopia, lo que habría permitido afinar en el diagnóstico de la enfermedad, y, por otro lado, al cambio

producido en algunos de los estilos de vida, entre los que caben destacar la alimentación, el sedentarismo o el estrés de las grandes ciudades (4).

La etiología de las EI es aún desconocida, pero es indudable que esta es compleja y multifactorial, relacionada con problemas genéticos, una disregulación del sistema inmune intestinal y factores ambientales (infecciones, tabaco, etc.) (1).

Las enfermedades inflamatorias intestinales, tanto la EC como la CU, son trastornos crónicos que se caracterizan por periodos de brote o actividad y periodos de remisión o ausencia de síntomas. En la actualidad el gran objetivo de los tratamientos empleados en la EC es alcanzar la remisión y su mantenimiento (1).

Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal suelen mostrar una alta morbilidad de trastornos

¹ Interna séptimo año Usach, carobn2402@gmail.com

² Docente encargada internado de Psiquiatra Usach.

psiquiátricos, fundamentalmente depresión y ansiedad, en comparación con la población general, lo que ha sido objeto de diversas investigaciones en estos últimos años puesto que afectan la calidad de vida y el curso de la enfermedad.

PSICOPATOLOGÍA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

Son muchos los autores que han indicado que los pacientes afectados por una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) presentan una elevada tasa de trastornos psiquiátricos, tales como depresión y ansiedad (2,3,4).

Se han realizado muchos estudios en relación con esta asociación. Algunas investigaciones han señalado que las alteraciones psicopatológicas varían y se agravan dependiendo del curso de la enfermedad, lo que podría estar sugiriendo que los trastornos psiquiátricos son secundarios a la enfermedad física, posiblemente debido a las repercusiones psicosociales que se producen como consecuencia de esta. Por otro lado, estudios psicoinmunológicos han demostrado que el padecimiento de la enfermedad afecta al incremento en la probabilidad de aparición de trastornos emocionales, y que estos, a su vez, afectan a la propia EII, haciendo, en muchas ocasiones, que empeore la sintomatología. Asimismo, se constata que los pacientes que se encuentran más deprimidos o ansiosos son los que más pronto y con mayor frecuencia recaen tras un periodo de remisión de síntomas. Estos autores observaron que los pacientes deprimidos tardaban una media de 97 días en experimentar una recaída, mientras que los no-deprimidos llegaban a estar 362 días en remisión (3, 4).

La investigación científica reciente ha aportado evidencia de la asociación del estrés psicosocial y de varios aspectos psicopatológicos con las Enfermedades Inflamatorias Intestinales, especialmente en lo que tiene que ver con la inducción de periodos de actividad, la exacerbación de los síntomas o dificultando el proceso del tratamiento.

Es importante considerar también que tanto la CU como la EC afectan de manera significativa el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas que las sufren, mostrando una estrecha interdependencia entre los factores biológicos, psicológicos y sociales en relación con el curso, la expresión clínica, el tratamiento y las recaídas (Tanto la morbilidad psicológica como la calidad de vida suelen encontrarse alterados en los pacientes con EII).

Independientemente de los años de evolución de la enfermedad, en algunos trabajos se ha descrito que en los pacientes con enfermedad de Crohn la calidad de

vida es peor que en los con colitis ulcerosa, probablemente debido a que esta última produce menos secuelas físicas. Sin embargo otros estudios no encuentran diferencias entre ambas enfermedades (5).

Se han realizado múltiples estudios en relación con la psicopatología en las EII, estudiando su relación con estrés psicosocial, depresión, ansiedad y su abordaje terapéutico en pacientes con Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn.

ESTRÉS

En relación con el estrés psicosocial en las EII, se ha encontrado que se asocia a una mayor vulnerabilidad de las personas a enfermar y se ha visto que las EII son sucesos en sí mismos altamente estresantes. Existen estudios en los que no se halló una asociación entre los *sucesos vitales* y los síntomas de las EII, sin embargo otros estudios sí muestran evidencia sobre la influencia del estrés en la gravedad de los síntomas. En relación con este aspecto, Duffy *et al.* (1991) realizaron un estudio prospectivo con el fin de examinar la asociación entre los sucesos vitales y los síntomas en una muestra de 124 pacientes con EII, hallando un mayor riesgo de actividad de la enfermedad en las personas expuestas a sucesos vitales mayores, en comparación con las personas no expuestas (2).

Es importante mencionar también que, además de los sucesos objetivos, en las EII también influye la forma cómo se perciban tales sucesos, lo que se puede ver relacionado con actividad de la enfermedad (2).

El estrés además puede afectar el bienestar psicológico y de esta forma influir en la gravedad de los síntomas (2).

En algunos estudios se ha visto que un suceso vital estresante no es suficiente para producir vulnerabilidad frente al desarrollo de las EII, su incidencia, prevalencia y actividad de la enfermedad en relación con el número de hospitalizaciones (2).

Además de los sucesos vitales estresantes, también se ha informado sobre la implicación del estrés diario en las EII, existiendo una relación significativa entre el estrés diario y la experiencia de los síntomas en personas con EII (a mayor estrés diario, mayores incrementos en los síntomas). La influencia del estrés diario fue independiente de los sucesos vitales. Así mismo, se ha visto una relación significativa entre el estrés diario y la actividad de la enfermedad (2). Un estudio italiano observó que en pacientes con CU en remisión el estrés se asociaba a un mayor riesgo de nuevo brote (5).

Finalmente, es importante indicar que los pacientes con EII tienden a considerar el estrés como una

causa muy importante del origen o exacerbación de sus síntomas. La atribución que hace la persona sobre las causas de la enfermedad es muy importante para el tratamiento y afrontamiento de la misma, motivo por el cual es esencial que las personas con EII comprendan qué es el estrés y cómo pueden manejarlo para mejorar su calidad de vida (2).

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

La ansiedad y la depresión suelen manifestarse de manera individual e independiente en los pacientes con enfermedades crónicas. Existe una gran evidencia de que tanto los síntomas depresivos como los ansiosos tienen efecto perjudicial en el curso de numerosas enfermedades crónicas. Por ejemplo, en pacientes cardíacos los síntomas depresivos se asocian a una mayor mortalidad y en pacientes con cáncer de mama una mayor puntuación en la escala de depresión se ha asociado con una disminución de la supervivencia. Por otra parte, se ha observado que en los pacientes diabéticos con depresión el control de la glucemia es más complicado que en los pacientes diabéticos sin depresión (5). La evidencia proveniente de diversos estudios indica que los pacientes con EII tienden a tener mayores niveles de ansiedad y depresión que los individuos sanos (2).

Algunos estudios basados en el empleo de entrevistas estructuradas para la evaluación psicopatológica han descubierto en personas con EII presencia de trastornos de ansiedad (Andrews *et al.*, 1987; Tarter *et al.*, 1987), depresión (Magni *et al.*, 1991) y depresión mayor (en el caso de la EC) (Clouse y Alpers, 1986). Sin embargo, esto solo indica que hay una asociación de trastornos psicológicos con las EII, pero no implica que exista una relación causal (2). Es factible esperar que la incidencia de trastornos psicológicos en las EII, aunque no sean determinantes en la etiología, probablemente pueden influir en la producción o exacerbación de los síntomas gastrointestinales, lo que produce mayores riesgos para la salud y una peor calidad de vida. Como apoyo a este planteamiento se ha podido determinar que los trastornos psicológicos se relacionan con la actividad de la enfermedad (2).

Se ha observado que la ansiedad puede estar presente como una forma reactiva a la enfermedad y que al parecer el malestar psicológico tiene algunos cambios durante el curso de la enfermedad. En este sentido, se realizó un estudio que determinó que la ansiedad y la depresión variaron de acuerdo con los cambios presentados en la actividad de la enfermedad, siendo prominentes estos síntomas psico-

patológicos solamente durante la fase aguda de la enfermedad y muy poco en la fase de remisión (2). Los resultados del estudio de Iglesias *et al.* (2009) realizado en pacientes con EC con criterios muy claros de remisión clínica, demuestran que, a pesar de estar en remisión, estos pacientes presentan frecuentemente síntomas depresivos y ansiosos, predominando más estos últimos (5).

Mittermaier *et al.* (2004) estudiaron una cohorte de 60 pacientes con EII durante un periodo de seguimiento después de un episodio activo de la enfermedad. El análisis de regresión mostró una relación significativa entre los niveles de depresión de la línea base y el número total de recaídas. Por su parte, la ansiedad se relacionó con frecuentes recaídas durante el periodo de seguimiento. Esto indica que la ansiedad y la depresión pueden tener efectos negativos en el curso de las EII, aunque se requiere de nuevos estudios que contrasten estos resultados preliminares (2).

En diversos estudios se sugiere que los pacientes con EC tienden a ser más ansiosos que los pacientes con CU, probablemente debido a que los primeros tienen síntomas intestinales más graves, una mayor incidencia de mecanismos de afrontamiento desadaptativos (Smith *et al.*, 2002) o mayores dificultades derivadas de procesos de cirugía (2). En relación con esto, se ha observado una mayor presencia de síntomas depresivos en los pacientes que previamente habían sufrido una resección intestinal, lo que se puede asociar con características clínicas de los pacientes y el desarrollo de síntomas depresivos (5). Es así como en otras patologías ajenas a las EII, como pueden ser cirugías ginecológicas o cirugía de la epilepsia, se ha observado, al igual que en el estudio de Iglesias *et al.* (2009), una mayor presencia de síntomas depresivos en pacientes intervenidos quirúrgicamente, incluso independientemente del resultado positivo de la cirugía y del tiempo transcurrido desde la misma (5).

En el estudio de Iglesias *et al.* (2009) se observó que los pacientes con Enfermedad de Crohn con mayor gravedad de base o con visitas regulares (cada ocho semanas) al hospital, pueden estar relacionados con generar síntomas de ansiedad (5); algo similar ocurre con pacientes crónicos con constantes visitas a servicios hospitalarios.

Por último, un estudio más reciente prospectivo con 18 meses de seguimiento concluyó que tanto la depresión como la ansiedad tienen una influencia negativa en el curso de la EII, mientras que un estudio italiano observó que en pacientes con CU en remisión la aparición de síntomas depresivos no se asociaba a un mayor riesgo de nuevo brote.

PERSONALIDAD

Las variables de personalidad pueden modular e influir en las estrategias de afrontamiento, en los estados emocionales negativos, en la percepción de los sucesos estresantes y en el apoyo social. Por consiguiente, la personalidad tiene una significativa participación en el proceso de salud.

Más que trastornos de personalidad, en las EI se han estudiado fundamentalmente características específicas de personalidad. El énfasis en estas ha variado desde los años cuarenta, cuando Daniels (1944) indicó que la inmadurez, la dependencia y los rasgos obsesivos eran importantes en la precipitación y recurrencia de la CU, hasta el día de hoy, cuando el interés está centrado en aspectos como la alexitimia, el neuroticismo y la hostilidad (2).

La alexitimia se define como la incapacidad para poder controlar y reconocer sus propias emociones, por lo que existen dificultades en expresión verbal. La alexitimia ha sido asociada a las EI, lo que sugiere una posible influencia en los síntomas o en la calidad de vida. Uno de los primeros informes de investigación en este campo fue realizado por Fava y Paban (1976-1977), quienes indicaron altos niveles de alexitimia en pacientes con EI. Esto fue corroborado en un estudio controlado realizado por Porcelli *et al.* (1999) en el cual se halló que el grupo de pacientes con EI tuvo mayores niveles de alexitimia que el grupo de personas sanas. Estas diferencias se mantuvieron después de controlar la influencia de la educación, el género, la ansiedad, la depresión y los síntomas gastrointestinales. Esto sugiere que la alexitimia es un factor importante a tener en cuenta en la intervención psicosocial en pacientes con EI (2). Por otro lado, se ha observado que la alexitimia es probablemente una característica estable de personalidad en algunos pacientes con EI, en contraste con la ansiedad y la depresión que dependen de cambios en el nivel de actividad de la enfermedad (2).

Un debate que tradicionalmente ha habido en esta área es establecer si las características de personalidad están antes de que aparezcan las EI o son producidas por estas. En parte, es muy probable que sean el resultado de vivir con una enfermedad crónica durante un largo periodo. Es factible que durante la adolescencia el surgimiento de los primeros síntomas altere el desarrollo normal y sano de la personalidad, generando sentimientos de baja autoestima en los pacientes al verse diferentes de otros jóvenes. Además, en las personas que desarrollan una EI se puede originar una tendencia obsesiva de estar buscando continuamente algún

cuarto de baño cerca, dado el miedo a la incontinencia fecal (Levenstein, 2002), o también practicando la limpieza (dada la alta frecuencia de diarrea). También es posible que las características de personalidad estén antes de los primeros síntomas intestinales e influyan en el proceso de ajuste a estos y en su manifestación. Sin embargo, todo esto son hipótesis que deberán ser investigadas en el futuro mediante estudios prospectivos (2).

CONCLUSIÓN

Luego de realizar la revisión bibliográfica se puede concluir que existen múltiples trabajos que se han enfocado en estudiar la presencia de psicopatología en las enfermedades inflamatorias intestinales, su relación con el curso de la enfermedad y mecanismos de manejo de estas.

El análisis de los distintos trabajos evidencia que factores como el estrés y la personalidad en pacientes con Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn están implicados en la calidad de vida, el bienestar psicológico, actividad de la enfermedad y gravedad de los síntomas. En relación con esto, también se pudo observar que existe una mayor frecuencia de ansiedad y estrés en los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal, no considerándose como factores causales de la propia EI sino como factores similares al estrés y personalidad, puesto que también están relacionados con los puntos antes descritos y con cómo afectan los síntomas, la conciencia de la enfermedad y su tratamiento en la vida del paciente.

Por último, actualmente el tratamiento de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales está basado en alcanzar la remisión y su mantenimiento, por lo que es indispensable que, considerando los diferentes estudios citados, se considere dentro del esquema terapéutico el manejo psicológico puesto que este puede ayudar a mejorar los resultados en el tratamiento de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Quera R, Palma R. (2008) Enfermedades Inflamatorias Intestinales: Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn. Parte 1: Epidemiología, cuadro clínico y diagnóstico. Revista Médica Clínica Las Condes. 19 (4) 331-341. Recuperado: 13 Junio 2015, desde: http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_19_4/04ENFINFLAMAT1.pdf.
2. Tobón S *et al.* (2007). Aspectos psicopatológicos en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa. Avances Psicología Latinoamericana. 25 (2) 83-97. Recuperado: 14 Junio 2015, desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n2/v25n2a6.pdf>.

3. Díaz-Sibaja M *et al.* (2007). Tratamiento cognitivo-conductual protocolizado en grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 99 (10) 593-598. Recuperado: 12 Junio 2015, desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v99n10/original5.pdf>.
4. Díaz- Sibaja M *et al.* (2013). Tratamiento psicológico en grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales. Recuperado: 12 Junio 2015, desde: http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/psicosomatica/tratamiento-psicologico-en-grupo-de-las-enfermedades-inflamatorias-intestinales/.
5. Iglesias M *et al.* (2009). Impacto psicológico de la enfermedad de Crohn en pacientes en remisión: riesgo de ansiedad y depresión. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 101 (4) 249-257. Recuperado: 14 Junio 2015, desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v101n4/original2.pdf>

PSICOPATOLOGÍA

DELIRIO DE PARASITOSIS

(Rev GPU 2016; 12; 1: 94-98)

Carla Sepúlveda¹, Gonzalo Espinoza² y Maritza Bocić³

El delirio de parasitosis es un trastorno poco común en el cual los individuos afectados tienen una creencia falsa (delirio) y fija de que están infectados por parásitos, gusanos, bacterias, ácaros, u otros organismos vivos y/u objetos inanimados. Esta creencia no puede ser corregida por persuasión, razonamiento o argumento lógico.

El conocimiento clínico de los pacientes que presentan delirio de parasitosis es limitado; gran parte de la información conocida sobre la enfermedad viene de informes individuales de casos, pequeñas series de casos, metaanálisis o encuestas.

ANTECEDENTES

El delirio de parasitosis es parte de los desórdenes somatomorfos. Corresponde al tipo más común de la psicosis hipocondríaca monosintomática.

Se conoce con otros términos como síndrome de Ekblom, Morgellons, parasitosis psicogénica, delirio de infestación, delirio de ectoparasitosis, formicación, alucinosis táctil crónica, dermatofobia, parasitofobia, entre otros.

Es importante comentar que el delirio de parasitosis no es un trastorno habitual y su mal diagnóstico conlleva peor pronóstico y tratamiento, lo que perjudica al paciente y desconcierta a los profesionales.

Existen dos formas de delirio de parasitosis reconocidos:

- Delirio de parasitosis primario: trastorno psiquiátrico en el cual la única manifestación es el delirio de parasitosis.
- Delirio de parasitosis secundario: es un síntoma, se produce secundariamente a un trastorno psiquiátrico o enfermedad médica.

EPIDEMIOLOGÍA

En un estudio basado en la población de los residentes del condado de Olmsted, Minnesota, se encontró una tasa de incidencia de 1.9 (IC 95% 1.5-2.4) casos por 100.000 personas al año, entre 1976 y 2010. El promedio de edad de los pacientes fue de 61.4 años (rango de 9-92 años).

Un estudio retrospectivo de 147 pacientes con diagnóstico de delirio de parasitosis identificó las siguientes características sociodemográficas:

¹ Interna Medicina Universidad Santiago de Chile.

² Interno Medicina Universidad Santiago de Chile.

³ Médico Psiquiatra Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau.

- Promedio de edad: 57 años
- La relación mujer: hombre fue 2.89: 1
- El 56% estaba casado
- El 33% estaba cesante, 28% retirado y 26% empleado

Sin embargo, otros estudio encontraron que la mayoría de los pacientes no estaban casados y se concluyó que el aislamiento social actuaría más como un factor de riesgo que como una consecuencia de la enfermedad.

Con respecto a las comorbilidades en el estudio retrospectivo mencionado anteriormente, se encontró que en 81% (90/110) de los pacientes se reportaron historia de una o más enfermedades psiquiátricas. Los diagnósticos más comunes fueron depresión, abuso de sustancia y ansiedad. Y con respecto a las comorbilidades médicas, la mayoría presentaba hipertensión, dislipidemia e hipotiroidismo.

Dentro de las comorbilidades médicas que contribuirían a los síntomas del delirio se encontraron anemia, hipercalcemia, hipertiroidismo, enfermedad renal crónica en etapa terminal, enfermedad hepática, fibromialgia, epilepsia mal controlada, Alzheimer, Parkinson, enfermedad de la médula espinal y tumor carcinoide, entre otros.

La duración promedio de la sintomatología encontrada en este estudio fue de alrededor de 3 años, dato que coincide con otros estudios realizados.

PATOGENIA

Es desconocida. Una teoría que explica en general el desarrollo de los trastornos somatomorfos es que el paciente amplifica y perpetúa una enfermedad que desconocía y de la que toma conocimiento a través de otras personas, los medios de comunicación, la publicidad o las agencias de salud pública.

También se ha propuesto que el delirio de parasitosis podría estar relacionado con un exceso de dopamina extracelular a nivel del cuerpo estriado por una disminución de la función de los transportadores de dopamina.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Habitualmente los pacientes consultan a médicos generales o dermatólogos por una idea fija y falsa de que están infestados. Describen prurito y tienen excoriaciones por el rascado.

Tienen historia de múltiples consultas dermatológicas, que incluye rash, prurito, sensación de ardor y formicación (sensación de insectos que se arrastran por

la piel). El inicio suele ser insidioso y la mayoría de los pacientes tiene síntomas durante al menos seis meses, incluso algunos durante muchos años, antes de establecer el diagnóstico.

Pueden haber recibido terapias dermatológicas o antiparasitarias a pesar de no tener un diagnóstico establecido.

Algunos pacientes suelen traer muestras para exámenes, que se han recogido de su piel y pueden incluir costras o fibras de tela, pero no los parásitos

A menudo rechazan que la causa sea de origen psiquiátrico y se niegan a ser evaluados por un especialista en esta área.

Los pacientes pueden proporcionar historias extrañas e improbables en cuanto a su infestación, incluyendo descripciones exhaustivas de la aparición del parásito, hábitat, ciclo reproductivo, y los puntos de entrada y salida en el cuerpo. En el estudio retrospectivo de la Clínica Mayo la mayoría de los pacientes (76%) daba detalles de cómo se habían infectado.

Generalmente tienen funciones mentales intactas y un comportamiento normal. Sus delirios tienen un alcance limitado. Muchos individuos afectados son funcionales; en una minoría el delirio de parasitosis puede interferir con las actividades habituales.

El examen físico es a menudo poco revelador, se observan úlceras, excoriaciones y heridas que resultan de los intentos de eliminar los organismos utilizando uñas, cuchillos, alfileres u otros objetos. Las lesiones pueden ser asimétricas, sobre todo en los hombros y escápulas, reflejando el aumento del rango de alcance de la mano dominante del paciente. Se puede observar dermatitis de contacto como resultado de la limpieza excesiva o el uso de jabones abrasivos u otros productos químicos.

En el estudio mencionado recientemente las lesiones más vistas fueron excoriaciones, eritema, escaras, pápulas e hiperpigmentación posinflamatoria.

DIAGNÓSTICO

El delirio de parasitosis primaria es un trastorno psiquiátrico, diagnosticado en DSM-5 como un trastorno delirante, subtipo somático, con la alucinación de parasitosis como único síntoma psicótico. Los criterios diagnósticos del DMS-5 son:

- Presencia de un delirio con duración de un mes o más.
- Criterio A nunca se ha cumplido para Esquizofrenia

Nota: Las alucinaciones, si están presentes, no destacan y están relacionadas con el tema delirante.

CONDICIONES ORGÁNICAS ASOCIADAS CON DELIRIO DE PARASITOSIS

| | |
|--|---|
| ABUSO DE SUSTANCIA Alcohol Anfetaminas Cocaína Metilfenidato | ENFERMEDADES INFECCIOSAS Sífilis Tuberculosis SIDA |
| ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS Tumores SNC Enfermedad cerebrovascular Demencia Enfermedad de Huntington Enfermedad de Parkinson | ENFERMEDADES ENDOCRINAS Diabetes mellitus 2 Hipertiroidismo |
| DESÓRDENES NUTRICIONALES Déficit de vitamina B12 Pelagra | ENFERMEDADES CARDIACAS Arritmias Insuficiencia cardiaca congestiva |
| NEOPLASIA Linfoma Mama Leucemia linfocítica crónica | MEDICAMENTOS Fenelzina Pargilina Corticosteroides |
| | MISCELÁNEAS Enfermedad hepática Enfermedad renal Vitiligo Policitemia vera |

Marcia S. Driscoll, Marti Jill Rothe, Jane M. Grant-Kels and Mahlon S. Hale (1993). Delusional parasitosis: A dermatologic, psychiatric and pharmacologic approach. *Journal of the American Academy of Dermatology*.

- c. Aparte del impacto del delirio o de sus ramificaciones, el funcionamiento no está notablemente deteriorado y el comportamiento no es extraño.
- d. Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, estos han sido breves en relación con la duración de los periodos delirantes.
- e. El trastorno no se debe a los efectos de una sustancia u otra condición médica, y no se explica mejor por otro trastorno mental, como trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo.

La evaluación médica es necesaria para descartar una parasitosis verdadera: preguntar sobre viajes especialmente a países en desarrollo y la exposición a individuos con parasitosis o a un ambiente infestado.

Se recomienda la realización de un hemograma con recuento diferencial para observar eosinofilia y la evaluación por un dermatólogo para ver las características de las lesiones.

Se debe descartar algunas causas de delirio de parasitosis secundario con una correcta anamnesis, examen físico y la realización de exámenes de laboratorio complementarios: electrolitos, urea, creatinina, función hepática, glicemia, TSH y niveles de folato

y vitamina B12. Basándose en los factores de riesgo individuales se podría solicitar serología VIH, test de tuberculina, VDRL, toxicológico en orina o exámenes imagenológicos.

Se debe tener presente que en el trastorno primario el delirio puede ser el único síntoma presente, o puede estar acompañado por ansiedad o depresión secundarias. En la forma secundaria, trastornos del estado de ánimo, ansiedad o trastornos por abuso de sustancia pueden estar presentes.

En el delirio de parasitosis primario la ansiedad o la depresión son secundarias, emergen después del delirio y con frecuencia como resultado de los temores sobre la infestación y la preocupación por el impacto en su vida. La duración de la ansiedad o la depresión tiende a ser más breve que el delirio. En el delirio de parasitosis secundario, este se produce al mismo tiempo o después de la aparición de un trastorno de ansiedad o depresión y puede seguir un curso paralelo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

PARASITOSIS VERDADERA: puede causar alteraciones sistémicas o cutáneas y se acompaña de una eosinofilia.

HIPOCONDRIA: es una preocupación de tener una enfermedad grave a pesar de una evaluación médica adecuada que la descarta. Los pacientes con hipocondría pueden centrarse en la infestación parasitaria. Sin embargo, los temores de infestación no son de una intensidad delirante.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS: se incluye esquizofrenia, ansiedad, depresión, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, estrés postraumático, abuso de sustancia, entre otros.

PATOLOGÍAS MÉDICAS: se incluyen enfermedades tiroideas, diabetes mellitus, déficit de vitamina B12 o folato, sífilis, VIH, patologías hematológicas, enfermedades del sistema nervioso central y efectos secundarios de medicamentos (corticoides, ciprofloxacino, ketoconazol, topiramato, entre otros)

TRATAMIENTO

Delirio de parasitosis secundaria

El tratamiento debe enfocarse en la enfermedad médica o psiquiátrica primaria. Los antipsicóticos a veces se usan sintomáticamente por periodos limitados.

Delirio de parasitosis primario

Los antipsicóticos son el tratamiento de elección. No existen trabajos randomizados del uso de antipsicóticos en el delirio de parasitosis. Una revisión de una serie de casos y trabajos observacionales publicados que involucraron a cerca de 100 pacientes con delirio de parasitosis primaria informó una tasa de respuesta a antipsicóticos de 60 a 100%. No se encontró un antipsicótico superior a los demás, ni tampoco se apreciaba diferencia en las tasa de respuesta entre la primera y segunda generación de antipsicóticos.

Algo similar se observó en un estudio basado en un caso retrospectivo realizado por Freudemann y Lepping, en el que el tratamiento con antipsicóticos de segunda generación presentaba una remisión parcial o completa en el 75% de los pacientes con delirio de parasitosis.

Pimozida, un antipsicótico de primera generación, ha sido ampliamente utilizado en la práctica y en los informes de delirio de parasitosis publicados, pero ya no se considera el tratamiento de primera línea. Este fármaco además de producir un bloqueo selectivo de los receptores tipo 2 de dopamina tiene efectos antagonistas sobre los receptores de opiáceos, por lo que se ha pos-

tulado que contribuiría a una reducción en el prurito y la formicación. Se ha reportado respuesta a la pimozida en hasta un 90% de los pacientes en series de casos y estudios no controlados revisados.

La pimozida, junto con la tioridazina y haloperidol intravenoso, prolongan el intervalo QT, particularmente a dosis más altas. Se ha informado muerte súbita en pacientes utilizando pimozida, por lo general con dosis de 10 a 20 mg diarios.

Otros antipsicóticos de primera generación como perfenazina, clorpromazina y tioridazina se describen en los casos publicados como tratamiento efectivo en el delirio de parasitosis. Los efectos adversos más comunes de estos medicamentos incluyen los efectos extrapiramidales (temblor, bradicinesia, marcha arras-trando los pies, acatisia), reacciones distónicas agudas, discinesia tardía y la hiperprolactinemia.

Más recientemente, los antipsicóticos de segunda generación han sido descritos en los reportes de casos como un tratamiento efectivo para el delirio de parasitosis, incluyendo risperidona, olanzapina, quetiapina, sertindol, sulpirida, aripiprazol y la paliperidona. Los efectos secundarios asociados con los antipsicóticos de segunda generación incluyen aumento de peso, diabetes, hiperlipidemia y la discinesia tardía. Algunos de estos medicamentos también causan efectos secundarios extrapiramidales, pero en general menos que los de primera generación.

Los pacientes con delirio de parasitosis a menudo responden a dosis más bajas de antipsicóticos que los pacientes con otros trastornos psicóticos. El antipsicótico debe iniciarse a una dosis baja y aumentarla gradualmente (por ejemplo, en incrementos semanales) para minimizar los efectos secundarios y llegar a la dosis diaria más baja que sea efectiva. Después de alcanzar una respuesta clínica adecuada, el antipsicótico se debe mantener durante al menos un mes, y preferiblemente durante varios meses. Para suspender el fármaco se disminuirá gradualmente la dosis a lo largo de un periodo de semanas.

Convencer a los pacientes a tomar medicamentos antipsicóticos es un reto importante en el manejo de este trastorno. El rechazo de una base psiquiátrica para esta dermatopatía es una característica definitoria de la enfermedad, por lo tanto el rechazo de tratamiento psiquiátrico es de esperar. Se han sugerido algunas estrategias en la prescripción de antipsicóticos para estos pacientes, dentro de las cuales tenemos que, por ejemplo, explicar que existe un desbalance bioquímico y que el medicamento ayudaría a tratar esto, que el utilizar antipsicóticos no significa que tenga esquizofrenia, que un medicamento se puede utilizar para distintas

patologías, que otros pacientes que han utilizado antipsicóticos han presentado una buena respuesta, entre otras.

Como último recurso, una combinación de un antipsicótico y un curso corto de un antiparasitario relativamente seguro (como mebendazol, ivermectina o albendazol) puede ser utilizado en un paciente que está convencido de no querer tomar el antipsicótico solo.

La remisión espontánea y un tratamiento exitoso con antidepresivos también se han descrito en el delirio de parasitosis tanto primario como secundario.

Los pacientes en general presentan una mala adherencia al tratamiento, por lo que para aumentarla se recomienda realizar un tratamiento en equipo tanto dermatológico como psiquiátrico.

SEGUIMIENTO

Un estudio realizado en Londres determinó la respuesta a tratamiento y la recurrencia de la patología: de un total de 73 pacientes, 52 con delirio de parasitosis primario y 21 con secundario, de los cuales un 81% recibió tratamiento, la mayoría con antipsicóticos y el resto con antidepresivos. De estos pacientes se informó mejoría o resolución sintomática en 68%. El 32% restante no respondió al tratamiento. Más específicamente, las tasas de respuesta en los grupos de delirio de parasitosis primarios y secundarios fueron 75% y 53% respectivamente, hallazgo contrario a lo encontrado en el estudio de Freudemann y Lepping. Esto puede ser debido al hecho de que el delirio de parasitosis secundario es resultado de otros factores, tales como abuso de sustancias, un trastorno neurológico o psiquiátrico subyacente, y por lo tanto la respuesta global del tratamiento dependerá de la identificación y tratamiento del problema subyacente, en vez del tratamiento del delirio propiamente tal.

De los 40 pacientes que reportaron mejoría sintomática, solo 15 completaron el tratamiento. Se observó una resolución total de los síntomas en 11 pacientes

(73%) durante al menos 9 meses después de suspender el tratamiento (rango de 9 meses - 2.5 años). Los cuatro restantes (27%) experimentaron recurrencia de los síntomas antes de cuatro meses de finalizado en tratamiento. Por tanto, parece que la mayoría de los pacientes tratados presentan periodos de remisión largos. Hay un subgrupo de pacientes que presenta riesgo de recurrencia poco tiempo después de interrumpir el tratamiento y puede requerir un manejo farmacológico más prolongado o terapia de mantenimiento a largo plazo si las recaídas son recurrentes.

REFERENCIAS

1. Foster AA, Hylwa SA, Bury JE, Davis MDP, Pittelkow MR, Bostwick JM (2012). Delusional infestation: Clinical presentation in 147 patients seen at Mayo Clinic. May 16, 2015, de *Journal of the American Academy of Dermatology*. Sitio web: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019096221102278X>
2. Huergo C, Fernández G (2007). Delirio de Ekbohm. Mayo 16, 2015, de *Psiquiatría biológica*. Sitio web: <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-delirio-ekbom-13113682>
3. Suh KN, Keystone JS (2013). Treatment of delusional parasitosis. May 16, 2015, de *Up to Date*. Sitio web: http://www.uptodate.com.ezproxy.usach.cl/contents/treatment-of-delusional-parasitosis?source=search_result&search=delirio+de+parasitosis&selectedTitle=1~150
4. Suh KN, Keystone JS (2014). Delusional parasitosis: Epidemiology, clinical presentation, assessment and diagnosis. May 16, 2015, de *Up to Date*. Sitio web: http://www.uptodate.com.ezproxy.usach.cl/contents/delusional-parasitosis-epidemiology-clinical-presentation-assessment-and-diagnosis?source=search_result&search=delirio+de+parasitosis&selectedTitle=2~150
5. Driscoll MS, Rothe MJ, Grant-Kels JM, Hale MS (1993). Delusional parasitosis: A dermatologic, psychiatric and pharmacologic approach. May 26, 2015, de *Journal of the American Academy of Dermatology*. Sitio web: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/019096229370284Z>
6. Wong S, Bewley A (2011). Patients with delusional infestation (delusional parasitosis) often require prolonged treatment as recurrence of symptoms after cessation of treatment is common: an observational study. May 26, 2015, de *British Journal of Dermatology*. Sitio web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21605110>

INVESTIGACIÓN

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA PARA MEDIR LOS CUATRO COMPONENTES DEL AMOR DE PAREJA

(Rev GPU 2016; 12; 1: 99-105)

Fernando Maureira¹

Las relaciones de pareja se fundan sobre cuatro pilares: compromiso, intimidad, romance y amor, siendo los tres primeros de tipo cultural, variando de una sociedad a otra, y el cuarto de tipo biológico, determinado por núcleos y neurotransmisores cerebrales. El objetivo del presente estudio fue construir y validar una escala para medir los cuatro componentes del amor de pareja. El instrumento quedó constituido por 28 ítems, correspondiendo 7 preguntas a cada componente. Las cuatro subescalas presentan porcentajes superiores al 50% de varianza explicada, dos subescalas presentan un alfa de Cronbach superior a 0,700 y dos superiores a 0,800. Finalmente, el instrumento muestra ser adecuado y confiable para medir el compromiso, la intimidad, el romance y el amor en las relaciones de pareja.

INTRODUCCIÓN

El amor es una experiencia placentera presente en todas las culturas (Jankowiak y Fischer, 1992). No obstante, muchos autores han escrito sobre tal concepto y cabe decir sin exagerar que cada quien tiene su propia definición (Yela, 2000). Varios autores consideran el amor como el elemento más poderoso e importante en la relación de pareja (Alberoni, 1997; Hendrick, 1995). Para Gaja (1995) es un sentimiento de agrado hacia otra persona que se manifiesta por la comprensión, la complicidad, el entendimiento, la pasión; en definitiva, por las habilidades de convivencia.

Debido a que el amor es una de las experiencias más gratificantes de la vida algunos investigadores de la psicología (Fromm, 1956; Rubin, 1970; Sternberg, 1986, 1996; Yela, 1997, 2000) han tratado de entender su naturaleza basándose en conceptos empíricos. En este marco han explicado el amor desde varios aspectos: a) el conductual, que hace referencia a la demostración de afecto físico y de protección entre dos partes; b) el cognitivo, relacionado con la estimación o valoración del amor; c) el actitudinal, como una predisposición a pensar, sentir y comportarse en cierta forma con respecto a la pareja, y d) el sentimental, ligado a las respuestas fisiológicas y que van integradas con una

¹ Facultad de Patrimonio Cultural y Educación, Universidad SEK. Santiago, Chile. Correspondencia: maureirafernando@yahoo.es

atribución de actitud favorable ante la persona estímulo (Retana y Sánchez, 2005).

Rubin (1970) fue el primer autor en descomponer el amor en diversos factores. Lee (1977) planteó la existencia de tres dimensiones del amor: Eros (atracción física), Storge (amistad y compañerismo) y Ludus (el amor como juego). Por su parte, Sternberg (1986, 1989) plantea la existencia de tres componentes del amor: intimidad, pasión y compromiso. Para él, la mezcla de estos tres elementos genera los diversos tipos de amor. Finalmente, Yela (1997) argumenta que el componente de pasión establecido por Sternberg puede dividirse a su vez en dos componentes: pasión sexual y pasión romántica.

Por otra parte, desde finales del siglo XX la biología trata de explicar la compleja experiencia del amor en el vivir humano, entregándonos las bases cerebrales del amor, la monogamia y la fidelidad (Maureira, 2008). El amor romántico está relacionado con ciertas funciones del sistema nervioso central, con núcleos y neurotransmisores determinados (Fisher, Aron, Mashek, Li y Brown, 2002a, 2002b). Estos autores explican que los mamíferos y las aves poseen tres sistemas cerebrales de motivación-emoción que actúan en serie: a) el deseo o apetito sexual, relacionado con el apareamiento con cualquier pareja apropiada y mediado por los estrógenos y andrógenos; b) un amor romántico, con una finalidad reproductiva con una pareja específica y mediado por el aumento de dopamina (DA) y norepinefrina (NE) y una disminución de serotonina (5-HT); c) un apego duradero, con el fin de criar la prole donde actúa la oxitocina (OT) y la vasopresina (VTP).

Con el amor romántico ocurre un aumento de DA que provoca un aumento de atención, tendencia a considerar única a la persona amada, euforia, pérdida del apetito, etc. El aumento de NE provoca un aumento de la memoria para nuevos estímulos y la disminución de 5-HT provoca pensamientos obsesivos sobre la persona amada (Fisher *et al.*, 2002a). Los bajos niveles de 5-HT observados en personas enamoradas son muy similares a los valores presentados en pacientes con desorden obsesivo-compulsivo (Páez, 2006).

En una relación de pareja existen conductas características como dependencia emocional, celos, posesión, temor al rechazo, ansiedad por la separación, empatía hacia la persona objeto del amor, deseo de sacrificarse por el bien de ella, reordenación de prioridades diarias para estar disponible al amado, deseo sexual con exclusividad por la persona amada, deseo de unión emocional más importante que el sexual y pasión involuntaria e incontrolable (Maureira, 2009). Si bien autores como Lee (1977), Sternberg (1986) y Yela (1997) han estudiado los diversos componentes del amor, creemos que existe una confusión conceptual que surge del asumir que conductas del tipo

social como el compromiso o la intimidad en una relación de pareja forman dimensiones del amor. Por el contrario, las teorías biológicas asumen al amor como una actividad neural orientada a la cópula y crianza de la prole, con las mismas características de la adicción a drogas (Maureira, 2009) y que por ende, no puede ser dividida en conductas sociales, ya que el amor corresponde a una dimensión en sí misma, la cual forma parte de una estructura de mayor tamaño como es la relación de pareja.

En base a lo expuesto anteriormente es posible establecer una relación biológica-cultural en las relaciones de pareja. Para Maureira (2011) toda relación romántica se funda en cuatro pilares: compromiso, intimidad, romance y amor. "La neurobiología nos entrega las bases del amor como proceso funcional sistémico; la psicología habla de la relación amorosa como un proceso social en donde factores como el compromiso y la intimidad son necesarios para el amor maduro" (p.324).

El compromiso, la intimidad y el romance en una relación de pareja son componentes de tipo social, razón por la cual varía de una cultura a otra. El compromiso se relaciona con el interés y la responsabilidad que se siente por la pareja y la decisión de permanecer junto a ella. La intimidad tiene que ver con el apoyo emocional, la profundidad en las conversaciones, la confianza, el compartir cosas materiales, etc. El romance se relaciona con las conductas establecidas socialmente para la atracción y posterior interés que se pueda generar en la pareja. Finalmente, el amor en la relación de pareja es de tipo biológico y se presenta de la misma forma en todas las culturas (Maureira, 2011). El amor está determinado por ciertas actividades cerebrales, las cuales están asociadas al sistema de recompensa cerebral, siendo muy similar al circuito de adicción a la cocaína (Maureira, 2009).

Basándose en la Escala Triangular de Sternberg (1986), en las características del amor como adicción (Fisher, 2002a; Maureira, 2009) y los cuatro componentes de la relación de pareja (Maureira, 2011) se establece como objetivo del presente estudio crear y validar una escala para medir los cuatro componentes del amor de pareja (compromiso, intimidad, romance y amor) en una muestra de jóvenes chilenos.

MÉTODO

Muestra: Se trabajó con una muestra no probabilística, que quedó constituida por 124 chilenos entre 15 y 67 años de edad (media= 22,55; d.e.=8,97). Del total, 65 (52,4%) corresponden a damas y 59 (47,6%) a varones. Al momento de la evaluación, 53 (42,7%) cursaban la enseñanza escolar media, 31 (25%) cursaban una carrera universitaria y 40 (32,3%) se desempeñaban en diversos trabajos. Todos los sujetos evaluados

reportaron estar en una relación de pareja, donde 96 (77,4%) tenían novia/o, 9 (7,3%) estaban comprometidos y 19 (15,3%) se encontraban casados. Finalmente, 119 (96%) sujetos dijeron tener una orientación heterosexual, 2 (1,6%) homosexual y 3 (2,4%) bisexual.

INSTRUMENTO: La Escala de Compromiso, Intimidad, Romance y Amor (ECIRA) fue diseñada y administrada para operacionalizar el constructo de esos cuatro componentes de las relaciones de pareja. En el anexo se presenta la versión definitiva resultante de los análisis realizados.

PROCEDIMIENTO: Con base en la revisión de la literatura se estableció una serie de conductas y creencias que poseen las personas en torno a las relaciones de pareja, las cuales fueron agrupadas en cuatro dimensiones (compromiso, intimidad, romance y amor). Con esta información se construyó una escala para medir estos componentes, constituida por 28 reactivos elaborados en forma Likert con 5 opciones que marcaban diversos grados de acuerdo con cada afirmación, siendo 1 el menor y 5 el mayor. Los primeros 7 reactivos se refirieron al compromiso, los 7 siguientes a la intimidad, los 7 siguientes al romance y los 7 últimos al amor.

La escala se aplicó a una prueba piloto de 30 estudiantes para evaluar criterios de claridad y comprensión en las expresiones utilizadas. Posteriormente se aplicó esta escala a un grupo de 124 sujetos para realizar un análisis de sus características psicométricas.

ANÁLISIS DE DATOS: Para el análisis de datos de la presente investigación se utilizó el programa estadístico SPSS 16.0 para Windows. Se aplicó estadística descriptiva, pruebas de alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad de cada subescala y análisis factoriales exploratorios de componentes principales y rotación ortogonal de Varimax para establecer la validez de constructo de cada subescala.

RESULTADOS

Subescala de Compromiso

La subescala de Compromiso presentó un KMO de 0,837 y un test de esfericidad de Bartlett de 0,000, por lo cual se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio de componentes principales y rotación ortogonal de Varimax. Los análisis muestran la existencia de 2 factores que explican el 68,0% de la varianza total (Tabla 1). El factor 1 se denomina estabilidad de la relación, el factor 2 se denomina relación duradera. Los siete ítems saturaron sobre 0,400 en un solo factor. El valor de confiabilidad de esta subescala fue de 0,828.

Los análisis de correlaciones entre los siete ítems muestran la existencia de relaciones positivas en la mayoría de los casos (Tabla 2). Esto entrega información sobre la validez convergente de todos los ítems de la subescala Compromiso, ya que todas las preguntas se relacionan entre sí.

Subescala de Intimidad

La subescala de Intimidad presentó un KMO de 0,754 y un test de esfericidad de Bartlett de 0,000, por lo cual se procedió a realizar el análisis factorial exploratorio. Los análisis muestran la existencia de 2 factores que explican el 63,2% de la varianza total (Tabla 3). El factor 1 de esta subescala se denomina confianza y el factor 2 se denomina comprensión. Los siete ítems saturaron sobre 0,400 en un solo factor. El valor de confiabilidad de esta subescala fue de 0,795.

Los análisis de correlaciones entre los siete ítems muestran la existencia solo de relaciones positivas en la mayoría de los casos (Tabla 4). Esto entrega información sobre la validez convergente de todos los ítems de la subescala Intimidad.

Subescala de Romance

La subescala de Romance presentó un KMO de 0,702 y un test de esfericidad de Bartlett de 0,000, por lo cual se procedió a realizar el análisis factorial exploratorio. Los análisis muestran la existencia de 2 factores que explican el 58,5% de la varianza total (Tabla 5). El factor 1 de esta subescala se denomina actos románticos y el factor 2 se denomina preocupación por el otro. Los siete ítems saturaron sobre 0,400 en un solo factor. El valor de confiabilidad de esta subescala fue de 0,725.

Los análisis de correlaciones entre los siete ítems muestran la existencia de relaciones positivas en la mayoría de los casos (Tabla 6). Esto entrega información sobre la validez convergente de todos los ítems de la subescala Romance.

Subescala de Amor

La subescala de Amor presentó un KMO de 0,820 y un test de esfericidad de Bartlett de 0,000, por lo cual se procedió a realizar el análisis factorial exploratorio. Los análisis muestran la existencia de un factor que explica el 53,4% de la varianza total (Tabla 7). El factor de esta subescala se denomina amor. Los siete ítems saturaron sobre 0,400 en un solo factor. El valor de confiabilidad de esta sub-escala fue de 0,848.

Tabla 1
COMPONENTES ROTADOS DE LA SUBESCALA COMPROMISO DEL *ECIRA*, DONDE SE OBSERVA LA VARIANZA EXPLICADA E ÍNDICES DE CONFIABILIDAD

| | 1 | 2 | |
|---|-------|-------|-------|
| Siento que mi relación de pareja es estable | 0,831 | | |
| Pienso que mi pareja y yo podemos superar cualquier problema | 0,773 | | |
| Estoy seguro de mi relación de pareja | 0,847 | | |
| Quiero permanecer con mi actual pareja | 0,682 | | |
| Me imagino a futuro con mi actual pareja | | 0,734 | |
| Me resulta doloroso y difícil pensar en el término de mi relación de pareja | | 0,748 | |
| Pienso que el amor por mi pareja puede durar toda la vida | | 0,750 | |
| % varianza | 52,0% | 16,0% | 68,0% |
| Alfa de Cronbach | 0,842 | 0,693 | 0,828 |

Tabla 2
CORRELACIONES DE PEARSON DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA COMPROMISO DEL *ECIRA*

| | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 |
|----|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| P1 | 0,342** | 0,642** | 0,477** | 0,328** | 0,493** | 0,662** |
| P2 | 0,286** | 0,165 | 0,110 | 0,179* | 0,297** | |
| P3 | 0,372** | 0,225** | 0,348** | 0,472** | | |
| P4 | 0,499** | 0,723** | 0,597** | | | |
| P5 | 0,515** | 0,451** | | | | |
| P6 | 0,649** | | | | | |
| P7 | | | | | | |

* Nivel de correlación al nivel 0,05

** Nivel de correlación al nivel 0,01

Tabla 3
COMPONENTES ROTADOS DE LA SUBESCALA INTIMIDAD DEL *ECIRA*, DONDE SE OBSERVA LA VARIANZA EXPLICADA E ÍNDICES DE CONFIABILIDAD

| | 1 | 2 | |
|--|-------|-------|-------|
| Siento que puedo confiar en mi pareja | 0,664 | | |
| Mi pareja puede contar conmigo en momentos difíciles | 0,943 | | |
| Siempre trato de ayudar a mi pareja | 0,828 | | |
| Le cuento cosas profundas y personales a mi pareja | | 0,513 | |
| Mi pareja y yo nos comprendemos el uno al otro | | 0,855 | |
| Tenemos buena comunicación con mi pareja | | 0,636 | |
| Siempre trato de comprender a mi pareja | | 0,690 | |
| % varianza | 46,4% | 16,8% | 63,2% |
| Alfa de Cronbach | 0,806 | 0,668 | 0,795 |

Tabla 4
CORRELACIONES DE PEARSON DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA INTIMIDAD DEL *ECIRA*

| | P9 | P10 | P11 | P12 | P13 | P14 |
|-----|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| P8 | 0,328** | 0,304** | 0,234** | 0,241** | 0,287** | 0,336** |
| P9 | | 0,373** | 0,590** | 0,506** | 0,402** | 0,532** |
| P10 | | | 0,054 | 0,419** | 0,419** | 0,279** |
| P11 | | | | 0,305** | 0,246** | 0,724** |
| P12 | | | | | 0,362** | 0,383** |
| P13 | | | | | | 0,374** |
| P14 | | | | | | |

* Nivel de correlación al nivel 0,05

** Nivel de correlación al nivel 0,01

Tabla 5
COMPONENTES ROTADOS DE LA SUBESCALA ROMANCE DEL *ECIRA*, DONDE SE OBSERVA LA VARIANZA EXPLICADA E ÍNDICES DE CONFIABILIDAD

| | 1 | 2 | |
|---|-------|-------|-------|
| Suelo recordar las fechas importantes de mi relación de pareja | 0,799 | | |
| Suelo comprar regalos a mi pareja solo para sorprenderla | 0,696 | | |
| Abrazo y beso a mi pareja en público | 0,684 | | |
| Pienso que soy romántico con mi pareja | 0,585 | | |
| Mi pareja es como el ideal que yo imaginaba | | 0,746 | |
| Soy igual de detallista con mi pareja que al principio de la relación | | 0,662 | |
| Me preocupo de los detalles de mi relación de pareja | | 0,842 | |
| % varianza | 39,6% | 18,9% | 58,5% |
| Alfa de Cronbach | 0,676 | 0,668 | 0,725 |

Tabla 6
CORRELACIONES DE PEARSON DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA ROMANCE DEL *ECIRA*

| | P16 | P17 | P18 | P19 | P20 | P21 |
|-----|-------|---------|---------|---------|---------|---------|
| P15 | 0,048 | 0,027 | 0,165 | 0,303** | 0,419** | 0,250** |
| P16 | | 0,352** | 0,355** | 0,191* | 0,002 | 0,428** |
| P17 | | | 0,374** | 0,344** | 0,305** | 0,324** |
| P18 | | | | 0,392** | 0,131 | 0,270** |
| P19 | | | | | 0,512** | 0,456** |
| P20 | | | | | | 0,371** |
| P21 | | | | | | |

* Nivel de correlación al nivel 0,05

** Nivel de correlación al nivel 0,01

Tabla 7
COMPONENTE DE LA SUBESCALA AMOR DEL *ECIRA*, DONDE SE OBSERVA LA VARIANZA EXPLICADA E ÍNDICES DE CONFIABILIDAD

| | 1 |
|---|-------|
| Si pudiera pasaría más tiempo con mi pareja del que paso actualmente | 0,609 |
| Me resulta complicado permanecer varios días alejado de mi pareja | 0,767 |
| Cuando discutimos y me encuentro alejado de mi pareja siento opresión en el pecho | 0,660 |
| Cuando discutimos y me encuentro alejado de mi pareja pierdo interés en otras cosas | 0,703 |
| Cuando discutimos y me encuentro alejado de mi pareja pienso mucho en ella | 0,849 |
| Cuando discutimos y me encuentro alejado de mi pareja siento muchos deseos de verla | 0,865 |
| No puedo pasar muchos días peleado con mi pareja | 0,618 |
| % varianza | 53,4% |
| Alfa de Cronbach | 0,848 |

Tabla 8
CORRELACIONES DE PEARSON DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA AMOR DEL *ECIRA*

| | P23 | P24 | P25 | P26 | P27 | P28 |
|-----|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| P22 | 0,477** | 0,236** | 0,307** | 0,469** | 0,423** | 0,269** |
| P23 | | 0,371** | 0,437** | 0,580** | 0,583** | 0,423** |
| P24 | | | 0,642** | 0,426** | 0,473** | 0,256** |
| P25 | | | | 0,491** | 0,470** | 0,256** |
| P26 | | | | | 0,803** | 0,448** |
| P27 | | | | | | 0,551** |
| P28 | | | | | | |

* Nivel de correlación al nivel 0,05

** Nivel de correlación al nivel 0,01

Los análisis de correlaciones entre los siete ítems muestran la existencia solo de relaciones positivas en la mayoría de los casos (Tabla 8). Esto entrega información sobre la validez convergente de todos los ítems de la subescala Amor.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En la actualidad existen orientaciones claras sobre las conductas relacionadas con el compromiso (decisión de mantener la relación de pareja), la intimidad (capacidad de contar y compartir cosas personales con la pareja) y el romance (conductas que generan la atracción desde una mirada social). Sin embargo, con respecto al amor desde un punto de vista biológico, no existen mayores conductas asociadas para lograr definirlo. En este trabajo se tomó como punto de partida la teoría del amor como una adicción natural, que conlleva síntomas muy similares a los provocados por la cocaína y las anfetaminas, sobre todo en lo relacionado al craving (Maureira, 2009). Así se han establecido conductas relacionadas con el síndrome de abstinencia a ciertas sustancias que pueden presentarse de manera similar en periodos de discusión y separación con la pareja. De ahí que la operacionalización del constructo amor haya sido identificada finalmente con preguntas como “me resulta complicado permanecer varios días alejado de mi pareja; cuando discutimos y me encuentro alejado de mi pareja pienso mucho en ella y cuando discutimos y me encuentro alejado de mi pareja siento muchos deseos de verla”. Esta visión del amor como adicción permite discriminar el nivel del mismo basado en los síntomas que presenta un sujeto en una situación similar al periodo de no consumo de un adicto.

Con dicha finalidad se elaboraron las Escalas de Compromiso, Intimidad, Romance y Amor (ECIRA) la cual está constituida por 28 ítems, con 7 preguntas para cada dimensión. Los análisis psicométricos mostraron que cada subescala posee índices de confiabilidad elevados, con valores de alfa de Cronbach superiores a 0,700 en dos de ellas y sobre 0,800 en las dos restantes. También cada subescala posee índices de validez de constructo óptimos, con saturaciones claras de sus ítems con valores sobre 0,400 con valores de varianza explicada superiores al 50% y con validez concurrente de sus ítems. La escala es un instrumento corto, de fácil

aplicación, que permite conocer y comparar los cuatro componentes de la relación de pareja y que resulta adecuado para su aplicación a escolares, universitarios y trabajadores chilenos.

Los análisis muestran al ECIRA como un instrumento adecuado para evaluar los componentes de las relaciones de pareja y abre la posibilidad de utilizar este instrumento en futuras investigaciones en individuos chilenos, aumentando el conocimiento que se puede tener en esta área de estudio.

REFERENCIAS

1. Alberoni F (1997). *El primer amor*. Barcelona: Gedisa
2. Fisher H, Aron A, Mashek D, Li H, Brown L (2002a). Defining the brain system of lust romantic attraction and attachment. *Archives of Sexual Behavior* 31(5), 413-419
3. Fisher H, Aron A, Mashek D, Li H, Brown L (2002b). The neural mechanisms of mate choice: a hypothesis. *Neuroendocrinology Letters* 23, 92-97
4. Fromm E (1956). *El arte de amar*. Barcelona: Paidós
5. Gaja R (1995). *El síndrome del amor*. Barcelona: Planeta
6. Hendrick S (1995). *Close relationships: What therapists can learn*. North Scituate, MA Brooks/Cole Publishing Company
7. Jankowiak W, Fischer E (1992). A cross-culture perspective of romantic love. *Ethnology* 31, 149-155
8. Lee J (1977). A typology of style of loving. *Personality and Social Psychology* 3, 173-182
9. Maureira F (2008). Amor y monogamia como conductas biológicas. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 4(3), 326-330
10. Maureira F (2009). Amor y adicción: Comparación de las características neurales y conductuales. *Revista Chilena de Neuropsicología* 4(2), 84-90
11. Maureira F (2011). Los cuatro componentes del amor de pareja. *Revista de Psicología Iztacala* 14(1), 312-332
12. Páez X (2006). Neurobiología del amor y sustrato biológico de la monogamia. *Seminarios posgrados multidisciplinarios biología celular*. Universidad de Los Andes, Venezuela
13. Retana B, Sánchez R (2005). Construcción y validación de una escala para medir la adicción al amor en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología* 10(1), 127-141
14. Rubin Z (1970). Measurement of romantic love. *Journal of Personality and Social Psychology* 16, 255-263
15. Sternberg R (1986). A Triangular Theory of Love. *Psychological Review* 93(2), 119-135
16. Sternberg R (1989). *El triángulo del amor: intimidad, pasión y compromiso*. Barcelona: Paidós
17. Sternberg R (1996). *Historias de amor*. *Psicología Contemporánea* 3(1), 4-17
18. Yela C (1997). Curso temporal de los componentes básicos del amor a lo largo de la relación de pareja. *Psicothema* 9(1), 1-15
19. Yela C (2000). *El amor desde la psicología social*. Madrid: Pirámide

Anexo
 VERSIÓN FINAL DE LA ESCALA DE COMPROMISO, INTIMIDAD, ROMANCE Y AMOR (ECIRA)

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Me imagino a futuro con mi actual pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Me resulta doloroso y difícil pensar en el término de mi relación de pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Pienso que el amor por mi pareja puede durar toda la vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Siento que mi relación de pareja es estable | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Pienso que mi pareja y yo podemos superar cualquier problema | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Estoy seguro/a de mi relación de pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Quiero permanecer con mi actual pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Le cuento cosas profundas y personales a mi pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Siento que puedo confiar en mi pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Mi pareja y yo nos comprendemos el uno al otro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Mi pareja puede contar conmigo en momentos difíciles | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Tenemos buena comunicación con mi pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Siempre trato de comprender a mi pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Siempre trato de ayudar a mi pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Mi pareja es como el ideal que yo imaginaba | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Suelo recordar las fechas importantes de mi relación de pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Suelo comprar regalos a mi pareja solo para sorprenderla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Abrazo y beso a mi pareja en público | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Soy igual de detallista con mi pareja que al principio de la relación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Me preocupo de los detalles de mi relación de pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Pienso que soy romántico con mi pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Si pudiera pasaría más tiempo con mi pareja del que paso actualmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Me resulta complicado permanecer varios días alejado de mi pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Cuando discutimos y me encuentro alejado de mi pareja siento opresión en el pecho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Cuando discutimos y me encuentro alejado de mi pareja pierdo interés en otras cosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | Cuando discutimos y me encuentro alejado de mi pareja pienso mucho en ella | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | Cuando discutimos y me encuentro alejado de mi pareja siento muchos deseos de verla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | No puedo pasar muchos días peleado con mi pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

