

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 2 JUNIO 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

112 EDITORIAL

- 112 LA CRISIS EN EL DIAGNÓSTICO Y LA TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA EN PSIQUIATRÍA
César Ojeda

114 OBITUARIO

116 ACADÉMICAS

119 COMENTARIO DE LIBROS

- 119 EL ACCESO A LA SUBJETIVIDAD Y LA PSICOTERAPIA. ENSAYO DE EPISTEMOLOGÍA CLÍNICA
Autor: César Ojeda
Editorial: Sodepsi Ediciones, Santiago de Chile, 2016
Comentarista: *Hernán Villarino*
Presentación: *Alberto Botto*

- 124 GESTALT: TERAPIA DE LA SITUACIÓN
Autor: Georges Wollants
Comentarista: *Mark McConville*
Prólogo: *Francisco Huneeus*

130 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

132 ENTREVISTA DE GPU

- 132 VIDA Y DOCTRINA.
ENTREVISTA A JUAN PABLO JIMÉNEZ DE LA JARA

142 ENSAYO

- 142 FACTORES INCONSCIENTES EN LA DETERMINACIÓN DE CICLOS POLÍTICOS POSDICTADURA EN CHILE
Niels Biedermann
- 154 CAUSAS Y COSAS
Hernán Villarino

156 REVISIÓN

- 156 TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO Y PERSONALIDAD II: DESCONTROL CONDUCTUAL, AGRESIVIDAD Y FALTA DE EMPATÍA
Ben-Hur Palma, Elizabeth Horta

- 165 DISFUNCIÓN SEXUAL SECUNDARIA AL USO DE INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA
Gonzalo Espinoza, Carla Sepúlveda, Claudia Wolff, Maritza Bocić

- 168 PSORIASIS Y DEPRESIÓN
Matías Valcarcel, Camila Barrera, Pablo Moreira

174 PSICOMETRÍA

- 174 ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA METACOGNICIÓN: UNA BREVE VISIÓN GENERAL Y MANUAL DE CODIFICACIÓN PARA LA VERSIÓN ABREVIADA (EEM-A) v 2015
Paul Lysaker, Kelly Buck y Jay Hamm

191 EPISTEMOLOGÍA Y PSICOTERAPIA

- 191 EPISTEMOLOGÍA, DESARROLLO Y TERAPIA
Gabriel Soler

202 PSICOANÁLISIS

- 202 LITERATURA Y PSICOANÁLISIS EN LOS ESCRITOS DE SIGMUND FREUD, SEGUNDA PARTE. DOS ENIGMAS: LA CREACIÓN LITERARIA Y LA EXPERIENCIA ESTÉTICA EN EL CAMPO DE LA LITERATURA
Juan Pablo Vildoso

- 208 FREUD, JUNG Y LA COMPETENCIA MAESTRO-DISCÍPULO
Ramón Florenzano, Sophia Igor

216 INVESTIGACIÓN

- 216 ¿QUÉ ELEMENTOS SE INCORPORAN EN LAS EVALUACIONES DE LA ESPIRITUALIDAD Y RELIGIOSIDAD? UNA REVISIÓN DE INSTRUMENTOS VALIDADOS
Catalina Sieverson, Vanessa Evans, Ramón Florenzano, Loreto Fernández

224 REFLEXIÓN ÉTICA

- 224 LA SOBERBIA DEL MÉDICO
Claudio Filippi

LA CRISIS EN EL DIAGNÓSTICO Y LA TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA EN PSIQUIATRÍA¹

César Ojeda

La psiquiatría “a-teórica” ejercida en su nivel más básico, consistente en hacer un diagnóstico y luego indicar un tratamiento farmacológico, muestra una profunda crisis. Todos sabemos las críticas que desde dentro de la psiquiatría ha tenido el DSM-5. Allen Frances, uno de los organizadores del DSM-IV, ha escrito un libro lapidario al respecto: *Saving Normal*², traducido al español como *¿Somos todos enfermos mentales?* La tesis principal del libro es que el mal uso de los manuales clasificatorios así como la utilización de criterios muy amplios o muy laxos (DSM-V), puede conducir a una hiperinflación diagnóstica y a tratamientos innecesarios, “medicalizando” aspectos no patológicos de la vida humana³. Frances plantea que la Psiquiatría debiera evitar incursionar en aspectos normales de la vida y circunscribirse a hacer cada vez mejor su labor terapéutica. ¿Cuál sería esa? Ya lo hemos señalado: hacer un diagnóstico de enfermedad y extender una receta. Tal vez en este planteamiento inicial esté la mayor parte del problema que aquí tratamos y desde allí mismo surja lo que Frances critica. Naturalmente, existen muchos psiquiatras que no piensan a la psiquiatría de esa manera, y que la ven de una forma mucho más amplia y compleja. Creo que Sodepsi pertenece a este último grupo. Sin embargo, el criterio universal es seguir el dudoso ideal médico señalado: hacer un diagnóstico y luego

una indicación farmacológica. Se supone que este ideal es posible y está fundado en las evidencias que entrega la investigación biomédica.

Sin embargo, Richard Horton, Editor en Jefe de la conocida revista *Lancet*, ha declarado que una “chocante” cantidad de las investigaciones médicas publicadas es, en el mejor de los casos, no confiable, pero, con frecuencia, completamente falsa y fraudulenta. Sus palabras exactas son: “Mucha de la literatura científica, tal vez la mitad de ella, simplemente no es verdadera. Son estudios con muestras pequeñas, con pequeños efectos, análisis exploratorios inválidos y flagrantes conflictos de interés, sumado a una obsesión por seguir las tendencias de moda de dudosa importancia: la ciencia ha dado un giro hacia la oscuridad”⁴. Horton afirma sin rodeos que grandes compañías farmacéuticas falsifican o manipulan pruebas sobre la salud, seguridad y efectividad de sus medicamentos tomando muestras demasiado pequeñas para ser estadísticamente significativas. Como si no bastara, contratan a científicos que tienen flagrantes conflictos de interés puesto que poseen un afán casi irracional por conseguir más subvenciones. Al menos la mitad de esos estudios son para Horton completamente inútiles o dañinos. Pero, todos sabemos, los fármacos no quedan en un estante, sino que son ingeridos por millones de “consumidores”; lo

¹ El próximo año Sodepsi, en asociación con la Universidad Austral, realizará un curso de posgrado online sobre este tema, accesible a lo largo de todo el país.

² Allen Frances: *Saving Normal*. William Morrow; 1 Reprint edition (May 14, 2013).

³ Esto nos recuerda el famoso libro de Allan V. Horwitz y Jerome C. Wakefield *The Loss of Sadness*, cuyo subtítulo es “How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder”. Oxford University Press, New York, 2007.

⁴ *The Lancet*, vol 385, 11 de abril de 2015.

que está lejos de ser inocuo, al punto que, para él, esta manipulación tiene el carácter de negligencia criminal. Horton escribió este impactante comentario después de asistir a un simposio sobre la reproducibilidad y confiabilidad de la investigación biomédica en el *Wellcome Trust* en Londres (que posee el carácter de “secreto” respecto de los datos y de las personas involucradas, como si se tratara de delicadas estrategias militares).

Pero su indignación es más profunda aún: “En la búsqueda por contar una historia convincente los científicos muy a menudo *esculpen* datos para que encajen en su teoría preferida del mundo, o *acondicionan* hipótesis para que encajen en sus datos”. No obstante, *los guardianes* de la pureza del conocimiento, es decir, los editores de revistas científicas, merecen en justicia también una dura crítica. “Nosotros ayudamos y apoyamos las peores conductas en este campo. Nuestra aceptación del factor ‘impacto’ alimenta una competencia insana para ganar un lugar entre las pocas revistas selectas. Nuestro amor por la ‘significancia’ contamina la literatura con muchas estadísticas de cuentos de hadas”. “Quienes tienen el poder de actuar –concluye– parecen pensar que alguien debe hacerlo primero”. Efectivamente, en este caso, como en todos los comportamientos hegemónicos vinculados a los poderes económicos, nadie está dispuesto a dar el primer paso para limpiar el sistema, pues frecuentemente, de algún modo, son usuarios de ese mismo poder. Pero, para aumentar la zozobra, podemos agregar que esto no ocurre solo en el área biomédica, sino también en la ciencia en general. Efectivamente, ya en el año 2002 la revista *Nature* hace un exhaustivo análisis del falseamiento de datos en las publicaciones científicas “duras”, incluyendo algunos trabajos publicados por ellos mismos, lo que pone en tela de juicio a los “revisores” y “consejos editoriales” de prestigiadas revistas⁵. La bibliografía sobre

“fraude” en la investigación científica es enorme y está a disposición de quien se interese.

Pero las consecuencias del fraude para los seres humanos en la investigación biomédica son algo muy distinto a falsear datos sobre el estado de plasma de la materia y energía en el universo. Marcia Angell fue durante mucho tiempo redactora jefa de la revista médica *The New England Journal of Medicine* (NEJM), considerada como una de las más prestigiosas del mundo. En el mismo Simposio, Angell sostuvo que “simplemente ya no es posible creer a gran parte de la investigación clínica que se publica, o confiar en el juicio de las directrices médicas autorizadas. No me produce ningún placer esta conclusión, que alcancé poco a poco y a regañadientes durante mis dos décadas como editora del *New England Journal of Medicine*”.

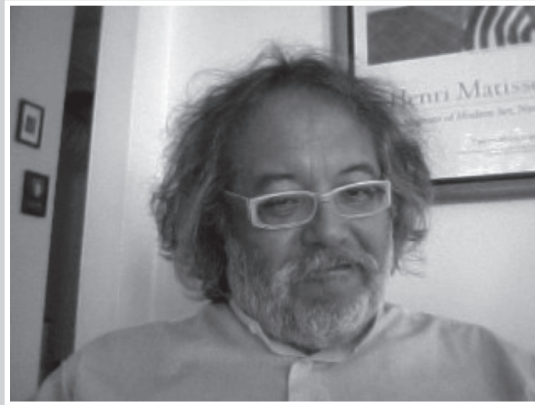
El lector sabe que hay evidencia contundente en el campo de la psiquiatría en el mismo sentido señalado⁶, es decir, nuestra especialidad tiene una severa crisis en sus sistemas diagnósticos y una perversa relación con la terapéutica farmacológica. Luego, si lo que estamos denominando “psiquiatría básica” consiste en hacer “diagnósticos” y prescribir fármacos, la crisis es total.

Todo esto parece escandaloso y triste. No obstante, cabe otra mirada, una que deja atrás el “hacerse el tonto”, el pretender ser lo que no se es, el hacerse cargo de lo que en otros lugares hemos denominado “declaración de incompetencia relativa”, que es una manera, no sé si elegante, de decir que ya no hay espacio para omnipotencias y arrogancias clínicas, teóricas y terapéuticas. Además, permite compartir los límites del conocimiento con muchas otras disciplinas no médicas y consideradas paradigmáticas del “progreso” científico. Sabemos mucho menos de lo que el avance científico ha pretendido, y una dosis de humildad y sentido común parece absolutamente necesaria.

⁵ Para una publicación más reciente ver: *Nature* 463: 142-143, 13 January 2010.

⁶ Sugiero para este efecto revisar el sitio <http://www.medicossinmarca.cl>

OBITUARIO



LUIS TAPIA VILLANUEVA

Con la partida de Luis Tapia Villanueva, Lucho, ocurrida en el mes de Junio, la psicoterapia ha perdido a un original, estudioso y creativo maestro para los que se inician en este campo y para los que siendo sus amigos, disfrutamos de cada uno de sus nuevos aportes. Desde hacía ya algunos años, Lucho venía siendo reconocido además por sus investigaciones y su presencia en la SPA, en la que le cupo una labor dirigencial. Su legado ha quedado recogido en diferentes publicaciones desde el año 1998, en especial las relativas a la psicoterapia de pareja, algunas de ellas aceptadas en revistas más allá de nuestras fronteras.

El recorrido de Lucho estuvo ligado desde joven a su interés por las artes visuales, la pintura, el cine, la literatura y en el campo profesional por la psicoterapia sistémica y el psicodrama. Gran emprendedor, se asoció a diversos y eclécticos grupos de interés dejando a su paso seguidores que lo respetaron y compartieron con él su sentido lúdico de la vida y su humor. Desde esa impronta artística desplegó en los últimos quince años su interés por dejar una obra pictórica y al final, una incursión por la escultura. Como profesional se afincó como académico en la UDD donde tenía su grupo de investigación sin perder su pertenencia docente con el Instituto Chileno de Terapia Familiar (IChTF).

Sus comienzos lo muestran orgulloso de sus orígenes como alumno del Instituto Nacional cuyo himno cantaba en cualquier celebración donde se encontrara con otro ex alumno de allí. Egresó de la Facultad de Medicina el año 1982 y cursó la beca de Psiquiatría, la que terminó en 1985. La psicoterapia era lo suyo postulando al Instituto Chileno de Terapia Familiar desde donde egresó en 1991. En esos años se formó además en Psicodrama en Argentina. En el IChTF fue docente, supervisor clínico y co gestor de diplomados. En el plano de la investigación fue Advisor Editor del Journal of Psychotherapy Research 2008-2010 y Presidente del Capítulo Latinoamericano de la Society for Psychotherapy Research (SPR) en el período 2009-2010. También ha sido miembro del comité editorial de esta revista desde la cual lo estamos recordando.

Ya en los últimos años se incorpora como Profesor a la Escuela de Psicología de la Universidad del Desarrollo desde la cual asume un rol de investigador responsable de varias líneas de investigación en temas de psicoterapia de pareja, algunos en curso a través de sus discípulos.

En lo personal viví cerca de él sus diferentes vicisitudes existenciales, muchas de ellas llenas de gozo, otras de profunda tristeza, en especial con la pérdida temprana de su querida hija.

Juntos (hay que sumar a Rodrigo Erazo) ideamos durante un tiempo lo que llamamos “performances para terapeutas” en las que combinamos trozos de obras poéticas, literatura, cine y teatro. Recorrimos diferentes lugares de Chile en los que había Congresos de nuestra especialidad, nos reímos, hicimos reír y meditar a diferentes colegas, hasta que en la última ocasión nos desubicamos y nos costó nuestro prestigio de performadores, situación que asumimos con hidalguía. Fue aquella una época de articulación de la psiquiatría clínica con el mundo de la psicoterapia en sus diferentes modalidades, donde lo que hacíamos distendía invitando a pensar.

Ha partido un amigo, un buen terapeuta, muy cariñoso, un compañero de tertulias, un hombre que gustaba de su papel de expositor consumado, una persona que deambulaba con una vieja maleta llena de disfraces en su interior, un hombre que nunca aprendió a conducir un auto, que hizo poco deporte, anfitrión como pocos, buen cocinero, degustador de la buena mesa, viajero, contradictorio a veces, rara vez de mal humor, rápido frente a la crítica injusta, solícito, expansivo y extrovertido con los que le conocían, melancólico a ratos que para él eran eternos. En ocasiones hermético y calculador, sin embargo ingenuo. Buen sobreviviente de jornadas duras en momentos cruciales de su vida Y como tal, capaz de levantarse. Un hombre de esos con los que nos gusta estar.

Quiero terminar el recuerdo de este amigo muy querido transcribiendo una poesía de Gonzalo Rojas que gustaba recitar y lo reflejó en sus variadas facetas:

De Contra la muerte, 1964

¿Qué se ama cuando se ama?

¿Qué se ama cuando se ama, mi Dios: la luz terrible de la vida
o la luz de la muerte?

¿Qué se busca, qué se halla, qué es eso: amor? ¿Quién es?

¿La mujer con su hondura, sus rosas, sus volcanes,
o este sol colorado que es mi sangre furiosa cuando entro en ella hasta las últimas raíces?

¿O todo es un gran juego, Dios mío, y no hay mujer ni hay hombre sino un solo cuerpo:
el tuyo, repartido en estrellas de hermosura, en particular fugaces de eternidad visible?

Me muero en esto, oh Dios,

en esta guerra de ir y venir entre ellas por las calles,

de no poder amar trescientas a la vez,

porque estoy condenado siempre a una, a esa una,

a esa única que me diste en el viejo paraíso.

SERGIO BERNALES

ACADÉMICAS



Fotografía: Juan Tapia Villanueva

14º Congreso Chileno de Psicoterapia
12º Congreso Chileno de Investigación en Psicoterapia

[Letra y Música en Psicoterapia]

PANELES · TRABAJOS LIBRES · POSTERS · TALLERES · CONFERENCIA · TERTULIA/FIESTA

**CONFERENCE TOWN,
REÑACA CHILE
AGOSTO, 26 – 28 /2016**

**INSCRIPCIÓN CONGRESO
Y ENVÍO DE TRABAJOS:**

www.congresopsicoterapia.cl
congresopsicoterapia.renaca@gmail.com
Contacto: Daniela Vásquez,
fono: +56994194799
horarios de: 9 a 13 y 14 a 17 hrs.

Invitados Internacionales:

Steven Knoblauch
Universidad de Nueva York, EEUU

Lynne Angus, Ph.D
Universidad de York, Canada

Fernanda Barcellos Serralta
Universidad de Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Susanne Schlueter-Mueller
Psychiatric University Hospitals Basel, Suiza

Klaus Schmeck
Psychiatric University Hospitals Basel, Suiza

Auspicia



Organiza



XXII Congreso Nacional de Psicología Clínica PSICOLOGÍA Y NEUROCIENCIAS HOY

3, 4 y 5 de Noviembre 2016

Universidad Santo Tomás Av. Ejército 146. Santiago.

Invitado Internacional: Ps. Fernando M. Torrente Ph.D.

Director del Laboratorio de Investigaciones Psicopatológicas de la Fundación INECO,
docente e investigador Universidad de Favaloro.



Organiza:
 **SOCIEDAD CHILENA
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**
FUNDADA EL 6 DE DICIEMBRE DE 1979

Auspicia y colabora:
UST
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

1era

Jornada de actualización en **PSICOTRAUMA** Hospital del Trabajador

Viernes 11 de noviembre de 2016

8:15

Vicuña Mackenna 200, Providencia



Metro
Parque Bustamante



Cupos Limitados

Para más información

e inscripción:

jornada2016@psicotrauma.cl

<http://www.psicotrauma.cl>

www.hospitaldeltrabajador.cl

Temas

Vulnerabilidad en trauma,
Tratamiento de urgencia y
prevención secundaria, Primeros
auxilios psicológicos, Psicoterapia
y tratamientos biológicos del
TEPT, E-Medicine en trauma.

Expositores

Dr. Alberto Botto, Ps. Carmen Gloria Carbonell, Ps. Álvaro Carrasco, Dr. Rodrigo Figueroa,
Dr. Alexei Franulic, Dr. Rodrigo Gillibrand, Dra. Diana Poblete

**Servicio de
Psiquiatría
y Psicología**

Hospital del
Trabajador | **AHS**

expertos en trauma y rehabilitación

Auspician



MIDAP
Instituto Milenio para la Investigación
en Depresión y Personalidad



SODEPSI
Fundada en 2009
Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría



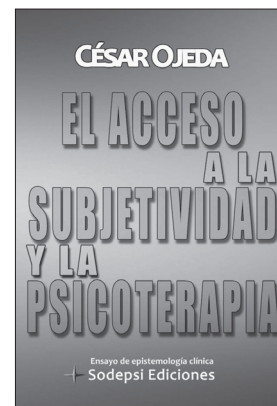
SOCHMET
Sociedad Chilena de
Medicina del Trabajo

EL ACCESO A LA SUBJETIVIDAD Y LA PSICOTERAPIA. ENSAYO DE EPISTEMOLOGÍA CLÍNICA

Autor: César Ojeda

Editorial: Sodepsi Ediciones, Santiago de Chile, 2016

(Rev GPU 2016; 12; 2: 119-123)



Hernán Villarino

La primera tesis del texto es de carácter fenomenológico, y tiene tres momentos. En primer lugar alude a la intencionalidad de la conciencia: no hay una conciencia que viviendo en sí y para sí eventual y facultativamente se dirige a lo otro, siempre es conciencia de lo otro, de lo otro que no es conciencia. La exposición y discusión de este asunto engañosamente simple (muchos lo tienen por una obviedad, incluso por una superficialidad indigna de ser atendida), alcanza en este escrito ese difícil equilibrio que raramente se logra y que consiste en eludir a un tiempo el reísmo y el idealismo, que son posiciones bastante comunes, aunque inadvertidas, del espíritu humano. Se descarta la fórmula reísta que dice que la conciencia es un objeto que se relaciona con otro objeto, porque no puede haber una conciencia por un lado y un objeto por el otro, ya que si la conciencia siempre es conciencia de algo no hay dos términos absolutamente independientes el uno del otro que puedan entrar en relación. Pero también se descarta la fórmula idealista, que consciente del problema anterior niega radicalmente esta independencia diciendo que lo otro es o una creación o un ingrediente de la conciencia, es decir, que lo otro está dentro de la conciencia (en forma de representaciones p. ej.), porque para la fenomenología lo otro no es un producto de la conciencia, sino aquello a lo que no siendo ella se dirige. La fenomenología pone al descubierto uno

de los sucesos más extraños y enigmáticos: el que la conciencia sea un ente que vive y ostenta su ser solo en cuanto tiende, sale y alcanza lo otro que ella no es.

Ahora bien, planteadas así las cosas surge de inmediato un problema: si la conciencia natural es siempre conciencia de algo, ¿cómo podría tener conciencia de la conciencia, de mí mismo, de la primera persona, de la propia subjetividad, toda vez que yo no soy lo otro, es decir, la tercera persona? Si yo recuerdo algo lo que aparece es lo recordado, si imagino lo imaginado, si deseo lo deseado, es decir, lo que aparece a la conciencia en la actitud natural son los objetos de los actos de recordar, imaginar, desear, etc., pero no los actos mismos en que se constituyen esos objetos. Para aprehender el todo de la conciencia se ha de reconocer y distinguir la noesis (acto) del noema (objeto), pero para eso se precisa de un nuevo acto de conciencia, no natural sino reflexivo, cuyo objeto no es lo otro sino la conciencia misma, a cuya luz aparecen ambos en su insoluble solidaridad. Este complejo de acto y objeto aprehendido en la conciencia reflexiva es el que recibe el nombre de fenómeno, donde el acto (noesis) constituye el polo subjetivo de la conciencia, y el objeto (noema) el polo objetivo.

Por último, la conciencia no solo alude a lo otro (3ª persona) o a la propia subjetividad (1ª persona), sino también a los otros (2ª persona), a los otros que son como yo, es decir, al tú, quedando planteado el

problema de la intersubjetividad que es fundamental en el ejercicio de la psicoterapia. Pues bien, al hilo de esta problemática aparece lo que a nuestro juicio es la segunda tesis capital del texto (con antecedentes en Sartre y que de entrada resulta muy contraintuitiva), la que dice que el ego (*yo, self, etc.*) no es la conciencia, sino un objeto al que la conciencia se dirige.

Hasta aquí la psicología ha entendido por conocerse a sí mismo o conocer al otro, como una indagación, estudio y conocimiento de los respectivos egos. El ego es “el nudo de todos los sistemas de creencias, teorías, concepciones del mundo y experiencias que posee cada persona, es decir, la biografía que se teje mediante estos hilos”. Pero la conciencia no tiene habitantes, ningún objeto está dentro de la conciencia, la conciencia está dirigida a ellos. Si soy consciente de un árbol ni está dentro de la conciencia ni consiste en una representación inmanente de la conciencia (idealismo), el árbol está afuera, la conciencia dijimos, es trascendencia. Pero tampoco los actos, es decir, el percibir, imaginar, recordar, etc., (el polo subjetivo), están dentro de la conciencia, solo son modos de conciencia que alcanzan su objeto determinadamente. Si ponemos entre paréntesis nuestros sistemas de creencias, concepciones del mundo, teorías, juicios, prejuicios, simpatías, antipatías, etc., si nos olvidamos de ellas, es decir, de nuestro ego, ¿caemos por ventura en la inconsciencia? Lejos de eso, cada vez que estamos absortos en algo, p. ej. en una psicoterapia o arreglando un mueble, estamos de lleno en la cosa que nos convoca, el propio ego desaparece y solo reaparece cuando algo que mueve nuestro interés personal, p. ej. una llamada telefónica, nos saca de la circunspección en que estamos y nos vuelve a la trama de nosotros mismos, de nuestras ocupaciones y preocupaciones, de nuestro ego, en definitiva. El ego es un objeto más de la conciencia, no es la conciencia misma, y si el ego es todo lo personal de nosotros mismos, la conciencia, que para ser conciencia no precisa del ego, es impersonal.

El que el ego sea solo un factor de autorreferencia para la conciencia, no la conciencia misma, ha sido tempranamente comprendido por la fenomenología, que con la *epojé* ha pretendido ponerlo entre paréntesis. *Grosso modo*, la *epojé* es una abstención de las valoraciones, comprensiones teóricas y causales, hipótesis, etc., propias de la actitud natural, que enmascaran y ocultan los fenómenos (es decir, la conciencia como complejo acto-objeto aprehendido reflexivamente y que es impersonal) de modo que liberados por la *epojé* de la ganga autorreferente, egoica (es decir, de todo lo que tiene que ver conmigo en cuanto singular y concreto, mis propias creencias, convicciones de todo tipo, mi historia personal, etc.) pueden los fenómenos comparecer tal como son.

Hasta aquí, dijimos, la psicología se ha encarado de un modo predominantemente egoico. En el mejor de los casos el psicoterapeuta acude a su tarea premunido de una serie de saberes, teorías, estadísticas, técnicas, etc., que están destinadas a conocer y a orientar en su propio conocimiento el ego del paciente. Sin embargo la experiencia ha demostrado que los resultados son esencialmente los mismos con cualquiera sea la teoría y la técnica ostentadas. Los buenos resultados de una psicoterapia no dependen de las teorías que la informan, sino de factores inespecíficos como la creencia, alianza, fidelidad, etc.

La propuesta de Ojeda, según la entendemos, es el poder desarrollar una psicoterapia donde el psicoterapeuta sea capaz de soslayar su propio ego para acceder a la subjetividad y experiencias reales del paciente. Pero en la psicoterapia no solo estamos hablando de nuestra conciencia (autofenomenología), sino de la conciencia de un otro que no está en actitud fenomenológica. Es preciso, entonces, una heterofenomenología, término acuñado por Dennett, que en manos de su autor no tiene propiamente carácter fenomenológico pero que con el tratamiento de Ojeda se convierte en un instrumento genuinamente fenomenológico para acceder a la 2ª persona, al tú, al otro, acceso que el psicoterapeuta, que no quiere enredarse en teorías para acceder a lo real, urgentemente necesita.

Ojeda distingue dos caminos para la heterofenomenología: el tú del aprendiz, que quiere por sí mismo lograr la actitud fenomenológica, y la del que quiere acceder fenomenológicamente a la experiencia de otro que no es aprendiz, sino el paciente. El aprendiz, aparte de una guía, requiere en primer lugar de los conceptos fenomenológicos y de sus pasos (reflexión, abstención o *epojé* científica y cultural, variación imaginaria, etc.), pero sobre todo del ejercicio práctico para encarnarlos. La fenomenología occidental ha mostrado los resultados, pero no el cómo de su tarea, lo que ha dificultado su incorporación a la psiquiatría y la psicoterapia, y es aquí, en el ejercicio práctico, donde Ojeda encuentra una valiosa herramienta en el budismo y la meditación, a través de la cual el aprendiz se aproxima al centro impersonal de la propia existencia, que carece de historia y autorreferencias, lográndose un olvido metódico de su identidad biográfica, es decir, poniendo entre paréntesis no aniquilando, lo que constituye su *self*. Es allí donde se constata que los estados psicológicos no son mi propiedad ni constituyen la conciencia plena, son objetos, secuencias que fluyen sin ninguna pauta y que se nos constituyen de diversas maneras. Todo lo que aparece nos llega, nos visita.

Una vez afianzada esta posición de conciencia plena, ganada por el ejercicio de la meditación y en la lucha contra el propio ego, cabe entonces abrirse a los

otros para que nos visiten tal como son, y no revestidos por nuestros conceptos y necesidades. El otro, aunque es un sujeto, es un objeto para nuestra conciencia, que solo se alcanza y constituye como un tal otro cuando no hay filtraciones y mezclas con nuestro propio *self*, contaminaciones que se verifican justamente al tratar con el otro según la pantalla de una teoría objetiva, teorías que no hablan de este individuo ahora enfrente mío en su ser real, sino de un individuo en general, o abstracto, que no está en ningún lugar aparte de la mente o ego del propio terapeuta. Esa plantilla, que en tanto que teoría siempre coloca al otro no como un tú, sino como una 3ª persona, se propone en realidad una tarea imposible y autocontradictoria: objetivar al sujeto, medirlo, tasarlo, limitarlo, etc., deformando su propia experiencia y realidad para hacerlo entrar en el molde o modelo previamente dispuesto.

Ninguna técnica, tampoco la meditación, alcanza a discernir, ni siquiera a entablar una discusión sobre lo que sea real o irreal. Por eso, más allá de la meditación, entendida como procedimiento, Ojeda desciende a lo que la justifica: el propio budismo. Sería demasiado largo y complejo discutir aquí este tema, del que el lector hallará cumplida cuenta en el texto. Solo quisiéramos destacar dos aspectos. En primer lugar, que el budismo no es una teoría, no parte de una serie de observaciones organizadas en conceptos que se encadenan en juicios y silogismos, sino de una experiencia hecha por el propio autor de la doctrina. Pero no se trata ni de una experiencia privilegiada suya ni de una experiencia cualquiera, sino de una que es universal y que todos conocemos y experimentamos por nosotros mismos: el sufrimiento. En segundo lugar, la realidad universal del sufrimiento induce a cada cual al intento de vencerlo y superarlo, y es aquí donde el genio del Buda pudo comprobar que este enfrentamiento desemboca en una emergencia y reforzamiento del ego, donde somos aún más fuerte e inevitablemente atrapados por él. La meditación budista, y su objetivo de lograr un estado de conciencia exento de ego no es más que el corolario necesario para dar una lucha al mismo tiempo lúcida y con algún viso de éxito frente a ese formidable enemigo que es el sufrimiento, disolviendo su fuente y su alimento que en el fondo es lo que buscan todos quienes acuden a una psicoterapia.

Para concluir quisiéramos hacer cuatro apreciaciones personales que son el resultado de la lectura de este escrito, pero que naturalmente no comprometen al autor. En primer lugar, una cita de Gide abre el texto diciendo que todo ha sido hecho antes y que seguir adelante es seguir hacia atrás para comenzar de nuevo. El acceso a la subjetividad no pretende comenzar todo, no cultiva ni el nefasto prurito de la novedad ni, como es habitual, se disfrazan con lenguaje actual

ideas de siempre. Pero una pura referencia temporal es ambigua. Ya han quedado en el pasado y en el olvido muchas que en su día fueron sonoras novedades pero que resultaron insustanciales. P. ej., hay 400 modelos de psicoterapia y no puede ser que todas sean verdaderas. Por eso, volver, en sentido estricto, es volver al origen. Esta no es una simple discusión con lo que hoy se entiende por psicoterapia, ni tampoco una pugna con esta o con esta otra, sino una indagación original, es decir, sobre el origen, que no es de ayer ni de hoy, sino lo que permanece cuando el hoy y el ayer se han consumido.

En segundo lugar, el título dice acceso a la subjetividad y la psicoterapia, no dice *y a la psicoterapia*. La psicoterapia aparece aquí subordinada al acceso a la subjetividad: tanto hay de acceso a la subjetividad tanto hay de psicoterapia. En otras palabras, la psicoterapia depende del acceso a la subjetividad, y ninguna se puede justificar si primeramente no lo ha garantizado, si no ha demostrado que efectivamente accede a ella, si no puede enseñar a todos y a cualquiera los caminos que a ella la llevan. Las teorías suponen, en general, una elección y convicción del propio terapeuta. Paradójicamente implican una transposición de la subjetividad del terapeuta en la del paciente. Si tiene algún sentido la palabra narcisismo, es este, el de un sujeto que en el trato con el otro ve en él, como en un espejo, eternamente replicadas su propia imagen, ideas y figuras.

En tercer lugar, habitualmente entendemos por subjetividad algo privado, escondido, incluso secreto, de modo que acceder a ella es un trabajo propio de detectives, o de gente muy pero muy astuta convenientemente prevenida de incontrastables escalas, modelos, cuestionarios, estadísticas, etc. ¿Y qué si resulta que la subjetividad es lo abierto, lo que está a la vista de uno mismo y de todos? ¿Y qué si el verdadero misterio no está oculto en ninguna gruta sino expuesto a la luz del día? El trabajo psicoterapéutico se entiende como el de los mineros: adentrarse en oscuros laberintos iluminados por la incombustible antorcha de la teoría. Pero no, si algo ha de verse ha de estar bañado y penetrado por la luz natural, lo visto ha de ser patente y mostrarse a sí mismo. El camino hacia la subjetividad es inverso al de las teorías: son las que sostienen tanto los tratantes como los tratados las que oscurecen su acceso.

Por último, a partir de este texto cabe postular una nueva clasificación de las psicoterapias: las egoicas o sustentadas en teorías, y las no egoicas o basadas en la experiencia. Solo hay dos especies de psicoterapias, aunque bajo una de ellas caigan al menos 400 individuos y en la otra uno solo. Será estimulante conocer el juicio y discusión de los expertos para ver cuál de estas dos especies responde a las reales exigencias y necesidades de una psicoterapia.

Presentación del libro de Dr. César Ojeda

Alberto Botto

Estimados lectores:

Es un honor para mí presentar el nuevo libro del Dr. César Ojeda “El acceso a la subjetividad y la psicoterapia” publicado por SODEPSI Ediciones; sin embargo no debiera dejar pasar una advertencia preliminar –aplicable, por lo demás, no solo a los ensayos sino a cualquier trabajo literario–: toda presentación debiera ser innecesaria. Sobre todo para un texto como este, cuya fuerza reside en una extraña capacidad autoexplicativa y que, en concordancia con su tesis, evidentemente ha sido escrito pensando en el *otro*. ¿Y no es acaso el otro siempre un lector? Por eso, para comenzar es necesario decir que todo el texto está equilibrado por la presencia del otro. Incluso el estilo: directo, limpio y depurado de tecnicismos, pareciera haber sido determinado por esa ineludible presencia (¿o más bien *ausencia*?). Esto queda demostrado en el propio acto de lectura donde inmediatamente se establece un *diálogo* a partir del cual más que respuestas –que las hay, sin lugar a dudas– lo que aparecen son preguntas. Para decirlo de una vez: este libro no requiere presentación. En consecuencia, lo que intentaré es mostrar algunos pasajes de ese diálogo mediante interrogaciones, notas y comentarios que fueron surgiendo a la largo de su lectura.

Una primera pregunta tiene que ver con el sentido del término *acceso* respecto al de *subjetividad*. Si a la subjetividad (del otro, pero también a la propia) es necesario *acceder*, ¿significa esto que en algún sentido nos encontramos fuera de ella? Y, de ser así, ¿dónde?, ¿cuál sería ese lugar? Tal vez todo quede resumido en la antigua sentencia pindárica: *llega a ser quien eres*; esto es: otro. Llegar a ser quien se es implica dejar de ser quien se era para, asumiendo dicha ausencia, pasar, en definitiva, a ser *otro*. En todo caso, es claro que para lograr ese acceso se requiere de un *método*. Porque aquí no hablamos de cualquier sujeto, sino de dos subjetividades que aceptan ciertas fronteras: la del terapeuta y la del paciente. En consecuencia, se trata del acceso a la subjetividad del otro como *paciente* y asimismo a todos los *otros* que habitan (y conforman) su subjetividad: sus padres, parejas, amigos y conocidos. Esta comunicación consiste necesariamente en que el terapeuta tiene que ser *otro* para el paciente. Y el paciente tiene que estar dispuesto a recibir (o no) aquello que el terapeuta le

ofrece, es decir: tiene que estar dispuesto a ser visitado por la interpretación (o un consejo, o una aclaración).

Ciertamente este no es un texto sobre *técnica* de psicoterapia (y creo, además, que allí reside su relevancia y trascendencia), sin embargo el *método* alude a un *camino* para conocer al otro. Entonces ¿quién es realmente el terapeuta? Y, desde ese lugar, ¿cómo conoce y de qué manera se relaciona con ese otro que es su paciente? Indudablemente, un psicoterapeuta es más que un sujeto con su ego suspendido y más que un monje budista entrenado en meditación y bastante más que un filósofo experto en fenomenología. Pero –y esto la investigación empírica lo ha dejado muy claro– un terapeuta no es solo alguien que ha estudiado una teoría acerca de la mente y una técnica para intentar curarla. Sabemos que una psicoterapia silvestre es muy difícil de sostener (más allá del “psicoanálisis express” como el que Freud le practicara a Gustav Mahler durante unas pocas horas), y que, por otra parte, el apego irrestricto a la técnica puede resultar en una intervención vacía y carente de sentido. Pareciera, entonces, que primero hay que aprender para después desaprender, en una especie de “no saber sabiendo”. En todo caso, pienso que este libro muestra la manera en que, desde sus fundamentos, se construye el encuentro con el otro en psicoterapia. Después podrán venir técnicas y teorías. En ese sentido, tal como sostiene César Ojeda, “el terapeuta no sabe más que el paciente, y su hacer consiste en ser conciencia. El paciente sabe mucho de sus otros, pero no lo ve con claridad por la autorreferencia propia del ego. La interpretación es desvelar lo que está implícito en esos otros, es verlos desde la conciencia compartida y no desde el ego de cada cual”.

Seguramente para muchos, dentro de los que me incluyo, los capítulos dedicados al budismo dejarán abierta toda una dimensión para explorar. La infinidad de sentidos, correspondencias y similitudes entre las Nobles Verdades y la psicoterapia resulta fascinante. Probablemente el oficio del terapeuta se ubique entre la segunda y la tercera verdad (Samudaya y Nirodha). Más específicamente, en la tarea de evitar la adicción, el apego a las cosas y, en consecuencia, el sufrimiento. En ese sentido, resulta paradójico que en estos tiempos donde la teoría del apego ha tomado tanta relevancia para ciertos enfoques psicoterapéuticos, perfectamente

podría plantearse la necesidad de desarrollar una “Psicoterapia basada en el Desapego”.

Un aspecto que quisiera destacar es la *dimensión ética* que se encuentra implícita en la tesis del libro y que, evidentemente, rebasa los límites del proceso psicoterapéutico. ¿Cómo, si no, comprender la relación con *lo otro*? Ya sea dentro o fuera del espacio terapéutico, el reconocimiento del otro como un objeto más de la conciencia, que se encuentra –utilizando una imagen espacial que alude a la jerarquía y, en último término, al poder– no *arriba* ni *abajo* sino *al lado* del yo, debiera bastar para reflexionar acerca de la manera en que nos relacionamos con *lo otro*; eso *otro* donde *el otro* es tan objeto como el yo. De esta manera, el acceso a la subjetividad sería un ejercicio de desplazamiento de la atención sobre el yo dentro del campo de la conciencia. Como sujetos mostramos una persistente inclinación por el yo, pero si seguimos a Sartre en la “trascendencia del ego”, para la conciencia el yo es tan otro como el otro. El yo y el otro de lo otro forman parte de la conciencia (son objetos de conciencia), pero no la definen. El acceso a la intersubjetividad consistirá, entonces, en el desplazamiento del yo del centro de la conciencia para acceder al encuentro con el otro. De esta manera podría definirse la ética del sujeto. Y que, como plantea César Ojeda en su libro de una manera bella y simple, en la psicoterapia tendría estos tres elementos: (1) quitarse de en medio, (2) poner palabras y (3) creerle al paciente.

Son demasiadas las relaciones que se pueden establecer entre el otro, lo otro y la literatura. Posiblemente toda la literatura no sea más que una forma de establecer relaciones con lo otro. Me parece que Borges y Octavio Paz son los autores que más se han acercado a

ese vínculo. Un volumen de poemas de Borges se titula, justamente, “El otro, el mismo” y en Paz el concepto de “otredad” circula por toda su obra formando una red de vasos comunicantes. Hay una frase bastante enigmática que aparece en una de las primeras cartas que escribió Rimbaud –y que los exégetas de su poesía han interpretado de las más diversas maneras– que dice simplemente: *Yo es otro* (“Je est un autre”). Creo que esa pequeña frase resume la experiencia del sujeto (y la intersubjetividad) al escenificar justamente aquello que falta, la carencia como fundamento, el vacío del *subiecto* que busca ser completado *en y por* el otro. Tal vez la pregunta más radical no sea ¿cómo sé que el otro es *otro* y no una cosa?, sino ¿cómo sé que yo soy yo y no otro?

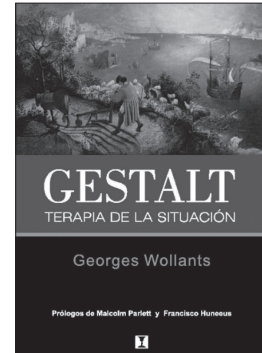
Por último, un par de ideas en relación con el epílogo. Recuerdo que hace un tiempo César Ojeda me enseñó un término que, desde entonces, no he dejado de utilizar: el “derecho del lector”. En qué página ejerzo el derecho del lector de abandonar –o continuar– la lectura del libro es el momento en que ese libro (un ensayo, un relato o una novela) puede transformarse en bueno o malo. En consecuencia, un mal libro será aquel que debemos abandonar porque sencillamente no sintonizamos, no nos contactamos, no logramos armar un “vínculo”. Lo mismo ocurre en psicoterapia. Al contrario, un buen libro es aquel con el cual establecemos una alianza indestructible, apasionada, amorosa y que no podemos terminar. En ese sentido, pienso que los buenos libros son aquellos que se encargan de terminar con nosotros. Son ellos los que nos abandonan. Como los pacientes. Siempre que termino un buen libro siento que el libro terminó conmigo. Y este libro, ciertamente, lo hizo.

GESTALT: TERAPIA DE LA SITUACIÓN¹

Autor: Georges Wollants

(Rev GPU 2016; 12; 2: 124-129)

Mark McConville



MI primer encuentro con la terapia gestalt ocurrió a principios de los años 1970 cuando era alumno graduado de la Universidad Duquesne, cuyo programa de psicología estaba firmemente enraizado en la tradición existencialista y la fenomenología europea. En esa época leíamos al pasar el libro de Perls, Hefferline y Goodman (PHG)², y además nos mostraban algunas filmaciones de Fritz Perls en acción. Sin embargo ninguno de mis profesores parecía tomar muy en serio la terapia gestalt. Estaban intrigados por su énfasis en la experiencia inmediata, asentían ante sus esfuerzos por anclar su metodología en un modelo de campo del fenómeno psicológico. Pero encontrábamos que el PHG era insuficiente debido a la naturaleza políglota de su teorización, particularmente sus invocaciones al modelo biológico homeostático. Parecía un noble intento de desafiar la psicoterapia tradicional, pero a través del lente de la fenomenología existencial lo considerábamos insuficientemente radical.

Cuando miro hacia atrás mis encuentros con el PHG pienso que el libro me resultó muy confuso. En algunas partes el texto parecía proponer una fenomenología radical de la experiencia y la conducta (p. ej., en su teoría del sí mismo “self”); mientras que en otras parecía ser demasiado cercano a los modelos científicos naturales que durante mucho tiempo han caracterizado a la psicología estadounidense. Tal vez por eso no sea sorprendente que la terapia gestalt se asociara en

esos días, no con sus ambiguas proposiciones teóricas, sino más bien con el estilo de intervención altamente característico de Fritz Perls. Y esto, en esa época, me parecía que era tanto la fortaleza como la debilidad de la terapia gestalt. De hecho, observar a Fritz era fascinante y muy instructivo, aun cuando yo estuviera bastante lejos de captar un marco teórico coherente de cómo hacía su práctica.

Mi rechazo inicial a la terapia gestalt comenzó a cambiar años después por varias razones. En primer lugar, cuando llegué a Cleveland tuve la oportunidad de observar en acción a varios “maestros practicantes” de la terapia gestalt, especialmente a Sonia Nevis y Joseph Zinker. Aquí había algo que realmente captó mi atención; incluso podría decir que me dejó helado. Cuando ellos demostraban la terapia gestalt había una simplicidad no forzada y mucha elegancia en sus intervenciones, una franqueza directa fundamentada de su método y un impacto en sus clientes que me pareció transparente y mágico a la vez. De hecho, aquí yo sentía que estaba siendo testigo del existencialismo y la fenomenología en acción en la práctica clínica. Me asombraba la simplicidad y la fuerza de su trabajo. Me quedó claro que los practicantes de la terapia gestalt sabían algo que yo ignoraba, algo que faltaba en mi propio entrenamiento, y quise saber qué es lo que era. Volví con humildad al PHG y comencé un largo viaje tratando de encontrarle sentido.

¹ Traducido del inglés al castellano por Francisco Huneus. Reproducido con autorización.

² Sigla del libro publicado por Julian Press, N.Y., en 1951. En español: *TERAPIA GESTALT: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*, F. Perls, R. Hefferline y P. Goodman (Madrid: Los Libros del CTP, 2001).

Ahora, a la luz de la evolución continua de la terapia gestalt, puedo ver que no estaba de ninguna manera solo en mi inquietud acerca de su marco teórico original. De hecho, a lo largo de los años se ha desarrollado una tradición de estudiosos que han asumido el ambicioso desafío de abocarse a las ambigüedades y contradicciones del PHG, separando el trigo del modelo fenomenológico radical de Goodman, de la paja de las metáforas biológicas y el tema del sí-mismo-aislado de Perls. Los nombres de Gary Yontef³, Malcolm Parlett y Gordon Wheeler⁴ surgen como arquitectos claves de este proyecto de retroadecuar el genio de la práctica de la terapia gestalt con una infraestructura que podría enmarcar en forma adecuada sus orígenes y soportar coherentemente su desarrollo progresivo. Ahora a esta lista de pensadores gestálticos fenomenológicos debemos agregar confiadamente el nombre de Georges Wollants, cuyo texto actual sitúa firme y dramáticamente a la terapia gestalt dentro del contexto de su marco teórico histórico.

El objetivo declarado de Wollants en su libro es que “la terapia gestalt puede beneficiarse al establecer un vínculo más estrecho con sus raíces teóricas en Europa”, incluyendo a la psicología gestalt de la escuela de Berlín y la tradición fenomenológica husserliana. Rinde homenaje a la importante reescritura fenomenológica de la terapia gestalt realizada por Yontef y Wheeler y, de hecho, en muchos aspectos sus reformulaciones de la terapia gestalt son muy similares. Sin embargo su intención explícita es reconectar la teoría de la terapia gestalt con las tradiciones intelectuales europeas que son su legítima fuente y su hogar. Una mirada rápida a las referencias de Wollants muestra que ha tomado en serio su propuesta: Heidegger, Merleau-Ponty, Binswanger y Buytendijk, por nombrar solo algunos de los citados. Me impresiona especialmente que Wollants esté familiarizado con J.H. van den Berg, entre los exponentes clínicos de la fenomenología más lúcida, pero cuyo nombre está conspicuamente ausente en la literatura de la terapia gestalt.

Wollants anticipa su tesis desde el título mismo de su libro y ya en sus páginas iniciales dice que el verdadero dominio o ámbito en la terapia gestalt es la “situación”, el irreducible “intercambio de interacciones relevantes del ser humano y su entorno...”. Presenta esto como una rectificación a la inherente ambigüedad del PHG, cuya “doble lectura” muestra (siguiendo a Wheeler) que se mueve entre visiones de la psicología

humana como “intrapersonal” (el sí mismo en aislamiento) y como “interaccional y situacional”.

Esta “doble lectura” revela una confusión filosófica aún más profunda que se refleja claramente en el uso del término “campo” en terapia gestalt. Porque, como indica Wollants, “la teoría de campo” tiende a ser un término genérico para una serie de enfoques diferentes de la “realidad”. Puede referirse a lo transfenoménico, a lo material, al campo físico o a un organismo físico y su entorno, o también puede designar el campo fenoménico, experiencial conductual, o el campo psicológico de la persona que observa y su mundo fenoménico” (p. 4).

Esta no es una distinción trivial porque marca el límite entre la terapia gestalt concebida dentro de un contexto positivista científico natural y una terapia gestalt concebida como la expresión de una visión de mundo fenomenológica radical⁵. El propio Wollants no tiene ambigüedades en su rendición fenomenológica de la terapia gestalt: “...el cliente final de nuestro trabajo psicoterapéutico es la interacción de la persona y su entorno fenoménico, lo cual a su vez implica que el terapeuta gestalt define los problemas personales en términos de la totalidad interactiva que considera a la persona y su mundo” (p. 3). Wollants establece una y otra vez que si la terapia gestalt ha de constituir un sistema internamente coherente y práctico, tiene que basarse explícitamente en los fundamentos sólidos de la filosofía fenomenológica. Wollants de ninguna manera es la primera persona que enfatiza este punto, y lo hace en una forma más consistente, profunda e insistente.

La “actitud fenomenológica”, bien entendida, disuelve la distinción filosófica de “esencia” y “existencia” que subyace a la tradición del pensamiento científico occidental –como si la “realidad” de una cosa, persona o situación, de alguna manera existiera en y por sí misma en un estado noúmeno de “objetividad”, que podría ser descubierta por un experimento concebido cuidadosamente o por un astuto diagnóstico clínico. Durante mucho tiempo la literatura de la terapia gestalt se ha referido a la “actitud fenomenológica” como una característica identificatoria de su enfoque. Con demasiada frecuencia la literatura ha equiparado, de manera débil e imprecisa, la actitud fenomenológica con un mero respeto por la experiencia en primera persona del cliente.

³ *Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica*, Gary Yontef (Santiago de Chile: Cuatro Vientos, 1995).

⁴ *Vergüenza y soledad*, Gordon Wheeler (Santiago de Chile: Cuatro Vientos, 2005).

⁵ Merleau-Ponty discute el mismo tema para la psicología gestalt en *La estructura del comportamiento* (1942), donde argumenta que la psicología gestalt estableció la premisa fundamental (la reducción husserliana), y sin embargo, continuó enmarcándose dentro de una visión de mundo dualista, cartesiana (N. del A.).

Wollants ofrece una comprensión mucho más robusta de la actitud fenomenológica que representa fielmente las percepciones seminales de Husserl y Merleau-Ponty dentro del mundo de la psicoterapia. Merleau-Ponty, al explicitar el son del clarín de Husserl: “retornar a las cosas en sí mismas”, definió que la actitud fenomenológica nos orienta acerca del grueso fundamento de la experiencia originaria, encarnada perceptual, “...aquel mundo que precede al conocimiento, sobre el cual el conocimiento siempre habla y en relación con el cual cada esquematización científica es un resumen y un lenguaje de señas derivado...” (1962, p. ix). Wollants logra rendir esta actitud operable en psicoterapia orientándonos hacia el cuadro irreducible de las situaciones de mundo-vida que el cliente trae consigo a la sala de consultas, y a la *situación* ambigua, inescapable y preñada que el terapeuta y el cliente se encuentran obligados a enfrentar.

Antes de mencionar algunos de los contenidos de áreas del texto de Wollants quiero citar un ejemplo llamativo del refinamiento fenomenológico del pensamiento de Perls y Goodman. En el PHG Goodman ofreció una teoría del sí mismo (self) que representa esencialmente una “reducción husserliana del fenómeno del sí mismo que se ha convertido en la marca distintiva de la terapia gestalt. Goodman define el sí mismo como aquello que precede y es supuesto tanto del lado del sujeto (“conciencia”, “respuesta”, “yo”, etc.) como del lado del objeto (“estímulo”, “ambiente”, etc.) de la partición cartesiana. Así entonces, la conocida formulación de Goodman de que “...los pensamientos y las emociones, los objetos y las personas, son abstracciones significativas únicamente cuando son referidas de vuelta a sus interacciones del campo” y “el complejo sistema de contactos necesarios para el difícil campo que llamamos ‘sí mismo’” (PHG, pp. 372, 373).

Al completar su análisis Goodman toma algunos de los constructos freudianos “yo” y “ello” (id) e intenta llevarlos al marco teórico que él ha establecido. Se refiere a ellos como “estructuras especiales del sí mismo” y subraya que la “clasificación, descripción y análisis de las posibles estructuras del sí mismo son... la materia misma de la fenomenología” (p. 378). Pero este análisis de Goodman, especialmente con respecto al “ello” es (por usar una de sus palabras favoritas) algo “fútil”, vale decir, carente de brillo y tenue. Probablemente por eso el concepto de “la estructura del sí mismo” casi ha desaparecido de los escritos gestálticos.

Haciendo eco del trabajo de J.M. Robine y Des Kennedy, Wollants toma este prometedor hilo del PHG y lo trae a la vida, abriendo como los pétalos de una rosa la frase utilizada por Goodman, “El ello (id) de la

situación”. El ello de la situación, escribe, es el fundamento de la capacidad de la toma de conciencia, “lo dado de la situación”, “la manera del cuerpo de vivir su situación todavía no diferenciada en sus partes” (p. 80). Y logra realizar con elegancia el trabajo de Goodman de reformular esa percepción psicoanalítica dentro de un marco teórico fenomenológico. Citando a Waelhens, un notable estudioso de Merleau-Ponty, señala que “Los datos sensoriales esperan el surgimiento de una actitud receptiva en mí, pero esta no nace del yo personal, sino más bien de un terreno impersonal subyacente, una fuerza existencial y anónima” (p. 79).

Más adelante, para profundizar su descripción de la naturaleza corporal de la toma de conciencia, Wollants introduce la provocativa frase “*bodying forth*” (encarnar o corporeizar)⁶ para expresar lo impersonal, “...la aparición de una evaluación de la situación del individuo, a una sensación corporal más bien vaga, difusa y más global. El “ello” [*it*, pronombre impersonal: lo, la, el, ello, ella, eso] marca su relación con el mundo, sin saber exactamente de qué se trata esta relación” (pp. 121-122). Y aún más adelante, en sus capítulos sobre la práctica psicoterapéutica, enfatiza el papel central en el proceso terapéutico de la apertura del terapeuta y sus entonamientos al “ello” del encuentro terapéutico. La descripción de Wollants del “ello de la situación” es representativa de su pensamiento en general, y el punto que quiero enfatizar es como él toma los aspectos de la teorización de Goodman y los abre, en un hermoso lenguaje descriptivo, exponiendo con mayor claridad y radicalidad las reformulaciones fenomenológicas que están en el corazón del PHG.

Wollants hace cosas similares en sus capítulos sobre el desarrollo, la psicopatología y la psicoterapia, ofreciendo en cada instancia una formulación fenomenológica del cuerpo de trabajo de la terapia gestalt. Con respecto al desarrollo, promueve y amplifica el proyecto de Lewin hacia un enfoque ecológico del desarrollo, y se hace eco de Laura Perls y Gordon Wheeler al subrayar el papel crucial del apoyo ambiental en el proceso del desarrollo. En el capítulo “Situaciones Adversas” pone de cabeza a la psicopatología tradicional declarando que los llamados “trastornos mentales” representan “una perturbación de las relaciones recíprocas entre la

⁶ El idioma inglés utiliza la palabra “*body*” (cuerpo) como el componente verbal de una frase verbal, usado principalmente con el adverbio “*forth*”, por ejemplo “*to body forth*”, que significa exteriorizar, presentar o manifestarse a través del cuerpo. Hemos optado por usar el término encarnar o corporeizar, que nos parece equivalente (N. de los T.).

persona y su entorno fenoménico" (p. 56), cuando los síntomas se comprenden mejor como intentos significativos de afrontar tales perturbaciones. La patología que muestra no es en absoluto "psico", sino situacional.

Si bien muchas partes de su libro provocan y cautivan, mi favorita es el capítulo "La Situación Terapéutica en la Práctica". Al igual que en otros capítulos, Wollants comienza delineando el marco teórico fenomenológico, situacional, del tema bajo examen. Y escribe:

El objetivo general de la terapia gestalt es ayudar a los clientes a recuperar la libertad para responder adecuadamente a las exigencias de su situación, es decir, para formar una gestalt de (organizar) su interacción con el ambiente, de modo que la relación satisfaga las exigencias de la situación en su conjunto, permitiéndole al cliente completar las tareas de desarrollo que estén detenidas (p. 139).

Luego elabora algunos conceptos familiares a la práctica de la terapia gestalt: trabajar en el presente, comprender al cliente en su contexto, y su basarse terapéutico en la actitud fenomenológica. Sobre este último punto, la implementación terapéutica de la actitud fenomenológica, Wollants tiene un éxito espectacular. Muchos autores han intentado tomar las proposiciones de sus padres fenomenológicos –Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty– y mostrar su relevancia en la práctica concreta de la psicoterapia. Pero, como ya he dicho (McConville, 2001), muchos de estos intentos se han visto disminuidos por malentendidos fundamentales y simplificaciones muy convenientes de la reducción husserliana. Yo propongo que Wollants está en lo correcto. Él hace notar que la terapia es esencialmente "un tipo de investigación fenomenológica", y eso es precisamente lo que quiere decir.

El pensamiento de Wollants a lo largo de este libro demuestra una profunda familiaridad con Husserl y Merleau-Ponty, y su descripción en su proceso terapéutico definitivamente revela la aplicación grácil de su método –la tan propalada reducción fenomenológica– en la práctica terapéutica concreta. En su formulación de la técnica terapéutica cita el método Lewin de la "aproximación gradual" (que en sí es una encarnación de la reducción de Husserl) al ilustrar el proceso sin un final claro del significado evolutivo que caracteriza a la práctica terapéutica. Muchas veces sentí eso cuando observaba a algunos maestros practicantes trabajando (se me viene a la mente Sonia Nevis): estaba ocurriendo algo más que yo no podía poner en palabras. La descripción del proceso terapéutico hecha por Wollants logra captar satisfactoriamente este "algo más":

Quisiera agregar algo sobre el particular estilo de escritura de Wollants. En la Introducción, Malcolm Parlett dice que el libro tiene un indiscutible "sabor europeo" y un "estilo recursivo", haciendo "más bien una reflexión sostenida" que una prestación lineal o puntual. Y así es. Si uno abre el libro en cualquier página y la lee, encontrará la esencia del argumento de Wollants. Pero sería completamente errado llamar al libro reiterativo o redundante. Más bien es holográfico, donde cada parte expresa la estructura en su totalidad, pero en donde la totalidad, de hecho, es considerablemente más que la suma de sus partes. Es como si el libro en sí mismo representara la aplicación que hace Wollants de los métodos investigativos de Lewin y Husserl –donde en la descripción de Husserl sobre los "bosquejos" perceptuales, cada una de las piezas expresa tanto un perfil específico como un fondo más rico donde también está implicado. Cada página, cada capítulo, constituyen otra pasada sobre un paisaje ricamente articulado, pero solo revelado parcialmente.

Al evocar el método de aproximación gradual de Lewin para la práctica terapéutica, Wollants nota que "el terapeuta y el cliente son capaces de crecer en la situación que están explorando juntos y observar cuáles elementos se instalan en el primer plano en contra del fondo de la situación total" (p. 157). Esta exploración "procede en pasos desde lo general, es decir, la situación total, a lo particular, o sea, la diferenciación de sus partes" (p. 157). Cabe señalar que Wollants ha escrito su exploración de la terapia gestalt exactamente de esta manera, y al hacerlo está modelando el proceso mismo que estaba proponiendo. Aunque solo sea un logro estético, el efecto es bastante notable.

Georges Wollants se dispuso a fundamentar la terapia gestalt, y particularmente el texto seminal de Perls, Hefferline y Goodman, en el "ello" (id) de su propia situación –el fondo europeo del cual emergió como una fuerza importante y potente para dar forma a un movimiento. Y lo ha logrado magníficamente.

Shaker Heights, Ohio, EE.UU.

Octubre de 2010

REFERENCIAS

1. McConville M. (2008). "Let the Straw Man Speak: Husserl's Phenomenology in Context?" *Gestalt Review*, Vol. 5, N° 3, 195-204
2. Merleau-Ponty M. (2000). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Península
3. Merleau-Ponty M. (1957). *La estructura del comportamiento*. Buenos Aires: Hachette
4. Perls F, Hefferline R, Goodman P. (2001). *Terapia gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Madrid: Los Libros del CTP

Prólogo a la versión en español del libro *Gestalt* de Georges Wollants

Francisco Huneus

En su prefacio, Wollants se pregunta: ¿qué tipo de terapia gestalt se hubiera desarrollado a partir de las primeras elaboraciones vacilantes de este método si la mayoría de los intentos de formular y reformular los conceptos fundamentales se hubieran basado en las consideraciones situacionales e interaccionales, y si desde el inicio hubieran sido incorporados en la práctica de la terapia gestalt los puntos de vista teóricos, los principios y las aplicaciones de la Escuela de Berlín?

Aparte de recurrir a la historia multifacética de la difusión de la Gestalt por el mundo –algo recientemente documentado en forma de libro⁷–, podría decirse que, al menos en el mundo anglófono, la historia comienza con la publicación de *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality* (1951, Julian Press) en Nueva York (libro que designaremos como PHG). Frederick Perls, MD, PhD, psiquiatra psicoanalista alemán inmigrante en Sudáfrica; Ralph F. Hefferline, PhD, psicólogo, académico de la Universidad de Columbia, muy cercano a B.F. Skinner y los inicios del conductismo; y Paul Goodman, PhD, autor independiente, poeta, lector de Freud, con formación filosófica y muy interesado en el cambio y la crítica sociales. Perls, educado como psicoanalista por los profesores más distinguidos de Alemania y Austria, durante sus años de exilio en Sudáfrica había desarrollado nuevas ideas humanistas, psicológicas y psicósomáticas acerca de su proyecto. Mientras Perls llevaba años en el fértil laboratorio de su práctica privada, Hefferline y Goodman no tenían experiencia con las ideas de la propuesta central del libro.

Cabe mencionar que Perls había llegado a Nueva York desde su exilio en Sudáfrica con un manuscrito preparado bajo el brazo. Allá había leído un artículo de Goodman en una revista política de izquierda estadounidense, lo cual lo impulsó a buscarlo y reclutarlo como una suerte de escritor fantasma. Hefferline aportó con alumnos reclutados en la universidad como sujetos para experimentos de alerta sensorial. Perls era demasiado ambicioso como para no saber que sin una publicación maciza jamás llegaría a ser reconocido y aceptado en EE.UU. Habían transcurrido cinco años desde su llegada

hasta la publicación de PHG. Fue el inicio de su alejamiento del grupo de adeptos que habían reunido con su esposa Lore.

El libro es una expresión perfecta de las diferencias no resueltas, y marca la separación de la terapia gestalt de la concepción original de su fundador, diferencias que se mantuvieron sin resolver entre los tres autores y otros del círculo de Perls. Por lo demás, y como era de prever, la convivencia del intelectualismo del Nuevo Mundo y las ideas experimentales de Perls iban a ser una relación áspera con mucha gente que durante los años siguientes lo descalificaría, y él a su vez declararía “obsoleto” su propio libro *Gestalt Therapy*, debido a que en él se transmitía un enfoque acerca del pensar y la comunicación que ya había abandonado. Era obvio que la brillantez propia de su hablar sencillo, junto a la inmediatez de su método dramático, le traerían más detractores que amigos en el ambiente neoyorkino, lo que finalmente redundó en su largo peregrinaje al sur y al oeste de EE.UU.

En otras palabras, incluso antes de que la terapia gestalt se alejara de su primer entorno, ya estaba en conflicto consigo misma. Estos fueron los primeros veinte años de la terapia gestalt en EE.UU., desde donde comienza su lento peregrinaje a Europa gracias a algunos miembros del grupo original, especialmente Isadore From y Lore Perls, quienes siguieron difundiendo la versión que llegaría a ser conocida como la Gestalt del Este y el libro *Gestalt Therapy* como su texto fundante.

Finalmente, en 1967, Perls se establece en Esalen, de donde provendrán algunos filmes y libros que fueron traducidos y difundidos a buena parte del mundo hispanoparlante, iniciando una corriente más formal y ritualista, donde con muy poca teoría se mostraba otro estilo: la silla caliente, la oración de la Gestalt, trabajo de sueños, la silla vacía y eslóganes (las culpas son resentimientos); y al mismo tiempo, más desenvuelta, reflejando el temperamento de un Perls liberado en tiempos de cambio: el movimiento de potencial humano y el mundo nuevo que surgiría.

Esta es la Gestalt que conocimos primero y la que nos cautivó desde el primer momento. Era la Gestalt del Oeste, por provenir de California. En los países de habla hispana y Brasil los comienzos ocurren en los años 70, época muy convulsionada por los efectos sociopolíticos

⁷ E. O’Leary (2013). *Gestalt Therapy around the World*. Chichester, Inglaterra: John Wiley & Sons, Ltd.

represivos de la Guerra Fría en Sudamérica. En esos primeros años la difusión y aplicación de la terapia gestalt fueron muy poco visibles y ocurrían principalmente en grupos de estudio y formación autogestionados en torno a psicoterapeutas que habían viajado o que se basaban en literatura escasa y difícil de conseguir⁸. La publicación, en 1974, de *Gestalt Therapy Verbatim*, de Perls, como *Sueños y Existencia* fue para sus lectores un alivio de la represión y desolación que vivíamos en esa época en casi todos los países de Latinoamérica y España, que aún no se sacudía de Franco. Cabe señalar que *Sueños y Existencia*, al igual que todos los demás libros de Real People Press que seguimos publicando, siempre tuvieron que ser sometidos a la censura de la dictadura militar. Desde esta perspectiva, no es de extrañar que la Gestalt que se comienza a difundir fuera acogida con entusiasmo y pasión. Era una idea aperturista, esperanzadora, libertaria, eficaz y aplicable. La publicación de PHG en español, 51 años después de su aparición en inglés, sin duda ha llegado a ser un importante aporte a aspectos teóricos que estaban en falta. Al menos en Latinoamérica (incluyendo México), donde ya hay una buena experiencia clínica y pedagógica a pesar de las pocas oportunidades de formación académica, afortunadamente la Gestalt todavía no se convierte en una ortodoxia, lo que le da espacio para profundizar e innovar hacia otros campos del quehacer psicoterapéutico.

Esto nos muestra cuán compleja y fascinante ha sido la propagación de una buena idea para gente

relacionada con la asistencia a personas, así como para uno mismo como filosofía de vida. Sin embargo, también nos muestra que los viajes de los Perls y sus migraciones desde Berlín a Sudáfrica y EE.UU. fueron determinantes. No solo las distancias sino que la barrera del idioma también han sido problemáticas, porque la mayoría de los autores publican en inglés, y si no lo hacen son desconocidos en el resto del mundo.

Este libro, escrito en flamenco y afortunadamente traducido y publicado en inglés en 2007, nos viene bien, pues nos acerca a los maestros que fueron los teóricos gestalt en la tradición de la Escuela de Berlín. Esta obra esclarece matices de una teoría aún incompleta, y si bien sigue la misma tradición, su interpretación por Wollants es hermosa y rigurosa. Nos muestra claramente algunas falencias de quienes nos antecedieron, y de hecho presenta varias ideas que no han sido bien entendidas por los estadounidenses.

Creo sinceramente que todos vamos a enriquecernos, sea cual sea nuestra predilección en cuanto a la interpretación del mensaje profundo de la terapia gestalt. A casi 65 años del “lanzamiento” de esta, por fortuna llega una obra que vendrá a completar importantes vacíos que nos han quedado a quienes vivimos en el mundo hispanoparlante.

Y confieso que no ha sido una traducción fácil⁹.

27 de junio de 2015
Ñunoo

⁸ F. Perls, R. Hefferline y P. Goodman (2002). *Terapia gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Madrid: Los Libros del CTP. El libro se hizo en dos partes. La primera consiste en el enunciado de ejercicios de toma de conciencia inventados por Perls, realizados por los alumnos de Hefferline, cuyas experiencias fueron recopiladas y editadas por el mismo Hefferline. En sus primeras ediciones el libro llevaba al inicio lo escrito por Perls/Hefferline, y luego la sección de Perls/Goodman. Posteriormente, tal vez en una campaña por alterar y elevar la Terapia Gestalt, el libro se reeditó en el orden inverso. Así es como nos llegó en su traducción al mundo hispanoparlante.

⁹ Agradecemos especialmente a Carmen Vázquez, Sandra Isella, Eugenia Zalazar y Rolando Pihán, por sus lecturas críticas y sagaces propuestas de terminología (N. de los T.).

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



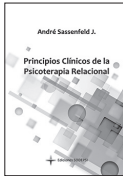
EN BÚSQUEDA DE LA RAZÓN OCULTA

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



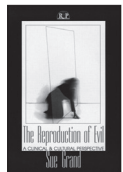
PRINCIPIOS CLÍNICOS EN PSICOTERAPIA RELACIONAL

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



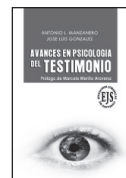
PSIQUIATRAS CHILENAS: PIONERAS EN LA LOCURA

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



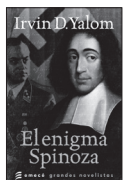
PENSAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

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



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

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



TORTURA Y RESISTENCIA EN CHILE

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



CEROCEROCERO

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



MELANCOLÍA

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



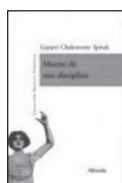
LA PÉRDIDA DE LA EVIDENCIA NATURAL: UNA CONTRIBUCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA

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



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

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



LA PLASTICIDAD EN ESPERA

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



HISTORIAS DE PSIQUIATRAS. TESTIMONIOS DE PSIQUIATRAS CHILENOS

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



EMPATÍA CERO. NUEVA TEORÍA DE LA CRUELDAD

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



LECTURAS AL ATARDECER: OCHO TEMAS ACERCA DEL ENVEJECIMIENTO

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



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

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



LEER AL ENFERMO. HABILIDADES CLÍNICAS EN LA FORMACIÓN PSQUIÁTRICA

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



RELATOS CLÍNICOS: FILOSOFÍA Y TERAPIA NARRATIVA

Autora: Ana María Zlachevsky
Editorial: Ediciones Mayor, Santiago, 2015
Comentario: Rev GPU 2016; 12; 1: 14-15



EL ACCESO A LA SUBJETIVIDAD Y LA PSICOTERAPIA. ENSAYO DE EPISTEMOLOGÍA CLÍNICA

Autor: César Ojeda
Editorial: Sodepsi Ediciones, Santiago de Chile, 2016
Comentario: Rev GPU 2014; 12; 2: 119-123



GESTALT: TERAPIA DE LA SITUACIÓN

Autor: Georges Wollants
Comentario: Rev GPU 2014; 12; 2: 124-129

VIDA Y DOCTRINA

ENTREVISTA A JUAN PABLO JIMÉNEZ DE LA JARA¹

(Rev GPU 2016; 12; 2: 132-141)



JUAN PABLO JIMÉNEZ DE LA JARA

Juan Pablo Jiménez de la Jara nació en San Bernardo el 3 de julio de 1945. Se graduó como médico-cirujano en la Universidad de Chile, y se especializó en psiquiatría en esa misma universidad. Actualmente es Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; Director del Programa de Doctorado Internacional en Psicoterapia (Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad alemana de Heidelberg); Profesor Invitado en la University College, London, UK, y Psicoanalista en función didáctica del Instituto de Psicoanálisis (Asociación Psicoanalítica Chilena. IPA). Anteriormente fue Director del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente de la Universidad de Chile (2000-2013); Director de la Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria (2004-2010); Miembro del International Research Board (Asociación Psicoanalítica Internacional, 2004-2012), y Profesor del Research Training Program (Asociación Psicoanalítica Internacional, 2006-2011). Entre sus áreas de interés en la psiquiatría destacan la investigación en psicoterapia, el estudio multidimensional de la depresión y la capacitación en psiquiatría de Médicos Generales.

¹ Esta entrevista fue publicada originalmente en el libro *Historias de psiquiatras. Testimonios de psiquiatras chilenos*. Autores: Cristóbal Heskia y César Carvajal. Editorial Gráfica LOM, Santiago, 2014. Reproducida en GPU con autorización.

Ha publicado múltiples trabajos, entre los que destacan: *Psiquiatría* (Mario Gomberoff y Juan Pablo Jiménez, Editores. Santiago, Medcom, 1982). *Clinical and Theoretical Aspects of Perversion. The Illusory Bond* (Juan Pablo Jiménez & Rodolfo Moguillansky. London, Karnac, 2011). *Towards a better use of psychoanalytic concepts: A model illustrated using the concept of enactment* (Bowlber, Fonagy P, Jiménez JP, Scarfone D, Vrvin S, Zysman S. *Int J Psychoanal*, 94(3): 501-530. DOI: 10.1111/1745-815.12075. 2013). *Tradition and renewal in the interpretation of dreams* (Jiménez JP. *Psyche-Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*. 66 (9-10): 803-832, 2012). *Grasping psychoanalysts' practice in its own merits* (Jiménez JP. *Int J Psychoanal* 90: 231-248. 2009).

BIOGRAFÍA Y VOCACIÓN

GPU: *¿A qué altura de sus estudios premédicos o médicos se manifestó más o menos definitivamente su vocación psiquiátrica? ¿Qué eventos o circunstancias influyeron en ella?*

Juan Pablo Jiménez de la Jara (JPJ): Es difícil responder la pregunta sobre en qué momento surge la idea de ser psiquiatra. La verdad es que a mí me interesaban muchas cosas en el colegio. No sabía bien qué iba a estudiar. Ya en mi adolescencia tuve fuertes experiencias religiosas. Era una persona con una inclinación religiosa muy fuerte, a pesar de que recuerdo que me hicieron unos tests, de esos vocacionales que se hacen en el colegio, y salí con fuerte interés social. Pero yo era una persona que le gustaba mucho estudiar, era un muy buen alumno y me gustaban todas las cosas. Entonces, yo quería ser sacerdote, pero tuve que negociar con mi padre que era médico, él estaba muy en contra de mi idea. Finalmente entré a medicina, estudié un año de medicina –ese fue el compromiso con mi padre– y después entré al seminario. Ahí descubrí una cosa que me fascinó: la filosofía. Me gustó mucho, terminó por fascinarme este tema. Porque yo algo había estudiado en el colegio, pero en realidad es muy poco lo que se ve a esas alturas, en la educación secundaria hay poca filosofía. También alcancé a estudiar un año de teología. Me tocó una época turbulenta de la iglesia, justo en el periodo del Concilio Vaticano Segundo –estamos hablando de principios de los años 1960–, y recuerdo que cuando entré al seminario éramos 200 personas, y cuando me salí eran solo 40. O sea, se redujo enormemente el número de seminaristas. Hubo una crisis brutal en la Iglesia. Al salir me pregunté qué es lo que iba a hacer ahora, momento en que estuve a punto de entrar a sociología, porque tenía una serie de amigos que se salieron conmigo y se fueron por ahí. También pensé en estudiar psicología, pero decidí, ante mi desorien-

tación, volver a medicina. Yo recordaba que la biología y la ciencia me habían gustado mucho. En fin, decidí volver a medicina porque pensaba que era un campo suficientemente amplio, creía que podía dedicarme, si me gustaban, desde la ciencia experimental-biológica hasta la salud pública, pasando por la psiquiatría.

En ese momento mi vocación social se manifestó fuertemente, porque rápidamente empecé a practicar en política, con lo cual me pasó lo que le pasó a muchos jóvenes de la época. A muchos de nosotros en el Seminario, personas que habíamos sido educados en colegios católicos, que compartíamos una influencia y una idea de cristianismo social, etcétera, seguimos de largo y nos metimos todos a movimientos de izquierda. Teníamos un compromiso social muy fuerte. En fin, fuimos esa generación; ahí me ubico yo. Por ejemplo, yo fui uno de los fundadores del MAPU en la Facultad de Medicina. Sin embargo, empecé a darme cuenta rápidamente que, en el fondo, yo no tenía vocación política y, en el contexto de mis estudios de medicina, también notaba que mi interés iba por una relación más particular, pero la medicina somática, la medicina científica, no lograban eso. Me di cuenta que mi manera de pensar, mis intereses intelectuales, no calzaban con ese aspecto de la carrera, los encontraba muy estrechos. Entonces, ya tenía claro que a mí me interesaban las relaciones personales, y ahí me interesaba también poner mi inteligencia y mi capacidad de entendimiento.

Un tiempo después, un amigo mío de medicina, cuando supo que yo me había dedicado a la psiquiatría, me dijo: “tú estas siempre cerca del alma”. Ese tipo de cosas me las decían siempre, reforzaban esta decisión. Además, yo tenía interés por un tipo de conocimiento que, a la vez, siendo generalista y que se alimente de varias disciplinas, tuviera también una aplicación inmediata en el alivio del sufrimiento. Justamente, esta última parte que buscaba reflejaba una vocación social que, por los demás, es algo que se había cultivado en mi familia desde siempre. Mi padre era médico y en él

había siempre una preocupación por la persona. Y esto tenía que ver también con mi –llamémoslo así– vocación frustrada religiosa. En resumen, todo esto me muestra mi interés y la preocupación por los demás; por el sufrimiento de los demás.

Otra razón por la cual decidí ser psiquiatra fue por mi interés intelectual. Después de estudiar y pensar sobre la metafísica, la filosofía, o la teología, aterrizar en las ciencias básicas, en la anatomía y la fisiología, fue como una especie de aterrizaje forzoso en la medicina. A pesar que me había interesado mucho en la biología y en una serie de problemas teóricos que surgían en torno a ella, la verdad es que la enseñanza recibida en ese aspecto me pareció una cosa muy pedestre. Al mismo tiempo, por mis intereses políticos me di cuenta que la filosofía no me servía para entender lo que estaba pasando. Fue justo el momento de la reforma universitaria, el año 1968. Había un enorme movimiento estudiantil y social, y con unos amigos empezamos a estudiar marxismo. Con ello descubrí una cosa que me pareció fascinante: que la realidad, la apariencia no es *lo real*. Bueno, de lo que ahí me di cuenta, o de lo que puedo darme cuenta ahora, es que la filosofía que yo había estudiado en el Seminario llegaba hasta la filosofía moderna. Mis conocimientos habían llegado hasta Hegel y Kant, y de ahí no siguieron más allá. Eso era básicamente filosofía tomista y neotomista. En el fondo, ahora me doy cuenta, descubrí toda una crítica más moderna y más contemporánea. A diferencia de la clásica, la filosofía de los siglos XIX y XX es una filosofía vital, que tiene que ver con la vida, con el existencialismo, Nietzsche, Heidegger mismo, en fin. Marx pertenece a eso mismo. Y lo que a mí me fascinó en realidad fue el tema de la sospecha, es decir, entender que detrás de lo aparente –de la sociedad– hay fuerzas dinámicas que están produciendo esa estructura que parece tan dada y tan natural. Esta sociedad en que vivimos tiene una historia y se ha producido. Me cautivó toda esta teoría marxista.

Paralelamente, yo entré en crisis personal por haberme salido del Seminario. Por eso entré en una terapia de grupo que ofrecía el servicio médico de alumnos. Y el terapeuta era Mario Gomberoff. Este fue el hecho que lo unía todo. Descubrí que el trabajo en la terapia de grupo, interpretativo, tenía la misma lógica de la sospecha. O sea, detrás de una serie de comportamientos, y una serie de conductas, y una serie de síntomas que teníamos todos los que estábamos ahí, había otras cosas más profundas. Fue todo un proceso de autodescubrimiento, y gracias a ello entendí que en realidad no me interesaba la política sino la psiquiatría. Al mismo tiempo se abrió un programa de ayudantes

alumnos, lo cual significaba que en el verano teníamos que ir a la clínica psiquiátrica a ver pacientes con docentes con experiencia. A mí me tocó acompañar a Klaus Fink, quien era un docente nuestro. Tenía orientación psicoanalítica y luego se fue a Inglaterra a trabajar como psiquiatra e hizo toda su formación psicoanalítica ahí. Estuve en su casa, en Londres, y después me lo encontré en Alemania. Él terminó trabajando en Ulm, en la misma parte donde había trabajado yo. Fue una cosa muy curiosa, y ahí recordé que con él vi mi primer paciente, y era epiléptico. Entonces ahí –como en tercer año de medicina– yo ya tenía mucho más claro que iba a optar por psiquiatría. Antes de esto yo estaba oscilando, porque yo me estaba retirando de la política. No fue fácil retirarse de la política porque yo fui presidente del centro de alumnos en un momento de mucha agitación en el país. Piensa que cuando salió Allende yo era presidente del centro y Allende lo primero que fue a visitar fue la Central Unitaria de Trabajadores (CUT). La CUT era bastante más importante de lo que es ahora. Y después lo que hizo fue visitar la Escuela de Medicina. Entonces, el Decano de la Facultad y el presidente del centro de alumnos tenían que ir a recibirlo a la puerta. Pero resulta que mi padre fue el primer ministro de salud de Allende, entonces era una situación bastante compleja en realidad, yo me sentía un poco extraño con esta situación. La cosa es que me empecé a retirar el año 1970 pero, como decía, retirarse era muy complicado porque querían que fuera vicepresidente de la FECH. Por suerte no lo fui. Bueno, embarqué a otra persona, a otro amigo mío, que yo había metido en esta cuestión y así él me sucedió. Por eso yo pude salirme. A esta persona después tuve que asilarlo y luego lo ayudé a saltar por la muralla a la Embajada de Italia. Ahora él es un profesor realmente importante en Estados Unidos, en la Universidad de Arizona. Incluso Barack Obama hace unos meses inauguró una nueva “década del cerebro”, e invitó a 100 científicos americanos, solo los más importantes, y entre ellos estaba mi amigo Fernando Martínez.

También en esos años trabajé en un programa de medicina comunitaria de la Universidad Católica, porque ahí había sido alumno de teología. Me tocó la toma de la Católica y me relacioné con todas las cabezas políticas de ese movimiento. Recuerdo a Miguel Ángel Solar, a quien ya había conocido antes, y él era el dirigente estrella. Era así como el Giorgio Jackson de hoy día, pero más importante en algún sentido, porque era más chico el escenario y él tenía una vocación médico-social muy importante. Bueno, el punto es que se armó un departamento de medicina comunitaria y yo, no sé por qué, siendo alumno de la Universidad de

Chile terminé de ayudante de este curso en la Católica. Ahí fui profesor de Hernán Silva, por ejemplo. Él era alumno, pero yo estaba más arriba que él; y hacíamos una medicina comunitaria que era como salud mental comunitaria, en La Florida. Era una cosa mezclada entre trabajo social con trabajo político.

Otra cosa importante. En la reforma universitaria, antes de meterme en política partidaria, formamos un grupo independiente de izquierda. Fuimos llamados “los angélicos” por una manera de motearnos. Nosotros habíamos salido de la Democracia Cristiana pese a que yo nunca había sido demócratacristiano. Ese grupo fue conformado por personas que fueron después psiquiatras. Por ejemplo, Alfredo Penjeam, Germán Zanghellini, Christian Wulff, etcétera; y resulta que nos pegamos a Juan Marconi. Él tenía toda una idea, toda una teoría, una praxis de psiquiatría comunitaria. Él fue uno de los padres de la psiquiatría comunitaria, no solo en Chile, porque después del golpe él se fue a Argentina e hizo todo un trabajo de psiquiatría comunitaria en Córdoba. Sin embargo, paralelamente empecé a interesarme cada vez más por el psicoanálisis; especialmente por esta posibilidad de entender la conducta psicótica, la conducta neurótica, los síntomas psiquiátricos. Luego vino el golpe, fue una época muy dura. Cuando vino el golpe estuve preso. No me pregunten cómo, pero terminé ganándome una beca en la Universidad de Chile el año 1974, a pesar de que venía saliendo de la cárcel. Cosa insólita porque tendría que haberme asilado, pero finalmente decidí no hacerlo. Si se fijan, fue bastante compleja mi llegada a la psiquiatría.

GPU: *¿Cómo fue, y qué recuerda de su primera etapa de formación psiquiátrica y de sus primeros trabajos en Chile o en el extranjero?*

JPJ: Con esta beca llegué a la Clínica Psiquiátrica. Entramos con Juan Francisco Jordán, Patricio Olivos, Rodrigo Maturana, Eduardo Durán y César Ojeda –quien tiene otra historia turbulenta ligada al golpe–. Lo notable es que había un grupo de profesores muy brillantes. Estaba Otto Dörr, con quien veíamos pacientes todo el día. También estaba Max Letelier, Aníbal Varela, Guido Solari, Rafael Parada y Raúl Schilkrut. Este último fue el primer psiquiatra en Chile en formarse en psiquiatría biológica; había estudiado becado en München con Matussek, y a Chile llegó en 1974. Schilkrut formaba parte del grupo que había demostrado que el mecanismo de acción antipsicótico de los neurolepticos era distinto al mecanismo por el cual producían parkinsonismo, abriendo de este modo el camino hacia los antipsicóticos atípicos. Recuerdo seminarios muy interesantes con él. Hay que imaginar la fuerza de ese grupo. Además,

en ese momento empezaba a psicoanalizarme. Lo lamentable fue que todo terminó abruptamente. Porque al llegar Armando Roa nos echaron a todos. La verdad es que no nos echó a todos, sino a una cantidad importante de gente. Él había sido desplazado en la época de la reforma universitaria de la Clínica Psiquiátrica porque representaba lo contrario a los ideales prevalentes en esa época. Roa tenía cosas interesantes y era muy fascinante, pero lo miré siempre desde afuera. Solo mirarlo me provocaba desconfianza. Resulta que él fue compañero de medicina con mi padre y no escuché cosas buenas de él. Me daba susto, tenía algo extraño, porque era un tipo que miraba así como de lado, y obviamente yo estaba metido en toda una cosa ideológica contraria a él. Lo encontraba muy momio. Yo estaba más interesado en otras cosas más abiertas; en la Clínica Psiquiátrica también estaba la Adriana Schnacke, el Dr. Sapiaín, la Sonia Edwards, en fin. Todos ellos en un movimiento bien interesante de la Gestalt en Chile, con mucha renovación. Todo esto venía ocurriendo desde los años 1960. Después del golpe la mayoría de ellos se tuvo que ir. Pero eran personas muy distintas. Imaginense las mezclas; generaban una enorme efervescencia, hacían mucha experimentación a modo de maratones rarísimas. Era toda una especie de resaca de Woodstock y que llegaba a Chile con mucha fuerza. Era la generación de los hippies, de las drogas, experimentación con drogas como el ácido lisérgico, ese tipo de cosas. Llegaba una onda desde Estados Unidos, en la cual incluso algunos terapeutas experimentaron con LSD para hacer psicoanálisis. En la Clínica Psiquiátrica se podía ver gente gritando y bailando, en el contexto de una terapia. Cosas muy insólitas. Ahora esto puede resultar extraño, pero en esa época había toda una teoría que fundamentaba estas prácticas. La cosa es que, obviamente, Armando Roa en ese momento era mirado despectivamente por todo este grupo. Y Matte Blanco se había ido a Italia a mitad de los años 60, pero había dejado un importante grupo psicoanalítico que también convivía en la Clínica y, además, gracias a él se había construido la Clínica Universitaria. También por esos años Hernán Davanzo, uno de los principales alumnos de Matte Blanco, había perdido la cátedra titular y por eso Armando Roa tomaba el poder tras ganar la elección. Davanzo se fue al Hospital del Salvador con Ramón Florenzano y Mario Gomberoff. A principios de los años 70, con la reforma universitaria la Facultad de Medicina creció enormemente. Se formaron cuatro nuevas Facultades de Medicina, y con ello nacieron los campus (sedes) como los conocemos hoy día. El Hospital del Salvador se transformó en el Campus Oriente, y la Clínica Psiquiátrica quedaba como parte del Campus Norte.

En la Clínica, como becado, descubrí la psiquiatría fenomenológica. Este fue otro tema que me produjo mucha fascinación. Y la psicopatología más clásica, pero no era una psicopatología demasiado clásica tampoco, tenía esta cosa fenomenológica que es más dinámica en realidad, de hecho así era. No había mencionado a Sergio Peña y Lillo, de quien yo era ayudante para las clases de pregrado. Con él hacíamos los pasos y comentábamos las clases con los alumnos; era un sistema más antiguo de hacer clases. Había varios profesores titulares y los becados éramos sus ayudantes. En una tarde entera, primero hacíamos la parte teórica y después veíamos enfermos. Sin embargo, toda esta escuela fenomenológica chocaba con la psicoanalítica. Inmediatamente noté una oposición y una contradicción brutal entre esas dos escuelas. Los psiquiatras descalificaban personalmente a los psicoanalistas, los trataban literalmente de tontos o de idiotas. Era una permanente descalificación del psicoanálisis en las reuniones clínicas. Muchos de ellos, profesores de la Clínica Psiquiátrica, habían sido formados y analizados por Matte Blanco. Como mencionaba anteriormente, era la época en la que el psicoanálisis había sido experimental, así como después al final de los años 60 a la Gestalt se la acusó de “hacer estragos” por romper parejas o experimentar con drogas que hoy se consideran ilícitas. Porque hay que entender una cosa: cuando llega el psicoanálisis a Chile, formalmente con Ignacio Matte, los analizados eran muchos, pero los terapeutas solo uno o dos, con lo cual se producían unos entrecruces brutales. En otra postura, es importante mencionar a Otto Kernberg, quien se formó unos años en Chile, pero a principios de 1960 ya se había ido a Estados Unidos. Se fue con la idea de querer formarse como investigador en psicoterapia, probablemente porque había estado con Jerome Frank, quien fue un pionero en la investigación de psicoterapia. Se fue a la fundación Menninger, de Kansas, y ahí hizo toda su carrera. Y la verdad es que le fue muy bien; rápidamente se destacó como una persona muy importante. Y efectivamente es muy importante, llegando a ser uno de los médicos más citados en Estados Unidos, estaba en el top 10 de los psiquiatras.

En la Clínica Psiquiátrica coexistía otra cosa que era impresionante. Había un laboratorio de psicofisiológica dirigido por el profesor Mario Palestini. Cuando terminé mi beca trabajé con él porque hice una monografía final sobre el ciclo sueño-vigilia en la psiquiatría. En ese momento él me dijo que Matte Blanco había hecho la Clínica con este laboratorio porque él pensaba –en esa época– que la psiquiatría era el encuentro entre la palabra y la neurona. Pese a toda esta mezcolanza de ideologías y métodos que convivían en la Clínica Psiquiátrica,

a mí me dieron todas las facilidades para analizarme cuatro veces por semana. Otto Dörr nunca me puso un problema. Respetaban que yo me analizara, pero sí era evidente que había una crítica permanente a eso. Entonces yo estaba como entre dos mundos y, por otro lado, en el psicoanálisis que yo me formé escuchaba una crítica permanente a la psiquiatría. Ahora yo entiendo que, en realidad, eran dos psiquiatrías. Porque ahora yo entiendo que estamos viviendo un periodo parecido al que sucedió a principios del siglo XX, cuando se fundó la psiquiatría moderna. Empezaron a aparecer distintas teorías etiopatogénicas que pretendían explicarlo todo. Había una teoría biofísica, que son como los abuelitos de la psiquiatría biológica y que usaba el modelo lesional derivado de la neurología, planteando la enfermedad mental como una enfermedad del cerebro; y luego apareció Freud, que era neurólogo y neuropatólogo, pero resulta que descubrió la histeria, planteó el modelo del impacto del trauma en la biografía, naciendo con ello el psicoanálisis. Después el psicoanálisis hizo una alianza con la psiquiatría en Estados Unidos, y se transformó en un enorme éxito, pero con base en toda una teoría con poco fundamento empírico, motivo por el cual al final implosionó y fue desplazada por una corriente más empirista y positivista de la psiquiatría biológica. Pero todos esos paradigmas, al final del siglo XX, como bien lo expuso Norman Sartorius –ex Presidente de la Federación Internacional de Psiquiatría y ex encargado de la sección de salud mental en la OMS– el año pasado aquí en Chile, mostró que todos los paradigmas en los cuales se ha movido la psiquiatría del siglo XX resultan insuficientes por sí solos. Todos fracasaron.

Entonces, como te decía, estamos como al inicio. Ahora me doy cuenta que las instituciones quedaron cortas. Siguiendo el pensamiento del Dr. César Ojeda, creo que estamos en una tercera etapa evolutiva de la psiquiatría. Estamos en una etapa formativa nuevamente, y esta vez se busca una especie de paradigma más amplio a propósito de todos los adelantos de las neurociencias. En este punto Eric Kandel es importante, porque rompió una división y resolvió lo que hasta hace poco era tan desintegrado entre los marcos teóricos psiquiátricos. Resulta que Engel inventó el modelo biopsicosocial, que de alguna manera trataba de unificar las cosas. En los años 70, o a finales de la década de 1960, él afirmó que en cualquier condición psiquiátrica, en cualquier enfermedad, hay siempre causas sociales, psicológicas y biológicas que la explican. Bueno, pero terminó siendo una suerte de perogrullada, porque no había ninguna metodología que permitiera aplicarlo. Eran meras asociaciones estadísticas o epidemiológicas. Pero lo que hizo Kandel fue precisamente romper

estos carriles distintos, abriendo la puerta a la epigenética. Es decir, el que el medio ambiente modifique la expresión de los genes permite abandonar la creencia de que la genética es una cosa tan apartada; y esto lo ha cambiado todo porque te abre enormemente el psicoanálisis a la biología. Cosas que Freud también intuyó genialmente, pero no tuvo el instrumento intelectual necesario para poder llevarlo a cabo; entonces hizo una especie de especulación sobre todo esto. Pero ahora hay una especie de confusión sobre el psicoanálisis. Lo que acaba de pasar con el DSM-5 es una muestra de eso. En el lanzamiento del último DSM de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) se vio una crisis política evidente, una especie de escándalo. Resulta que el Director del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH), encargado de otorgar todos los grandes presupuestos para investigación –como el CONICYT en Chile–, una semana antes del lanzamiento dijo que había que olvidarse del DSM por ser parte del pasado e inservible, y declaró que se iba a inaugurar un proyecto, de por lo menos 10 años, para hacer de la psiquiatría una “medicina de precisión”. Es decir, respaldando nuevamente los avances en psiquiatría biológica. Bueno, resulta que ambas instituciones de ese país ya llegaron a un acuerdo político, pero muestra que, de partida, los modelos clasificatorios y diagnósticos psiquiátricos están en un momento de crisis total, totalmente.

GPU: *¿A quién o quiénes considera usted sus mentores en psiquiatría? ¿Cómo podría describir la carrera, el modo de pensar, y la personalidad de esta(s) persona(s)? ¿Y en qué etapas y/o aspectos de su carrera ha sido notable la influencia de estos maestros?*

JPJ: Otto Dörr me dejó una impronta muy marcada. Bueno, yo no me consideraría discípulo de él porque yo no soy fenomenólogo. Sin embargo he desarrollado y escrito varios trabajos, y que han sido bastante exitosos, porque han sido de las publicaciones que más se han leído de fenomenología psicoanalítica. Por ejemplo, tengo un trabajo que se llama “Fenomenología Psicoanalítica de la Perversión”, que trata sobre el tema del diagnóstico en primera persona. En fin, ahí se nota que él me influyó mucho en realidad. Cuando me formé había una manera de hacer diagnóstico que era muy diferente; eso se veía particularmente en la Clínica Psiquiátrica. El psiquiatra más clásico de esa época que yo recuerdo era Sergio Peña y Lillo. Él hacía una psicopatología descriptiva, pero de una manera muy médica, en el sentido de ir viendo e interrogando a los pacientes para tratar de ver si tenía un síntoma en particular; una alucinación, por ejemplo. Con esto él estaba –inintencionadamente digamos– modificando enormemente el campo con su

manera de preguntar. En cambio, Otto Dörr era mucho más cauteloso. Se ponía en una actitud para que emergiera el fenómeno; entonces, como se podrá entender, era mucho más parecido a una postura psicoanalítica. Además, como tenía un interés y una formación filosófica previa, me fue muy familiar su enseñanza. Otra persona que también influyó en mí fue Rafael Parada. Con él me ha tocado trabajar en el Hospital del Salvador, porque resulta que después de que nos fuimos masivamente de la Clínica Psiquiátrica me fui a terminar mi formación a ese hospital, lugar donde también me había formado como médico. Mario Gomberoff estaba a cargo de la unidad y le dije que si podía trabajar ahí, y él me dijo que encantado, pero que tenía que conseguirme un contrato. Entonces fui a hablar con Hernán Montenegro, quien era un psiquiatra infantil y tenía la fama de ser demócratacristiano, pero estaba trabajando en el gobierno de Pinochet, a cargo de Salud Mental. Era un gallo muy afable, muy buena persona. Se interesó conmigo porque había un descalabro en la psiquiatría de esa época. No había psiquiatras o, en realidad, había una gran cantidad de psiquiatras de izquierda que se habían ido al extranjero, otros se dedicaron a la consulta privada, y habían incluso matado a un par de ellos. El Hospital Psiquiátrico, por ejemplo, estaba desmantelado. Ante esta situación me dijo: “si tú te consigues cinco psiquiatras que se vayan contigo al Salvador, los contrato a todos con un programa especial”. Yo me conseguí a los cinco psiquiatras, y uno de ellos era Rafael. También en este grupo estaban Rodrigo Maturana, Jordán, yo. Y ahí trabajé en esa época mucho con Rafael porque era un tipo con formación filosófica. Se había doctorado en psiquiatría en Heidelberg, tenía formación fenomenológica, tenía formación en estructuralismo, y tenía además mucho interés en el psicoanálisis. Me sentí muy cercano a él e hicimos varios trabajos juntos, sobre todo de análisis estructural de la psicosis epiléptica. Y yo en esa época empecé a trabajar en epilépticos también; en psicoterapia dinámica para este tipo de pacientes. Rafael me influyó mucho en lograr hacer un puente entre psicoanálisis, la psiquiatría fenomenológica y la psiquiatría más tradicional. Era un hombre muy culto además. Tuvimos varios seminarios con él, en su consulta, sobre Lévi-Strauss, Lacan, y otros grandes autores. Y la otra persona que me influyó mucho fue Mario Gomberoff. Con él me supervisé, veíamos pacientes; tanto en el Salvador como después en el Hospital Psiquiátrico, cuando nos ofrecieron al grupo nuestro trasladarnos allá. En el Hospital Psiquiátrico nos repartimos los cargos entre nosotros, y yo quedé a cargo del policlínico. El problema es que estaba en la lista negra política y no podía acceder a ningún cargo, por eso estuve interino siempre

y nunca pude ser titular. Me pusieron a cargo del consultorio y organizamos la atención de pacientes ambulatorios. Luego llegó Ignacio Morlans. Y ahí, entre todos, formamos una cantidad de becados enorme; llegaron a ser 60 becados en un momento determinado, y estuve a cargo de un programa de formación de becados. En esa época se me había impedido ser Jefe de un Servicio, y le propuse a Mario Gomberoff que hiciéramos un libro sobre psiquiatría. De ahí salió ese librito *Psiquiatría*; del año 1982. También lo hicimos con mi hermano que tenía una pequeña empresa de comunicaciones médicas, se tipaba a máquina eléctrica. Lo hicimos ahí con mucho esfuerzo, y resultó ser un trabajo interesante. Demoramos como un año en hacer el libro.

También desde el punto de vista psicoanalítico, otra persona que influyó mucho en mí fue Helmut Thomä. Él es un psiquiatra alemán, importante psicoanalista, y fue el primero de ellos que recibió una beca Ford, con la que se fue a Yale. Ahí se formó con Theodor Lidz, en el periodo post Segunda Guerra Mundial. Lidz es uno de los fundadores de la terapia de familia, y él para mí también fue muy importante. Estos dos personajes me abrieron el psicoanálisis.

GPU: *Asumiendo una sólida formación básica e integral en psiquiatría. ¿Hacia qué escuela u orientación teórica (psicodinámica, biológica, conductual, comunitaria, existencial, u otra(s)) se inclinaría usted en el momento actual y por qué? ¿Ha sido esta una orientación permanente o ha sufrido evoluciones o cambios?*

JPJ: Llegar a Ulm fue muy sorprendente para mí porque ahí estuve entre los años 1985 y 1990. Este momento es útil para responder la pregunta. Porque hasta ese entonces ya me había formado como psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista; pero todo era como una misma cosa. Al llegar a Alemania me di cuenta que eran tres formaciones diferentes. A la Universidad de Ulm llegué al Departamento de Psicoterapia. Pero resulta que había cinco departamentos que tenían que ver con psiquiatría: de psiquiatría propiamente tal, de psicoterapia, de psicopatología, de psicología médica, de antropología médica, y había un departamento de sociología médica. Aquí en Chile todas estas ramas se hacen dentro de un mismo departamento de psiquiatría. A mí eso me llamó mucho la atención. En Alemania abandoné la psiquiatría clínica propiamente tal porque nunca más hice una receta; nunca más vi un paciente de psiquiatría mayor. De hecho, creo que al regresar a Chile nunca más volví a ese tipo de psiquiatría que me permitió hacer el libro con Mario Gomberoff. Porque se suponía que para los estándares chilenos yo estaba absolutamente al día cuando hice el libro, pero, al

regresar, ya no tenía ganas de actualizarlo. Recién ahora último he pensado en hacerlo porque, en una manera más general y no tanto en el sentido de recetar la medicación, estoy más al día que hace 20 años.

El nuestro es un país bastante curioso porque somos un país muy aislado. Cuando volví a Chile me di cuenta que a mitad de los años 90 aquí había una suerte de euforia. Desde esa época me ha tocado seguir viajando con frecuencia, entre otras cosas porque he sido profesor visitante de la University College of London, del departamento de Peter Fonagy. Pero como decía, noté que había una suerte de euforia, en el sentido de que estábamos como tocando el cielo; íbamos a ser felices mañana más o menos; cuando la revolución silenciosa de este país de consumidores lo hacía parecer todo fantástico. Y yo decía: “nadie se da cuenta en lo que nos estamos metiendo”. Lo que yo había visto en Alemania, donde además me tocó presenciar la caída del muro y todo ese cambio social global, era que a mayor desarrollo y riquezas, más complejos son los problemas. Y esto se va a complejizar de manera infinita. En las mañanas uno escucha en la radio que tenemos déficit en todo actualmente y, sin embargo, estamos 20 veces más ricos que hace 20 años. Paralelamente esto explica el por qué ha aumentado toda la demanda por trastornos y problemas mentales. Hace unos tres o cuatro años una psiquiatra coreana fue a esta escuela de verano de la cual yo era profesor en la University College of London; una niña bien inteligente y bien simpática. Llegó toda sonriente y dijo: “antes de presentar mi proyecto de investigación, voy a mostrarles Corea... les voy a comentar algunos datos de mi país en el año 1950... teníamos un ingreso per cápita muy bajo... ahora tenemos un ingreso muy alto por persona... este es el crecimiento acelerado de Corea”. Luego nos mostró el crecimiento del suicidio, y la curva era igualita a la del crecimiento económico. Me impresioné y le dije: “en Chile está pasando lo mismo”. Todo esto fue antes que salieran los datos de la OCDE –publicados el año 2012– donde justamente se señala que Corea y Chile son los países con el crecimiento más acelerado del suicidio, y que se correlacionan perfectamente con la curva del crecimiento económico. Eso sí, el nuestro es un poco más bajo porque hemos crecido menos que Corea, lo cual a estas alturas creo que puede ser incluso mejor. Es un hecho que las necesidades de las personas se van haciendo más complejas en la medida que hemos ido buscando este tan anhelado país desarrollado.

Ahora, si la pregunta es en qué estoy ahora, diría que me defino como un psiquiatra pluralista, muy psicoanalista, pero abierto a todas las orientaciones. La mente/cerebro es de una complejidad tal que no admite reduccionismos.

ASPECTOS DOCTRINARIOS GENERALES

GPU: *A su juicio ¿cuáles han sido las influencias externas e internas más poderosas en el devenir histórico de la psiquiatría chilena?*

JPJ: Desde donde yo lo viví, puedo decir que la Clínica Psiquiátrica era una especie de crisol. En ese lugar se fundió una cantidad enorme de tradiciones y metodologías. Cuando yo aprendí psiquiatría en la Clínica, había un enorme respeto por la psiquiatría francesa y la alemana. Se mencionaba mucho, por ejemplo, a Kraepelin, Bleuler (su obra completa), Minkowski, Henry Ey; y a todos estos autores yo los estudié. Ahora hay gente que sabe mucho sobre Jaspers, pero a mí no me tocó estudiar a fondo ese autor. Pero también había toda una influencia sobre el psicoanálisis, que era inevitable, a pesar de que después hubo una ruptura con este tema. Y la psiquiatría propiamente biológica, así como la conocemos ahora, en realidad estaba recién llegando a Chile. El primero que yo recuerdo como psiquiatra biológico propiamente tal fue Raúl Schilkrut. Porque personas como la Verónica Larach estaban recién en sus becas. Incluso a la Verónica después la invité a entrar en el consultorio que yo dirigí en el Psiquiátrico, y me preocupé de abrirla a ella una clínica de neurolépticos de depósito. La psiquiatría biológica era un asunto muy empírico en realidad. Todas las teorías biológicas de la esquizofrenia eran aún muy parciales. Ahora son más complejas porque incluyen otros aspectos; no solo el nivel molecular. En fin, a mí personalmente nunca me interesó mucho esto de la biología y la psicofarmacología. Pienso que la historia me ha ido dando la razón, en el sentido que ahora estamos viviendo una época de declinación de la medicación. Por otro lado, la producción de nuevos medicamentos se ha ido frenando. No ha habido medicamentos nuevos, y resulta que la investigación en psicoterapia ha ido mostrando que en muchas condiciones es más eficaz que los fármacos. Obviamente, no estamos hablando de la esquizofrenia, no estamos hablando tampoco de la bipolaridad, pero la verdad es que si agrupas la bipolaridad estricta y la esquizofrenia resulta que son una minoría dentro de las consultas. Porque el grueso de la consulta psiquiátrica sigue siendo lo que podríamos catalogar –utilizando un término antiguo pero vigente– como la psiquiatría menor. Es en los cuadros depresivos angustiosos o los trastornos de personalidad donde se ha ido demostrando cada vez más que la psicoterapia es la que tiene algo que decir. Aun cuando el asunto se ha ido complicando bastante, porque en su momento se demostró que la psicoterapia clásica-psicoanalítica no servía, y por ello

se fue modificando y derivando en otras ramas. Bueno, y hay otras corrientes importantes en Chile. Desde lo cognitivo conductual, desde las teorías de la mentalización, también desde el psicoanálisis, o desde lo comunitario. En suma, creo que la psiquiatría chilena partió con toda una cosa kraepeliniana –desde luego descriptiva– y muy médica, pese a que la psiquiatría nunca ha estado muy interiorizada en la medicina. De hecho, llegó desde fuera, y ha tenido siempre una relación muy tormentosa con la medicina; porque se nutre de fuentes más amplias que la medicina, porque el cerebro es muy complejo, es mucho más complejo que el corazón, que el riñón, infinitamente más complejo. Desde muy temprano en Chile hubo psiquiatras con mucha formación psiquiátrica extranjera. Por ejemplo, Ignacio Matte Blanco era uno de ellos, quien tenía bastantes conocimientos en psiquiatría clásica, pese a ser psicoanalista. Otro caso es el de Otto Kernberg, quien fue alumno de Matte Blanco durante su periodo de formación en la Clínica Psiquiátrica. Recuerdo que con Kernberg nos topamos en algún momento en Alemania, junto con Thomä también, y hablando sobre este tema de los autores clásicos alemanes, Thomä nos había hablado de su experiencia en Heidelberg, mientras que Kernberg, con gran orgullo, dijo que él se había formado en la psiquiatría clásica alemana en Chile, en la época de Matte, y que en ese momento había leído todos los textos básicos de la psiquiatría alemana de antes de la Segunda Guerra. Estas ideas de los alemanes clásicos están siendo retomadas, pero resulta que Thomä reaccionó duramente contra Otto Kernberg en ese momento –en lo cual nuevamente se observaba ahí una guerra de paradigmas– y se indignó con su comentario. Cómo un psicoanalista puede decir eso, le decía. Marconi, también un caso particular e importante, surgió de ahí también. Juan Marconi al principio también fue psicoanalista. Lo que pasa es que después se fue a trabajar con Eysenck, y volvió absolutamente antipsicoanalista y afín al conductismo. Y él, por otras influencias que no podría decir cuáles específicamente, pero seguramente por la psiquiatría inglesa que tiene toda una vertiente comunitaria también, desarrolló todo un tema con la psiquiatría social aquí en Chile y en Argentina. Lo que yo recuerdo es que tenía que ver con algunos disidentes de la medicina comunitaria. Está el caso de Vicente Silva, que era un tío de Miguel Ángel Solar. Silva era un médico considerado excéntrico y que creía en la organización de la comunidad. Eran unas mezclas entre medicina social y política, similar a los ecologistas actualmente, que no son políticos solamente, sino que piensan en la sociedad de otra manera. Y de él Marconi sacó inspiración, y proponíamos una reforma muy

radical, cambiar totalmente el currículum, hacer las cosas más locas, revirar el calcetín. Se proponía partir trabajando en la comunidad y después hacer los ramos básicos hacia séptimo año de la carrera. Empezar como enfermero, y entonces leíamos sobre los médicos a pie desnudo –“a pata pelada”– siguiendo el modelo de los médicos chinos en la época de la revolución cultural china. Todo esto a fines de la década de 1960. Como se podrán dar cuenta, estaba todo muy mezclado y eso era algo muy estimulante. En fin, lo que quiero decir es que en la Clínica Psiquiátrica de los años 1950, 60, y parte de los 70, había muchas corrientes, una serie de influencias distintas llegaba a Chile, y eso generaba una tremenda disputa de paradigmas.

GPU: *¿Podría explicar, a modo de resumen, cómo la influencia extranjera ha impactado en la práctica psiquiátrica chilena? Intentar hacer un resumen cronológico a partir del siglo XX.*

JPJ: Nosotros siempre hemos estado muy atrasados. El tema de psiquiatría forense es bastante clarificador. Resulta que en Inglaterra, en la década de 1930, se promulgó la ley de psiquiatría forense. Con ello se formó la clínica Portman, específicamente para el diagnóstico y tratamiento de casos forenses, y que después se fusionó eso con la clínica Tavistock. Es decir, tienen cerca de 80 años de experiencia. En Chile, en cambio, recién el año 2012 se conformó la comisión de psiquiatría forense...; 80 años de atraso! Doy otro ejemplo. En Chile el movimiento psicoanalítico siempre estuvo en pañales, mientras que en Argentina tuvieron un florecimiento fantástico. Ahí estuvieron, por citar algunos, Pichon-Rivière y José Blecher; grandes psicoanalistas, y que además tenían todo un tema de psiquiatría social. Argentina tuvo un gran desarrollo sobre marxismo y psicoanálisis, y todo un trabajo sobre la entrevista médico-psicológica. También el matrimonio de franceses –Willy y Madelaine Barranger– que se fueron a Uruguay y después a Buenos Aires y que integraron modelos de campo, teorías interpersonales y psicoanálisis. Lo interesante es que uno puede ver que ahora todas estas corrientes intersubjetivas se van redescubriendo. Este tipo de situaciones refleja que nosotros hemos estado muy atrasados (o aislados).

Además, en nuestra historia ha habido toda una restricción para formar psiquiatras. Uno de los efectos de la liberalización de la educación superior durante el gobierno de la dictadura fue que empezó a aumentar el número de psicólogos y psiquiatras. Si bien el crecimiento económico requería de una reforma educacional como la que hizo Pinochet, eso trajo una cantidad

de complicaciones de las cuales aún no tenemos respuestas. Y mientras tanto se han caído todos los paradigmas de la psiquiatría, y no sabemos muy bien qué hacer con eso. Necesitamos mayor comunicación. Ahora está lleno de psiquiatras. En esa época yo creo que los conocía a todos personalmente porque éramos muy pocos –unos 100–, pero ahora debemos ser 1.200 o 1.300. Y para qué decir del número de psicólogos.

GPU: *¿Cual es según usted el hito más importante de la psiquiatría chilena? ¿Y por qué?*

JPJ: No sé, quizás sea un sesgo o un mito, pero yo tengo la tendencia a pensar que la época de oro de la psiquiatría chilena estuvo entre los años 1950 y 1960, en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile. Ahí surgieron todas las corrientes que ahora funcionan. No lo podría documentar detalladamente. Pero claro, es un mito porque resulta que coincide con mi historia personal. Pero de ahí salieron los que actualmente son las figuras más influyentes en la especialidad. Porque uno podría decir, por antigüedad, el Hospital Psiquiátrico es el más importante. Pero en la Clínica Psiquiátrica se produjo la renovación y la integración de todas las corrientes e ideologías actuales. Fue como un caldero. Y al decir la Clínica también me refiero al rol de la Universidad de Chile como hito. Por ejemplo, Pedro Rioseco llegó desde Concepción y se formó conmigo en ese lugar, los dos éramos becados. Después regresó a su ciudad, y mira lo que ha hecho allá. Hay otro factor importante y que también está ligado a la Universidad de Chile. Hay una generación de oro, o así la nombraría, de la cual salieron grandes nombres como el de Rafael Parada, la Fanny Pollarolo, Otto Dörr, Mario Gomberoff, Eva Reichenstein, Martín Cordero. Todos ellos se formaban con Roa o con Matte Blanco. Gustavo Figueroa es un poco más joven pero muy relevante también. El caso de Martín Cordero es interesante. Él se asiló y se fue a trabajar a Inglaterra, y luego volvió con muchas ideas en la línea comunitaria. Formó gente en Temuco y trabajó con Marconi también; fue uno de los renovadores del “Open Door”, en lo que es ahora el Hospital El Peral. Por último, quiero mencionar a César Ojeda, contemporáneo mío, quien se formó en la Clínica Psiquiátrica, quizás el más brillante de mi generación y que, después de haber sido presidente de SONEPSYN, e impulsando cambios renovadores, fundó la revista *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* y la Sociedad por el Desarrollo de la Psiquiatría (SODEPSI).

Matte Blanco tiene toda una raíz intelectual. La conozco de cerca porque mi papá fue alumno de él a finales de los años 30. Matte, muy joven, era fisiólogo en el laboratorio de Jaime Pi Suñer, catalán que fundó la

cátedra de Fisiología de la Universidad Católica. Lo interesante es que Matte Blanco se analizó en ese periodo, al parecer por síntomas obsesivos, y su terapeuta fue Fernando Allende Navarro, uno de los primeros psiquiatras formados en psicoanálisis. Allende Navarro estudió en Suiza, en un Instituto de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Llegó a Chile en la década de 1920, pero no entró en la academia, sino que tuvo a su cargo grupos de estudio y hacían su práctica clínica fuera de los hospitales. Después Matte Blanco se fue a Londres a trabajar al laboratorio del premio Nóbel Charles Scott Sherrington, importante neurofisiólogo inglés. No sabría decir qué trabajos específicamente hacía Matte en ese lugar, pero resulta que en Inglaterra abandonó la fisiología, continuó su análisis y se terminó de fascinar por la psiquiatría. Se formó como psiquiatra y psicoanalista en Londres. Se analizó con el yerno de Melanie Klein, llegando a estar inserto en ese grupo de psicoanálisis. Una vez, en Roma, me contó que había conocido a Herbert Rosenfeldt, no sé, en los refugios durante los bombardeos de los años 40. Después se fue a Duke –North Carolina– antes de que terminara la guerra. Luego hizo una pasada por John Hopkins también. La historia la cuenta con más detalle el Dr. Davanzo, pero

termina en que nunca más volvió al laboratorio de la Católica. Se indignaron con él porque le habían pagado para que reemplazara al profesor catalán. Sin duda era el más brillante de esa generación de médicos de la Católica. Pero, por otra parte, Matte Blanco nunca se olvidó de lo importante que era la ciencia, porque él ya sabía que la investigación era fundamental. Nunca dejó de ser fisiólogo y pensar como tal, pero obviamente se adelantó 60 o 70 años. Ese laboratorio que comentaba anteriormente (inmerso en la Clínica Psiquiátrica) siguió mucho tiempo y resultó ser muy relevante. Pese a que no tenía una relación estricta con la psiquiatría, Mario Palestini formó en ese lugar a connotados personajes como Ennio Vivaldi, Amanda Céspedes, y mucha gente que terminó siendo psiquiatra. Hay que tener ojo, porque eso no era la psiquiatría biológica sino psicofisiología, pero se encontraba ahí mismo, era un pabellón más dentro de la Clínica Psiquiátrica. Ellos estudiaban respuestas en gatos y otros animales, mientras nosotros nos dedicábamos al área clínica en la puerta de al lado. Ahora todo eso ya no existe; el laboratorio se disolvió y su gente se fue al ICBM, entre el Campus Oriente y el Campus Norte. En fin, creo que todo lo que ha ocurrido aquí realmente fue determinante.

ENSAYO

FACTORES INCONSCIENTES EN LA DETERMINACIÓN DE CICLOS POLÍTICOS POSDICTADURA EN CHILE¹

(Rev GPU 2016; 12; 2: 142-153)

Niels Biedermann²

Se analiza la evolución política de Chile después de la dictadura desde el punto de vista de fenómenos emocionales inconscientes, observando el surgimiento de dos ciclos con características claramente diferenciadas. El primero estuvo determinado por la elaboración colectiva del trauma de la dictadura, pasando por etapas que fueron estructuradas por este proceso, manifestándose también en la elección de cada uno de los presidentes en ese ciclo, de los cuales cada uno representó simbólicamente la respectiva etapa de la elaboración de esa realidad traumática. El mecanismo de defensa frente a la angustia colectiva presente en ese periodo fue la denegación de una realidad intolerable y la escisión del yo. El segundo ciclo, en que nos encontramos actualmente, es el encargado de diseñar el futuro y se caracteriza por contradicciones que lo hacen poco coherente. Entre los variados factores que determinan esta falta de coherencia se destaca la rapidez de los cambios sociales en el contexto global y nacional contrapuesto a la dificultad de los partidos políticos de incorporar estos cambios a su ideario. Para la izquierda, la protección de su identidad de origen marxista impidió elaborar el cambio emanado de la desaparición del socialismo real (enfrentado nuevamente mediante la denegación) prevaleciendo dentro de ella las corrientes conservadoras. Para la derecha fue el cómodo continuismo de la pertenencia a una tradición elitista y poco inclusiva, persistiendo además en la negación de los eventos traumáticos de la dictadura, lo que contribuyó a mantenerla alejada del sentir mayoritario. Esta persistencia de identidades corporativas ajenas a la evolución de las nuevas representaciones colectivas de la sociedad, con nuevas generaciones fragmentadas entre la apatía política y la adherencia a utopías superadas por la historia, pero simultáneamente realistas en la persecución de sus aspiraciones personales, contribuyó a un progresivo aislamiento de las organizaciones políticas con la sociedad, a la que deberían representar y a un deficiente diseño del futuro.

¹ Nota metodológica: El presente texto es un intento de aplicar algunos elementos interpretativos provenientes de conceptualizaciones psicoterapéuticas a la evolución política de Chile posterior al término de la dictadura militar. Se emplearon conceptos psicoanalíticos correspondientes a algunos mecanismos de defensa y elementos teóricos provenientes de la terapia sistémica, que analiza microprocesos sociales, empleados en esta oportunidad para analizar macroprocesos. Pero el método interpretativo básico fue la hermenéutica: el análisis de procesos sociales complejos al modo de la interpretación de un texto. Básicamente consiste en que un otro (el lector) busca, detrás de lo explícito del texto, elementos ocultos que ayuden a comprenderlo de una forma que va más allá de lo explícitamente expuesto. La interpretación surge de un diálogo entre lector y texto, cuyo resultado es un texto sujeto a su vez a la interpretación por parte del nuevo lector.

² Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. niels.biedermann@gmx.net

Hace algunos años estaba en boga un término, “imaginario colectivo”, que hoy en día prácticamente desapareció de la discusión pública. Nunca fue bien definido, pero hacía referencia a una aspiración generalizada de lograr la materialización de deseos e ideas sobre la sociedad en que se quiere vivir, basada más en lo emocional que en lo racional. El imaginario colectivo, desde el punto de vista filosófico, es un proceso emergente, un elemento nuevo que surge de una convergencia de individuos, transformándose en una propiedad del colectivo, distinta a las propiedades de cada uno de los individuos que lo componen.

Buena parte de este imaginario colectivo guio las acciones colectivas en el curso de la transición hacia la democracia, dejando atrás las traumáticas vivencias individuales impuestas por un aparato represivo que funcionó hasta el último día de la dictadura e incluso después. Este imaginario colectivo señalaba también la dirección de los cambios sociales a que se aspiraba. Existía la clara idea de un objetivo hacia el cual dirigirse. Si hoy en día no hablamos de un imaginario colectivo, probablemente es porque se han ido perdiendo aspiraciones sentidas en forma común por grandes colectivos. La dirección de los cambios a los que aspiramos parece haberse fragmentado, diluyéndose en reivindicaciones parciales e inmediatas.

Hubo un ciclo en la evolución política posdictadura, en que este imaginario colectivo se hacía presente, entre otras cosas, a través de un fenómeno que ha evolucionado con tal lentitud, que incluso ha resultado difícil de percibir. Se trata de la elaboración colectiva del trauma social que trajo consigo la dictadura, de la que trataré de destacar algunos hitos.

ELABORACIÓN COLECTIVA DEL TRAUMA DE LA DICTADURA

No solo los individuos, también los cuerpos sociales reaccionan frente a los eventos traumáticos que los afectan. La polarización del país durante la Unidad Popular, en que algunos sectores sintieron amenazadas las bases de su existencia, y la posterior crueldad de la represión durante la dictadura contra otros sectores, condicionaron experiencias límites. Nadie de aquellos identificados con la Unidad Popular estuvo ajeno al miedo frente al actuar de los organismos represivos de la dictadura, la tenebrosa DINA primero y la CNI después. Condiciones extremas producen modificaciones conductuales al margen de la voluntad del afectado. Para los opositores a la dictadura que supervisaron la votación de la constitución de 1980 resultó impactante la actitud sumisa y derrotada con que buena parte de la

población concurrió a marcar su aprobación, presa del temor y la derrota. No cabe duda que incluso una gran cantidad de opositores a la dictadura aprobaron con su voto esa constitución. El terror había logrado su objetivo al ser internalizado.

Un trauma es un evento, o secuencia de acontecimientos, que por la fuerza de su impacto sobrepasa la capacidad de integrarlo a las experiencias normales de la vida. Así como un hueso se fractura al recibir un impacto que sobrepasa su resistencia, también el alma puede sufrir fracturas y necesitar un tiempo para repararse. Todo proceso de reparación requiere de varias etapas.

Un evento traumático severo en general produce un impacto que en primera instancia no puede ser incorporado por la psiquis a la continuidad biográfica. Una vez concluida la secuencia traumática, quedan secuelas. Durante mucho tiempo las experiencias traumáticas no pueden evocarse sin generar fuerte angustia. Un mecanismo psicológico para defenderse de esta angustia ha sido descrita por Freud con el término alemán de “Ungeschehenmachen”: “hacer como que no hubiera acontecido”. Es el intento de simplemente borrar los acontecimientos traumáticos de la mente. Ojalá para siempre. Solo que no resulta, ya que sus consecuencias siguen estando ahí, aunque inconscientes.

Freud utilizó el término “Ungeschehenmachen” (traducido al castellano como “anulación retroactiva”) en un contexto asociado a traumas fantaseados y no a los traumas vividos en la realidad. El término usado por Freud para denominar un mecanismo de defensa contra la angustia que provocan las experiencias traumáticas reales fue “Verleugnung”, en castellano “denegación”. El Ungeschehenmachen es una forma de denegación.

El “hacer como que no hubiera existido” una realidad equivale a negarla. Pero no se la puede negar enteramente, puesto que existió y sus consecuencias siguen estando presentes. En la denegación aparece entonces una dualidad: se hace como que lo que sucede no sucede y al mismo tiempo se sabe que existe, como parte de la realidad en que se vive. Para lograr esto: negar y no negar simultáneamente, el yo (la conciencia misma) se divide en dos: una parte niega la realidad y la reemplaza por lo que le gustaría que fuera; la otra la acepta, pero no entra en diálogo con la contraparte que la niega. Esta situación lleva a que la persona escindida a veces sea una de sus partes y después la otra, pero no logra constituirse en la unidad integradora de los dos aspectos.

Negarse a percibir una realidad demasiado traumática para tolerarla, es un mecanismo de defensa interno, pero este mecanismo interno fue reforzado por un mecanismo externo, impuesto por la dictadura

desde su comienzo, que es la mistificación. La mistificación consiste en que la realidad no solo es negada, sino reemplazada por otra, por una realidad ficticia, que es impuesta como verdad oficial. La mistificación se impone a través del poder sobre la información. En última instancia a través del poder sobre el control social en general. Se produce una divergencia, en general oposición, entre lo que se percibe y lo que se debe creer. Validar las propias percepciones y comunicarlas se transforma inmediatamente en un acto subversivo que es castigado.

La mistificación ya comenzó imponerse a través de los primeros bandos transmitidos por los medios de comunicación social, controlados por la dictadura inmediatamente después del golpe militar. En uno de los primeros textos se dijo que no había vencedores ni vencidos. Simultáneamente, se comenzaba con la masacre de los vencidos. Con los detenidos del Palacio de la Moneda en el día del golpe mismo se inauguró la práctica institucional de la detención y desaparición de personas. Los detenidos-desaparecidos, que por años pasaron a ser los “presuntos desaparecidos”; a cuyos familiares, que preguntaban angustiados por su destino, se les decía que “ya estarán con alguien (amante) en el extranjero” (este comentario se escuchó en forma repetida por parte de los efectivos militares a cargo de recibir a los familiares, de modo que solo se puede pensar que obedecían a una instrucción), en la realidad oficial simplemente no existían.

Esta misma tergiversación de la verdad perseguía transmitir, a toda consecuencia de sus inventores, un doble mensaje, en que se decía, simultáneamente a dos niveles:

1. Lo que la prensa extranjera dice no existe, es una mentira, producto de la “campaña antichilena del comunismo internacional”.
2. Lo que le espera a cualquiera que se oponga activamente a nosotros, es algo tan terrorífico, que preferimos tapanlo con un manto oscuro, debajo del cual también ustedes van a desaparecer si hacen lo mismo.

En la comunidad de los perseguidos, que en el caso de Chile era un amplio porcentaje de la población, se expandió el temor frente a lo inefable, a lo que no podía ser simbolizado en forma concreta. Se extendió un mundo fantasmático en que los detenidos desaparecidos deambulaban en territorios desconocidos desprovistos de memoria, de orientación y sin contacto con el mundo exterior, mundo al cual cualquiera que se opusiera a la verdad oficial iba a ingresar igualmente.

El mundo más seguro, en el cual se podía vivir a partir del golpe, era el de la verdad oficial. Aunque lo que se percibiera fuera algo totalmente contrario a ella.

En una etapa posterior, los aspectos denegados poco a poco cedieron su lugar a hacer más consciente el daño. Cuando el trauma ha sido inferido por otros seres humanos mediante tratos crueles y degradantes, junto al daño también se evocan los sentimientos de haber estado inerme, desvalido, degradado y humillado. Lo que primero hay que recobrar es la propia dignidad. La rabia, la rebeldía y el deseo de justicia son la forma normal de recuperar la capacidad de autoafirmación y de volver a ocupar espacios de acción. “Ya no debo temer, ahora puedo actuar”.

Un tercer movimiento consiste en la aceptación del daño, poder mirar lo que se ha perdido y sufrido, la capacidad de identificar la propia condición de víctima de un daño y la necesidad de reparación y reivindicación. Lo que se busca no es la identificación con los aspectos destruidos y dañados, sino la capacidad de sobreponerse y de resurgir transformando los sufrimientos en enriquecimiento personal y en nuevas fuerzas.

Tratemos de traducir este proceso individual de elaboración de un trauma a la evolución social desde el fin de la dictadura.

La elección de Aylwin, como primer candidato de la transición, fue una decisión política inteligente y exitosa, que obedeció a las necesidades del momento y que fue producto de una adecuada evaluación de la realidad.

Pero la gran popularidad de Frei Ruiz-Tagle, quien fue el siguiente candidato después de Aylwin, resultó sorpresiva, dada su reducida capacidad carismática y su poco liderazgo político previo. En realidad, si prescindieramos de su apellido, en ese momento el candidato podría haber sido cualquier otro. No cabe duda que el nombre del padre “Eduardo Frei” fue fundamental en el imaginario colectivo y resultó ser determinante, tanto para la selección del candidato como para el resultado de la elección. En ese momento incluso se registraron indicios de confusión emocional entre el hijo y el padre. Volver al padre significaba borrar el lapso entre los dos Frei y con ello hacer desaparecer la totalidad de los eventos traumáticos, así como su recuerdo. Era “hacer como que no hubiera acontecido”, tal como es el mecanismo inconsciente descrito por Freud.

Si bien la elección de Ricardo Lagos tiene una coherencia con una trayectoria durante la cual él progresivamente fue ganando en influencia, también podemos ver en ella una correspondencia a esta secuencia de elaboración de vivencias traumáticas. Todos conocemos el impacto del “dedo de Lagos”, aquel

gesto con el cual desafió al jefe de gobierno en plena dictadura, y que fue vivido como un gesto de reivindicación personal por muchos. Una vez que se supera la parálisis inducida por el temor aparece la capacidad de organizarse detrás del personaje que desafía al opresor, adquiriendo en este contexto el carácter del héroe, que muchos desearían haber sido. Es la reafirmación pública de la lucha contra la opresión para quienes se sintieron aplastados por ella.

Más sorprendente aún que la aparición de Frei hijo resultó ser la génesis de la candidatura de la posterior presidenta Bachelet (en su primer periodo). En este caso esa candidatura se gestó inicialmente al margen de todo esfuerzo de ella por lograrla y tal vez hasta para su sorpresa. Una progresiva popularidad en las encuestas fue lo que la situó en la candidatura primero y en la presidencia después. Si aplicamos a ella el razonamiento de la elaboración de un trauma colectivo, hay que analizar la representación simbólica relacionada con ella en ese momento. Hija de un general en jefe antigolpista, muerto como consecuencia de la represión política, detenida ella misma en uno de los centros de tortura del gobierno militar, médico, actitud llana y cercana a las vastas clases medias y populares del país, accedida a la política sin parecer ambicionarla, parecía haber emergido de en medio de todos aquellos, que en mayor o menor grado se sentían víctimas de la dictadura y que ahora se sentían con fuerza como para poder elegir a uno de ellos que pudiera representarlos como jefe de gobierno. Se trata del reconocimiento de los daños sufridos y del proceso de su reparación.

Podemos identificar en esas tres elecciones presidenciales entonces un equivalente colectivo en estas tres fases de elaboración del trauma: primero un intento de borrar los acontecimientos traumáticos, negando su acontecer, aún demasiado próximo como para tolerarlos y aún demasiado embebidos por el miedo de su posible repetición. Segundo: recuperado el valor y la capacidad de enfrentarse a las vivencias de opresión y humillación, la identificación con una postura de desafío y enfrentamiento, la recuperación de la fuerza para iniciar un nuevo camino. Tercero: la reivindicación de la condición de víctima de daños y su reparación colectiva. La sociedad acoge en su seno a los que sufrieron los daños, los reivindica y reincorpora a los espacios perdidos.

Esto, por supuesto, no puede ser representativo para la totalidad de la sociedad. Existe un porcentaje de la población que vivió la instauración del Gobierno Militar como una liberación de los temores que les tocó sufrir durante el periodo de la Unidad Popular, que por lo tanto nunca tuvo una experiencia traumática durante la dictadura, más bien lo contrario. Otro grupo sufrió

un impacto traumático que demorará generaciones en ser reparado. Otros pudieron haber tenido variadas motivaciones en la selección de su mandatario, ajenas a lo expuesto. Pero sin duda existió un grupo poblacional –partícipe de la experiencia traumática colectiva– lo suficientemente amplio como para determinar el curso de los acontecimientos políticos.

El estilo de los respectivos gobiernos resultó además bastante congruente con las motivaciones de su selección. Frei mantuvo un estilo de gobierno en que el personalismo estuvo poco presente. Tampoco la ideología, en un momento de una profunda ideologización de las posturas políticas, cosa que frustró a sectores de izquierda y tranquilizó a la derecha. Sin embargo fue justamente esto –apaciguamiento de la derecha y disminución de los temores del electorado de izquierda– lo que permitió que un socialista de claro perfil de desafío a Pinochet pudiera imponerse en la próxima contienda electoral.

Ricardo Lagos, en cambio, impuso un estilo de clara presencia personal, transmitiendo la impresión de estar constantemente en control de las situaciones y de impulsar al país a la integración internacional, tanto a través de tratados de libre comercio como a través de la modernización e innovación tecnológica. En lo ideológico logró –con un equilibrio entre las sensibilidades demócratacristianas y del área socialista– la mantención de una identidad claramente definida de la Concertación frente a la Alianza. Su estilo fue tan directo como su dedo.

Otro fue el estilo de gobierno de Bachelet, que se caracterizó por el énfasis en la protección de los más desprotegidos, por dirigir la atención hacia los abandonados por el neoliberalismo. Su estilo de apariciones públicas fue de llana cercanía con aquellos que podían identificarla como a uno de sus iguales. El aplastamiento por una autoridad despiadada parecía haber desaparecido. Finalmente se había reparado no solo la opresión por el poder, sino también la desigualdad de las relaciones de poder. Aquellos que habían sido oprimidos por la dictadura finalmente habían accedido simbólicamente a la máxima autoridad.

VALOR SIMBÓLICO DE LOS CANDIDATOS

Volviendo al significado que este ciclo tiene en cada elección, apunta a que se podría identificar un significado emocional oculto en la percepción de los candidatos, que no solo se relaciona con sus rasgos personales, sino también con los anhelos y las angustias colectivas al momento de la elección. Desde ese punto de vista, la misma persona, en otro momento, ya no encarna lo

mismo, porque se encuentra con otro imaginario colectivo. Su representación simbólica es otra y para tener éxito debe haberse identificado con las nuevas expectativas del público al que se expone. Lo paradójico es que en esa nueva situación sus logros anteriores solo tienen un lugar relativo. Mal que mal, a pesar de que una y otra vez se es gobernado por las realidades, siempre se vota por las ilusiones.

Dentro de este contexto, al ser nuevamente candidato en una elección posterior, Eduardo Frei hijo se encontró con dos factores en contra, que no dependieron en absoluto ni de él ni de su desempeño anterior. El primero fue que la significación simbólica de su elección anterior había dejado de existir. El segundo consistió en que se enfrentó a un ciclo determinado por un inconsciente político enmarcado en un amplio ciclo, que había terminado por concluir durante el primer gobierno Bachelet.

Los elementos que en ese momento apuntaban a que nos encontráramos en un momento de cambio de ciclo fueron tres:

1. La no transferencia de la popularidad de la presidenta al sucesor de su proyecto,
2. La repentina gran popularidad de un candidato sin trayectoria política previa, como fue el caso de Marco Enríquez Ominami. Se constituyó como el símbolo de lo nuevo y diferente, presente como búsqueda y necesidad en la mente de los votantes.
3. La falta de percepción, dentro de las filas de la concertación, de las transformaciones que se habían extendido al interior de la sociedad. Ya no era prioritario el núcleo organizador del proyecto previo que consistía en el restablecimiento de la democracia, de las libertades civiles y, sobre todo, del triunfo sobre los opresores con la desarticulación del régimen militar y sus secuelas. Mucho de esto ya se había logrado y ahora había nuevos desafíos. Aunque no resultara del todo claro cuáles eran estos nuevos desafíos,

En este contexto, también Sebastián Piñera fue percibido como una alternativa frente a la oferta de un continuismo, cuya misión principal parecía haber concluido.

SEGUNDO CICLO: LA INCIERTA ORIENTACIÓN AL FUTURO

La elección de Sebastián Piñera fue el resultado de una evolución social que finaliza con el primer gobierno Bachelet, dando comienzo a otro ciclo determinado por

otras expectativas y aspiraciones. El segundo ciclo no comenzó porque Sebastián Piñera fuera elegido, inaugurándolo, sino todo lo contrario. Sebastián Piñera tuvo la posibilidad de ser elegido, porque el primer ciclo había concluido (pero además por haberse desmarcado públicamente de aquellos aspectos del pasado, por los cuales la derecha rechazaba toda responsabilidad, pero que el electorado continuaba teniendo presente).

Mientras el análisis del primer ciclo se centra en un factor cohesionador proveniente del pasado: la elaboración del trauma de la dictadura y la selección de los liderazgos que ayudaron a superarla, el análisis del segundo ciclo debe ser encarado desde una perspectiva opuesta: tratar de identificar aquellos factores que contribuyen a entorpecer la consolidación de un proyecto futuro.

Hasta ahora, en ninguno de los dos gobiernos del segundo ciclo se ha consolidado un diseño de proyección futura con el cual la mayoría del país se haya logrado identificar y mucho menos entusiasmar. La ciudadanía aparece reaccionando con disgusto, frustración, pero también con desconcierto y confusión. Estos sentimientos tampoco se traducen en la elaboración de nuevos conceptos, sino que permanecen como tales: sentimientos que llevan a reacciones inmediatas. Los recursos conceptuales para interpretar la situación presente parecen no estar funcionando.

Lo que si apareció, en sustitución del anterior factor cohesionador, es un abanico de aspiraciones y expectativas diversas, con poca claridad en cuanto al camino de su realización.

Se agrega el divorcio entre políticos y ciudadanos manifestado a través del desencanto por la política. Hubo un cambio en la sociedad civil con gran dificultad de los partidos políticos de ponerse en sintonía con ese cambio y guiarlo.

En la descripción del primer ciclo nos centramos en las fuerzas que cohesionaron un proceso. En la descripción del segundo ciclo nos vemos obligados a enfocarnos en lo contrario: la identificación de las fuerzas que –al interior de las organizaciones políticas– actúan en contra de la percepción del cambio social, impidiendo la sintonía con la polis y contribuyendo al divorcio con ella.

El segundo ciclo se caracterizó por la incorporación de dos factores nuevos:

1. Cambiaron los actores. La generación que se hizo presente ya no es la que ha vivido conscientemente el golpe y todas sus consecuencias en el curso de la dictadura. Las que ahora se hicieron presentes fueron las generaciones que le sucedieron.

2. La estructuración proveniente de la necesidad de superar el pasado dejó de ser lo determinante, dando lugar a la tarea de construir el futuro.

El futuro es algo que está abierto y aún no terminado, exige en primer lugar un diagnóstico adecuado de la realidad social y económica actual, exigiendo enfocar la realidad actual con prescindencia de distorsiones provenientes del pasado. Un diagnóstico de este tipo exige un proceso previo de reflexión creativa, que aporte y ordene los datos a analizar. Si esto no se hace, surge la confusión tanto nivel racional como emocional.

a. La evolución de la ciudadanía

Si el primer ciclo terminó en forma ordenada, el segundo parece seguir una línea caótica: alta popularidad de la presidenta que clausura el primer ciclo y simultánea preferencia por el candidato la oposición, oposición que gana la presidencia por primera vez desde el fin de la dictadura. Luego una fase de castigo en las encuestas de ese mismo candidato ahora presidente, para remontar el final de su mandato, seguido de gran votación de la candidata de centro izquierda, dando lugar luego a una debate político acompañado de encuestas desastrosas, al poco de echarse a andar un ambicioso programa de reformas que aparentemente fue apoyado en la elección de esa misma candidata por la ciudadanía que ahora la repudia.

Darí la impresión que esa ciudadanía no supiera para dónde va.

Una interpretación alternativa sería, sin embargo, que la ciudadanía sí lo sabe, pero los políticos ignoran cómo interpretar sus anhelos y están divorciados de ella.

Para entenderlo, bien vale focalizarse en las diferencias entre la generación del golpe y la generación actual:

a.1 *La nueva generación*

Como toda nueva generación, también la generación que protagoniza el nuevo ciclo es producto de la realidad en la que le tocó crecer y el contexto, no solo del país, sino también del mundo en que se inserta. La nueva generación no solo se ha desinteresado por la política en general, también su pertenencia a orientaciones específicas son más débiles y la tradicional diferencia entre izquierda y derecha parece encontrarse en proceso de dilución.

Desde el punto de vista económico se ha buscado caracterizar al cambio de actitudes hacia la política a

través del surgimiento de una clase media emergente, preocupada de la consolidación de sus logros. Quereamos llamar la atención sobre dos factores adicionales que constituyen un cambio cultural:

- a) Las consecuencias de la emergencia de redes de comunicación
- b) La progresiva transición de la cultura de la dependencia hacia búsqueda de la autonomía

No se debe olvidar el acceso a enormes posibilidades de información y comunicación, ahora posibles a través de un clic en la pantalla del computador, con la constitución de redes de contacto que trascienden fronteras, llevando a vivencias cotidianas de una diversidad y relatividad de las perspectivas. Una consecuencia de esto es la ampliación del espacio personal en reemplazo a la incorporación a grandes colectivos. Estos últimos se ven substituidos por la formación de una multiplicidad de colectivos personales, de tamaño y composición fluctuantes, generados por la ampliación de los contactos personales a través de las redes de comunicación. Se parecen más a colectivos tribales, en que está presente el contacto personal. Pero a diferencia de las sociedades tribales, delimitadas entre sí por fronteras más o menos rígidas, estos colectivos personales actuales también están interconectados entre sí, en permanente reorganización y con un flujo constante de nuevos focos de atención, más la ineludible aparición de alianzas y rivalidades. Esto configura un cambio cultural, al cual le resulta ajeno el sometimiento a una autoridad central lejana, de la cual se está desconectando y sobre la que no se tiene influencia directa.

Por otra parte Chile, al igual que el resto de América Latina, desde sus orígenes se fundamentó en una cultura basada en la dependencia. Dependencia del rey de España originalmente, a través de la estructura administrativa del reino, que fomentaba directamente una relación de fuerte dependencia (a diferencia de la América Británica), y posteriormente el establecimiento de una economía agraria con una amplia población empobrecida en relación de servidumbre con la aristocracia económica terrateniente y poca movilidad social. La respuesta a la preocupación por los pobres era darles lo que necesitaban. El desarrollo de organizaciones estatales que proveyeran educación, salud, viviendas, aportes económicos directos, etc., sin duda fue un gran avance, pero no cambió fundamentalmente la estructura de dependencia. Una dependencia internalizada fomenta la pasividad y debilita la responsabilidad sobre sí mismo. La urbanización de la población, la diversificación de nuevas ocupaciones por el desarrollo

tecnológico y la expansión de la liberalización de la economía fueron modificando esta cultura de la dependencia introduciendo aspiraciones a un desarrollo más autónomo, en que, más allá de una recepción pasiva de beneficios, lo importante es la oferta de oportunidades para ejercer esta autonomía. Sobre todo, porque en una cultura de la dependencia los dependientes deben aceptar que el poder central tome las decisiones por ellos. La generación actual quiere tomar sus propias decisiones dentro del ámbito en que se mueven y que los afecta directamente. La influencia sobre las grandes directrices del poder central en general les importa poco, salvo cuando a ese nivel se toman decisiones que los afectan directamente.

a.2 Diferencias con la Generación del Primer Ciclo

La generación, que con su acceso al gobierno determinó el primer ciclo posdictadura, a diferencia de la generación siguiente, había visto su realización personal en la inserción en amplios movimientos sociales que iban a lograr un cambio global de la sociedad entera. Este objetivo ameritaba los sacrificios que imponía el esfuerzo por lograrlo; estos sacrificios por el bien común eran vistos como una necesidad ética. Era el compromiso por causas sociales lo que limitaba el espacio que quedaba para las realizaciones personales. Lo social predominaba sobre lo individual y lo determinaba. La diversidad de la sociedad se plasmaba en una estructura de clases injusta, que debía ser derribada y sustituida por un orden igualitario más justo que hiciera desaparecer esta diversidad, que era concebida como expresión de la inequidad. Las organizaciones para lograr estos cambios revolucionarios, sentidos como una tarea histórica, tenían que estar fuertemente cohesionadas, compartir el mismo ideario y alinearse detrás de una autoridad central.

Esto difiere en forma importante de la generación del segundo ciclo. Como ya mencionamos, las decisiones se conciben como un conjunto de opciones individuales, la diversidad surge en forma espontánea y es valorada, lo social es visto como resultado de consensos individuales, las libertades individuales son vistas como el estado natural de las cosas y el compromiso social pasa a ser una decisión personal que puede ser asumida o no. La incorporación a tareas históricas fue reemplazada por la absorción por un continuo presente y la memoria histórica se reduce a pocos años.

El contexto de la generación del primer ciclo era la guerra fría, con un mundo dividido en proyectos sociales definidos como la oposición entre izquierdas y derechas. La derecha era conservadora y buscaba

mantener el *statu quo*. La izquierda se entendía como instrumento del progreso a través del cambio revolucionario. Mientras en Europa occidental estos cambios se habían plasmado en la expansión de la socialdemocracia, en América Latina siguieron ligados a la utopía de una sociedad igualitaria e inclusiva concebida por Marx y sus seguidores. Si bien las estructuras de poder fuertemente centralizadas y controladoras del socialismo real eran vistas de forma crítica, de todos modos la existencia de ese socialismo real le daba un contenido de realidad a esa aspiración de transformación social. Se iba en esa dirección, y además se iban a corregir sus evidentes deficiencias. Con el derrumbe del socialismo real en la Unión Soviética y Europa del Este, la evolución hacia el pragmatismo en China, el fracaso de la estrategia revolucionaria cubana para el subcontinente y, más marginalmente, la transformación de Corea del Norte en dinastía hereditaria, esta utopía perdió su base de realidad. Dejó de dar lugar a movimientos de masas, pero quedó entre el consciente e inconsciente de la izquierda.

Al haber desaparecido el socialismo real como referente orientador y haberse diluido el concepto de ideologías originadas en sistemas filosóficos que consideraban ser verdades últimas y definitivas, a la generación del segundo ciclo le resultaron bastante más lejanas las ideologías globalizantes. Esto la hace ser mucho más heterogénea en sus aspiraciones y esperanzas.

Si para la generación del ciclo anterior la diferencia entre izquierdas y derechas se caracterizaba por una profunda pertenencia grupal, enmarcada en estratos socioeconómicos rígidamente separados y sin mucha movilidad social, traducida en tradiciones familiares que las perpetuaban, y en la cual la transición de una opción política a otra se acompañaba de una sensación de traición, esto ya no parece valer de la misma manera para la generación actual. La inclinación por Sebastián Piñera seguida por la elección de Michelle Bachelet habla a favor de esto. Esta tendencia a elegir desde una perspectiva de observador, considerando a las distintas opciones políticas como parte de un menú, parece haberse acrecentado aún más en la generación de los nietos posdictadura, la generación acostumbrada a moverse a través del menú del internet, estudiando la diversidad de ofertas.

Más allá de eso, esta nueva generación ha crecido en medio de una nueva realidad determinada por el neoliberalismo y –en sentido más amplio– de la posmodernidad. Esta realidad impone valores que se centran en aspiraciones por triunfar a través de logros individuales. Esto no debe ser mirado desde el punto

de vista valorativo, de si es bueno o malo, sino desde la perspectiva de la incorporación a una nueva realidad fáctica. El movimiento estudiantil, la llamada “rebelión de los pingüinos”, fue visto como una recuperación de los antiguos valores sociales colectivos. Sin embargo la evolución posterior fue mostrando otra cosa. El movimiento estudiantil se fragmentó y diversificó. De hecho, no persistió una adherencia a los antiguos movimientos políticos, sino que surgieron organizaciones nuevas, que se entendieron como fundamentalmente anti sistémicas, predominando la posición “anti” sin ninguna claridad sobre el “pro”. El “pro” se terminó focalizando en la demanda de derechos. Pero ya no era el mismo tipo de derechos de la generación del golpe. Los derechos colectivos que parten de un concepto global de sociedad contienen un sentido de responsabilidad por el cambio social y con eso fundamentalmente un sentido de responsabilidad por los otros. Se pensaba y sentía que se luchaba por los derechos de los otros, que eran el contenido central de “la causa”, que demandaba que las aspiraciones individuales pasaran a un segundo plano.

La expansión posmoderna del individualismo fue transformando el concepto de derechos en derechos individuales. Ya no se defienden los derechos de los otros, sino los del propio grupo y en última instancia los propios. Los sentimientos de solidaridad y –sobre todo– de responsabilidad se fueron diluyendo. Aunque el contenido de las demandas pareciera ser social, ya habían pasado a ser parte del proceso de individualización de las aspiraciones.

b. La Evolución de las organizaciones políticas: Contenido y proceso

Esta transformación social que hizo surgir rápidamente una nueva generación con nuevas aspiraciones se enfrenta a partidos políticos que han cambiado poco, conservando la adherencia a ideas que fueron construidas a partir de contingencias existentes hace muchas décadas. Los partidos tienen una dinámica interna, que tiende a la inercia, la que describiremos brevemente.

En el mundo de la política coexisten dos fenómenos, que deben ser diferenciados uno del otro. Por un lado se trata de su ideario, que constituye el contenido, y por otro lado la lucha por el poder, que es el proceso destinado a llevar a la práctica ese ideario.

b.1 El contenido

Las organizaciones políticas necesitan un tiempo para elaborar el proceso interno de construcción de su identidad. Una vez establecidas las características básicas

que definen a los militantes como miembros de un mismo grupo, estas tienden a perpetuarse. La identidad de un partido consiste en la proposición de un modelo de sociedad a mediano y largo plazo. Ese va a ser su espíritu. Al compartir ese espíritu sus militantes adhieren a una visión de mundo, que no solo es producto de un análisis racional de lo observado, sino que también hace surgir un componente emocional, propio de toda conformación de grupos de pares. Por eso, en una discusión política entre adherentes a partidos diversos nunca nadie logra convencer al otro, ya que los argumentos que se usan son racionales y la identidad política termina siendo emocional, tal como en las religiones. Esto obliga a los partidos –una vez establecida su identidad– a ser conservadores a través del tiempo, tanto para seguir siendo un referente para los adherentes como para mantener su cohesión interna. Proposiciones de cambios generan conflictos y estos amenazan la cohesión, por lo tanto son evitados. Para adaptarse al cambio, en general se necesitan crisis. La máxima flexibilidad la muestran los partidos recién cuando una crisis amenaza la continuidad de su existencia. A veces esto sucede solo cuando ya es muy tarde.

Cuando la realidad externa cambia aparece un problema para el conservadurismo. Cuando esta cambia muy rápidamente el problema se extrema. La base ideológica de un partido suele transformarse rápidamente en una especie de mito fundacional que posteriormente se ritualiza. La adherencia a los ritos fundacionales es parte de la estructura –y por lo tanto, de la estabilidad del partido. Todo cambio podría transformarse en una catástrofe para la estabilidad interna de la organización (partido). En vez de adaptar la ideología a la realidad, resulta menos conflictivo interpretar la realidad con base en la ideología.

Lo que no se corresponde con la ideología, o se ignora o se descalifica. En una situación de cambios rápidos los partidos suelen quedar por detrás de la realidad que vive la polis, divorciándose de ella.

b.2 El proceso

Existe un segundo punto que puede perpetuar y amplificar este divorcio. Se trata del proceso que se debe seguir para que el ideario político pueda llevarse a cabo. Este proceso consiste en la lucha por el poder a través del posicionamiento de la organización política dentro los órganos de decisión de la sociedad. Es precisamente lo que constituye la cotidianidad de las organizaciones políticas. Sin este proceso de lucha por posiciones de poder jamás podría concretarse la puesta en práctica de la concepción de sociedad que representan. Para

que esta concepción se lleve a la práctica, se necesita el poder de transformarla en realidad. La lucha por este poder es un proceso que vale tanto para el partido en su conjunto como para los individuos que lo componen, llevando a cada cual a un mayor o menor grado de rivalidad con todos los demás, en cuanto a la posición de poder que quieren alcanzar. Ambos puntos, el primero, el del ideario compartido y el segundo, el de la lucha por el poder, contienen una contradicción entre sí. El primer punto es algo que une, que congrega, y el segundo, en cambio, es algo que separa, al imponer la rivalidad permanente.

Si el ideario de una organización política se debilita o se vacía de contenido, lo que queda es la lucha por el poder. Un ideario que no se renueva y no se adapta a la realidad presente y consecuentemente deja de estar en sintonía con la polis, se vacía de contenido. En esas circunstancias, automáticamente la labor política termina por centrarse principalmente en los objetivos particulares de los políticos. Los contenidos programáticos de transforman en pseudocontenidos, usados para el mantenimiento de las estructuras de poder al servicio de intereses individuales. En algún momento la ciudadanía observa las luchas de posicionamiento en el poder de los políticos como algo ajeno a sus intereses, concretándose este divorcio entre políticos y polis. Pareciera que en Chile nos estamos acercando a esta situación.

Si bien la identidad de un partido político se constituye históricamente a través de una multiplicidad de factores, en el Chile posdictadura se pueden delimitar algunos factores básicos para derecha e izquierda. En líneas generales, la izquierda se homologa a los estratos populares, la derecha a los grupos dominantes y el centro a la clase media. Actualmente esta adscripción ya no resulta clara, debido a una diversificación de las antiguas clases sociales en subconjuntos que surgen de la evolución técnica que complejizó las relaciones de producción. Pero en Chile existe un fuerte factor emocional que define la pertenencia a izquierdas y derechas (en plural): consiste en identificarse con los vencedores o los derrotados del golpe y pertenecer a las familias y grupos de pertenencia que sufrieron el destino que les impuso ese quiebre. Se trata de un hecho histórico que exacerbó en forma importante la carga emocional que le es propia a las pertenencias políticas. Esta carga emocional, que refuerza la identidad por oposición al contrario, también puede transformarse en un obstáculo a un manejo eficiente de una realidad sometida a un proceso de cambio acelerado.

Este obstáculo se manifiesta en forma distinta para derechas e izquierdas.

b.2.1 EVOLUCIÓN DE LA DERECHA

La derecha no necesitó nuevas propuestas después de los cambios radicales en el diseño de la economía —y las relaciones sociales necesarias para sustentarla— impuestas después del golpe militar. Incorporaron rápidamente un modelo económico que se estaba expandiendo por el mundo. Al triunfar la oposición a la dictadura y al comenzar los gobiernos de la Concertación se heredó este esquema, el que de alguna manera fue humanizado y desarrollado. La derecha por lo tanto nunca vio seriamente atacados sus intereses. No se cumplió su temor inicial de que surgiera una venganza por las atrocidades cometidas durante la dictadura. Los crímenes inicialmente clasificados solo de excesos fueron después adjudicados exclusivamente a los militares, por lo tanto ajenos a la responsabilidad de la derecha política. Como la base del programa de la derecha era el nuevo modelo económico, tampoco era necesario reflexionar sobre un modelo social que integrara en su concepto a todos los sectores.

Sin embargo, el primer gobierno de la derecha desde el fin de la dictadura no cuestionó las reformas sociales de la Concertación, tendientes a la construcción de un estado de bienestar. Incluso las amplió en algunos aspectos.

Esto le valió el gobierno de Piñera la crítica, desde la derecha, de haber sido un quinto gobierno de la Concertación, mientras que la izquierda opinaba que la Concertación había sido una secuencia de gobiernos de derecha.

Pero lo que la derecha nunca hizo fue tomar posición frente a los crímenes de la dictadura, ni cuestionar su posición elitista tradicional, llevada al extremo durante la dictadura. Cuando ya no pudo ocultar los crímenes, los banalizó, cuando ya no pudo banalizarlos, los atribuyó a otros, y cuando ni siquiera eso resultó, se mantuvo en silencio. En este sentido, su mecanismo de defensa frente al conflicto con la realidad fue la negación. Es un mecanismo de defensa mucho más simple que la denegación, porque la amenaza que se enfrenta no es ni traumática ni amenaza la identidad. En términos simples equivale a decir: “es mentira” o “yo no fui”. Que el único candidato de la derecha que triunfó después de la dictadura tuviera que desmarcarse explícitamente de la dictadura no es un detalle colateral. El repudio a estos crímenes parece seguir siendo un sentir mayoritario de la ciudadanía, a pesar de estar atenuándose como producto del paso del tiempo, con lo cual la denegación fue desapareciendo, dando lugar a una reconstitución de la verdad histórica.

Pero, más allá de eso, la derecha tampoco sintió la necesidad de elaborar un modelo de desarrollo que

entrara en sintonía con la mayoría de la sociedad no perteneciente a las elites socioeconómicas, transmitiendo la impresión de que bastaba con que les llegara una mayor cantidad de sobras de las mesas de los ricos. (No es exactamente así pero siguieron transmitiendo esa impresión.) Con esto se impuso una división de tareas, en que la derecha parecía ser la encargada de la generación de riquezas, reteniendo el mayor porcentaje para los grupos productivos dominantes, mientras la izquierda quedaba a cargo de la distribución, sin preocuparse mayormente de la producción.

El gobierno Piñera fue económicamente exitoso, promulgando además nuevas leyes de protección social, pero no logró diseñar un proyecto de desarrollo futuro con el cual la ciudadanía se sintiera identificada. En este sentido la derecha se mostró incapaz de superarse a sí misma. En este momento, eso parece estar cambiando. Al sentirse desplazada, en la derecha comenzó a surgir una preocupación por la falta de reflexión sobre lo que podría proponerle a la sociedad y están apareciendo publicaciones que buscan suplir este vacío, junto a la conformación de nuevas agrupaciones políticas. Un resurgimiento de la reflexión, desde el lado que fue, debe ser valorado en forma positiva en cuanto a las necesidades del país.

b.2.2 EVOLUCIÓN DE LA IZQUIERDA

La izquierda, por su parte, enfrenta dos problemas cuyas consecuencias –de fuerte carga emocional– también influyen en la reflexión sobre una realidad cambiante.

El primero consiste –como ya ha sido dicho– en la desaparición del socialismo real.

Mientras este existía y había logrado reemplazar al capitalismo en una serie de países, el socialismo real era una alternativa autónoma, un sistema hegemónico en sí. La desaparición del socialismo real como producto sus propios problemas internos dejó al capitalismo como único sistema operante. Además resultó ser exitoso desde el punto de vista de su expansión y logros económicos (sus problemas también los conocemos). Con esto, el socialismo volvió a sus orígenes, que era ser respuesta a las consecuencias negativas del capitalismo. Pero al desaparecer el socialismo real como alternativa autónoma de transformación global de la sociedad, pasa a ser el complemento correctivo del capitalismo y no su alternativa. Por lo menos no la alternativa planteada por el antiguo ideario marxista-leninista.

Para cualquier individuo, descubrir que uno de sus objetivos más sentidos no puede ser alcanzado por ser irreal genera primero angustia y posteriormente,

al aceptar que es un deseo que no se pueda realizar, depresión. Una forma de evitar esta secuencia es la negación. En vez de aceptar que el objetivo fue irreal, puede decirse que el problema consistió en que hasta ahora no se había hecho bien y que hay que intentar lo mismo de otra manera. Una forma atenuada de negación es dejar de pensar al respecto y comportarse como si nada hubiera cambiado. La tercera es la denegación, ya descrita, con la consecuencia del enfrentar la nueva situación en forma escindida.

Se agrega un segundo factor que tiene una base enteramente emocional: la derrota que significó el golpe mismo.

Esta derrota dejó trunco un proyecto que estaba en plena evolución. Es natural que sus actores perseveraran en la convicción de que este proyecto debía ser retomado tras el derrocamiento de la dictadura. Esto también generó una ambigüedad en cuanto al concepto de “transición”. ¿Transición a qué? Desde luego a la democracia, pero formalmente esta ya se había alcanzado con la primera elección presidencial posdictadura. Entonces, ¿cuándo la democracia dejaba de ser formal y pasaba a ser real? El modelo económico heredado de la dictadura era visto como una persistencia de la dictadura misma. Entonces la transición solo se acabaría con el reemplazo del modelo por otro. ¿Cuál? Ahí es donde –sin ser expuesto ni considerado viable explícitamente– aparece el proyecto trunco de la Unidad Popular como referente emocional. Para unos como anhelo, para otros como fantasma. La persistencia de estos anhelos ata al pasado, actúa como barrera a la aceptación de cambios y termina contribuyendo a fortalecer una actitud fuertemente conservadora en la izquierda chilena. El proyecto de la Unidad Popular estaba inscrito en el aún existente proyecto del socialismo real, ahora desaparecido.

La desaparición del socialismo real se tradujo en un conflicto para la identidad de la izquierda chilena de origen marxista. Lo que pareciera haberse producido en consecuencia de esto, es una escisión del self corporativo (la base de la identidad) de los partidos de raigambre socialista en el mismo sentido explicado anteriormente: por una parte se aceptaba esta desaparición, por la otra se actuaba como si no hubiera sucedido. Dentro de sectores de la izquierda surgen críticas en contra de los que no serían verdaderamente de izquierda, de la cual se habrían desviado. Esta verdadera izquierda, cuyo núcleo permanece en la obscuridad, se erige en una supuesta entidad ética, que condena a todos los que se alejan de una verdad que no se define. El sector más extremo actúa desde la periferia, influyendo sobre los demás. Paralelamente persiste un sector que actúa en la práctica, relacionado con la realidad, pero

aún determinado por los objetivos de la antigua identidad corporativa. Sin embargo, surge un programa, que en su conjunto interpreta las aspiraciones de la mayoría, pero en cuya puesta en práctica produce reacciones de rechazo.

La incongruencia entre ambos aspectos, acuerdo con las reformas y rechazo a lo que aparece en la práctica, hace pensar en que algo en el proyecto resultó incongruente.

El proyecto de la Unidad Popular era congruente con su objetivo: substituir la relaciones de producción capitalistas por un proyecto basado en el socialismo real, con expropiación de los medios de producción en manos privadas, traspasándolas a un Estado controlado por la clase trabajadora, transformándolas por esta vía en propiedad social. Estaba claro que en estas condiciones el empresario privado era el enemigo de clase y el nuevo modelo estaba en contradicción antagónica con el modelo capitalista.

Si esta meta –anclada en el socialismo real– deja de ser el objetivo explícito, pero no es sustituido por otro a través de un proceso de reflexión y de la reformulación de la izquierda, sus acciones corren el peligro de transformarse en incongruentes.

En el proyecto de la nueva mayoría (que se ve a sí misma como una superación de la “Vieja Concertación”) estuvo ausente tanto un programa de expansión de la producción en general como su inserción en un cambiante contexto internacional. En el diseño del proyecto país por lo tanto tampoco estuvo presente el empresario privado, responsable de la generación de la mayor parte de recursos y empleos de la nación. El único rol que parece haberle sido asignado fue el del aporte económico vía impuestos. Al comienzo la actitud hacia la empresa privada fue hostil. La productividad solo apareció en la agenda en forma reactiva, al hacerse evidente su declinación (por los factores que fuese). Otro elemento de incongruencia es una reforma educativa basada fundamentalmente en la redistribución del financiamiento de los costos de ella y sin mayor reformulación de los proyectos educativos y su conexión con las necesidades del país. Con la proliferación de universidades privadas, que privilegiaron carreras de más bajo costo para ellas, se perdió completamente la proporción entre los profesionales que el país necesita y los que las universidades producen, con la consecuente cadena de frustraciones con que una serie de profesionales se encuentran tras su egreso.

Aun cuando cada una de las reformas en ejecución sea percibida como necesaria, el alto grado de rechazo el gobierno no parece depender de la aceptación o no de cada una de estas reformas en lo específico, sino de

una apreciación más global, de que el conjunto de las acciones del gobierno no está en sintonía con el sentir colectivo. Con la ausencia del sentimiento de que se vaya en la dirección deseada, aparece una sensación de detención del proceso evolutivo el país y al no restablecerse la sintonía con la polis, aparece una sensación de exclusión con respecto al mundo político manifestado en distanciamiento y desinterés.

Las reformas mismas son encaradas con cierto grado de perplejidad. De hecho, en las últimas encuestas algunas reformas presentan mayor aprobación que el gobierno, sus instituciones y el mundo político general. Las reformas parecen ser deseadas, pero no entusiasman.

La aparición de incongruencias dentro de la izquierda es antigua. Su primera manifestación tuvo lugar al encargar el plebiscito, aquel plebiscito en que ganó el “no” y terminó con la dictadura de Pinochet. Hasta ese momento, dentro de las organizaciones de izquierda persistía mayoritariamente la adherencia al marxismo en su versión leninista y el apoyo al modelo soviético y cubano. El plebiscito coincidió con el derrumbe del socialismo real, al desaparecer la Unión Soviética y caer el muro de Berlín. La estrategia de la izquierda siguió siendo hasta ese momento insurreccional y contraria a cambios negociados. Frente a la posibilidad real del triunfo del no y –a más tardar– después de ese triunfo, la izquierda se realineó tras un candidato demócratacristiano y participó de pleno en el cambio negociado. Sin embargo, la práctica política no llevó a una reformulación de sus bases ideológicas ni de su identidad corporativa. Las consecuencias de la desaparición del socialismo real para la evolución política del mundo tampoco se expresaron en una reflexión sobre ellas. Nos encontramos con una nueva denegación y una escisión de la identidad de la izquierda: acción política realista por un lado y persistencia de la antigua base ideológica por otro. Esta división en dos realidades paralelas sufrió el destino de la escisión del yo descrito por Freud: co-existencia, sin entrar en diálogo. Cada una de las partes ignoraba a la otra. Al quedar excluido de un diálogo reflexivo, la antigua identidad marxista quedó puesta en una especie de refrigerador, conservada en frío. Su persistencia se manifestaba en la constante disconformidad con la concertación, a pesar de los éxitos de ella y terminó por declararla muerta con el nacimiento de la “Nueva Mayoría”.

Las antiguas aspiraciones, conservadas subterráneamente, excluidas de un diálogo con el cambio histórico, resurgieron, pero ya deslavadas por el paso del tiempo y reincorporadas a un contexto que no las reconocía como suyas.

La desaparición de las ideologías y la falta de compromiso emocional de la polis con los antiguos idearios políticos tiene otras consecuencias, que van más allá de producir un simple desinterés por la política, y que se infiltra retroactivamente dentro de la política misma. Una propuesta política no representa un valor en sí. Solo es evaluable dentro de su contexto social y momento histórico. Lo que puede haber movilizó profundamente a la polis en un momento histórico le puede resultar absolutamente ajeno en el siguiente. Desaparecida la carga emocional de su capacidad de convocatoria y de movilización de una propuesta, esta tiende a transformarse –a falta de una real sintonía con la nueva realidad– en un mero esquema vacío de contenido. Ya mencionamos la oposición entre contenido (el ideario) y proceso (lucha por el poder) de los partidos políticos. Cuando el ideario se debilita por haberse vuelto anacrónico, y ya no corresponde a los problemas del momento actual, también pierde la capacidad de unificar a la dirigencia política con la ciudadanía en una relación de compromiso mutuo. De alguna manera, la dirigencia política percibe que los objetivos, que originalmente estaban al servicio del bien común, se han difuminado. Aparece el peligro de que los remanentes de este antiguo ideario comiencen entonces a ser usados por los políticos en beneficio propio, principalmente con fines de asegurar su lugar en las estructuras de poder. Son usados con esos fines mientras sirvan y desechados cuando ya no sirven. Al haberse perdido los principios que guiaban la acción, el compromiso da lugar al oportunismo.

c. Estructura

La evolución de todo conflicto va a depender de la solidez de la estructura dentro de la cual tienen lugar. Esto vale tanto para la capacidad de la estructura de personalidad individual, capaz de lidiar con sus propios conflictos, como para la solidez de las estructuras de las sociedades. Una estructura sólida posee tanto la capacidad de enfrentarse exitosamente a los conflictos, conservando la continuidad consigo misma, así como la flexibilidad necesaria para incorporar los cambios que demanda la evolución histórica de la realidad social.

Ejemplos de estructuras sociales que no logran cumplir con estos requisitos abundan. Fracasan por ser demasiado blandas o ser demasiado rígidas. Estructuras

blandas son aquellas en que el diseño formal, oficial, coexiste con estructuras de poder informales, que se imponen en el ejercicio del poder, lo que solo es posible con un alto grado de corrupción. Poseen la ventaja de tener un grado de flexibilidad que les permite una larga persistencia, pero generan naciones que navegan al borde de transformarse en Estados fallidos. En América Latina no faltan ejemplos. Por otro lado, estructuras excesivamente sólidas, que fallan en adaptarse a los cambios, terminan en el quiebre, generando crisis sociales a veces incontrolables, dando lugar a nuevas estructuras compensatoriamente ultra rígidas o a fragmentaciones caóticas. Ejemplos de estructuras compensatorias ultra rígidas son la revolución francesa en la época del terror bajo Robespierre, y la Unión Soviética bajo Stalin. Un ejemplo actual de estructuras fallidas es lo que ha ocurrido en el mundo árabe, con la fragmentación y el fundamentalismo, en aparición simultánea.

Chile cuenta con una estructura relativamente sólida, absolutamente ajena a estos ejemplos. Se manifiesta capacitada de absorber cambios, adaptarse a ellos y mantener la identidad consigo misma en forma estable. En este sentido también es capaz de absorber una secuencia basada en ensayo y error, siempre que esta no se prolongue.

Aunque se hable persistentemente de la necesidad de nuevos liderazgos, todos los que han surgido se presentan aún en una etapa infantil de su desarrollo. Persiste la prevalencia de la focalización en el proceso de los posicionamientos en desmedro de los contenidos que ofrecen. Estos últimos, o son poco coherentes o no convencen. Frente a esta confusión, en cuanto al diseño del futuro, que por el momento no muestra signos claros de ordenamiento, se manifiesta una tendencia a recurrir a antiguos liderazgos, que permitan estabilizar la estructura para posibilitarles más adelante, a estas nuevas generaciones, encontrar su camino.

El desafío que se le presenta a cualquiera de los antiguos liderazgos, sigue siendo el que se ha intentado destacar anteriormente: la situación que van a enfrentar no va a ser la misma de antes, su representación simbólica va a ser otra, por lo cual antiguos liderazgos solo pueden ser exitosos no siendo los mismos, sino otros, coherentes con el nuevo contexto.

Haec sunt viae meae a cogitationibus, et scripsi ad finem.
(Con esto terminé de escribir lo que se me ha ocurrido)

ENSAYO

CAUSAS Y COSAS

(Rev GPU 2016; 12; 1: 154-155)

Hernán Villarino

Distinguimos, en el lenguaje, las causas de las cosas. A la bola de billar la llamamos cosa, pero cuando golpea a otra bola de billar y la pone en movimiento decimos que es la causa de ese movimiento, de modo que ser causa y ser cosa pareciera que son lo mismo. Ahora bien, si ponemos más atención vemos que la causa no es la cosa, no es la bola de billar en tanto que tal la causa del movimiento, sino la energía, la fuerza que trae. Una de las bolas transmite a la otra un impulso que no le pertenece de modo intrínseco, lo ha recibido antes, caso contrario bien pudiera ser que estuviera en reposo y no moviera nada. Por sí misma la primera bola no es causa, solo es causa cuando transmite lo que en propiedad no le pertenece. Es notorio que el mismo movimiento de la segunda bola podemos producirlo con un chorro de aire comprimido. Como el aire comprimido no es la misma cosa que la bola de billar, pero sus efectos son los mismos, entonces está muy bien que en el lenguaje diferenciamos causas de cosas.

En otros términos, cosas y causas no solo se distinguirían lingüísticamente, sino ontológicamente. Serían entes distintos. Pero si ahora miramos más atentamente la cosa, p. ej. la bola de billar, vemos que también es un efecto de causas. Por lo pronto ha venido al mundo, no ha estado siempre, no es eterna ni absoluta, ni tampoco pudo haberse creado a sí misma porque eso es absurdo. Una cadena infinita de fuerzas y causas, que es aquello en lo que consiste la bola, hizo que estuviera aquí y ahora, pero por esa misma sucesión mañana ya no estará aquí ni en ningún otro lado, sin embargo, las causas por las que ha sido seguirán presentes y operando en el mundo. Según se dice nada se crea ni se destruye, todo se transforma.

Las cosas, como la espuma del mar, son fungibles; las causas, en cambio, parecen ser eternas, de donde se deduce que el universo no es una cosa, sino una fuerza, una actividad, como diría Schopenhauer. El universo del alemán, sin embargo, no es pensable ni comprensible, es irracional. Allí donde vale el pensar no estamos ante la realidad del mundo, sino ante su fenómeno, y es él, el fenómeno, el que está sometido al principio de razón suficiente. El mundo racionalmente cognoscible, para Schopenhauer, es el de los efectos, pero eso no es lo más real de la realidad, sino algo dependiente y caduco. Lo que está detrás del fenómeno, lo que lo produce y lo causa, es decir, la cosa en sí, es eterna y necesaria, pero en cambio es incognoscible, porque a diferencia del fenómeno no está sujeta al principio de razón suficiente. Y algo de verdad dice Schopenhauer, porque es cierto que no sabemos, no podemos representarnos ni mucho menos pensar ninguna causa, sino a través de sus efectos. Primeramente, el mundo es para nosotros un mundo de cosas y de relaciones entre las cosas, solo después comprendemos que eso no es todo, pero las causas debemos suponerlas a través de los efectos y nunca tenemos ni conocemos las causas como objetos o como cosas. Las causas son suprasensibles.

Algunos han sostenido que las causas no existen. Que en nuestra experiencia a partir de una cosa se siga invariablemente otra, según Hume, no supone que sea su causa, en el sentido que deba su ser y/o su modo de ser a otra cosa. Enciendo la luz y a continuación tiembla, pero nadie diría que darle al interruptor fue la causa del terremoto. Hay una secuencia temporal entre una cosa y la otra, y en este, como en todos los casos en que hablamos de causas, caemos en el sofisma del *prop hoc*

ergo propter hoc. No es disparatada la opinión de Hume, porque tanto en el caso citado como en cualquier otro, en lo que llamamos causa, por justificado que nos parezca, no está precontenido el efecto; en otras palabras: el efecto es extrínseco a la causa. En el mundo de las emociones esto es indudable. Puedo estar alegre por el triunfo del equipo que sigo, pero mi alegría pudo ser, también, porque gana el caballo al que he apostado, de modo que la alegría como alegría, lo que la alegría es no debe nada a ninguno de estos triunfos, ellos no son su causa. Y tanto es esto así, que reiterando este tipo de actividades somos conducidos a la angustia, el tedio y la tristeza. La misma causa, entonces, produce efectos distintos, de modo que dada una causa puede derivarse cualquier efecto lo cual anula el concepto de causa. En el mundo emocional entre lo que llamamos causa y efecto hay una pura secuencia temporal pero ninguna necesidad, de modo que tiene razón Hume, y esa supuesta medición científica de los acontecimientos vitales que llamamos GAF carece de sentido.

El sistema reticular activante (SRA) es una cosa entre otras cosas de una cosa mayor que llamamos cerebro. De esa cosa se dice que causa la conciencia. La conciencia, entonces, es el efecto de tal sistema. Pero debemos preguntarnos, con Hume, si no hay aquí solo una secuencia temporal pero ninguna causa, o como en el caso de la bola de billar: si no será que el SRA es simplemente el portador de una causa, de una fuerza o de un impulso que no le pertenece de modo intrínseco. Por lo pronto, en el efecto del SRA, es decir, en la conciencia, hay infinitamente más que en la causa (lo cual es un absurdo), porque en el SRE no hay conciencia. Si el SRA no es consciente, pero es la causa de la conciencia, se trata de un efecto francamente milagroso, porque en el efecto no hay nada de la causa. (Es como decir que en la causa de un movimiento físico no hay nada físico).

Puesto que la conciencia existe, si decimos que no es causada podríamos pensar que es una de las fuerzas de la naturaleza, y por tanto que preexiste a los seres

vivos, o que el universo es algo vivo y consciente. Algunos filósofos medievales, a partir de ciertas ambigüedades de Aristóteles, lo pensaron así. Su argumento es el siguiente: el dolor que siento es mío y nadie más lo siente ni lo conoce, pero en un concepto, en cualquier concepto, todos conocen lo mismo y del mismo modo que lo conozco yo, y de no ser así no sería un concepto sino una sensación, de modo que esa identidad del objeto conocido supone una identidad del sujeto cognoscente. Si hay tal identidad entonces el sujeto cognoscente, llamado intelecto agente, siempre es uno y el mismo, no es algo personal sino impersonal, pero del cual cada uno participa. El intelecto agente, o la conciencia, en este caso es una fuerza como puede ser la gravedad o el electromagnetismo, y todos participamos de ella como participamos de cualquier otra. A la inversa, para Schopenhauer lo que yo conozco idénticamente que el otro es el sentimiento. Yo sé lo que sienten otros por lo que siento yo, porque en el fondo del mundo no hay un intelecto agente sino una fuerza sintiente y doliente, y como en el ejemplo anterior es la misma en todos los casos y de la cual cada uno participa.

Dominar las causas, ser capaz de producir efectos queridos por mí, es lo que llamamos técnica. Pero la técnica no es un conocimiento de las causas, sino su dominio. Por eso algunos se preguntan si a un progreso de la técnica no le corresponde una progresiva ignorancia del ser del hombre y del mundo. Para el segundo Heidegger, ni el dominio del mundo ni la voluntad de poder, sino la serenidad, constituyen la clave para el verdadero conocimiento. Suele decirse que los árboles no dejan ver el bosque, para Heidegger en el bosque hay calveros, claros, donde la luz, y con ello la visión y el bosque mismo resplandecen. Pero fueron los griegos los que acuñaron la antigua metáfora del intelecto como luz que lo alumbraba y lo muestra todo en su propio ser, ya que por sí misma no pretende cambiar ni modificar nada. Sin embargo, la luz no es una mera pasividad, es la más intensa de las actividades aunque no sea técnica ni mecánica.

REVISIÓN

TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO Y PERSONALIDAD II: DESCONTROL CONDUCTUAL, AGRESIVIDAD Y FALTA DE EMPATÍA

(Rev GPU 2016; 12; 2: 156-164)

Ben-Hur Palma¹, Elizabeth Horta²

El Traumatismo Encefalocraneano (TEC) es una importante causa de morbimortalidad, considerándose una “epidemia” en los tiempos actuales que demanda importantes recursos dentro del sistema de salud. Esto se explica en gran parte por las secuelas que sufren los pacientes, incluyendo, por ejemplo, alteraciones en el área motora, sensorial, conductual y emocional, ocasionando distintos niveles de incapacidad en los individuos. En el último tiempo el estudio de las alteraciones psiquiátricas ha adquirido gran relevancia por el marcado deterioro que genera en la adaptación del sujeto al entorno, buscando entender la bases fisiopatológicas que explican este trastorno y contribuir a un mejor diagnóstico y tratamiento. En esta revisión abordaremos las alteraciones de la personalidad post TEC, bajo la perspectiva psiquiátrica y neurológica, con énfasis en el descontrol conductual, la agresividad y la falta de empatía. Para ello nos basaremos en la evidencia proporcionada por la investigación científica en estas áreas, buscando reunir información actualizada que contribuya a la práctica clínica.

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 (25). 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). La mayoría de las víctimas de TEC que han cursado con estado de coma por unos pocos días presentan alteraciones irreversibles en aspectos importantes de su vida. Aunque las secuelas no son siempre observables a simple vista, pueden ser suficientemente incapacitantes para afectar la vida del paciente y de su familia y para su adaptación (47).

¹ Egresado de Medicina, Universidad de Chile

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

Las secuelas incluyen distintos aspectos del funcionamiento personal y social, tales como la motricidad, la capacidad sensorial, la cognición y la emoción, ocasionando consecuencias deletéreas tanto en el área personal como familiar, laboral, económica y relacional (20, 57). Las alteraciones psiquiátricas asociadas al TEC 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 (25).

En la literatura científica existe un extenso trabajo en el campo de las alteraciones cognitivas, sin embargo en el último tiempo ha surgido un esfuerzo por explorar los trastornos de personalidad y desórdenes conductuales, generadores de un notorio compromiso de las capacidades de control, regulación y adaptación del comportamiento social complejo (47). A su vez, los comportamientos desadaptativos asociados impactan negativamente en el entorno social del paciente y son fuertes limitantes ante la posibilidad de reinserción laboral, a pesar de que las habilidades cognitivas se encuentren más o menos conservadas (35). A modo de evidencia, Ponsford *et al.* (2014) evaluaron 140 pacientes que habían sufrido TEC a los 2, 5 y 10 años de evolución, observando que transcurridos los 10 años aproximadamente el 40% requería mayor apoyo que antes de que se produjera el daño. Solo la mitad había vuelto a realizar sus actividades recreativas y menos de la mitad se había reintegrado al trabajo; el 30% refirió dificultades en sus relaciones personales (61).

La prevalencia de este trastorno es suficientemente significativa como para justificar su estudio desde una perspectiva que incluya los ámbitos biológicos, psicológico y social, para permitir un mejor diagnóstico y la búsqueda de estrategias efectivas para la rehabilitación. Al respecto, Paim Díaz *et al.* (2012), en un grupo de 33 pacientes con 18 meses de evolución, encontraron que los desórdenes psiquiátricos más frecuentes eran el Trastorno Depresivo Mayor MDD (33%) y los cambios de personalidad (33,3%); los pacientes con cambio de personalidad experimentaban un mayor deterioro en su salud general y en su funcionamiento físico y social, en comparación con los cambios con los pacientes sin cambio de personalidad. Al parecer, los cambios de personalidad tienden a persistir a través del tiempo sin grandes modificaciones (49).

Considerando el impacto de las alteraciones de personalidad y cambios conductuales asociados al daño cerebral traumático, en esta revisión analizaremos la evidencia científica actual sobre las caracte-

rísticas clínicas y bases neuroanatómicas de dichos desórdenes, centrándonos en tres trastornos específicos: el descontrol conductual, la agresividad y la falta de empatía.

CONCEPTO DE PERSONALIDAD Y DAÑO CEREBRAL TRAUMÁTICO

Existen diversas teorías y definiciones acerca de la personalidad, pero la mayoría coincide en que la personalidad abarca las características importantes y relativamente estables de una persona, que dan cuenta de patrones consistentes de comportamiento. Los aspectos de la personalidad pueden ser observables o internos, conscientes o inconscientes (30).

De acuerdo con los criterios diagnósticos especificados en el DSM-IV y DSM-V 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. Se especifican además subtipos, entre los que se encuentran los tipos lábil, desinhibido, agresivo, apático y paranoide (4, 5). 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 (58, 63, 76).

ALTERACIONES DE LA PERSONALIDAD Y CAMBIOS CONDUCTUALES POST TEC

Los lóbulos temporales polares y la superficie inferior de los lóbulos frontales son las principales ubicaciones de las contusiones en el TEC, las que se generan por un mecanismo de golpe y contragolpe sobre las prominencias óseas de la base del cráneo que subyacen bajo estas regiones cerebrales (72). La localización, el tamaño y la progresión del daño son factores trascendentales a la hora de hablar de la mortalidad y complicaciones neurológicas a corto y largo plazo (50). Por otra parte, el daño axonal difuso se produce principalmente en el cuerpo calloso, núcleos de la base, formación reticular, pedúnculos cerebelosos superiores, hipotálamo y en la

interfase entre la sustancia blanca y gris de los hemisferios (32, 72). Este se presenta como lesiones multifocales, que resultan de fuerzas rotacionales o rápida aceleración y desaceleración (46), causando el estiramiento y torsión de las fibras nerviosas y vasos sanguíneos (52). Su presentación clínica habitual corresponde a un compromiso de conciencia prolongado y la aparición de secuelas neurológicas subsecuentes (32).

En consecuencia, la disposición preferencial de las lesiones en la superficie orbitaria del lóbulo frontal, la base y polo del lóbulo temporal y el territorio entre la sustancia blanca y gris de los hemisferios permiten una mayor comprensión de las secuelas neurológicas asociadas al TEC, por cuanto participan en la memoria, funciones ejecutivas, sexualidad, actividad motora y lenguaje. 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 (32).

El caso de Phineas Gage, un trabajador de la construcción, fue uno de los primeros reportes sobre un cambio de personalidad posterior a un TEC. En el año 1848 este individuo recibe un golpe por una barra de hierro que cayó sobre su cabeza, provocando un gran daño a su lóbulo frontal. El cambio fue brusco, de un hombre responsable con un comportamiento socialmente adecuado pasó a ser un sujeto inadaptado, irresponsable, holgazán, irrespetuoso y deshonesto (24). Desde entonces, varias publicaciones han reportado cambios conductuales en pacientes con daño frontal, siendo descritos como indiferentes y apáticos; beligerantes y agresivos; infantiles, eufóricos y desinhibidos; impulsivos y lábiles emocionalmente (18, 76).

Una de las primeras clasificaciones del daño frontal surge con Blumer y Benson (1978), quienes distinguen dos tipos de cambio de personalidad (13): una "pseudopsicopática", que presenta desinhibición, comportamiento antisocial, labilidad afectiva, hiperactividad, impulsividad y promiscuidad, ubicada en la corteza orbitofrontal; y otra una "pseudodeprimida", con apatía, indiferencia, baja iniciativa, retardo psicomotor, inflexibilidad, impersistencia y perseveración, de localización en la convexidad frontal (22, 25, 76). Modelos posteriores consideran un circuito orbitofrontal (similar al pseudopsicopático), un frontomedial, caracterizado por akinesia y escasa producción verbal, y un circuito dorsolateral, asociado a disfunciones cognitivas ejecutivas y estados de desregulación afectiva, además de dos circuitos sin relevancia conductual significativa (22, 76).

Vale considerar que en individuos con lesiones cerebrales en edades tempranas se ha observado una

maduración de las regiones frontales, tálamo, ganglios basales, sistema límbico y cortezas posteriores, entre otras áreas, con impacto en la totalidad del desarrollo psicológico, social, cognitivo y moral. Esto se explica por el comportamiento evolutivo del daño cerebral, que con el tiempo llega a comprometer otras estructuras cerebrales y la conectividad entre distintas regiones (28).

DESCONTROL CONDUCTUAL

El descontrol conductual denota una tendencia a actuar impulsivamente en respuesta a estímulos internos y externos. Incluye la desinhibición y la agresión, entre otros problemas. Las perturbaciones neuropsicológicas cursan con descontrol emocional, pero no invariablemente; tiende a observarse con mayor frecuencia en casos de TEC moderado y severo. Cuando están presentes limitan el tratamiento y la relación con otras persona (7).

Desinhibición

La desinhibición se refiere a conductas socialmente inapropiadas en un determinado contexto, ya sean físicas, verbales o sexuales (no agresivas necesariamente), las cuales reflejan pérdida de inhibición y/o inhabilidad para apreciar normas de conducta sociales y culturales (7). La experiencia clínica sugiere que es más frecuente durante el periodo de evolución más temprano en TEC moderado a severo, aunque no está claramente establecida la magnitud. En cuanto al periodo más tardío después de la lesión, se ha establecido frecuencias de 12% a 32% en muestras clínicas de sujetos con TEC moderado a severo (19). Con frecuencia este comportamiento es descrito en relación o equivalente con la impulsividad. Sin embargo, la impulsividad es solo una de las características de la desinhibición, entre las que se cuentan los déficits en cognición, tolerancia a la frustración, y comportamiento social. Aunque la desinhibición y la agresión pueden coexistir en una persona, son dos categorías diferentes de descontrol conductual (7).

El diagnóstico diferencial para desinhibición incluye desórdenes del ánimo (especialmente del espectro bipolar), desórdenes psicóticos, trastorno por abuso de sustancias, trastornos de personalidad y otras condiciones del desarrollo y neurodegenerativas. Para aquellos pacientes que pueden proporcionar un autorreporte confiable, puede ser de utilidad la Escala de Impulsividad de Barrat (59), la cual proporciona un marco de referencia para caracterizar y monitorear el comportamiento desinhibido en personas con TEC. Sin embargo,

está poco focalizada en impulsividad, lo que disminuye la capacidad de discriminación en casos en que este factor es más preponderante (algunos trastornos neurológicos, psiquiátricos y de abuso de sustancias). En pacientes con déficit en la conciencia de sí mismos se requerirá siempre entrevistar a un cercano. La escala NPI68-71 (38) provee un marco de referencia para el informante basado en la identificación y caracterización de este tipo de conductas. Incluye preguntas acerca de impulsividad, impaciencia, déficits cognitivos sociales y conductas sexuales inapropiadas en el ámbito interpersonal y social.

La presencia y la severidad de la desinhibición están asociadas a peor pronóstico a largo plazo, menor independencia funcional y discapacidad social (21, 23). El tratamiento requiere una aproximación conductual, ambiental y farmacológica. La participación de la familia es un componente esencial como también la de otras personas con que el paciente interactúa, asegurando mayor coherencia en las intervenciones (7).

Diversos estudios han asociado la desinhibición conductual con el lóbulo frontal (45, 51), y particularmente con su corteza orbitofrontal (OFC) (44, 75). Walch comparó 117 casos de lesiones orbitofrontales con 185 lesiones frontales no-orbitofrontales. En ambos grupos se había desarrollado desinhibición, sin embargo en el daño orbitofrontal dicha conducta permaneció "indiferente a todo intento de orientación" (25). Según Schwarzbald (2008), la OFC es capaz de modular las respuestas primarias que vienen de otras regiones, de acuerdo con el contexto ambiental (69).

La OFC tiene el rol de predecir resultados posteriores a eventos sensoriales, incluyendo características sensoriales, y su valor subjetivo y biológico, a fin de elegir objetos (o estímulos) basados en el valor predicho (67, 77). Es así como individuos con lesiones orbitofrontales son incapaces de anticipar las implicaciones o consecuencias de sus actos, buscando únicamente una gratificación inmediata (18). En un estudio utilizando la prueba de apuestas de Iowa (Iowa Gambling Test), Bechara y Tranel (2000) mostraron que los sujetos controles sanos, o aquellos con daño occipital o temporal lateral, evitaban los mazos desventajosos (alta ganancia inmediata pero mayor pérdida futura) y preferían los buenos (poca ganancia inmediata pero menor pérdida futura). En contraste, los pacientes con daño ventromedial no evitaban los malos mazos (10). Esto demuestra la falta de criterio y poca previsión de consecuencias de estos individuos, lo que los deja insensibles a los resultados de su comportamiento anormal (34), guiado por una visión egocéntrica que busca ganancias inmediatas (28).

La OFC se encarga también de actualizar el valor de los resultados, según el contexto actual, para elegir la opción más adecuada. En consecuencia, pacientes con lesiones en dicha área pueden ser incapaces de modificar su conducta en respuesta al feedback proveniente del medio, lo que dificulta el aprender de sus errores (18) para guiar su comportamiento posterior (28). Rolls *et al.* (1994) muestran, en las pruebas de reversión y extinción, la perseverancia de pacientes con lesiones orbitofrontales en tocar un estímulo previamente recompensado, en comparación con pacientes con daño en otras regiones frontales u otras partes del cerebro. Estos pacientes fueron incapaces de modificar su conducta para adecuarse al cambio, sin embargo sí pudieron informar verbalmente de este. Además, se encontró una alta correlación entre el bajo rendimiento en estas pruebas y el grado de comportamiento desinhibido socialmente (65). Esta manifestación se hace aún más evidente en un trabajo de Eslinger *et al.* (2004), en que se revisan 10 casos de niños, en la literatura, que sufren daño prefrontal, de los cuales varios casos mostraron un pobre desarrollo del aprendizaje basado en el contexto y la experiencia. A pesar de que conservaron muchas capacidades intelectuales, presentaron déficits en la atención, autocontrol y funciones ejecutivas, como la inhibición, planificación, organización, autoconciencia, anticipación de las consecuencias y comportamiento dirigido a un objetivo (28).

Knutson *et al.* (2014) incluyen también a la corteza cingulada anterior (ACC) y dorsolateral izquierda en la desinhibición (44). La ACC (junto con el área motora suplementaria o SMA, y el área premotora suplementaria o pre-SMA) cumple un rol importante en el monitoreo del resultado de las propias acciones, de acuerdo con los propios intereses (14, 27, 55). A su vez, la corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC) izquierda puede ayudar a preparar el próximo comportamiento, mantener adecuadamente un conjunto de tareas y corregir el comportamiento después de un error. Aron *et al.* sugieren que la DLPFC izquierda mantiene metas u objetivos, mientras la corteza cingulada anterior detecta los conflictos en que la condición actual no coincide con esas metas (9). Otras cortezas, que han sido involucradas en la desinhibición posterior al TEC, son la corteza frontal inferior, los lóbulos temporales, el giro recto y la ínsula (44).

Agresividad

Desde la perspectiva de la presente clasificación, el comportamiento agresivo incluye arrebatos verbales y/o violencia física hacia objetos u otras personas. Este

tipo de descontrol expone a peligro al paciente y a los que lo rodean, interfiere en la rehabilitación, compromete las redes de apoyo social y es una de las consecuencias del TEC más difícil de manejar (7). La forma más corriente de agresión postraumática ha sido descrita por Yudofsky y Silver (1985) como "síndrome de agresión orgánico" y se caracteriza por agresión reactiva (fácilmente provocada), explosiva (ocurre de repente), no reflexiva (sin planificación), no instrumental (no sirve a algún objetivo), periódica y egodistónica (79). Sin embargo, de acuerdo con la experiencia clínica existen también otras formas de agresión, y la variabilidad en su presentación hace difícil establecer en forma confiable la relación entre el TEC y los actos violentos (7). La definición se amplía al tomar como punto de referencia el extremo opuesto de lo que se considera como síndrome de agresión orgánico. Es decir, aquella que es propositiva (refleja intención, premeditación y/o resolución para actuar con violencia) e instrumental (medio para un propósito), por ejemplo, agresión por venganza. El punto medio de esta dimensión incluiría aquellos comportamientos dirigidos hacia una persona en particular, en respuesta a la percepción de amenaza (78).

Desde el punto de vista etiológico, David A. (2009) distingue dos tipos de agresión asociada a TEC, una de carácter impulsivo, asociada a pérdida de control inhibitorio, y otra de tipo episódico, asociada a perturbaciones eléctricas (usualmente a nivel del sistema temporo-límbico). La agresión impulsiva refleja un desorden del comportamiento autorregulado y puede ser verbal o física. Se caracteriza por una reacción agresiva desproporcionada que puede surgir ante una mínima provocación. En el periodo agudo, aún confuso, puede presentarse como agitación, pero posteriormente en un 30 a 70% de los casos podría evolucionar como irritabilidad, y un 20% de estos podría llegar a presentar conductas violentas (25). Esta clase de irritabilidad podría evolucionar hacia el tipo de agresión impulsiva, de acuerdo con lo observado por Brooks (1987) y Baguley (2006), caracterizada como una personalidad intolerante y querulante, en la cual el individuo está determinado a reaccionar desproporcionadamente ante la frustración (54).

La prevalencia de agitación y agresión es elevada en el periodo postraumático agudo, en TEC de mayor severidad y en relación con la presencia de un estado confusional, observándose desde un 30% a un 80% en las investigaciones. En estos casos, un 20% a un 30% correspondería a comportamiento violento. En el periodo más tardío la frecuencia en casos de TEC severo no penetrante alcanza desde un 15% a un 51% en distintas investigaciones (21, 58, 74). Rao *et al.* (2009),

estudiaron la prevalencia de agresión verbal y física en una muestra de 60 participantes, en la cual el 59,7% de los sujetos había sufrido TEC leve, un 13,4% moderado y un 26,9% severo. Durante los primeros 3 meses después del daño observaron una presencia significativamente mayor de agresión verbal (28%), frente a un solo caso de agresión física. La ocurrencia estuvo asociada a deterioro del funcionamiento psicosocial, depresión mayor y aumento en la dependencia en actividades de la vida diaria (64).

La agresión asociada a TEC puede estar también influenciada por la presencia de otras comorbilidades, como ansiedad, desorden del ánimo, trastornos del espectro traumático, trastornos psicóticos, desorden de personalidad, abuso de sustancias, dolor y uso de medicamentos con efecto adverso (33, 39). Este aspecto debe ser considerado para el diagnóstico y el tratamiento. El tratamiento efectivo requiere un enfoque interdisciplinario de coterapia farmacológica y no farmacológica (7).

La conducta agresiva se ha asociado a lesiones de distintas estructuras, entre las cuales están la OFC, el lóbulo temporal anterior (ATL), el hipotálamo y varias estructuras límbicas (43, 73). Tateno *et al.* (2003) consideran al daño frontal como predictor de agresión, hecho que concuerda con los hallazgos encontrados por Grafman *et al.* (1996), en un estudio conformado por pacientes del "Vietnam Head Injury Study" con lesiones que implicaban solamente el lóbulo frontal y otros con lesiones no frontales (37). Se han descrito múltiples casos de individuos con episodios súbitos de conductas violentas, sin irritabilidad entre ellos, en pacientes con alteraciones focales temporales en el EEG sugerentes de daño periamigdalino (41).

Teóricamente, los estímulos amenazantes se transmiten a amígdala, con proyecciones a los núcleos basales, donde se integran con la información del contexto social (proveniente de la corteza), para posteriormente iniciar conductas adecuadas al proyectar a la corteza, hipotálamo y tronco. La corteza prefrontal (OFC, DLPFC y ACC), que se activa con expresiones faciales y estímulos indicativos de transgresión a las expectativas del medio, regula la actividad de la amígdala, por lo que un daño en cualquiera de estas regiones ocasionaría una tendencia a la agresión (69).

Como se describió previamente, el comportamiento desinhibido se podría asociar a un daño en la OFC, en el que el individuo es incapaz de predecir las consecuencias de los actos, no aprende de sus errores y solo busca recompensas inmediatas. Esto permite explicar otra alteración de conducta derivada del daño OFC, denominada personalidad pseudopsicopática, según Blumer

y Benson (13), que se caracteriza por una conciencia social reducida, actitud jocosa y pueril, desinhibición y comportamiento antisocial (22). Los pacientes con daño en la OFC carecen de tacto, son groseros e irritables (25) y no se arrepienten de sus decisiones (17).

Un caso especial son los individuos que adquieren tempranamente un daño en la corteza orbitofrontal o ventromedial. Anderson *et al.* (1999) observaron que estos se parecen a los pacientes de presentación adulta en la conducta social disruptiva, la insensibilidad a las consecuencias futuras y la búsqueda de ganancias inmediatas, ya sea en la prueba de apuestas de Iowa o en el mundo real. Sin embargo el cambio de conducta se presenta de forma más severa, con respuestas emocionales aún más inadecuadas, y no permite la recuperación de conocimientos de importancia social, ya que nunca fueron aprendidos (62). En la edad adulta sus problemas crónicos de adaptación hacen que estas personas guarden un mayor parecido con el psicópata *per se* (70).

Para comprender y lograr una conducta moral es imprescindible la presencia de procesos empáticos y una cognición social (28, 36). Eslinger *et al.* (2004) observaron que pacientes con daño prefrontal presentaban gran alteración en su actividad empática, con una conducta errática basada en sus necesidades (28). La habilidad de reconocer las emociones de otros es un aspecto esencial en las interacciones sociales exitosas. Se ha visto que pacientes con daño frontal ventromedial no logran interpretar correctamente expresiones faciales emocionales, lo que se correlaciona con mayores alteraciones en la escala de evaluación neuroconductual (48). En otro estudio, Blair *et al.* (2002) mostraron que tanto individuos con lesiones de amígdala y psicópatas presentaban defectos en el reconocimiento del miedo (11).

ALTERACIONES DE LA EMPATÍA

La literatura acerca de los cambios de personalidad post TEC, da cuenta de que las personas que sufren un daño cerebral severo muestran problemas sociales significativos, como egocentrismo y falta de sensibilidad frente a las necesidades de otros. Estos comportamientos han sido atribuidos, al menos en parte, a una reducción de la capacidad de empatía (26). Rushby *et al.* (2012) estudiaron la relación entre déficit de empatía y responsividad psicofisiológica en adultos con TEC, concluyendo que ambas variables aparecían disminuidas al realizar comparación con un grupo control (68).

Un aspecto muy importante de la empatía es la capacidad de reaccionar ante los sentimientos de otra persona, la cual se denomina empatía emocional. Existen estudios, como el recién mencionado de Rushby *et*

al., que dan cuenta de una relación entre la empatía emocional y la capacidad de responder psicofisiológicamente a estímulos emocionales y dan cuenta de que ambos aspectos se verían afectados en los pacientes con daño cerebral traumático (26).

Los déficits en la respuesta empática se pueden generar por una alteración de uno de sus dos componentes: uno cognitivo, con el que se infieren los estados mentales de otros basándose en la experiencia personal (incluye la capacidad de mentalización o teoría de la mente (TM), el pensamiento abstracto y la flexibilidad cognitiva); y otro emocional, que corresponde a la respuesta emocional frente a otros, pudiendo implicar compartir su estado emocional (considera el reconocimiento de emociones, la interpretación de expresiones faciales, etc.). Numerosos estudios y reportes de casos han asociado el daño de la corteza prefrontal con una conducta falta de empatía, especialmente la OFC y la corteza prefrontal ventromedial (31, 71), pero también la superficie dorsolateral, entre otras (29). Según Hillis *et al.* (2013), la evidencia proveniente de los estudios de lesiones sugieren que estas áreas serían esenciales para compartir el estado emocional de otros o, al menos, reconocer sus emociones (40). En un estudio en que se comparó la respuesta empática de pacientes con lesiones en la corteza prefrontal, con respecto a pacientes con lesiones posteriores o sanos, Shamay-Tsoory *et al.* (2003) evidenciaron que los individuos con afectación de la corteza prefrontal, especialmente la corteza prefrontal ventromedial (VMPFC), presentaban una alteración significativa de su capacidad empática. Específicamente, en el grupo ventromedial la deficiente empatía estaba relacionada con la teoría de la mente, mientras que en el grupo dorsolateral se asociaba a un defecto en la flexibilidad cognitiva (no a la TM) (71).

Hallazgos provenientes del estudio de neuroimágenes funcionales y lesiones indican que la ínsula anterior derecha, la ACC, el ATL, la amígdala y la unión temporoparietal también son importantes para determinados componentes generales de la empatía, como compartir el estado emocional de otros (contagio emocional) o la teoría de la mente. Según Hillis *et al.* (2013), el papel de estas regiones sería integrar la información de la corteza somatosensorial y límbica con aquella de la corteza prefrontal y la corteza frontal inferior, que son importantes para la asignación de emociones a otro con respecto a uno mismo, la asignación de valor, la supresión de la propia emoción o perspectiva, y la comprensión de conceptos sociales (40).

La capacidad de reconocer las emociones de otros es un aspecto fundamental de la empatía, y necesario

para un buen desenvolvimiento social. Se ha observado que pacientes con lesiones frontomediales (25) y orbito-frontales muestran dificultad para interpretar emociones no verbales (12). Dentro de múltiples estudios sobre la amígdala y el miedo, algunos sobre lesiones bilaterales en amígdala (11) (situación muy poco frecuente), han mostrado alteraciones en el reconocimiento de estas; sin embargo existen algunas inconsistencias en los hallazgos, especialmente en daños unilaterales (1, 6). Aunque la mayoría de los investigadores asocian a la amígdala en déficits de reconocimiento de emociones negativas (2), algunos consideran que tiene un rol más general en el reconocimiento o procesamiento de todas las emociones, y que la predominancia de lo negativo surge de factores como metodología e intensidad de los estímulos (66).

Se postula que el reconocimiento de las emociones faciales se basa en tres elementos fundamentales: la percepción de la emoción, la replicación y experiencia de la emoción dentro de sí, y la comprensión conceptual de esa emoción (56, 60). Los estudios funcionales con RNM han implicado diversas regiones cerebrales con la experiencia emocional asociada a expresiones faciales: ganglios basales, ínsula, amígdala, corteza cingulada, cortezas somatosensoriales basales, giro frontal inferior, y corteza frontal ventromedial. Los estudios muestran que el daño focal a la amígdala, ínsula, corteza somatosensorial y corteza prefrontal frecuentemente causan déficits en el reconocimiento de emociones faciales (2, 3, 9, 15, 42). A su vez, el daño post TEC a las cortezas prefrontal (16) y temporal (8) se ha asociado con defectos en la recuperación de la memoria conceptual asociada a rostros y emociones, entendiéndose que estas áreas permitirían formar asociaciones y representaciones emocionales a partir de la información que ha sido procesada en otras regiones.

CONCLUSIONES

Las alteraciones de conducta y personalidad posteriores a un TEC son frecuente motivo de incapacidad para el paciente, impidiendo su adaptación social, laboral incluso a la vida cotidiana. Sus consecuencias no solo alcanzan al paciente, sino que son fuente de gran tensión en la familia y el entorno. A su vez, estos aspectos son fuertes limitantes ante la posibilidad de tratamiento y rehabilitación, a pesar de que el resto de sus capacidades cognitivas se encuentren conservadas.

La agresividad y el descontrol conductual, junto con la falta de empatía surgen como entidades particulares dentro de este trastorno, que ejerce un nivel importante de estrés familiar y conyugal. El descontrol y la dificultad para anticipar el efecto y las consecuencias

de la conducta sobre el otro pueden deteriorar seriamente los vínculos significativos, constituyendo un foco a considerar en la rehabilitación.

A pesar de ello, en la clínica, estas entidades no se presentan de forma aislada. La explicación de este hecho parece radicar en el origen fisiopatológico del TEC, en que se comprometen diversas estructuras (con funciones semejantes o disímiles), que junto con el daño axonal difuso se manifiestan como la suma de distintas alteraciones de la conducta. En consecuencia, al hablar del origen de una conducta, sea de forma general o de una en particular, se debe entender como un conjunto de estructuras interdependientes, que interactúan coordinadamente para generar una respuesta emocional o conductual; siempre en el contexto de un individuo y un entorno particular.

REFERENCIAS

1. Adolphs R, Tranel D, Damasio H, Damasio A. (1995). Fear and the human amygdala. *J Neurosci* 15: 5879-91
2. Adolphs R, Tranel D, Hamann S, Young AW, Calder AJ, Phelps EA, et al. (1999) Recognition of facial emotion in nine individuals with bilateral amygdala damage. *Neuropsychologia* 37(10)
3. Adolphs R, Damasio H, Tranel D, Cooper G, Damasio AR. (2000). A role for somatosensory cortices in the visual recognition of emotion as revealed by three-dimensional lesion mapping. *Journal of Neuroscience* 20(7): 2683-2690
4. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.)*. Washington, DC: Author
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Washington, DC: Author
6. Anderson AK, Phelps EA. (2002). Is the human amygdala critical for the subjective experience of emotion? Evidence of intact dispositional affect in patients with amygdala lesions. *Journal of Cognitive Neuroscience* 14: 709-720
7. Arciniegas D, Wortzel H. (2014). Emotional and Behavioral Dyscontrol after Traumatic Brain Injury. *Psychiatric Clinics of North America* 37(1): 31-53
8. Ariza M, Pueyo R, Junque C, Mataro M, Poca MA, Mena MP, Sahuquillo J. (2006). Differences in visual vs. verbal memory impairments as a result of focal temporal lobe damage in patients with traumatic brain injury. *Brain Inj* 20: 1053-1059
9. Aron AR, Robbins TW, Poldrack RA. (2004). Inhibition and the right inferior frontal cortex. *Trends Cogn Sci* 8: 170-177
10. Bechara A, Tranel D, Damasio H. (2000). Characterization of the decision-making impairment of patients with bilateral lesions of the ventromedial prefrontal cortex. *Brain* 123: 2189-2202
11. Blair RJR, Mitchell DGV, Richell RA, Kelly S, Leonard A, Newman C, et al. (2002). Turning a deaf ear to fear: Impaired recognition of vocal affect in psychopathic individuals. *Journal of Abnormal Psychology* 111: 682-686
12. Blair RJ, Cipolotti L. (2000) Impaired social response reversal. A case of 'acquired sociopathy'. *Brain* 123: 1122-1141
13. 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

14. Botvinick MM, Cohen JD, Carter CS. (2004). Conflict monitoring and anterior cingulate cortex: an update. *Trends Cogn. Sci* 8: 539-546
15. Calder AJ, Keane J, Manes F, Antoun N, Young AW. (2000). Impaired recognition and experience of disgust following brain injury. *Nature Neuroscience* 3(11): 1077-1078
16. Callahan BL, Ueda K, Sakata D, Plamondon A, Murai T. (2011). Liberal bias mediates emotion recognition deficits in frontal traumatic brain injury. *Brain Cogn* 77(3): 412-428
17. Camille N, *et al.* (2004). The involvement of the orbitofrontal cortex in the experience of regret. *Science* 304: 1167-1170
18. 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
19. 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
20. 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
21. Ciurli P, Formisano R, Bivona U, Cantagallo A, Angelelli P. (2011). Neuropsychiatric Disorders in Persons with Severe Traumatic Brain Injury: The Journal of Head Trauma Rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 26(2): 116-126
22. Cummings JL. (1993). Frontal subcortical circuits and human behaviour. *Arch Neurol* 50: 873-880
23. Dahlberg CA, Cusick CP, Hawley LA, Newman JK, Morey CE, Harrison-Felix CL, Whiteneck G. (2007). Treatment Efficacy of Social Communication Skills Training After Traumatic Brain Injury: A Randomized Treatment and Deferred Treatment Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 88(12): 1561-1573
24. 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
25. 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
26. De Sousa A, McDonald S, Rushby J, Li S, Dimoska A, James C. (2011). Understanding deficits in empathy after traumatic brain injury: The role of affective responsivity. *Cortex* 47(5): 526-535
27. Dehaene S, Posner MI, Tucker DM. (1994). Localization of a Neural System for Error-Detection and Compensation. *Psychol Sci* 5: 303-5
28. Eslinger PJ, Flaherty-Craig CV, Benton AL. (2004). Developmental outcomes after early prefrontal cortex damage. *Brain Cogn* 55: 84-103
29. Eslinger PJ, Satish U, Grattan LM. (1996). Alterations in cognitively- and affectively-based empathy after cerebral damage. *J Int Neuropsychol Soc* 2: 15
30. Ewen RB. (2003). *An Introduction to Theories of Personality* (6th Ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. USA
31. Fisher T, Shamay-Tsoory S, Eran A, Aharon-Peretz J. (2011). Characterization of recovery and neuropsychological consequences of orbitofrontal lesion: a case study. *Neurocase* 17: 285-93
32. Fleminger S. (2009). Head Injury, in *Lishman's Organic Psychiatry: A Textbook of Neuropsychiatry*, Fourth Edition (eds AS David, S Fleminger, MD Kopelman, S Lovestone, JDC Mellers), Wiley-Blackwell, Oxford, UK
33. Fordyce DJ, Roueche JR, Prigatano GP. (1983). Enhanced emotional reactions in chronic head trauma patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 46(7): 620-624
34. Gainotti G. (2006). Brain lesions and emotional disorders. *Future Neurology* 1(3): 323-334
35. Gouick J, Gentleman D. (2004). The emotional and behavioral consequences of traumatic brain injury. *Trauma* 6(4): 285-292
36. Grafman J. (1995). Similarities and distinctions among current models of prefrontal cortical functions. *Annals of the New York Academy of Sciences* 769: 337-368
37. Grafman J, Schwab K, *et al.* (1996). Frontal lobe injuries, violence, and aggression: a report of the Vietnam Head Injury Study. *Neurology* 46: 1231-1238
38. Herrmann, N, Rapoport MJ, Sambrook R, McCracken P, Robillard A, Hébert R. (2006). Predictors of driving cessation in mild-to-moderate dementia. *Canadian Medical Association Journal* 175(6): 591-595
39. Hesdorffer D, Rauch S, Tamminga C. (2009). Longterm Psychiatric Outcomes Following Traumatic Brain Injury: The Journal of Head Trauma Rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 24(6): 452-459
40. Hillis AE. (2013). Inability to empathize: brain lesions that disrupt sharing and understanding another's emotions. *Brain* 137: 981-997
41. Hooper RS, McGregor JM, *et al.* (1945) Explosive rage following head injury. *Journal of Mental Science* 91: 458-471
42. Hornak J, Rolls ET, Wade D. (1996). Face and voice expression identification in patients with emotional and behavioural changes following ventral frontal lobe damage. *Neuropsychologia* 34(4): 247-261
43. Kim E. (2002). Agitation, aggression, and disinhibition syndromes after traumatic brain injury. *Neuropsychol Rehabil* 17: 297-310
44. Knutson K, Monte O, Schintu S, Wassermann E, Raymond V, Grafman J, Krueger F. (2015). Areas of Brain Damage Underlying Increased Reports of Behavioral Disinhibition. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 27(3): 193-198
45. Koponen S, Taiminen T, Kurki T, *et al.* (2006). MRI findings and axis I and II psychiatric disorders after traumatic brain injury: a 30-year retrospective follow-up study. *Psychiatry Research-Neuroimaging* 146(3): 263-270
46. Lezak MD. (1995). *Neuropsychological assessment*, ed 3. New York: Oxford University Press
47. Lezak MD. (1986). Psychological implications of traumatic brain damage for the patient's family. *Rehabilitation Psychology* 31(4): 241-250
48. Mah LW, Arnold MC, *et al.* (2005). Deficits in social knowledge following damage to ventromedial prefrontal cortex. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 17: 66-74
49. Malia K, Powell G, Torode S. (1995). Personality and psychosocial function after brain injury. *Brain Injury* 9(7): 697-712
50. Marik PE, Varon J, Trask T. (2002). Management of head trauma, *Chest* 122(2): 699-711
51. Mathiesen B, Simonsen E, Soegaard U, Kvist K. (2013). Similarities and differences in borderline and organic personality disorder. *Cognitive Neuropsychiatry* 19(1): 1-16
52. Maxwell WL, Povlishock JT, Graham DL. (1997). A mechanism analysis of nondisruptive axonal injury: A review. *Journal of Neurotrauma* 14: 419-440
53. MINSAL. (2013). *Guía Clínica Traumatismo Encefalocraneano Moderado o Grave*. Ministerio de Salud de Chile, Santiago
54. Mitchell J, Macrae C, Banaji M. (2005). Forming impressions of people versus inanimate objects: socialcognitive processing in the medial prefrontal cortex. *Neuroimage* 26: 251-257
55. Modirrousta M, Fellows LK. (2008). Dorsal medial prefrontal cortex plays a necessary role in rapid error prediction in humans. *J Neurosci* 28: 14000-5

56. Neumann D, Keiski M, McDonald B, Wang Y. (2014). Neuroimaging and facial affect processing: Implications for traumatic brain injury. *Brain Imaging and Behavior* 8(3): 460-473
57. Paim A, Liborio M, Thais ME, Hohl A, More 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
58. 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
59. Pelegrín-Valero C, Castillo-Giménez L, Jiménez-Cortés M, Tirapu-Ustarroz J, Benabarre-Ciriac S, Olivera-Pueyo J. (2008). Proyecto de una nueva escala de valoración de la demencia frontotemporal. *Psicogeriatría* 23-7
60. Phillips ML. (2003). Understanding the neurobiology of emotion perception: implications for psychiatry. *Br J Psychiatry* 182: 190-192
61. Ponsford J, Downing M, Olver J, Ponsford M, Acher R, Carty M, Spitz G. (2014). Longitudinal Follow-Up of Patients with Traumatic Brain Injury: Outcome at Two, Five, and Ten Years Post-Injury. *Journal of Neurotrauma* 31(1): 64-77
62. Prigatano GP, Altman IM. (1990). Impaired awareness of behavioral limitations after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 71: 1058-1064
63. Prigatano GP. (1992). Personality disturbances associated with traumatic brain injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60(3): 360-368
64. Rao V, Rosenberg P, Bertrand M, Salehinia S, Spiro J, Vaishnavi S, Miles QS. (2009). Aggression after Traumatic Brain Injury: Prevalence and Correlates. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 21(4): 420-429
65. Rolls ET, Hornak J, Wade D, McGrath J. (1994). Emotion-related learning in patients with social and emotional changes associated with frontal lobe damage. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 57(12): 1518-1524
66. Rolls ET. (1999). *The brain and emotion*. UK: Oxford Univ. Press
67. Rudebeck PH, Saunders RC, Prescott AT, Chau LS, Murray EA. (2013). Prefrontal mechanisms of behavioral flexibility, emotion regulation and value updating. *Nat Neurosci* 16: 1140-1145
68. Rushby J, McDonald S, Randall R, Sousa A, Trimmer E, Fisher A. (2012). Impaired emotional contagion following severe traumatic brain injury. *International Journal of Psychophysiology* 89(3): 466-4
69. Schwarzbold 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
70. Séguin JR. (2004). Neurocognitive elements of antisocial behaviour: Relevance of an orbitofrontal cortex account. In: Happonen K, Zelazo PD, Stuss DT, editors. Special issue: Development of orbitofrontal function. *Brain and Cognition* 55: 185-197
71. Shamy-Tsoory SG, Tomer R, Berger BD, Aharon-Peretz J. (2003). Characterization of empathy deficits following prefrontal brain damage: the role of the right ventromedial prefrontal cortex. *J Cogn Neurosci* 15: 324-37
72. 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
73. Silver JM, Yudofsky SC, Anderson KE. (2005) Aggressive disorders. In Silver JM, McAllister TW, and Yudofsky SC (eds): *Textbook of traumatic brain injury*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, pp. 259-278
74. 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
75. Tekin S, Cummings JL. (2002). Frontal-subcortical neuronal circuits and clinical neuropsychiatry. An update. *Journal of Psychosomatic Research* 53: 647-654
76. Warriner EM, Velikonja D. (2006). Psychiatric disturbances after traumatic brain injury: Neurobehavioral and personality changes. *Current Psychiatry Reports* 8(1): 73-80
77. Wilson RC, Takahashi YK, Schoenbaum G, Niv Y. (2014). Orbitofrontal cortex as a cognitive map of task space. *Neuron* 81: 267-279
78. Wortzel HS, Arciniegas DB. (2013). A Forensic Neuropsychiatric Approach to Traumatic Brain Injury, Aggression, and Suicide. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online* 41(2): 274-286
79. Yudofsky S, Silver J. (1985). Psychiatric Aspects of Brain Injury. In R. Hales (Author), *Psychiatry Update* (Vol. 4, pp. 142-158). USA: American Psychiatric Association

REVISIÓN

DISFUNCIÓN SEXUAL SECUNDARIA AL USO DE INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

(Rev GPU 2016; 12; 2: 165-167)

Gonzalo Espinoza¹, Carla Sepúlveda², Claudia Wolff³, Maritza Bocić

INTRODUCCIÓN

La función sexual normal depende de una interacción compleja entre lo vascular, neuronal, hormonal y psicológico. La disfunción sexual (DS) es la alteración, ya sea psicológica o fisiológica, en cualquiera de las etapas involucradas en la respuesta sexual (deseo, excitación y orgasmo)(1).

Las disfunciones sexuales son: el deseo sexual hipactivo, anorgasmia, sequedad vaginal, latencia en la eyacuación y disfunción eréctil (DE) que se define como "la incapacidad de obtener y mantener una erección del pene suficiente para realizar un acto sexual satisfactorio" (1-4). La depresión, que es la patología en la cual se da más uso de Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), es definida como un trastorno del humor y del estado de ánimo que se compone de síntomas tales como cambios del humor, irritabilidad, anhedonia, desesperanza, angustia, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente, elevada autocrítica, cambios en el sueño y el interés en las actividades, sentimientos de culpa, pérdida de energía, problemas de concentración, cambios en el apetito, el procesamiento psicomotor (retraso o agitación) e incluso ideación suicida, todos estos trascendiendo a lo que se considera como normal (5).

Es definida por el Ministerio de Salud de Chile como "Una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas". Puede manifestarse en cualquier momento del ciclo vital y frecuentemente recurre a lo largo de este con episodios de recuperación entre uno y otro (5).

Los primeros fármacos utilizados para tratar la depresión mayor fueron los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), a los cuales se tenía una buena respuesta, pero se asociaban a una alta frecuencia de efectos adversos, que podían llegar a ser graves. El tratamiento de la depresión cambió con el descubrimiento de los ISRS, ya que estos tienen una muy buena respuesta para resolver los síntomas depresivos, sin tantos efectos adversos como los anteriores, pero no libres de ellos, entre estos efectos las disfunciones sexuales (2, 3).

EFFECTO DE LOS ISRS EN LA FUNCIÓN SEXUAL

Los ISRS afectan la función sexual masculina y femenina en sus diferentes etapas. En ambos sexos disminuyen la libido, en el hombre pueden causar disfunción eréctil, aumentar la latencia en la eyacuación y en las

¹ Interno Medicina Universidad de Santiago de Chile. Mail: almaildego@gmail.com

² Interna Medicina Universidad de Santiago de Chile.

³ Médico-Psiquiatra Complejo Asistencial Barros Luco-Trudeau.

mujeres problemas de lubricación y anorgasmia. El mecanismo exacto fisiopatológico y molecular por el cual causan estos efectos aún es desconocido, pero se sabe que son dosis dependiente y que existe una influencia de polimorfismos genéticos involucrada, además tiene relación con las vías mesolímbicas asociadas a receptores serotoninérgicos y dopaminérgicos. Dentro de las hipótesis importantes está la inhibición de la óxido nítrico sintetasa por la paroxetina; como es sabido el óxido nítrico es fundamental en la vasodilatación para la erección, la paroxetina inhibe la producción de este mediador y se postula que es uno de los mecanismos por los cuales pueden producir DS. Estos efectos secundarios se pueden ver con otros tipos de antidepresivos, pero están más estudiados y documentados con los ISRS (1, 2, 6, 7).

Cuadro 1

DISFUNCIONES SEXUALES POR FASE

Deseo	Deseo sexual hipoactivo
Excitación	Trastorno de la excitación sexual en la mujer, disfunción eréctil
Orgasmo	Anorgasmia, eyaculación retardada

Adaptado de Disfunción sexual asociada a antidepresivos, Vásquez, P. 2012

EPIDEMIOLOGÍA

La Disfunción sexual secundaria al uso de ISRS es un efecto adverso frecuente y con una frecuencia de aparición diferente según el fármaco utilizado. El uso de ISRS se ha asociado con el doble de riesgo de presentar deseo sexual hipoactivo y mayor deterioro en la erección, pese a que no se han observado diferencias en el flujo sanguíneo peneano. Quienes usan ISRS tienen 7 veces mayor riesgo de presentar eyaculación retardada. Modell *et al.* encontraron un grado similar de DS inducido por la fluoxetina, paroxetina y sertralina en comparación con el bupropion; solo el 27% de los pacientes con uso de ISRS no reportó efectos adversos del ámbito sexual, en contraste con un 86% con el uso de bupropion (3, 6).

Los efectos adversos de los ISRS sobre la función sexual se pueden ver en diferentes metaanálisis realizados; el estudio de Serreti mostró que los antidepresivos que mayor grado de DS presentan en orden decreciente serían sertralina, venlafaxina, citalopram, paroxetina y fluoxetina. Montejo *et al.* reportaron tasas de DS asociada con antidepresivos en una muestra de 1.022 pacientes (610 mujeres y 412 hombres) tal como se describe a continuación:

- Citalopram 72.7%
- Paroxetina 70.7%
- Venlafaxina 67.3%
- Sertralina 62.9%
- Fluvoxamina 62.3%
- Fluoxetina 57.7%
- Mirtazapina 24.4%
- Moclobemide 3.9%

Montgomery en una revisión sobre la DS en pacientes deprimidos de prevalencia y diferencia entre los diferentes tipos de antidepresivos, encontró que la Paroxetina y Sertralina tenían los mayores efectos adversos en la función sexual (6).

DETECCIÓN DE DS EN PACIENTES CON USO DE ISRS

En general los síntomas de DS son poco expresados en la consulta por los pacientes, por lo cual es necesario buscarlo de forma dirigida. También se recomienda conocer la función sexual de los pacientes antes del inicio del uso de ISRS para tener un basal con el cual comparar el efecto de estos (2, 3).

Para realizar la detección y evaluación de la función sexual se recomienda realizar preguntas sistematizadas, mostradas en el Cuadro 2.

Cuadro 2

DIEZ PREGUNTAS CLAVES PARA EVALUAR FUNCIÓN SEXUAL

¿Está usted satisfecha/o con su vida sexual?
¿Ha notado algún problema sexual? Describir:
¿Ha notado una disminución del deseo sexual? Describir:
¿Ha tenido problemas para alcanzar una erección / lograr lubricación vaginal? Describir:
¿Ha notado problemas para alcanzar un orgasmo /eyaculación? Describir:
¿Su orgasmo es menos placentero?
¿Ha experimentado disfunciones sexuales en todas las situaciones? ¿Excitación espontánea intacta? ¿Deseo cuando no interactúa con su pareja? ¿Erecciones matutinas?
¿Estos síntomas han comenzado antes o al mismo tiempo que el comienzo de la depresión? ¿Estos síntomas han comenzado antes o después de iniciado el tratamiento antidepresivo?
En caso de que la disfunción sexual se debe al tratamiento antidepresivo, ¿estas aumentan o empeoran con los cambios en la dosis de la medicación?
¿Hubo algún cambio luego de discontinuar el tratamiento?

Adaptado de Efectos adversos sexuales inducidos por antidepresivos: detección y manejo. Federico Daray 1. 2012

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Es importante que al inicio del tratamiento con psicofármacos se informe al paciente sobre los posibles efectos adversos que puedan presentarse, para que se puedan detectar a tiempo y manejar adecuadamente. Debido a estos efectos adversos sexuales existe un abandono al tratamiento, por lo que es importante su manejo adecuado (2, 3, 6).

Dentro del manejo terapéutico lo que hay que realizar inicialmente es la evaluación de las comorbilidades que puedan afectar la función sexual, como diabetes, hipertensión, tabaquismo, obesidad y alcohol entre otras. Cuando la DS provoca gran malestar y genera dificultades interpersonales, que no sean posibles de explicar por otro trastorno, hablaremos de DS inducida por antidepresivos (2, 3, 6).

Existen tres estrategias terapéuticas iniciales respecto a lo farmacológico, siempre idealmente acompañadas de psicoterapia individual y en pareja, lo que ayudará a manejar la parte psicológica de la DS y tener un mejor resultado. La primera estrategia es esperar la remisión espontánea con o sin disminución de la dosis de ISRS, ya que se ha visto que el efecto sobre la DS es mayor en las primeras semanas. Segundo: si no revierten los efectos que están causando la DS o al disminuir la dosis el efecto antidepresivo ya no es eficaz, se sugiere cambiar el tipo de ISRS por otro o sustituirlo por uno no-ISRS, buscando fármacos que tengan menos presente este efecto secundario (2, 3, 6). Los estudios han demostrado que la sustitución más efectiva es con mirtazapina o bupropion (6). Tercero agregar un fármaco que contrarreste los efectos adversos. En general, estos son fármacos que antagonizan los receptores serotoninérgicos, que antagonizan los receptores alfa 2 adrenérgicos o que estimulan la neurotransmisión dopaminérgica (2, 3, 6). Los fármacos más utilizados se muestran en el Cuadro 3.

Los fármacos con mayor eficacia probados por estudios clínicos son la bupropion, el sildenafil, bupropion y también se plantea el uso de trazodona (2,3).

El problema con este tipo de estrategia es que al agregar un nuevo fármaco aumenta bastante la posibilidad de que aparezcan nuevos efectos adversos (6).

Cuadro 3

MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS FÁRMACOS UTILIZADOS PARA ANTAGONIZAR EL EFECTO DE DS DE LOS ISRS

Bupropion: Agonista parcial 5-HT1A serotoninérgico
Sildenafil: Inhibidor selectivo de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE5)
Bupropion: Inhibidor de la recaptación de NA/DA
Nefazodona: Antagonista 5-HT2 serotoninérgicos
Mirtazapina: Antagonista alfa 2 adrenérgico y 5-HT2/5-HT3 serotoninérgicos
Amantadina: Potencia la acción dopaminérgica
Ciproheptadina: Antagonista 5-HT2 serotoninérgico
Yohimbina: Antagonista alfa 2 adrenérgico
Pramipexol: Agonista dopaminérgico

Adaptado de Efectos adversos sexuales inducidos por antidepresivos: detección y manejo. Federico Daray1. 2012

REFERENCIAS

- Cunningham G, Rosen R. (2014). Overview of male sexual dysfunction. Mayo, 2015, de UpToDate Sitio web: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction>
- Daray F, Pérez L, Rebok F. (2012). Efectos adversos sexuales inducidos por antidepresivos: detección y manejo. Mayo, 2015, de Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica Sitio web: http://www.alcmeon.com.ar/17/67/03_daray.pdf
- Hirsch M, Bimbaum R. (2015). Sexual dysfunction caused by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): Management. mayo, 2015, de UpToDate Sitio web: <http://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-caused-by-selective-serotonin-reuptake-inhibitors-ssris-management>
- Kingler HC. (1992). Impotence. NIH Consensus Statement 10(4): 1-31
- MINSAL. (2013). Depresión en personas de 15 años y más. Mayo, 2015, de Guía Clínica AUGE Sitio web: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
- Vázquez S, Diep R. (2012). Disfunción sexual asociada a antidepresivos. Mayo, 2015, de Acta Médica Grupo Ángeles. Sitio web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2012/am121d.pdf>
- Prabhakar D, Balon R. (2010). How do SSRIs cause sexual dysfunction? Julio 10, 2015, de Current Psychiatry Sitio web: http://www.currentpsychiatry.com/fileadmin/cp_archive/pdf/0912/0912CP_Article1.pdf

REVISIÓN

PSORIASIS Y DEPRESIÓN

(Rev GPU 2016; 12; 2: 168-173)

Matías Valcarcel¹, Camila Barrera², Pablo Moreira³

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria común que produce un deterioro significativo en la calidad de vida. Existe múltiple evidencia en relación a la asociación entre enfermedades crónicas y depresión. En la presente revisión nos centraremos en describir la interrelación entre psoriasis y depresión, evaluando de qué manera la psoriasis afecta la calidad de vida del paciente. Además se describe la evidencia actual con respecto a cómo la inflamación actúa en ambas patologías y con base en esto se evalúa el resultado de tratamientos cuyos blancos terapéuticos corresponden a mediadores inflamatorios, razón por la cual podrían ser una opción terapéutica para ambas.

PSORIASIS

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta del 1% al 3% de la población mundial (1). Se caracteriza típicamente por placas y pápulas eritematosas bien delimitadas, cubiertas por escamas blanco-plateadas, hiperplasia epidérmica y descamación. Hay varios tipos clínicos, siendo la más frecuente la psoriasis en placa. El análisis histológico revela infiltrados inflamatorios y angiogénesis capilar (2, 3).

Se asocia a un deterioro en la calidad de vida, incluso en los casos leves, además de aumentar el riesgo cardiovascular y la mortalidad (1). Su duración y las características clínicas varían de paciente a paciente (4).

La etiología es desconocida, pero se han identificado ciertos factores genéticos y ambientales que

parecen estar relacionados con el desarrollo de la enfermedad (5). Esta interacción de múltiples genes y factores ambientales resulta en un estado de inflamación crónica de la piel, sangre y tejido conectivo mediado por células T helper 1 (TH1), productores de citoquinas proinflamatorias, queratinocitos epidérmicos, factores de proliferación vascular, etc. El promotor de la enfermedad es aún desconocido. Es lógico pensar que la elevación de estos factores proinflamatorios no va a actuar solo sobre la piel, sino también sobre otras vísceras con la consiguiente repercusión sistémica (1, 5).

Múltiples estudios han reportado que en estos pacientes existe un deterioro en la calidad de vida siendo las áreas más afectadas las relaciones sociales y el bienestar psicológico. Para entender estos efectos es necesario tener en cuenta que las placas pueden cubrir

¹ Interno de Medicina, Universidad de Santiago de Chile. Correspondencia: tfno. 5699981700. Email: m.valcarcel3@gmail.com

² Médico-Psiquiatra, Unidad de Psiquiatría de Enlace, Complejo Asistencial Barros Luco.

³ Docente Internado Salud Mental, Universidad de Santiago de Chile.

gran parte de la superficie corporal y son a veces difíciles de ocultar, causando problemas de vergüenza, baja autoestima y desvaloración de la imagen corporal. Por lo tanto, los pacientes con psoriasis pueden experimentar dificultades con las interacciones sociales, y, como consecuencia, deteriorar su salud mental. Los síntomas de ansiedad y depresión son comunes, pero la gravedad del deterioro psicológico está relacionada con la severidad de la misma (4).

DEPRESIÓN

La depresión mayor es un importante problema de salud pública con una prevalencia de 4,4% a 20% en la población general (6). En Chile es la segunda causa de años de vida saludable perdidos (AVISA) con un total de 169.769 años (7).

El DSM-V establece que al menos cinco de los nueve criterios de síntomas depresivos deben estar presentes, incluyendo ya sea tristeza o anhedonia, durante al menos dos semanas para diagnosticar un episodio depresivo mayor. Los síntomas depresivos pueden incluir fatiga, sentimientos de inutilidad o de culpa, falta de capacidad de concentración, pensamientos suicidas o cambios significativos en el peso o el sueño. El impacto de la depresión en la calidad de vida es comparable o mayor que una enfermedad médica crónica (6).

Así mismo, la depresión es dos a tres veces más común en las personas con enfermedades físicas crónicas que en la población general. Esto es muy relevante debido a que la comorbilidad de depresión y enfermedades físicas crónicas se asocia a una serie de efectos adversos incluidos aumento de la mortalidad, índices de calidad de salud más bajos y mayor uso de servicios de salud generando elevados costos sanitarios. Las causas de la depresión en las personas con enfermedades físicas crónicas son complejas y multifactoriales. Factores de riesgo generales, como ser mujer, tener antecedentes familiares o personales de depresión, la privación social, la falta de apoyo social y los estresores psicosociales son conocidos por ser predictivos de depresión. Factores relacionados con la enfermedad y su tratamiento también influyen en el desarrollo de depresión, tales como creencias negativas acerca de la enfermedad, la presencia de dolor, discapacidad y los efectos secundarios desagradables del tratamiento (8).

Respecto a la etiología, la hipótesis de las monoaminas es la teoría etiológica más ampliamente estudiada en la depresión y prácticamente todos los antidepresivos actúan mediante el aumento de la transmisión monoaminérgica. Sin embargo, está documentado que la terapia actual con estos es eficaz para

solo un 30 a 50% de los pacientes que sufren de depresión y a menudo producen efectos secundarios que pueden limitar su utilidad. Estos estudios han llevado a buscar nuevas hipótesis acerca de su etiología para desarrollar estrategias de tratamiento efectivas (6).

En este artículo se desarrollará principalmente la hipótesis de inflamación asociada a depresión.

¿CÓMO AFECTA LA INFLAMACIÓN A AMBAS PATOLOGÍAS?

El factor de necrosis tumoral alfa (TNF α) es una citoquina homotrimérica que se produce principalmente por las células inmunes y epiteliales. Esta citoquina ejerce sus funciones mediante la unión a dos receptores diferentes: TNFR1/p55 y TNFR2/p75. Los niveles de TNF α se encuentran elevados en muchas enfermedades autoinmunes en los sitios de inflamación y al inhibirlo los síntomas inflamatorios se reducen. Esto llevó a la lógica del bloqueo del TNF α en pacientes que sufren de enfermedades autoinmunes, las cuales se asocian con cantidades excesivas de esta citoquina. Los niveles más altos de TNF, TNFR1 y TNFR2 se observan en las lesiones psoriáticas. Los queratinocitos expresan TNFR1 y por tanto son sensibles a TNF. La estimulación con este último induce no solo las respuestas inmunes e inflamatorias orquestadas por los queratinocitos, sino también la remodelación de tejidos, la motilidad celular, el ciclo celular y la apoptosis. Además, los queratinocitos activados también producen muchas quimiocinas responsables de reclutamiento de neutrófilos, macrófagos y células T de memoria específica de la piel. TNF α es producido por una gran variedad de células implicadas en la fisiopatología de la psoriasis, tales como queratinocitos, células dendríticas, y células NKT, Th1, Th17 y Th22. Esto implica que podría estar implicado tanto en la fase inicial como en la fase crónica de la psoriasis. Por lo tanto, la neutralización de TNF puede afectar varias etapas de la enfermedad al interferir con la activación de diferentes subtipos de células. Aunque los antagonistas del TNF son ampliamente prescritos para los pacientes, el mecanismo exacto que subyace en la psoriasis no es completamente entendido y el papel preciso de TNF aún no se ha dilucidado (2).

La hipótesis de las citoquinas, propuesta originalmente por Smith a principios de 1990, sugiere que la acción crónica de citoquinas pro-inflamatorias en el SNC puede inducir una serie de respuestas de comportamiento que reconocemos como síntomas de depresión. La inflamación es la respuesta normal del cuerpo a la infección que se sabe causa un conjunto de cambios

de comportamiento colectivamente llamados “comportamiento de la enfermedad”. Muchos de los síntomas de este último se superponen considerablemente con los síntomas centrales de la depresión, por ejemplo letargo, aislamiento social, pérdida de apetito y la anhedonia. Se plantea que es un comportamiento de adaptación ventajosa en términos evolutivos para asegurar la supervivencia de un organismo durante periodos de enfermedad. Sin embargo, el “comportamiento de enfermedad” deja de ser ventajoso en el caso de persistir una vez que se resolvió la noxa infecciosa. La hipótesis de citoquinas proinflamatorias plantea que la depresión puede ser un “comportamiento de enfermedad” mantenido como resultado de la activación del sistema inmune de manera crónica. De hecho existe evidencia clínica que apoya esta idea de la depresión inducida por inmunidad.

Pacientes deprimidos sin otras patologías presentan aumento de los niveles de citoquinas proinflamatorias y otros biomarcadores inflamatorios, tanto en la periferia como en el líquido cefalorraquídeo en comparación con los individuos no deprimidos. Un metaanálisis reciente muestra que los pacientes con depresión mayor presentaban niveles significativamente más altos de TNF- α y la interleucina-6 (IL-6). Se ha reconocido durante muchos años que las citoquinas pueden ejercer un efecto considerable sobre el estado de ánimo y el comportamiento. En el caso de la administración terapéutica de citoquinas como la interleucina-2 e interferón- α (INF α) para tratar el cáncer o la infección viral se describe la depresión severa como un efecto secundario a la terapia.

Los mecanismos moleculares de la depresión como comportamiento inducido por citoquinas han sido ampliamente estudiados en modelos animales, en particular la administración periférica de lipopolisacárido (LPS) para imitar la infección bacteriana. Una de las vías prominentes es el aumento de indolamina 2,3-dioxigenasa (IDO), una enzima que inicia la conversión de triptófano en kinurenina y a ácido quinolínico en la microglía o ácido kinurénico a nivel de astrocitos. La expresión de IDO en el cerebro es normalmente muy baja, pero puede ser inducida por citoquinas proinflamatorias, tales como TNF- α e interferón- γ . La administración periférica de LPS provoca un “comportamiento similar a depresión” dependiente de IDO en roedores, que posiblemente se debe al agonismo del ácido quinolínico en el receptor de NMDA, mecanismo que también apoya el rol del glutamato en el “comportamiento similar a depresión”. Además, la mayor degradación del triptófano, debido a la activación IDO generaría el agotamiento del precursor esencial para la biosíntesis de serotonina (9).

INTERRELACIÓN PSORIASIS Y DEPRESIÓN

Un estudio de cohorte de base poblacional que buscaba determinar la incidencia de depresión, ansiedad y tendencias suicidas en los pacientes con psoriasis en relación a la población general demostró que estos tienen un mayor riesgo de presentar estas tres comorbilidades. Utilizaron datos recogidos de la ficha clínica electrónica de pacientes entre 1987 y 2002 en el Reino Unido. Los análisis incluyeron 146.042 pacientes con psoriasis leve, 3.956 pacientes con psoriasis severa y 766.950 pacientes sin psoriasis. Hazard ratio (HR) ajustado para los diagnósticos de depresión, ansiedad y suicidio en pacientes con psoriasis en comparación con los controles fueron 1,39, con un intervalo de confianza (IC) del 95 % 1,37-1,41; 1,31 con IC 95 % 1,29-1,34 y 1,44 con IC 95 % 1,32-1,57, respectivamente. El HR ajustado de la depresión fue mayor en psoriasis grave (HR 1,72; IC 95 % 1,57-1,88) en comparación con psoriasis leve (HR 1,38; IC 95 % 1,35-1,40) (1).

Un estudio de Taiwán que buscó demostrar la correlación entre depresión y psoriasis en población asiática mostró que la población psoriática tenía un mayor riesgo de presentar depresión (HR 1.67; IC 95% 1,37-2,03) (10).

Otros estudios también demostraron tasas de depresión elevada en la población psoriática (Bouguéon y Misery, 2008; Van Voorhees y Fried, 2009) y también se asociaron estos pacientes a grados más severos de depresión (Hardy y Cotterill, 1982).

En otro estudio, 35 de 76 pacientes (46 %) afirmaron que estaban “a menudo” o “siempre” deprimidos a causa de su condición (Devrimci - Özgüven *et al.*, 2000). En la publicación de Akay *et al.* (2002) la tasa de depresión fue del 58% en los pacientes con psoriasis, mientras que solo fue un 20% en el grupo control.

TNF α EN DEPRESIÓN Y PSORIASIS

En un metaanálisis que tomó como muestra estudios de las bases PubMed y EmBase entre 1960 y 2011, se seleccionó un total de 29 estudios que comparaban niveles de citoquinas inflamatorias en población con diagnóstico de depresión mayor vs. población general; en 15 de estos estudios se evaluaba específicamente el nivel del TNF α . Los resultados describen un valor significativamente elevado de los marcadores sIL-2R, TNF α e IL-6 (SMD=0.555, pb0.001, SMD=0.567, p=0.010; SMD=0.680, p=0.001 respectivamente) (11).

Otro metaanálisis realizado entre 1960 y 2009 seleccionó trabajos de las bases MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, Cochrane Database of Systematic Reviews,

AMED, y CINAHL. Se eligieron 24 trabajos que relacionaban depresión y niveles de citoquinas; 13 de estos fueron específicos para $TNF\alpha$, revelando que existía una concentración sérica significativamente elevada de esta citoquina en pacientes con depresión en comparación con el grupo control, con una diferencia media ponderada (WMD) de 3.97 pg/mL (IC 95% 2.24 -5.71; $p=0.00001$) (12).

Continuando con la relación entre $TNF\alpha$ y depresión, un meta análisis evaluó niveles de inflamación al inicio y postterapia antidepressiva en pacientes con depresión mayor encontrándose niveles elevados de marcadores inflamatorios en la medición inicial al comparar con la población control. Los marcadores inflamatorios fueron: IL-6 ($p = 0.003$), TNF ($p = 0,02$) y la PCR ($p < 0,0001$). Sin embargo no se identificaron diferencias significativas en los niveles de inflamación al comparar el valor inicial y los resultados postratamiento del TNF cuando se agruparon los pacientes que respondieron y los resistentes a la terapia antidepressiva ($p = 0,42$). Por otra parte, al considerar solo los niveles de $TNF\alpha$ de pacientes que respondieron a la terapia, estos habían presentado una regresión significativa ($p = 0,008$), lo que sugiere que la inflamación podría tener un rol fundamental en pacientes con depresión resistentes a la terapia estándar (13).

Ahora, respecto a esta relación entre $TNF\alpha$ y psoriasis, un estudio comparó las concentraciones de esta citoquina en el estrato córneo de lesiones psoriáticas de 16 voluntarios con la patología y estrato córneo sin lesión de 4 voluntarios sin la patología. Se mostró una concentración media de $TNF\alpha$ bioactivo en el estrato córneo de lesiones psoriáticas de 310 ± 73 pg/ml y de 516 ± 59 en el caso del $TNF\alpha$ inmureactivo. No se logró detectar TNF en muestras de estrato córneo indemnes (14).

PSORIASIS Y CALIDAD DE VIDA

La psoriasis puede tener un profundo impacto en la calidad de vida del paciente. Muchos estudios han documentado la angustia, el estrés y el impacto tanto emocional como social que provoca esta enfermedad en la vida cotidiana de los pacientes, interfiriendo incluso en sus relaciones con los demás y en la autoestima. Respecto a la percepción sobre el tratamiento, muchos de los pacientes, en especial si presentan enfermedad severa, se sienten frustrados con la gestión de su enfermedad y por la ineficacia percibida de sus terapias. Los médicos necesitan sensibilizarse, mejorar la comunicación con sus pacientes y así reevaluar el manejo de la psoriasis. Esta visión puede permitir al clínico ofrecer a

los pacientes terapias más eficaces, sobre todo cuando la psoriasis es lo suficientemente grave como para requerir el uso de fototerapia o agentes sistémicos.

Un estudio publicado en la revista JAMA quiso evaluar, mediante encuestas, la perspectiva de los pacientes sobre el impacto de la psoriasis en su estilo de vida, el bienestar emocional, el empleo y las consecuencias sociales de vivir con la enfermedad, para así determinar también la satisfacción de los pacientes con el tratamiento de su enfermedad y la percepción de la eficacia de este. De un total de 6.194 pacientes con psoriasis severa, el 79% informó que la psoriasis tiene un impacto negativo en sus vidas, el 40% se sentía frustrado con la falta de efectividad de sus terapias actuales, y el 32% informó que el tratamiento no era lo suficientemente agresivo. Estos resultados podrían ser valiosos en el diseño de los enfoques de tratamiento para la psoriasis (15).

Otro estudio realizado en Corea tuvo como propósito comparar la calidad de vida en pacientes con psoriasis y otras enfermedades de la piel, específicamente, el estrés, la depresión y la ansiedad que conllevan estas enfermedades, antes y después de su tratamiento. El análisis reveló que la duración de la enfermedad, gravedad, el estrés y la depresión son factores que afectan a estos pacientes, pero que logran revertir posterior al tratamiento (16).

Con respecto a los pacientes con psoriasis y el empleo, casi el 60% reportaron faltar un promedio de 26 días al año por causas directamente relacionadas con su enfermedad y más del 80% informó su enfermedad como un problema moderado o severo en la vida cotidiana, ya que refirieron dificultades para interactuar con los demás y para conseguir trabajo. Los pacientes con psoriasis presentan problemas al usar sus manos, caminar, sentarse o estar de pie por largo tiempo, la estigmatización social, altos niveles de estrés y depresión, llevándolos incluso a ideas suicidas.

Debido a estos datos, un estudio publicado en la revista de la academia americana de dermatología quiso investigar si la gravedad de la psoriasis se asocia con el ingreso del paciente y el empleo, donde se incluyó un total de 2.673 pacientes. Demostró que los ingresos y el empleo se vieron afectados negativamente en los pacientes con psoriasis severa en comparación con psoriasis leve. Se observó un ingreso significativamente menor en pacientes psoriáticos severos tomando como clasificación el compromiso de más de un 10% de la superficie corporal en comparación con el resto de la población con un valor estadísticamente significativo ($p=0,03$). Si bien la tasa de empleabilidad fue bastante menor que el resto de la población, no alcanza valores estadísticamente significativos. Los pacientes

con enfermedad severa tuvieron menor probabilidad de trabajar a tiempo completo en comparación con los pacientes con psoriasis leve, pero estos resultados no fueron estadísticamente significativos ($p = 0,01$) (17).

En Chile se realizó un estudio para determinar el grado de influencia de la enfermedad en la calidad de vida dando como resultado un valor promedio de 14 según el Dermatology Life Quality Index (DLQI) (1), que implica que la enfermedad tiene un efecto muy importante en la calidad de vida del paciente, concordante con estudios internacionales previos (18, 19).

TRATAMIENTO

Con respecto a un posible plan de tratamiento con base en lo anteriormente expuesto, un estudio en Arabia Saudita buscó obtener más información sobre el alcance de la depresión en los pacientes con psoriasis y la eficacia del tratamiento con adalimumab, un anticuerpo monoclonal humano IgG1 que actúa sobre TNF- α , en los síntomas depresivos asociados con la psoriasis, para así explorar la asociación entre la mejoría de los síntomas en ambas enfermedades.

Participaron 45 pacientes con psoriasis moderada a severa que fueron evaluados al inicio del estudio y 6 meses después de comenzar el tratamiento. Los efectos del tratamiento con adalimumab (40 mg cada dos semanas) fueron evaluados según la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (ZDS) y el índice de área de psoriasis y severidad (PASI). Se demostró una reducción del 75% o más en la puntuación PASI basal en el 80% de los pacientes y se obtuvo una mejora de 6 puntos o más en la escala de depresión de Zung en el 97,8% de la muestra ($p < 0.0001$), lo cual fue considerado una mejoría clínicamente significativa.

Con esto se concluye que adalimumab se puede asociar al alivio de los síntomas de depresión en los pacientes con psoriasis moderada a severa. Las reducciones en los síntomas de depresión se correlacionaron significativamente con la reducción de severidad de la psoriasis (20).

En otro estudio en el que participaron 618 pacientes con psoriasis moderada a severa, un grupo fue tratado con etanercept con un grupo control. El etanercept es un receptor soluble de TNF- α que actúa disminuyendo la respuesta celular inducida por este factor y es un tratamiento probado para los síntomas de la psoriasis.

Al inicio del estudio 25% del grupo de etanercept (77 de 308) y 26% del grupo placebo (80 de 305) presentaban depresión moderada o severa según la escala de depresión de Hamilton (Ham-D). En la semana 12, 130 de 303 pacientes (43%) presentaron una respuesta

favorable según la misma escala en el grupo de etanercept, proporción significativamente mayor que el grupo placebo (95 de 299, 32%; $p = 0.0048$). En la semana 12 de tratamiento fue significativamente mayor en el grupo etanercept tuvo mejoría clínica significativamente mayor evaluada por HAM-D en comparación con el grupo placebo (diferencia 1.2; IC 95% 0.4-1.9; $p = 0.0012$) (21).

En un metaanálisis de ensayos controlados y aleatorizados se buscó determinar los efectos de la terapia con inhibidores de TNF- α sobre la depresión y la ansiedad en las personas con enfermedades físicas crónicas. Para el estudio se revisaron las bases de datos AMED, Centro, Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, CINAHL, Embase, MEDLINE y PsycINFO. Desde su creación hasta enero de 2014 se seleccionaron seis estudios con un total de 2.540 participantes. De estos, tres utilizaron pacientes con artritis reumatoide; dos a pacientes con psoriasis y uno espondilitis anquilosante. El análisis estadístico mostró un resultado favorable al disminuir el nivel de depresión con el tratamiento con inhibidores de TNF- α (0,24; IC 95% 0,33-0,14; $p < 0.001$) (22).

Otro meta análisis logró establecer que la terapia con antidepresivos más AINE (celecoxib) era superior a la terapia antidepresiva exclusiva en pacientes con depresión mayor. El análisis se realizó sobre cuatro estudios aleatorizados controlados y doble ciego que incorporaban a 150 pacientes. Los pacientes que recibieron celecoxib adyuvante tuvieron cambios significativos en la escala de depresión Ham-D en comparación con aquellos que recibieron placebo (WMD 3,26; IC 95% 1,81-4,71). El grupo de celecoxib adyuvante también mostró una mejor remisión (OR 6,58; IC 95% 2,55-17,00) y respuesta (OR 6,49; IC 95% 2,89 -14,55) que en el grupo placebo (23).

CONCLUSIONES

La inflamación tiene un rol fundamental en ambas patologías; sin embargo el mecanismo exacto de cómo interviene en la psoriasis y depresión todavía no está dilucidado por completo.

El clínico que trabaja con pacientes psoriáticos debería realizar un *screening* activo de depresión en sus pacientes debido a los múltiples factores que presentan estos pacientes para desarrollar la enfermedad.

Las nuevas alternativas terapéuticas biológicas y su eventual utilidad en depresión deben ser evaluadas en estudios con un mayor número de pacientes.

En pacientes con depresión resistente al tratamiento convencional el manejo antiinflamatorio podría jugar un rol importante.

REFERENCIAS

1. Kohli S, Troxel AB, Crits-Christoph P, Gelfand J. The Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Patients With Psoriasis, A Population-Based Cohort Study. *Arch Dermatol* 2010; 146(8): 891-895
2. Grine L, Dejager L, Libert G, Vandenbroucke R. An inflammatory triangle in psoriasis: TNF, type I IFNs and IL-17. *Cytokine & Growth Factor Reviews* 26 (2015) 25-33
3. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, *et al.* Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol* 2013; 133: 377
4. Pujol RM, Puig L, Daudénc E, Sánchez-Carazod JL, Toribioe J, Vanaclochaf F, Yébenesg M, Sabaterg E, Casadog MA, Calotoh MT, Aragón B. Mental Health Self-Assessment in Patients With Moderate to Severe Psoriasis: An Observational, Multicenter Study of 1164 Patients in Spain (The VACAP Study). *Actas Dermosifiliogr* 2013; 104(10): 897-903
5. Gottlieb AB, Chao C, Dann F. Psoriasis comorbidities. *J Dermatolog Treat* 2008; 19: 5-21
6. Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W, Liu H, Sham L, Reim E, Lanctôt K. A Meta-Analysis of Cytokines in Major Depression. *Biol Psychiatry* 2010; 67: 446-457
7. Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007. www.epi.minsal.cl Revisado el 1/7/15
8. Abbott R, *et al.* Tumour necrosis factor- α inhibitor therapy in chronic physical illness: A systematic review and meta-analysis of the effect on depression and anxiety, *Journal of Psychosomatic Research* xxx (2015). *Jpsychores* 2015.04.008
9. Haase J, Brown E. Integrating the monoamine, neurotrophin and cytokine hypotheses of depression – A central role for the serotonin transporter? *Pharmacology & Therapeutics* 2015; 147: 1-11
10. Lee M, Lin R. The risk of incident depression and anxiety in patients with psoriasis: A population-based cohort study (Poster reference number 5365)
11. Liu Y, *et al.* Interleukin (IL)-6, tumour necrosis factor alpha (TNF- α) and soluble interleukin-2 receptors (sIL-2R) are elevated in patients with major depressive disorder: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Affective Disorders* 2012; 139: 230-239
12. Dowlati Y, *et al.* A Meta-Analysis of Cytokines in Major Depression. *Biol Psychiatry* 2010; 67: 446-457
13. Strawbridge R, Arnone D, Danese A, Papadopoulos A, Herane A, Cleare AJ. Inflammation and clinical response to treatment in depression: A meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology, J Euroneuro* 2015.06.007
14. Ettehadi P, Greaves M, Walach D, Aderka D. Elevated tumour necrosis factor-alpha (TNF- α) biological activity in psoriatic skin lesions. *Clinn Exp Immunol* 1994; 96: 146-151
15. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern R, Rolstad T. The Impact of Psoriasis on Quality of Life: Results of a 1998 National Psoriasis Foundation Patient-Membership Survey. *Arch Dermatol* 2001; 137(3): 280-284
16. Wook Lee Y, Joo Park E, Ho Kwon I, Ho Kim K, Joong Kim K. Impact of Psoriasis on Quality of Life: Relationship between Clinical Response to Therapy and Change in Health-related Quality of Life. *Ann Dermatol* 2010; 22: 4
17. Horn E, Fox K, Patel V, Chiou C, Dann F, Lebwohl M. Association of patient-reported psoriasis severity with income and employment. *Am Acad Dermatol* 2007; 57: 963-71
18. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): A simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology* 1994; 19: 210-216
19. Valenzuela F, Silva P, Valdés MP, Papp K. Epidemiology and quality of life of patients with psoriasis in Chile. *Actas Dermosifiliogr* 2011; 102(10): 810-6
20. Elgendi A, Nada H, Mosbeh A, Maatouk M, Abulghany M, Gulliver W. Depression Over Psoriasis: Assessment of associated Relief by addition of Adalimumab for the treatment of Psoriasis: Observational study. *Journal of Dermatology & Dermatologic Surgery* 2015; 19: 15-20
21. Tying S, Gottlieb A, Papp K, Gordon K, Leonardi C, Wang A, Lalla D, Woolley M, Jahreis A, Zitnik R, Cella D, Krishnan R. Etanercept and clinical outcomes, fatigue, and depression in psoriasis: double-blind placebo-controlled randomised phase III trial. *Lancet* 2006; 367: 29-35
22. Abbott R, *et al.* Tumour necrosis factor- α inhibitor therapy in chronic physical illness: A systematic review and meta-analysis of the effect on depression and anxiety, *J Psychosom Res* 2015
23. Na K, *et al.* Efficacy of adjunctive celecoxib treatment for patient with major depressive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2014; 48: 79-85

PSICOMETRÍA

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA METACOGNICIÓN: UNA BREVE VISIÓN GENERAL Y MANUAL DE CODIFICACIÓN PARA LA VERSIÓN ABREVIADA (EEM-A) v 2015¹

(Rev GPU 2016; 12; 2: 174-190)

Paul Lysaker², Kelly Buck³ y Jay Hamm⁴

MANUAL DE CODIFICACIÓN: UNA VISIÓN GENERAL

En este manual presentamos un medio para la medición cuantitativa de la capacidad metacognitiva de personas con grave enfermedad mental, con un ajuste para la esquizofrenia. Específicamente, presentamos una entrevista estructurada a partir de la cual se pueda evaluar la metacognición usando una adaptación de la Escala de Evaluación Metacognitiva, denominada como la EEM-A. La Escala de Evaluación de la Metacognición (EEM) fue diseñada originalmente por autores del Tercer Centro de Psicoterapia Cognitiva de Roma y adaptada por nuestro grupo en Indianápolis, Indiana. Para presentar este material, la primera sección de este manual contiene una revisión del concepto de metacognición. Esta es seguida por una descripción de la EEM

concebida por sus autores originales como una forma de evaluar la metacognición. Luego ofrecemos una crítica de algunos de los métodos actuales para evaluar la metacognición en la enfermedad mental grave y describimos cómo hemos intentado adaptar la EEM para abordar estos temas. Luego presentamos nuestros métodos para clasificar la EEM-A junto con la Entrevista de Enfermedad Psiquiátrica de Indiana (EEPI), una entrevista semiestructurada que podría ser usada como base de esas evaluaciones. Finalmente, presentamos los resultados de nuestra investigación hasta la fecha sobre la confiabilidad y validez de nuestros esfuerzos para adaptar la EEM-A a la investigación con personas con enfermedad mental grave.

El texto de este manual va seguido de cuatro apéndices. El primero ofrece el modelo para la entrevista narrativa que puede ser evaluada usando la EEM-A. El

¹ Traducción: Leonor Irrarrazaval. Psicóloga Clínica, Doctora en Psicoterapia (UCH/PUC) / PhD Universidad de Heidelberg. Centro de Estudios de Fenomenología y Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales. Email: leonor.irrazaval@udp.cl; Elvira Edwards. Traductora Inglés/Alemán (PUC). Email: elviraedwards@hotmail.com

² Roudebush VA Medical Center, and Indiana University School of Medicine, Indianapolis IN. Correspondencia: Paul Lysaker, Ph.D. Roudebush VA Medical Center 1481 W. 10th St. Indianapolis, IN, 46202. Email: plysaker@iupui.edu

³ Roudebush VA Medical Center, Indianapolis IN.

⁴ University of Indianapolis, Indianapolis IN.

segundo contiene sugerencias sobre cómo administrar con éxito la entrevista narrativa. En el tercer apéndice se entregan tablas de apoyo para evaluar las distintas escalas de la EEM-A. Finalmente, en el cuarto se ofrecen instrucciones detalladas para clasificar las cuatro escalas de la EEM-A. Basándose en este material se espera que los lectores:

- Se familiaricen con el constructo de la metacognición
- Entiendan que la metacognición es relevante para personas con esquizofrenia
- Se familiaricen con un medio para obtener una narración personal que pueda ser la base para evaluar la capacidad metacognitiva
- Tomen conciencia de cómo usar la EEM-A para evaluar la capacidad metacognitiva sobre la base de narraciones personales
- Se familiaricen más con la investigación que apoya el uso de estos procedimientos

Sin embargo, no se espera que los lectores se conviertan en evaluadores totalmente confiables de la EEM-A usando este manual de codificación. Se recomienda trabajar adicionalmente con transcripciones de entrevistas disponibles de parte de los autores.

METACOGNICIÓN: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Términos tales como “Metacognición”, “Lectura del pensamiento”, “Teoría de la Mente” y “Mentalización” se refieren a la capacidad general de una persona para pensar acerca del pensamiento, tanto de su propio pensamiento como del pensamiento de otros (Brune, 2005; Frith, 1992; Semerari *et al.*, 2003). Estos términos, aunque a menudo se usan en forma intercambiada para referirse a una aptitud general, involucran un amplio rango de facultades semiindependientes que permiten a las personas formar representaciones de sus propios estados mentales y de los estados mentales de otros. Ellos involucran las capacidades necesarias para formar, revisar y reformular ideas de lo que es creído, sentido, soñado, temido, aparentado o pretendido, tanto por uno mismo como por otros. Estas capacidades permiten que los humanos les demos sentido a nuestros dilemas, entendamos las mutuas intenciones y finalmente nos adaptemos a nuestro medio. En este manual usamos el término metacognición para referirnos a este conjunto general de fenómenos por su potencial para describir un amplio rango de actos cognitivos internos y determinados socialmente que contienen cualidades primariamente reflexivas.

Hay que hacer notar que la metacognición es un término amplio en sí mismo y se refiere a una cantidad de actividades que difieren unas de otras en términos del grado en el que requiere más actividades metacognitivas discretas vs. sintéticas. La metacognición puede incluir actividades que involucren el conocimiento de aspectos singulares muy específicos (por ej., detectar que uno ha cometido un error o reconocer que uno no está asimilando el material mientras lee), o aspectos discretos relacionados con uno mismo (por ej., reconocer una creencia que uno tiene sobre uno mismo). La metacognición también puede requerir más actividades sintéticas (Brüne, Dimaggio & Lysaker, 2011). Estas actividades metacognitivas más sintéticas incluyen formar representaciones mentales complejas e integradas de uno mismo y de otros, situando esas representaciones dentro del mundo más amplio, y usando esas representaciones para responder a problemas psicológicos o conflictos interpersonales. En este documento estamos interesados en los tipos más sintéticos de actividades metacognitivas, en que las personas estén únicamente dando sentido a sus propias experiencias internas y a las experiencias internas de otros. Estas actividades metacognitivas sintéticas son consideradas aquí como un fundamento central para el crecimiento personal y la base para resolver problemas psicológicos e interpersonales complejos.

En este sentido nosotros usamos la metacognición como un término global (o término “paraguas”) que capte el grado de complejidad y aceptación de la incertidumbre involucrada al pensar sobre los estados mentales de uno mismo y de otros (Main, 1991; Semerari *et al.*, 2003). Esta visión proviene de una tradición que enfatiza la naturaleza representacional del pensamiento, es decir, la idea de que el pensamiento es una construcción y no el espejo de la realidad. Saber algo sobre uno mismo, en este sentido, no es detectar en forma meramente exacta la presencia de algo internamente, sino que es una actividad sintética en la cual muchos fenómenos diferentes tienen que integrarse y hacer sentido de alguna y varias maneras posibles. Como lo observó Dewey (1983/1922), las personas no son conocidas como datos. Desde este punto de vista, la comprensión que las personas tienen de ellas mismas y la comprensión que tienen de los límites de ese conocimiento están en sus niveles más adaptables cuando permiten que las personas distingan la apariencia de la realidad, reconozcan que los hechos pueden ser vistos como algo que puede ser mal interpretado o no recordado correctamente, confirman que otros pueden ver cosas en forma diferente desde distintas perspectivas, y saben que las personas (incluido uno mismo) pueden

visualizar los eventos en forma diferente en diferentes épocas de sus vidas.

Respecto a cómo estos aspectos más sintéticos de la metacognición difieren de las actividades cognitivas incluidas bajo el constructo de la neurocognición, déjenos ofrecer una ilustración. Imaginen que una persona amada le pide a uno que le consiga su helado favorito. Las actividades neurocognitivas se reflejarían en el recuerdo de cuál es el helado favorito de la persona amada y la retención de esa idea mientras va al almacén. La metacognición estaría involucrada en formar una idea más profunda del significado de la solicitud tanto en el momento como en el modo de reflexión sobre una serie más general de hechos sociales. Las capacidades metacognitivas permitirían que la persona, por ejemplo, viera que la solicitud era parte de la reconciliación de una pelea del día anterior, que pensara acerca de por qué la persona que consigue el helado sentía resentimiento y que viera este hecho como parte de una relación en evolución con la persona amada. En este sentido las actividades metacognitivas sintéticas permiten a las personas formar ideas complejas sobre quiénes son y quiénes son los otros, lo que permite que se entiendan intercambios sociales complejos y que se responda a ellos efectivamente, mientras la neurocognición involucra procesos más elementales, en los cuales se recoge y se procesa información.

Para los objetivos de este manual de codificación, las actividades metacognitivas sintéticas a ser discutidas son tratadas como otras habilidades. Esto quiere decir que las personas pueden variar entre ellas en su capacidad para formar representaciones complejas de ellas mismas y de otros, para situarse en el mundo social más amplio, y para usar ese conocimiento para responder a los problemas psicológicos. Hay, además, una cantidad de capacidades metacognitivas semi-independientes que pueden distinguirse unas de otras y activarse independientemente unas de otras (Dimaggio, Vanheule, Lysaker, Carcione & Nicolo, 2009; Semerari *et al.*, 2003; Casacchia, Mazza, & Roncone, 2004; Nichols & Stich, 2001; Semerari *et al.*, 2007). Destacadas por esta visión es que diferentes funciones metacognitivas, tales como formar una representación de uno mismo y formar una conciencia de estados interiores de otros, pueden involucrar actividad en diferentes regiones del cerebro (Frith & Frith, 1999; Ruby & Decety, 2003; Saxe, Carey, & Kanwisher, 2004). En forma importante, esta visión permite que algunas funciones metacognitivas puedan deteriorarse, mientras otras no. Las personas pueden tener dificultades, por ejemplo, para formar ideas de ellas mismas, pero no

de otros y viceversa. La investigación que apoya esta visión incluye hallazgos de que existen modelos fundamentalmente diferentes de déficits metacognitivos en personas con diferentes tipos de psicopatología, incluyendo trastornos de personalidad (Dimaggio, Semerari, Carcione, Nicolo, & Procacci, 2007; Semerari *et al.*, 2005), psicosis (Brüne, 2005), y síndrome de Asperger (Frith & Vignemont, 2005).

LA ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA METACOGNICIÓN

La Escala de Evaluación Metacognitiva EEM (Semerari *et al.*, 2003) es una escala de clasificación creada originalmente para detectar el cambio metacognitivo sobre la base de transcripciones de psicoterapia con personas con trastornos de personalidad. La EEM se enfoca en la capacidad metacognitiva más que en contenidos específicos, y considera que la metacognición es un conjunto de habilidades relacionadas, pero semiindependientes. La EEM se obtuvo siguiendo una extensa síntesis de diversos modelos que han sido usados por autores de diferentes disciplinas para describir las dimensiones de la metacognición.

La EEM contiene cuatro escalas. Estas son: "Autorreflexividad" o la habilidad para pensar sobre los estados mentales de uno mismo; "Comprensión de las Mentes de Otros" o la habilidad para pensar sobre los estados mentales de otros; "Descentración" o ver el mundo como existiendo con otros que tienen motivos independientes; y "Maestría" o la habilidad para implementar estrategias efectivas con el objetivo de lidiar con los problemas psicológicos y con la angustia relacionada con ellos. Cada escala consiste en una serie de ítems que reflejan niveles cada vez más complejos de esa capacidad, los cuales están dispuestos en orden jerárquico. Para usar la EEM original un evaluador lee una transcripción de psicoterapia y codifica cada vez que ocurra una oportunidad para que se produzca el despliegue de una capacidad dada. Por ejemplo, un evaluador puede codificar que una oportunidad esté presente para el reconocimiento del afecto de otra persona cuando un cliente describe un encuentro con otra persona. Entonces el evaluador codifica si se usó o no esa capacidad. Por ejemplo, ¿reconoció el cliente que algunos con quienes habló el día anterior estaban tristes? Después de leer toda la transcripción puede generarse una relación incierta, o relación de oportunidades para el uso de un nivel específico versus el verdadero uso de ese nivel para funciones específicas, con mayor versus menor cantidad de incertidumbres, indicando mejor capacidad metacognitiva.

POR QUÉ ESTUDIAR LA METACOGNICIÓN EN LA ESQUIZOFRENIA

Antes de discutir la adaptación de la EEM para el estudio de la metacognición en la enfermedad mental grave y específicamente la esquizofrenia, parece importante discutir por qué el constructo de la metacognición es importante para personas con estas condiciones y por qué estábamos interesados específicamente en usar una adaptación de la EEM para examinar este fenómeno. Con ese fin hay cuatro puntos que nos condujeron a este proyecto.

Primero, una importante cantidad de investigación ha demostrado que muchas personas con esquizofrenia experimentan lo que podría llamarse déficits metacognitivos. Estos incluyen deterioro en la capacidad para monitorear su propio pensamiento y comportamiento (Koren, Sneiderman, Goldsmith, & Harvey, 2006), para mentalizar (Langdon, Coltheart, Ward, & Catts, 2001), y para formar ideas complejas de sus vidas como en narraciones que cruzan toda una vida (Berna *et al.*, 2011; Morise *et al.* 2011; Raffard *et al.*, 2010; Saavedra *et al.*, 2009).

Segundo, estos déficits son significativos por sí mismos, en la medida en que no son meramente el resultado de síntomas o de compromiso neurocognitivo (Brüne, Dimaggio & Lysaker, 2011; Roncone *et al.*, 2002).

Tercero, intuitivamente, estos déficits podrían ser una fuente importante de disfunción para personas con enfermedad mental grave. Por ejemplo, con una habilidad limitada para formar y escudriñar pensamientos sobre uno mismo y otros, puede ser especialmente difícil para personas con esquizofrenia construir una cuenta significativa de ganancias o desventajas que llegan con la enfermedad o con la vida regular y, por lo tanto, actuar en desventaja para responder a la adversidad. Sin una habilidad para pensar sobre el pensamiento, puede ser difícil asociar los hechos cotidianos con el pasado o prever un futuro que pudiera ser afectado por la acción presente. Como resultado, los déficits en la metacognición pueden conducir a una pérdida del sentido de identidad personal de una persona, llevando a una profunda desmoralización y pérdida global de significado (Lysaker & Lysaker, 2002). Dicho de otro modo, puede ser que las personas con esquizofrenia experimenten dificultades no solo debido a síntomas y a deterioros neurocognitivos, sino también debido a dificultades para interpretar y dar sentido a los desafíos que enfrentan. De este modo, los efectos de los déficits metacognitivos sobre la función pueden ser iguales o mayores a los efectos de los déficits de las habilidades sobre el rendimiento en la esquizofrenia.

Cuarto, aunque aquí no exploraremos este punto en profundidad, si se encuentran déficits metacognitivos comúnmente en la esquizofrenia y ellos representan barreras para el bienestar, una mejor comprensión de su naturaleza podría tener implicancias muy importantes para el tratamiento.

OTROS ENFOQUES PARA ESTUDIAR LA METACOGNICIÓN Y SUS LIMITACIONES

Para estudiar los déficits metacognitivos los investigadores generalmente presentan estímulos a los participantes en el estudio y luego los instan ya sea a pensar sobre su propio pensamiento (por ej., observar que ellos han cometido un error o reconocer que ellos fueron el origen de un evento) o a pensar sobre el pensamiento de otros. Al sujeto se le puede presentar, por ejemplo, una historia compuesta de unas pocas frases o una historia ilustrada en una serie de imágenes y luego se le pide que juzgue la intención o sentimientos de uno de los personajes. En estos métodos hay respuestas correctas e incorrectas y se piensa que las personas que son capaces de dar más respuestas correctas tienen menos déficits metacognitivos.

Parte de nuestro deseo de adaptar la EEM para estudiar la metacognición fue el resultado de tres limitaciones que nosotros creemos que caracterizan a este tipo de enfoque. Primero, el rendimiento en estas pruebas puede no hablar de las habilidades de las personas para comprometerse en actos metacognitivos cuando hay cuestiones personales involucradas. ¿Podrían las personas conducirse en forma diferente cuando piensan sobre personas en una historia versus cuando interactúan en la vida real con otros que son amados o detestados en el contexto de eventos personales que podrían ser muy molestos o agradables? Parece posible que alguien pudiera tener problemas para comprometerse en actos metacognitivos al enfrentar a una persona amada en una situación muy intensa, pero que sea capaz de funcionar bien al oír una historia o mirar imágenes de una historia desarrollada en una oficina de investigación que no tiene importancia personal.

Un segundo problema de esta investigación es que estas tareas guían o requieren actos metacognitivos específicos. Se presentan hechos o imágenes específicas y se pide al participante que haga un juicio explícito. Alguien podría ser capaz de juzgar con cuidado la intención de otra persona, pero solo porque se le pidió que lo hiciera así en un momento específico en el tiempo, después que se dieron pistas específicas. En otras palabras, ¿cómo sería en la vida real cuando nadie nos está diciendo *cuándo* pensar sobre los pensamientos y

acciones de otros? Claramente, es posible que alguna gente pueda sobresalir resolviendo situaciones sociales cuando se le entregan indicaciones en un laboratorio para pensar sobre esos asuntos, pero nunca hacen tales juicios espontáneamente con éxito por la gran cantidad de información y la falta de indicaciones específicas que requiere ese juicio en la vida real.

Un tercer problema de esta investigación es que, como se observó previamente, es probable que las actividades metacognitivas más sintéticas reflejen múltiples capacidades semiindependientes que pueden usarse con éxito o sin éxito en cualquiera de una cantidad de combinaciones. Estudiar la metacognición variando a lo largo de un eje fomenta el riesgo de perder la posibilidad de que diferentes modelos de déficits de metacognición tengan diferentes correlatos.

ADAPTAR LA EEM PARA MEDIR LA METACOGNICIÓN EN LA ESQUIZOFRENIA

Para abordar algunas de las dificultades inherentes a la medición de la metacognición, en 2004 diseñamos métodos para evaluar la metacognición usando una forma abreviada de la EEM (EEM-A) sobre la base de una muestra de lenguaje generado espontáneamente en la cual las personas cuentan las historias de sus vidas y las dificultades psiquiátricas. Dentro de una muestra de la propia narración de la vida de una persona, nos pareció que sería posible determinar en qué nivel estaba ocurriendo la metacognición. En contraste a escuchar una historia sobre otros y hacer un juicio sobre los personajes ficticios de esa historia, hemos argumentado que la capacidad metacognitiva puede ser estimada sobre la base de material que surge naturalmente al contar la historia de nuestra propia vida. Este procedimiento puede tener el beneficio de comprometer al participante a pensar sobre asuntos que es probable que sean de importancia emocional y de preguntar sobre esos asuntos de una forma directa por un acto metacognitivo específico. Dicho de otro modo, si a los participantes se les da una oportunidad de hablar sobre la historia de sus vidas y su comprensión de lo que está bien o mal, pensamos que desde ahí debemos ser capaces de juzgar con qué nivel de complejidad ellos pueden pensar sobre su propio pensamiento, el pensamiento de otros, y su propio comportamiento en respuesta a desafíos plausibles.

Por tanto, concretamente hemos sugerido tres pasos. Primero, se sugiere a los participantes que cuenten la historia de sus vidas y sus desafíos, y esa narración se transcribe. Segundo, el evaluador lee toda la transcripción. Finalmente, las cuatro escalas de la EEM-A

son revisadas individualmente, y el evaluador asigna un punto a cada escala por cada función dentro de la escala que el evaluador juzga que el participante cumplió a lo largo de la transcripción. Así, a cada subescala se le asigna un puntaje sugiriendo el nivel de metacognición obtenido en ese dominio. Como se detalló en el Apéndice B, por ejemplo, la subescala "Comprensión de Nuestra Propia Mente" tiene identificados nueve niveles, y así, al evaluar esta escala un evaluador daría un puntaje de 0 a 9. Pueden sumarse las subescalas individuales para crear un puntaje total con un rango de 0 a 28.

Como se observa más adelante, dentro de cada escala de la EEM-A las capacidades se disponen en orden jerárquico, de modo que una vez que una capacidad sea evaluada como no lograda en una escala dada, no deben ser posibles capacidades superiores. Por ejemplo, si uno no es capaz de reconocer sus propias emociones en la escala de Autorreflexividad, no sería posible obtener el último nivel, que es entender las asociaciones entre los pensamientos y sentimientos de uno mismo. En forma similar, si uno no puede formular en forma realista un problema psicológico, entonces no debe ser posible lidiar con problemas psicológicos en la escala de Maestría por medio del ajuste del propio orden mental. Si se encuentra evidencia de que existe una capacidad, entonces el evaluador busca evidencia de la siguiente capacidad. Si no se encuentra evidencia de la presencia de esa capacidad, no se busca evidencia de las subsiguientes capacidades superiores.

Como ejemplo, para determinar si alguien ha logrado la cuarta capacidad de la escala de Autorreflexividad de la EEM, que es la conciencia de las propias emociones, los evaluadores buscarían en la transcripción lugares donde el participante describió diferentes formas de cómo se sentía. Si había varios lugares en la transcripción donde el participante describió sus propias emociones, debe otorgarse un punto. En este punto se supone que todas las funciones previas se han logrado, y también se les otorga un punto. Entonces el evaluador debe empezar a buscar evidencia del siguiente nivel de esta escala, que es la conciencia de que las propias visiones del mundo son falibles. Si el siguiente se evalúa como logrado, se otorgaría otro punto (dando al sujeto 5 puntos hasta ahora). A continuación el evaluador buscaría evidencia del sexto nivel. De esta forma los puntajes crecientes reflejan operaciones metacognitivas crecientemente complejas.

Una vez que un nivel de capacidad metacognitiva no se cumple, no se consideran otras capacidades. Si un participante no muestra evidencia, por ejemplo, de la sexta capacidad de la escala de Autorreflexividad,

que es un conocimiento de que las expectativas, los pensamientos y los deseos no necesariamente dictan la realidad, no se evaluarían otras capacidades, y la sexta y siguientes séptima, octava y novena se evaluarían como "0" o no logradas. Entonces el puntaje final sería un "5" para esta escala. Como se detallará más adelante, una sola excepción a esto ocurre cuando se usa la subescala de Maestría. En esta escala un sujeto no tiene que mostrar evidencia de una forma menos adaptativa de enfrentar un problema psicológico antes de que pueda hacerse una evaluación del empleo de una forma más adaptativa o compleja de enfrentamiento en la medida en que el sujeto haya demostrado la habilidad para representar plausiblemente un problema psicológico.

Se debe observar que esta es una desviación de los métodos de la EEM original. No estamos evaluando, como en la escala original, la proporción de veces que una función se usó con éxito. En lugar de ello, el evaluador tiene que evaluar, como un todo, si el participante tiene o no cada una de las capacidades metacognitivas jerárquicas definidas por cada una de las cuatro escalas. El evaluador tiene que leer toda la transcripción y hacer un juicio con respecto a la capacidad más alta del participante para cada una de las cuatro escalas de la EEM. La tarea del evaluador es determinar lo siguiente: cuál es el nivel más alto de metacognición alcanzado para Autorreflexividad, Comprensión de la Mente del Otro, Descentración y Maestría.

Como una segunda desviación de los métodos originales, hemos permitido en la EEM-A la posible provisión de un 0.5 (o medio punto) en casos donde parecía que se cumplía algo de la intención de la función, pero no totalmente. Así como para nuestro ejemplo anterior, si el evaluador juzgó que el participante pudo observar algunas de sus emociones generalmente en una forma superficial en una sección de la transcripción, pero en general parecía incapaz de hacerlo en otros lugares, el evaluador podría asignar un puntaje de "0.5" para ese nivel. Como una regla para los puntajes, si se usa la opción del medio punto propusimos que un puntaje de "0.5" solo podía ser seguido por un "0" u otro "0.5", de nuevo con la idea de que estas son funciones jerárquicas. En circunstancias en las cuales un evaluador siente que una clasificación de "1" está garantizada después de una clasificación de "0.5", se instruye al evaluador que vuelva atrás y determine si hubo evidencia sólida para una clasificación de 1; si es así, el evaluador puede subir la clasificación de "0.5" a "1", ya que el logro de cada función se basa en el cumplimiento con éxito de la función previa. Como una ilustración de cómo se obtiene un puntaje usando los medios puntos, si

un participante obtuvo los primeros cuatro niveles en Maestría, pero luego obtuvo medios puntos en los niveles quinto y sexto, su puntaje total de Maestría sería "5" (es decir, $4 + 0.5 + 0.5 = 5.0$).

Con respecto al entrenamiento, se recomienda a los evaluadores que se familiaricen primero con el manual completo de la EEM-A, seguido de la exposición a este libro de codificación. Se espera que las viñetas ilustren totalmente los procedimientos de entrenamiento que tenemos en mente. El entrenamiento para futuros estudios debería involucrar la revisión ciega de transcripciones (más allá de las presentadas aquí) y la demostración de una aceptable confiabilidad entre evaluadores.

UNA ENTREVISTA PARA LA EEM-A: LA ENTREVISTA DE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA DE INDIANA (EEPI)

La Entrevista de Enfermedad Psiquiátrica de Indiana EEPI (Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer & Wright, 2002) es un conjunto de indicaciones de las cuales obtener una muestra espontánea del pensamiento sobre el pensamiento. La EEPI es la entrevista semiestructurada desarrollada para evaluar narraciones de la enfermedad en la enfermedad mental grave. Nosotros proponemos que ofrezca una muestra de conducta desde la cual pueda evaluarse la metacognición. La entrevista EEPI dura por lo general entre 30 y 60 minutos y las respuestas son grabadas y luego transcritas. La entrevista está dividida conceptualmente en cinco secciones. Primero se establece un *rapport* y se pide a los participantes que cuenten la historia de sus vidas con el mayor detalle que puedan. Segundo, se pregunta a los participantes si creen que tienen una enfermedad mental y cómo la entienden. Esto es seguido de una pregunta sobre qué ha sido y no ha sido afectado por su condición en términos de la vida interpersonal y psicológica. En la cuarta sección se pregunta a los participantes acaso y, si es así, cómo su condición "controla" su vida y cómo ellos "controlan" su condición. También se les pregunta si su enfermedad es afectada por otros y cuánto han sido afectados otros por su enfermedad. Finalmente se les pregunta si esperan permanecer igual y qué será diferente en el futuro, de nuevo en términos de la función interpersonal y psicológica.

Los procedimientos de la EEPI difieren de otras entrevistas psiquiátricas en que no se introducen contenidos. Por ejemplo, si los participantes no mencionan alucinaciones, el entrevistador de la EEPI no pregunta por alucinaciones. El entrevistador puede pedir clarificación cuando está confundido y puede interrogar en forma no-directiva. La intención es que el tono de la entrevista sea

de conversación y las preguntas no sean planteadas para que los participantes las resuelvan. Un punto clave es que el entrevistador puede necesitar hablar o comentar para mostrar interés, pero los comentarios no deben ser hechos de modo que ayuden al participante a clarificar sus puntos de vista o impongan estructura a una historia que parece desorganizada para el entrevistador. Así, la EEPI da como resultado una narración de problemas propios y psiquiátricos que pueden analizarse en términos de la medida en que los participantes se comprometen o no se comprometen en actividades metacognitivas sintéticas. Los puntos guías para esta entrevista se presentan en el Apéndice A. Los principios clave para administrar esta entrevista están contenidos en el Apéndice B.

LA EEM-A, LA EEPI Y LA METACOGNICIÓN EN LA ESQUIZOFRENIA: EVIDENCIA HASTA LA FECHA

Desde la creación de la EEM-A en 2004 hemos dirigido estudios de la EEPI codificada con la EEM-A en una cantidad de muestras diferentes, incluyendo estudios anteriores y varios que están en desarrollo. Entre todos los estudios hasta la fecha hemos reunido aproximadamente 300 EEPIs de adultos con trastornos del espectro de la esquizofrenia. En todas estas muestras hemos encontrado consistentemente buena confiabilidad entre los evaluadores y evidencia de fiabilidad (Lysaker *et al.*, 2015).

REFERENCIAS

- Berna F, Bennouna-Greene M, Potheegadoo J, Verry P, Conway MA, Danion JM. (2011). Impaired ability to give a meaning to personally significant events in patients with schizophrenia. *Consciousness and Cognition* 20(3): 703-7011
- Brüne M. (2005). Theory of mind in schizophrenia: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin* 31(1): 21-42
- Brüne M, Dimaggio G, Lysaker PH. (2011). Metacognition and social functioning in schizophrenia: Evidence, mechanisms of influence and treatment implications. *Current Psychiatry Reviews* 7(3): 239-247
- Casacchia M, Mazza M, Roncone R. (2004). Theory of mind, social development and psychosis. *Current Psychiatry Rep* 6: 183-189
- Dewey J. (1983). *The Middle Works, 1899-1924, Volume 14. Human Nature and Conduct* (1922). Ed. Jo Ann Boydston. Carbondale, Illinois: Southern Illinois University Press
- Dimaggio G, Vanheule, V, Lysaker PH, Carcione A, Nicolo G. (2009). Impaired self-reflection in psychiatric disorders among adults: A proposal for the existence of a network of semi independent functions. *Consciousness and Cognition* 18: 653-664
- Dimaggio G, Semerari A, Carcione A, Nicolo G, Procacci M. (2007). *Psychotherapy of personality disorders*. New York: Routledge
- Frith CD. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Sussex England: Lawrence Erlbaum Associates
- Frith CD, Frith U. (1999). Interacting minds—a biological basis. *Science* 286(5445): 1692-1695
- Frith U, Vignemont F. (2005). Egocentrism, allocentrism, and Asperger syndrome. *Consciousness and Cognition: An International Journal* 14(4): 719-738
- Koren, Sneidman, Goldsmith M, Harvey PD. (2006). Real world cognitive—and metacognitive—dysfunction in schizophrenia: A new approach for measuring (and remediating) more right stuff. *Schizophrenia Bulletin* 32(2): 310-326
- Langdon R, Coltheart M, Ward PB, Catts SV. (2001). Mentalizing, executive planning and disengagement in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry* 6(2): 81-108
- Lysaker PH, Clements CA, Plascak-Hallberg CD, Knipscheer SJ, Wright DE. (2002). Insight and personal narratives of illness in schizophrenia. *Psychiatry* 65(3): 197-206
- Lysaker PH, Lysaker JT. (2002). Narrative structure in psychosis: Schizophrenia and disruptions in the dialogical self. *Theory and Psychology* 12(2): 207-220
- Lysaker PH, Vohs J, Minor KS, Irarrázaval L, Leonhardt B, Hamm JA, Kukla M, Popolo R, Luther L, Buck KD, Wasmuth S, Dimaggio G. (2015). Metacognitive Deficits in Schizophrenia: Presence and Associations With Psychosocial Outcomes. *J Nerv Ment Dis* 203(7): 530-6
- Main M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. a multiple (incoherent) models of attachment: Findings and directions for future research, in: P. Harris, J. Stevenson-Hinde, C. Parkes, editors, *Attachment across the life cycle*. New York: Routledge, pp. 127-59
- Morise C, Berna F, Danion JM. (2011). The organization of autobiographical memory in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 128(1-3): 156-160
- Nichols S, Stich S. (2001). *Mindreading*. Oxford, UK: Oxford University Press
- Roncone R, Falloon IR, Mazza M, De Risio A, Necozone S, Morosini P, Casacchia M. (2002). Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social function than with neurocognitive deficit? *Psychopathology* 35(5): 280-288
- Raffard S, D'Argembeau A, Lardi C, Bayard S, Boulenger JP, Van der Linden M. (2010). Narrative identity in schizophrenia. *Consciousness and Cognition* 19: 328-340
- Ruby P, Decety J. (2003). What do you believe versus what you think they believe: A neuroimaging study of perspective-taking at the conceptual level. *European Journal of Neuroscience* 17(11): 2475-2480
- Saavedra J, Cubero M, Crawford P. (2009). Incomprehensibility in the narratives of individual with a diagnosis of schizophrenia. *Qualitative Health Research* 19: 1548-1558
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Falcone M, Nicolo G, Procacci M, Alleva G. (2003). How to evaluate metacognitive function in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 10(4): 238-261
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Nicolò G, Procacci M. (2007). Understanding minds: different function and different disorders? The contribution of psychotherapy research. *Psychotherapy Research* 17(1): 106-119
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Nicolò G, Pedone R, Procacci M. (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 19(6): 690-710
- Saxe R, Carey S, Kanwisher N. (2004). Understanding other minds: Linking developmental psychology and functional neuroimaging. *Annual Review of Psychology* 55: 87-124

APÉNDICES

Apéndice A: Entrevista de Enfermedad Psiquiátrica de Indiana

Participante: _____ Entrevistador: _____ Fecha: _____

Esta entrevista debe motivar a los participantes a contar su historia como ellos quieran, con el entrevistador haciendo las preguntas de la lista que está más adelante. Pueden necesitarse comentarios para indicarle a la persona que el entrevistador está escuchando. Estos deben ser lo más reflectivos posible, no introduciendo contenido que el participante no haya mencionado. No pedir al individuo que llene lagunas cronológicas ni inquirir sobre información que él/ella no haya mencionado en su narración inicial de la historia. Las preguntas de la lista siguiente no tienen que ser hechas en orden y el entrevistador debe acomodar la narración del cliente. El valor general debe ser proporcionar un ambiente en el cual la narración del cliente sea capaz de emerger tal como existe realmente. La entrevista puede ser introducida simplemente como: "Para mí el objetivo de esta entrevista es entender lo más cuidadosamente posible su propia historia, incluyendo lo que ha ido mal y lo que ha ido bien".

Sección I: Narración General Libre

- Me gustaría que usted me contara la historia de su vida, con el mayor detalle que usted pueda, desde lo más antiguo que usted pueda recordar hasta ahora. Si le ayuda a organizar su historia, usted puede dividirla en capítulos o secciones. ¿Alguna pregunta?

Sección II: Narración de la enfermedad

- ¿Piensa usted que tiene una enfermedad mental (EM)? y si es así, ¿qué piensa que es?
- ¿Experiencia de EM en el pasado?
- ¿Qué causó estos problemas?
- ¿Cómo se siente por tener esta EM?
- ¿Qué le va a pasar a su EM en el futuro?

Sección III: Qué ha cambiado vs. Qué se ha mantenido igual

Desde su EM, ¿qué ha cambiado de usted y qué ha permanecido igual?

- | | |
|---|------------------|
| – Función vocacional: | Igual/Diferente: |
| – Función social (familia/romántica, amigos/conocidos): | Igual/Diferente: |
| – Personalidad: | Igual/Diferente: |
| – Cognición/emoción: | Igual/Diferente: |

Sección IV: Grado de influencia del constructo de la enfermedad

- ¿En qué medida y en qué forma su EM controla su vida?
- ¿En qué medida y qué tan bien es usted capaz de controlar su EM?
- ¿Cómo han sido afectados otros por su enfermedad?
- ¿Cómo han afectado otros su enfermedad mental?

Sección V: El futuro, esperanza y satisfacción

- ¿Qué ve delante de usted en el futuro?

Apéndice B: Una breve guía para administrar la EEPI

El objetivo de la entrevista que usted va a conducir es:

- Obtener una muestra de cómo los participantes ven y piensan sobre su vida y dificultades, particularmente dificultades psiquiátricas. Se trata de captar su punto de vista, y no hay historias buenas ni malas.

Cosas que usted necesitará hacer:

- Estar alerta y preparado, y tomar mucho tiempo para explicar la entrevista y contestar cualquier pregunta que haga el participante.
- Es esencial estar presente durante la historia, no importando lo bien o mal que esté funcionando la entrevista. Su presencia puede sentirse a través del lenguaje corporal y del contacto visual, y no solo con lo que usted dice. Maneje cualquier ansiedad que usted sienta durante la entrevista.
- Observe cuidadosamente cómo el participante ve y piensa sobre las cosas en lugar de tratar de entender los hechos de la historia.
- Pida clarificación solo moderadamente.
- Entienda que es un privilegio escuchar las historias personales de otra gente.
- Ofrezca comentarios no-directivos o tranquilizadores, indicando que usted está interesado y escuchando.
- Use las palabras de los participantes al hacer preguntas (si alguien dice “yo no tengo esquizofrenia, yo tengo enfermedad de las vacas locas”, pregunte sobre la enfermedad de las vacas locas).

Las preguntas que usted debe hacer (por favor revise y haga todas las preguntas del modelo):

- ¿Puede contarme la historia de su vida?
- ¿Tiene usted una enfermedad mental? y, si es así, ¿qué es?
- Como resultado, ¿qué ha cambiado y qué ha permanecido igual en términos de trabajo, vida social, cognición, emoción y personalidad?
- ¿Cuánto controla usted la enfermedad y cuánto lo controla ella a usted?
- ¿Cuánto afecta la enfermedad a otros y cuánto otros la afectan a ella?
- ¿Qué ve usted en el futuro? (Aquí esté dispuesto a dar lugar a más, por ejemplo, pregunte si hay algo que el participante desee añadir, cuando él/ella ofrezca poco o nada)

Cosas que pueden contaminar la entrevista:

- Preguntar por hechos o problemas que la persona de otra forma podría no incluir en su narración y que ahora incluirá por su pregunta.
- Hacer preguntas que lleven al participante a sugerir nuevas conclusiones o clarificaciones, de modo que él / ella esté produciendo una nueva versión de la narración basada en los pensamientos y presencia del entrevistador.

Preguntas/comentarios que son comúnmente parte de otras entrevistas que *no* deben hacerse:

- | | | |
|------------------------------|-----------------------|--|
| ¿Escucha voces? | <input type="radio"/> | ¿Cómo está su ánimo? |
| ¿Qué le hizo sentir eso? | <input type="radio"/> | Parece que eso hiere sus sentimientos. |
| ¿Qué le interesa? | <input type="radio"/> | Parece que usted se contradice a usted mismo. |
| ¿Qué tal su abuso de drogas? | <input type="radio"/> | No puedo entender en absoluto lo que usted quiere decir. |
| ¿Dónde nació? | <input type="radio"/> | ¿Ha estado casado alguna vez? |
| ¿Qué paso antes de eso? | <input type="radio"/> | ¿Cuántos hermanos y hermanas tiene? |

Apéndice C: Tablas de apoyo para la EEM

AUTORREFLEXIVIDAD (A)

A0	Los pacientes no son conscientes de que tienen experiencias mentales.
A1	Los pacientes son conscientes de que tienen experiencias mentales y que sus pensamientos son de naturaleza representacional.
A2	Los pacientes son conscientes de que son seres autónomos y que sus pensamientos son propios.
A3	Los pacientes pueden nombrar y distinguir entre las diferentes operaciones cognitivas que comprenden la actividad mental (por ej.: recordar, imaginar, desear, decidir, y anticipar).
A4	Los pacientes pueden nombrar y distinguir significativamente diferentes valencias de emociones.
A5	Los pacientes pueden reconocer que las ideas que tienen sobre sí mismos y el mundo son subjetivas, han cambiado, o son intercambiables y/o falibles.
A6	Los pacientes pueden reconocer que lo que ellos esperan, piensan y desean puede no coincidir con lo que en realidad es posible.
A7	Los pacientes pueden formar representaciones de sí mismos dentro de al menos una situación específica o episodio narrativo, en el que pueden describir el modo en que diferentes actividades mentales, tales como pensamientos y sentimientos, se influyen mutuamente.
A8	Los pacientes son capaces de reconocer un patrón psicológico a lo largo del tiempo, conectando al menos dos episodios narrativos, y describiendo cómo los episodios narrativos involucran temas y relaciones similares entre distintas actividades mentales, tales como pensamientos y sentimientos.
A9	Los pacientes son capaces de reconocer patrones psicológicos a través de sus vidas, sintetizando múltiples episodios narrativos en una narrativa coherente y compleja que integra diferentes modos de funcionamiento cognitivo y/o emocional.

CONCIENCIA DE LA MENTE DEL OTRO (O)

O0	Los pacientes no pueden reconocer que el otro experimenta funciones mentales.
O1	Los pacientes pueden reconocer que el otro experimenta funciones mentales.
O2	Los pacientes pueden reconocer que el otro tiene funciones mentales autónomas.
O3	Los pacientes pueden reconocer y distinguir entre las diferentes operaciones cognitivas que comprenden la actividad mental (por ej. recordar, imaginar, desear, decidir y anticipar).
O4	Los pacientes son capaces de distinguir diferentes estados emocionales que experimenta otra persona.
O5	Los pacientes pueden hacer inferencias plausibles acerca del estado mental de otra persona reconociendo el significado de la comunicación verbal y no verbal.
O6	Los pacientes pueden dar una descripción completa de los estados mentales de otra persona en un momento específico o episodio narrativo, distinguiendo e integrando diferentes actividades mentales, que incluyen pensamientos, intenciones y sentimientos.
O7	Los pacientes pueden formarse una idea integrada de los estados mentales de otra persona a través de múltiples episodios narrativos en una narración coherente.

DESCENTRACIÓN (D)

D0	Los pacientes <i>no</i> pueden reconocer que no son necesariamente el centro de las actividades mentales de otras personas.
D1	Los pacientes <i>pueden</i> reconocer que no son necesariamente el centro de las actividades mentales de otras personas (sus pensamientos, sentimientos y emociones), y/o que algunas de las acciones de otras personas provienen de motivos y objetivos, etc., que no están relacionados con el participante.
D2	Los pacientes pueden reconocer que otros pueden percibir y/o interpretar los acontecimientos de una manera válidamente diferente de cómo el participante percibe y/o interpreta los acontecimientos.
D3	Los pacientes pueden reconocer que los acontecimientos que ocurren en la vida cotidiana a menudo son el resultado de complejos factores emocionales, cognitivos, sociales y ambientales, los cuales varían de acuerdo con las personas implicadas. Estos factores incluyen factores centrados en la persona, tales como la historia de vida y el desarrollo individual, así como el contexto político y social más amplio. Los pacientes son también capaces de percibir el mundo más amplio que involucra individuos únicos que tienen relaciones únicas entre ellos sin implicar ningún tema de organización central.

MAESTRÍA (M)

M0	Los pacientes no pueden formular un problema psicológico plausible o no-plausible.
M1	Los pacientes pueden identificar el malestar general que afecta el comportamiento y los procesos psicológicos, pero no pueden presentar plausiblemente un problema psicológico.
M2	Los pacientes son capaces de describir plausiblemente un problema psicológico.
M3	Los pacientes son capaces de responder a problemas psicológicos a través de la evasión o de actividades pasivas, tales como seguir las direcciones o actos de otros que reducen el malestar.
M4	Los pacientes son capaces de responder a los problemas psicológicos generalmente evitando activamente cosas muy específicas o solicitando el apoyo de otros.
M5	Los pacientes son capaces de responder a problemas psicológicos al manifestar o inhibir voluntariamente un comportamiento específico.
M6	Los pacientes son capaces de responder a los problemas psicológicos cambiando la forma en que piensan sobre los problemas o sobre ellos mismos.
M7	Los pacientes son capaces de responder a los problemas psicológicos utilizando conocimiento metacognitivo único acerca de sí mismos, a la luz del problema específico.
M8	Los pacientes son capaces de responder a los problemas psicológicos utilizando conocimiento metacognitivo único acerca de sí mismos y de otra persona específica en el contexto de un problema específico.
M9	Los pacientes son capaces de responder a dificultades psicológicas mediante conocimiento metacognitivo único acerca de sí mismos, de otros específicos, de otros en general, y de la condición humana. El participante puede tomar en cuenta las limitaciones humanas y reconocer que no se puede evitar algo de dolor y que es parte de la vida.

Apéndice D: Estrategias de codificación, más directrices y Cuadrícula de Puntuación para la EEM-A

PROCEDIMIENTOS GENERALES PARA APLICAR CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- Para cada escala el evaluador tiene que asignar un puntaje de "1" a cada nivel logrado y puede asignarse 0.5 cuando los niveles se obtienen parcialmente.
- Estos se suman para proporcionar un puntaje para cada escala. Como ilustración, si se obtienen los primeros cuatro niveles de una escala y los dos siguientes se logran parcialmente, el puntaje sería $1 + 1 + 1 + 1 + 0.5 + 0.5 = 5$.
- Una vez que no se logra un nivel no pueden lograrse más niveles.
- Una vez que se da una evaluación de 0.5 no pueden darse evaluaciones mayores que 0.5 a niveles superiores.
- No deben darse más de dos 0.5's.

MÁS LÍNEAS DIRECTRICES PARA CADA ESCALA

Escala A: Autorreflexividad

Puntos generales a considerar:

- Esta escala mide la autorreflexividad o la capacidad para formar representaciones de uno mismo que son cada vez más complejas e integradas. Va desde la mera experiencia y reconocimiento de hechos mentales dentro de la propia mente hasta el relato de una compleja narrativa personal que retrate al narrador con un conjunto complejo de intenciones, pensamientos y sentimientos que interactúan entre sí. Los puntajes más bajos pueden reflejar meramente una capacidad para identificar los pensamientos de uno como propios y reconocer que uno tiene diferentes operaciones cognitivas y emociones. Los puntajes moderados pueden reflejar la capacidad para comprender la subjetividad de nuestro propio pensamiento y reconocer la diferencia entre fantasía y realidad. Los puntajes más altos pueden reflejar una comprensión de la relación entre pensamientos, emociones y otras variables sociales o interpersonales a lo largo de diferentes acontecimientos de la vida.
- Cada nivel de esta escala puede recibir un punto completo (1), medio punto (0.5), o ningún punto (0).

- Debe haber evidencia de evaluaciones de nivel más bajo con el fin de asignar una evaluación de nivel más alto. Por ejemplo, para poder asignar una evaluación de A5, debe haber evidencia de los niveles 1, 2, 3 y 4.
- Si hay alguna evidencia de un nivel de evaluación pero no evidencia substancial, puede asignarse una evaluación de 0.5 para ese nivel. Una evaluación de 0.5 solo puede ser seguida por una evaluación de 0.5 o 0. Una evaluación de 0.5 no puede ser seguida por una asignación de un punto completo para el siguiente nivel. Por ejemplo, si el evaluador asigna un 0.5 para A3, entonces A4 solo puede ser evaluado con 0.5 o 0, para una evaluación final ya sea de 2.5 o 3, respectivamente.

A0- Este nivel refleja que el participante no tiene conciencia de que está experimentando alguna actividad mental. Las personas evaluadas en este nivel no deben tener conciencia, por ejemplo, de que están teniendo algún pensamiento o idea. Podría esperarse que recibieran este puntaje los participantes en estado catatónico o aquellos que muestran un lenguaje extremadamente desorganizado.

A1- Este nivel refleja que los participantes están conscientes de que ellos tienen ideas o percepciones, pero no tienen conciencia o certeza de que estas sean sus propios pensamientos o experiencias. Ejemplos de personas que podrían recibir este puntaje son aquellas que experimentan inserción del pensamiento o que tienen un sentido profundamente alterado de los límites personales, de modo que no pueden distinguir los estímulos internos de los externos. La descripción de experimentar pensamientos que pertenecen a una bruja sería un ejemplo de funcionamiento en este nivel.

A2- Este nivel sugiere que los participantes se experimentan a sí mismos teniendo actividades mentales que son propias de ellos. Expresiones tales como "Tuve un pensamiento que...", "Creí ver", o "una cosa que se me ocurrió fue..." sugerirían la experiencia de tener actividades mentales que son propias.

A3- Este nivel refleja que los participantes son capaces de reconocer y distinguir una variedad de diferentes tipos de operaciones cognitivas que ellos experimentan. El funcionamiento de los participantes en este nivel puede aludir a diferentes operaciones, incluyendo pensar, planificar, recordar, imaginar, fantasear, soñar, desear, decidir y prever, y mostrar algún grado de conciencia de cómo estos son diferentes unos de otros.

A veces puede encontrarse evidencia de este nivel en expresiones tales como “Yo tenía esperanza de que...”; “Yo recuerdo que ...”; y “Yo esperaba que...”. En casos en que los participantes mencionan solo una o incluso solo dos operaciones cognitivas diferentes, lo más apropiado podría ser dar medio punto.

A4- Este nivel sugiere que los participantes pueden reconocer y nombrar una variedad de diferentes tipos de emociones. Estas pueden incluir rabia, tristeza, alegría, felicidad, sorpresa, desesperación, entretenimiento, ansiedad, vergüenza, turbación, temor, frustración, culpa, esperanza y celos. Los evaluadores deben buscar un rango de emociones para ser expresadas y también las emociones adecuadas al contexto. Estar feliz, alegre y sorprendido de que un vecino muriera en un accidente de auto no sería necesariamente evidencia de A4. Los evaluadores también deben usar el juicio para determinar si el reporte de las emociones parece corresponder a una experiencia emocional legítima y no ser solo una repetición de frases o un intento de satisfacer las expectativas sociales (por ej., informar que se siente lo que se esperaría que alguien sienta). Como en el caso de A3, al informe de solo una o dos emociones, o de emociones que son todas muy similares, podría otorgarse más bien medio punto y no uno completo.

A5- Este nivel sugiere que los participantes son capaces tanto de tener conciencia de las cosas que ellos están pensando, como también de reconocer que es posible que las conclusiones que ellos han alcanzado puedan ser inexactas. Este nivel refleja una conciencia de la falibilidad del pensamiento y el conocimiento de que las personas a menudo creen cosas que después se prueba que no son verdaderas, y que incluso la gente puede formarse diferentes visiones de los acontecimientos a lo largo del tiempo. En este nivel ellos también pueden expresar una comprensión de que han cambiado a lo largo del tiempo. Ejemplos de afirmaciones que sugieren este nivel incluyen: “Me di cuenta de que yo tenía la idea equivocada cuando...” o “Yo estaba seguro de que era verdadero, pero una vez que pregunté sobre ello descubrí que yo estaba equivocado”.

A6- Este puntaje sugiere que los participantes están conscientes de sus esperanzas y sueños, y al mismo tiempo son capaces de ver que los confines de la realidad, ya sea en el momento o por un largo tiempo, no permitirán que esas esperanzas y sueños puedan realizarse. Así, ellos pueden distinguir la fantasía de la realidad y aceptar instancias donde ellos estén en desacuerdo. Afirmaciones que señalan esta habilidad incluyen “Yo había esperado que X sucediera, pero no fue posible” o “Yo había esperado que ellos tomaran otra decisión”.

A7- Este puntaje sugiere que los participantes están conscientes de cómo su comportamiento es influenciado por operaciones cognitivas y estados emocionales dentro de una situación específica o episodio narrativo. Un ejemplo de esto podría ser cuando un participante es consciente de que durante una fiesta familiar él/ella teme la vergüenza, y entonces se comporta inusualmente tranquilo, lo cual lo lleva a actuar de una manera en la que se siente distante de otros y a reforzar sus temores de vergüenza.

A8- Este puntaje sugiere que los participantes son capaces de las actividades en A7 y también pueden emplearlas a lo largo de una cantidad de diferentes episodios narrativos. En A8 los participantes son capaces de reconocer patrones de funcionamiento a través del tiempo y unir diferentes episodios formando segmentos de una narración personal. Siguiendo con el ejemplo anterior de A7, una ilustración de A8 podría ser cuando un participante puede ver cómo la misma dinámica que experimentó en la fiesta familiar se produjo durante otros momentos específicos de su vida, por ejemplo durante una excursión con antiguos amigos de la escuela secundaria y cuando comenzó a trabajar por primera vez en un almacén.

A9- Este nivel representa la representación más compleja del sí mismo. En A9 los participantes son capaces de realizar todas las actividades de A8, pero ahora reúnen los patrones que encontraron dentro de un cuadro más amplio de la vida. En A9 ellos son capaces de entregar una fluida narración personal con obvia integración de múltiples aspectos del sí mismo (por ej., emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales, y del desarrollo).

Escala O: Comprensión de la Mente del Otro

Puntos generales a considerar:

- Esta escala mide la habilidad para formar representaciones crecientemente complejas e integradas de otra persona. Se refiere a un conocimiento de una persona particular o grupo bien reconocido, tal como una familia, y no un nebuloso “ellos” u “otra gente”. Va desde un mero conocimiento de que los otros experimentan eventos mentales hasta la construcción de complejos relatos de las vidas de otros. Los puntajes más bajos pueden reflejar la mera habilidad para reconocer que otros tienen pensamientos únicos o la habilidad para distinguir las diferentes operaciones y emociones cognitivas que otros emplean o experimentan. Los

puntajes más altos, por otra parte, pueden reflejar la habilidad para entender la relación entre pensamientos, emociones, comportamientos, y variables del desarrollo o interpersonales.

- Cada nivel de esta escala puede recibir un punto completo (1), medio punto (0.5), o ningún punto (0).
- Debe haber evidencia de evaluaciones del nivel más bajo con el objeto de asignar una evaluación del nivel más alto. Por ejemplo, con el objeto de asignar una evaluación de O5, debe haber evidencia de los niveles 1, 2, 3 y 4.
- Si hay alguna evidencia de un nivel de evaluación, pero no evidencia substancial, puede asignarse una evaluación de 0.5 para ese nivel. Una evaluación de 0.5 solo puede ser seguida por una evaluación de 0.5 o de 0. Una evaluación de 0.5 no puede ser seguida por una asignación de un punto completo para el siguiente nivel. Por ejemplo, si el evaluador asigna un 0.5 para O3, entonces O4 solo puede ser evaluado en 0.5 o en 0, para una evaluación final ya sea de 3.5 o 3, respectivamente.

O0- Este nivel refleja una incapacidad para entender que otra gente experimenta eventos en sus propias mentes. Los ejemplos de personas funcionando en un nivel tan empobrecido incluyen a personas que están retraídas hasta el punto del autismo, personas que parecen no tener representaciones de otros como teniendo alguna subjetividad, o personas que experimentan el delirio de que la otra gente no existe o son robots.

O1- Este nivel refleja una conciencia de parte de los participantes de que otra gente experimenta pensamientos y sentimientos, aunque ellos pueden estar inseguros de si los pensamientos y sentimientos que los otros experimentan les pertenecen a ellos mismos. Por ejemplo, creer que el hermano de uno tiene pensamientos puestos en su cabeza por el diablo sería tomado por una evaluación de O1.

O2- Este nivel refleja conciencia de parte de los participantes de que otra persona tiene sus propios estados interiores. Un ejemplo de una afirmación que cumple criterios para este nivel podría ser "Mi madre pensó que ella tenía sobrepeso" o "El conductor sabía donde yo vivía". En esto no hay un cuadro matizado de otra persona, pero al menos existe el reconocimiento del otro como una persona separada con su propia mente, sin importar lo opaca que esta sea.

O3- Este nivel refleja un reconocimiento de operaciones cognitivas específicas que son experimentadas por otra persona. Como en el caso de A3, puede reconocerse que el otro está pensando, planificando,

recordando, imaginando, fantaseando, soñando, deseando, decidiendo, previendo y dándose cuenta de algo. Las afirmaciones que expresan este nivel pueden ser tan simples como "Mi madre soñaba con..."; "Mi tío podía recordar..." o "Mi sobrino tomó la decisión de..."

O4- Este nivel refleja el reconocimiento de que otra persona experimenta un rango de estados emocionales matizados. Como en el caso de A4, estos pueden incluir rabia, tristeza, alegría, felicidad, sorpresa, desesperación, entretenimiento, ansiedad, vergüenza, turbación, temor, frustración, culpa, esperanza y celos. Aquí, como A4, la calificación de las emociones tiene que ser plausible y no solo reflejar algo dicho en respuesta a lo que se percibe como socialmente deseable. También se necesita juicio para detectar la posibilidad de que los participantes repitan cosas que han aprendido a decir sobre otros. En otras palabras, no debe darse puntaje a la atribución de una emoción a otro sobre la base de una fórmula que se ha sido aprendida (por ej., "Sé que la gente está enojada cuando deja de sonreír").

O5- Este puntaje refleja la habilidad para ver cómo los pensamientos y sentimientos de otra persona pueden influenciarse el uno al otro y hacer suposiciones razonables sobre las intenciones de otra gente. En este nivel los participantes son capaces de hacer hipótesis (y reconocer que estas son hipótesis) sobre el funcionamiento cognitivo y emocional de otra gente basados en señales verbales o no verbales. Una afirmación sugerente de esta capacidad podría incluir "Yo creo que él estaba tan callado porque estaba avergonzado por lo que había hecho"; y "Mi padre mantuvo sus brazos cruzados porque estaba tratando de luchar contra los sentimientos de enojo".

O6- Este puntaje refleja la capacidad de reconocer que los pensamientos y sentimientos de otras personas interactúan y se afectan mutuamente en eventos discretos (o episodios narrativos). Un ejemplo de esto podría ser un participante que describe cómo su tío se retiró de la familia durante un determinado tiempo debido a que su percepción de haber sido insultado le causó dolor emocional y resentimiento.

O7- Este nivel representa una representación más avanzada de las variables presentes en el nivel O6. Un individuo en este nivel puede entregar una narración fluida con obvia integración de múltiples variables (emocionales, cognitivas, conductuales, interpersonales y del desarrollo). Siguiendo el mismo ejemplo de A6, una calificación de A7 sería apropiada cuando el participante puede conectar el ejemplo de la retirada del tío con otras situaciones específicas de la vida de este en las cuales estaba en juego la misma dinámica.

Escala D: Descentración

Puntos generales a considerar:

- Esta escala mide la habilidad de uno mismo para reconocer que otra gente lleva vidas que pueden intersectar con el participante, pero que los otros están más preocupados de sus propias vidas que de los intereses de los participantes, y que el participante no es consecuentemente el centro de las vidas de otros. Como tal, esta escala refleja la habilidad de los participantes para situar las ideas de sí mismos en el mundo social más amplio. En niveles más bajos todos los hechos son entendidos por los participantes como estando en referencia a ellos, mientras que en niveles más altos los participantes reconocen que hay múltiples puntos de vista válidos, y que cada persona está siguiendo su propio camino a través de la vida.
- Cada nivel de esta escala puede recibir un punto completo (1), medio punto (0.5), o ningún punto (0).
- Debe haber evidencia de evaluaciones del nivel más bajo con el objetivo de asignar una evaluación del nivel más alto. Por ejemplo, con el objetivo de asignar una evaluación de D3, debe haber evidencia de los niveles 1 y 2.
- Si hay alguna evidencia de un nivel de evaluación, pero no evidencia substancial, puede asignarse una evaluación de 0.5 para ese nivel. Una evaluación de 0.5 solo puede ser seguida por una evaluación de 0.5 o una evaluación de 0. Una evaluación de 0.5 no puede ser seguida por una asignación de un punto completo para el siguiente nivel.

D0- Esta capacidad refleja una comprensión de los participantes de que generalmente ellos son el centro de toda actividad significativa o digna de mencionar. Las personas capaces solo de este nivel podrían incluir participantes con delirios que los llevan a ver todo como referido a su persecución.

D1- Esta capacidad refleja una habilidad para reconocer que los acontecimientos ocurren independientemente del participante. Es decir, en este nivel el participante puede ver que la gente dice y hace cosas que no están relacionadas con el participante. Un ejemplo de una afirmación indicativa de este nivel de función metacognitiva podría ser “Mi madre se preocupaba mucho de los niños de los vecinos; era parte de su naturaleza dedicada a la crianza”. Un participante que no puede describir eventos como no estando relacionados con él/ella sería adjudicado a este nivel (por ejemplo,

describir los comportamientos de otros como siempre de alguna manera en respuesta al participante).

D2- Esta capacidad refleja el reconocimiento de que cualquier evento particular puede ser visto desde múltiples perspectivas. En otras palabras, los participantes capaces de este nivel de metacognición pueden ver que otros tienen formas válidas de ver un hecho, que difieren del participante y posiblemente entre ellos. Una afirmación que podría señalar esta capacidad podría ser: “Mi primo podía ver cosas en mi padre que yo tendía a ignorar, mientras yo podía ver cosas a las que él estaba ciego”. Lo que distingue al segundo nivel de esta escala es reconocer que existen diferentes maneras legítimas en que los acontecimientos pueden ser percibidos. El mero reconocimiento de que otros tienen un punto de vista diferente y atribuirles que están equivocados no cumpliría los criterios para este nivel.

D3- Este puntaje sugiere participantes que puedan entender que los hechos que ocurren en la vida regular son a menudo el resultado de complejos factores emocionales, cognitivos, sociales y ambientales, los cuales varían de acuerdo con los individuos involucrados. En este nivel los participantes son capaces de formar una representación de sí mismos y otros como existiendo en un mundo más amplio donde individuos únicos tienen relaciones únicas entre ellos que no involucran un tema organizador central. Los participantes que pueden, por ejemplo, describir un conflicto que han tenido tanto con su hermano como con el socio de su hermano, en términos de cada una de las historias de las personas y de la perspectiva única del entendimiento de que existe una relación única entre su hermano y su socio, podría recibir una calificación de D3.

Escala M: Maestría

Puntos generales a considerar:

- Esta escala mide la habilidad de un individuo para utilizar el conocimiento metacognitivo sobre sí mismo y otros para lidiar con problemas psicológicos que son una fuente de aflicción. Esta escala no es una medición de la habilidad para resolver problemas generales, sino más bien una medición de la habilidad para usar el conocimiento metacognitivo reflejado en las otras escalas con el objetivo de manejar problemas específicamente relacionados con la salud mental.
- Los intentos autodestructivos para reducir el sufrimiento no son registrados en esta escala como formas significativas de enfrentar los problemas.

- A diferencia de escalas previas, esta escala permite la asignación de evaluaciones sin tener evidencia de evaluaciones de nivel inferior una vez que el evaluador ha determinado que el individuo cumple los criterios para el nivel M2. Por ejemplo, si el evaluador determina que se ha cumplido M2 (plausible definición del problema), entonces puede hacerse una asignación de M6 sin evidencia de M3. Los niveles son considerados en su mayor parte independientes entre ellos, después del nivel M2.
- Cuando se evalúa Maestría, a las personas se les da puntos por todos los niveles más abajo del nivel más alto logrado.
- Cada nivel de esta escala puede recibir un punto completo (1), medio punto (0.5), o ningún punto (0).

M0- Este nivel refleja un estado en que los participantes no pueden identificarse a sí mismos como experimentando ninguna aflicción ni problema psicológico.

M1- Este nivel refleja el reconocimiento de problemas psicológicos, pero estos problemas no son plausibles. Una ilustración de este nivel de metacognición podría ser una persona que informa que está en aflicción como resultado de la persecución de tenebrosas fuerzas del gobierno que están insertando micrograbadoras en su cuello.

M2- Este nivel refleja la capacidad para reconocer un problema psicológico con un origen plausible. Un ejemplo de una afirmación que sugiera esta posibilidad podría incluir "no trabajar me hace sentir inútil". Aquí es esencial que haya algún elemento de aflicción psicológica, que sea resultado de algo que podría ser un objeto de acuerdo consensual. Hay que observar que los evaluadores deben usar su juicio en momentos en que sienten que los participantes están repitiendo un problema psicológico del cual han sido socializados que informen (por ej., sentir impotencia frente a las drogas y el alcohol).

M3- Este nivel refleja la capacidad para meramente alterar su estado físico a través del uso de estrategias pasivas y evitantes para enfrentar problemas psicológicos. Ejemplos de estrategias en este nivel incluyen retraerse completamente de ciertas situaciones y quedarse en casa viendo televisión, decidiendo solo dormir, o jugar juegos de video para mantener el problema fuera de la mente. Seguir pasivamente las indicaciones de especialistas en salud mental también sería un ejemplo de este nivel (por ej., asistir a asesoría de grupo o tomar medicina solo "porque el doctor lo dice..."). Hay que observar que aquí no se evaluaría como M3 beber o comer hasta el punto de ser autodestructivos.

M4- Este nivel refleja la capacidad para responder a los problemas psicológicos ya sea mediante evitación activa y selecta o usando relaciones interpersonales como apoyo. Ejemplos de respuestas a problemas psicológicos o sociales que podrían ser calificados como M4 incluyen decidir evitar un tópico específico cuando se encuentran con alguien, o buscar consuelo de un miembro de la familia después de sentirse sobrepasado con un problema psicológico. La diferencia primaria entre M3 y M4 es que en M3 es un tipo de habilidad para manejar la causa de la tensión solo mediante métodos relativamente simples para retirarse, mientras que en M4 el participante puede desenvolverse en la vida solo evitando activamente ciertos sentimientos o experiencias anticipados, o buscando algún consuelo de otra persona.

M5- Este nivel refleja una capacidad general para responder activamente a un problema psicológico principalmente a través de estrategias conductuales. Mientras en M4 los participantes podrían manejar la aflicción buscando consuelo de otra persona, aquí el participante se compromete voluntariamente en comportamientos autodirigidos que ayudan a manejar el problema psicológico. Los ejemplos de estos podrían incluir decidir hacer ejercicio, practicar un ejercicio de relajación, o tener cuidado de comer una comida sana después de sentirse sobrepasado por un problema psicológico. Como se observó previamente, el comportamiento en cuestión tiene que ser relativamente saludable y no un comportamiento autodestructivo (por ej., cortarse). Así, tomar medicina o participar en terapia de grupo en una forma autodirigida también reflejaría manejo en el nivel M5. Mediante estrategias conductuales nosotros también incluimos evitar voluntariamente ciertas conductas, lo cual no conduce a retraimiento. Por ejemplo, refrenarse de elevar la voz en una situación que provoca rabia y forzarse a escuchar también serían ejemplos de este nivel de manejo.

M6- Este nivel refleja la primera de todas las instancias en que los participantes son capaces de responder a problemas psicológicos cambiando lo que piensan de ellos. El individuo puede usar autoafirmaciones adaptativas para reemplazar autoafirmaciones maladaptativas o puede reconstruir el comportamiento problemático en una forma más positiva o realista. Sin importar la técnica específica usada, cuando los participantes son capaces de rehacer lo que piensan sobre el problema y encontrar un punto de vista diferente de la situación que les permita arreglárselas más efectivamente con el problema, es apropiada una evaluación de M6. Por ejemplo, la decisión de que uno debería dar un paso atrás y pensar de forma diferente acerca de un conflicto

social sugeriría que sería adecuada una calificación de M6.

M7- Este nivel refleja la primera respuesta verdaderamente sintética a un problema. En este nivel el individuo es capaz de lidiar con el problema psicológico usando una comprensión de cómo interactúan sus creencias, percepciones, expectativas y pensamientos, y cómo esos procesos han contribuido al desarrollo y mantenimiento del problema psicológico. Un ejemplo de este nivel de manejo podría incluir, en el caso de un conflicto interpersonal, reconocer cómo la propia necesidad de ser apreciado lo llevó a malinterpretar a otra persona como diciendo un insulto, cuando en cambio la otra persona estaba haciendo un comentario inocuo.

M8- Este nivel refleja una forma aún más compleja de manejo. En este nivel los participantes no solo son capaces de utilizar el conocimiento que ellos tienen de sí mismos como en M7, sino que también consideran el conocimiento de otra gente. Un ejemplo de este nivel de manejo sería saber que un conflicto interpersonal fue tanto el resultado de la percepción errónea de un comentario inocuo, percibido como insulto, así como la dificultad de la otra persona para ser receptiva a esa

reacción porque, por ejemplo, hubo una muerte reciente en su familia.

M9- Este nivel refleja el nivel más alto de manejo e incluye las habilidades observadas en M7 y M8 para responder a problemas psicológicos con conocimiento de uno mismo y los otros. En este nivel, sin embargo, los participantes también poseen la capacidad para reconocer y aceptar que no todos los aspectos de los problemas psicológicos pueden ser resueltos, y que algún grado de sufrimiento es parte de la vida regular. En otras palabras, hay cosas involucradas en todos los problemas psicológicos que no pueden controlarse y que hay que aceptar. Además del reconocimiento encontrado en M7 y M8, puede haber, por ejemplo, el reconocimiento de que todos los individuos y las relaciones tienen sus propias dificultades y que las estrategias de enfrentamiento pueden mejorar el funcionamiento y minimizar la disfunción por aflicción en grados variables. En este nivel habría reconocimiento de los límites de uno mismo y también una conceptualización del problema a mayor escala que sí mismo/otros, tal vez con el reconocimiento de afectar a un grupo mayor, o tal vez a la sociedad.

Cuadrícula de puntuación para la EEM-A

9.0			9.0
8.5			8.5
8.0			8.0
7.5			7.5
7.0	7.0		7.0
6.5	6.5		6.5
6.0	6.0		6.0
5.5	5.5		5.5
5.0	5.0		5.0
4.5	4.5		4.5
4.0	4.0		4.0
3.5	3.5		3.5
3.0	3.0	3.0	3.0
2.5	2.5	2.5	2.5
2.0	2.0	2.0	2.0
1.5	1.5	1.5	1.5
1.0	1.0	1.0	1.0
0.5	0.5	0.5	0.5
0	0	0	0
Autorreflexividad	Conciencia del otro	Descentración	Maestría

EPISTEMOLOGÍA Y PSICOTERAPIA

EPISTEMOLOGÍA, DESARROLLO Y TERAPIA

(Rev GPU 2016; 12; 2: 191-201)

Gabriel Soler¹

El presente artículo busca mostrar una mirada que conecta la epistemología, el desarrollo y la terapia. Para esto se toma la mirada piagetiana, de construcción de conocimiento y de pasos de desarrollo. Con el fin de acercar esta mirada a la terapia se emplean los aportes de Robert Kegan y Peter Fonagy. Se trabajan conceptos que buscan pensar el proceso de aprendizaje como algo que ocurre en un contexto vincular y cultural. De este modo puede pensarse una terapia neopiagetiana, a partir de estos aportes, donde el nivel de desarrollo es considerado a la hora de intervenir, apoyado por una búsqueda del cambio entendido como un proceso de aprendizaje.

INTRODUCCIÓN

¿Qué es epistemología?

El concepto de Epistemología alude al estudio del conocer. En general hace referencia a un estudio filosófico o científico del proceso de conocimiento. En este artículo se ha tomado un centro en la propuesta de Piaget para explicar cómo conocemos. Este autor presenta una teoría de la adquisición del conocimiento desde el momento de nacer en adelante, con una visión evolutiva del mismo. Conocimiento aquí no quiere decir saber cosas abstractas o adquiridas en la escuela. Implica, por otro lado, una relación con el mundo, donde cada elemento de la experiencia implica un proceso de construcción de realidad mediado por aprendizajes.

El ser humano se presenta como un animal que aprende, que construye sobre sus elementos innatos

un mundo aprendido. Es decir, venimos con ciertos elementos que aporta nuestra biología, como polo de lo innato. Este polo de nuestro ser será más rígido, será parte de los límites y posibilidades que nuestra constitución nos permite. Por otro lado, tenemos un mundo aprendido que sobre estas posibilidades genera variaciones, opciones, en una interacción con el mundo-a-la-mano. Se forma así un campo de lo posible a partir de ciertas premisas básicas o innatas, y dentro de ese mundo crecemos como sujetos en procesos de aprendizaje o de actuación de aprendizajes. Aprendizaje no implica aquí una adquisición forzada desde fuera, sino que una relación curiosa con un mundo que va dando paso a transformaciones estructurales, los que cambian esa misma relación con el mundo.

De este modo podemos pensar el proceso de construir conocimiento unido a un principio epigenético, esto es, que los organismos tienen un plano básico de desarrollo y que sobre este se van construyendo las

¹ gsoler@gmail.com

partes, cada una con un tiempo propio de ascensión, maduración y ejercicio, formando un todo en funcionamiento (Bordignon, 2005; Capps, 2012). Esta construcción del conocimiento, puede afirmarse, no es ni innatista ni empirista, pues el conocimiento es construido, no viniendo desde fuera, ni tampoco vendría pre dado a nivel biológico, pues implica un proceso de transformación madurativa (Mounoud, 2001).

Al hablar de epistemología se pone acento a un aspecto de la relación del sujeto con su entorno, en tanto visto desde una tercera persona. Pero este movimiento que construye conocimiento puede verse de otros ángulos. Puede verse por ejemplo desde un lugar participativo, interno, fenomenológico. Siguiendo a Kegan (1982), el proceso de construcción de significados será el hacer propio del ser humano y será vivido con múltiples emociones, al obtener significados, perderlos, compartirlos, etc. En ese sentido, se toma una perspectiva constructivista, donde cada elemento de la vivencia personal, de la fenomenología, ha sido construido por un proceso de aprendizaje y maduración en interacción.

Otro ángulo del aprendizaje, y de la epistemología, es el contexto en el que este emerge. Puede observarse desde un aspecto exterior en el vínculo con otros seres, con otras personas, situando cualquier aprendizaje o construcción de significados en un contexto social (Kegan 1982). No se está pensando al sujeto como un ente aislado de una historia, de vínculos cercanos, de un sistema social, de una cultura.

Esta cualidad de ser un “animal de conocimiento”, que construye constantemente nuevos significados, nos hace particulares. El tener opciones para poder construir realidad, mediados por el conocer, nos permite grandes hazañas y también grandes tragedias. El hecho de que nuestro significado, nuestro conocer, media nuestras experiencias puede por ejemplo hacernos mirar como negativos eventos que para otros son positivos: ir a comprar al supermercado puede ser una experiencia aburrida y obligatoria, o un momento de paseo y disfrute. No tenemos el mismo acceso a la realidad, pues es un acceso que se construye desde que nacemos (y antes), sobre la base de interacciones humanas y exploraciones en el mundo.

Se sigue de este modo, una idea de epistemología neopiagetiana, por la consideración de etapas de desarrollo, pero nutrida con otros elementos teóricos que complejizan esta aproximación. De este modo se considera que los pasos en el desarrollo generan transformaciones en la construcción del conocimiento y por lo tanto del significado, en toda experiencia humana. Se pensará de este modo un proceso de complejización en la relación del sujeto con su mundo, pasando

diferentes etapas, una incluyendo y trascendiendo a la predecesora.

El argumento del conocimiento como centro de este artículo implica resaltar la idea de que somos profundamente transformados a partir de nuestras interacciones en el mundo, interacciones que abarcan el mundo físico, el mundo social y un mundo interior (Kegan, 1982). Estas interacciones no son aisladas de un contexto social, de vínculos afectivos, de relaciones interpersonales. No se piensa el conocer como un aspecto aislado, frío y personal, sino como un aspecto contextual, vincular, afectivo e interindividual.

La capacidad de construir nuevos significados estará de este modo mediado por nuestros niveles de desarrollo, de nuestras exploraciones en el mundo, y de tener interacciones transformadoras, donde emerge una confianza epistemológica (Fonagy y Allison, 2014) que nos abre al cambio, lo que implica aprender.

Se tomará como eje central la reflexión piagetiana, con un conjunto de etapas que será central para reflexionar sobre el desarrollo. Este autor nutrirá a otros autores como Kegan. Además se agrega un apartado donde se conecta el proceso epistemológico con las relaciones de apego y la mentalización, como formas que interceden en la capacidad para un cambio epistémico. De este modo, el siguiente artículo busca iluminar un área que puede aportar al pensamiento clínico a partir de las transformaciones en el conocer, en el abrirse a nuevas formas de actuar, pensar y sentir. Conocer será entendido como el aspecto que media entre el sujeto y el mundo. El proceso de aprender será entendido como el cambio que se busca en la intervención terapéutica, pues será un cambio en la interacción con el mundo a partir de experiencias novedosas.

LA MIRADA PIAGETIANA

Piaget construye un modelo de epistemología genética, es decir, una construcción de conocimiento que ocurre en un proceso de desarrollo donde una estructura va dando paso a nuevas estructuras superiores. Su estudio comienza al observar las respuestas erróneas en pruebas de inteligencia, lo cual le lleva a darse cuenta que los niños estructuraban la realidad de un modo diferente al adulto.

Mounoud (2001) plantea tres principios base en la teoría piagetiana. La primera es que el origen del conocimiento estaría situado en nuestras acciones y en los efectos que ellas producen. Son estas acciones las que nos permiten explorar las propiedades de los objetos. Serán nuestras acciones las que nos “permiten descubrir las significaciones en el mundo” (p. 59).

El segundo postulado es que habría estructuras coordinadoras que agruparían las acciones en sistemas. Serían categorías de acciones, las que se evidenciarían desde las primeras conductas sensoriomotrices. Esto quiere decir que las acciones se agrupan entre sí generando otras acciones más complejas; así, un conjunto de conductas exploratorias con un objeto, tal como un biberón, irán siendo coordinadas entre sí para generar otras conductas más complejas con el mismo objeto y luego con otros objetos mediante generalizaciones.

Como tercer postulado se encuentra que las acciones lógicas, que estarían como fundamento de los juicios y razonamientos adultos, se podrían considerar como coordinaciones de acciones interiorizadas. Serían de esta forma categorías que tuvieron su origen en acciones concretas, que fueron agrupándose de formas cada vez más abstractas. Así la lógica, los razonamientos, los juicios, se consideran acciones ejecutadas en el interior. El mismo biberón que mencionábamos antes se va convirtiendo en un objeto susceptible de abstracción. El sujeto podrá representar este objeto de modo simbólico en su mente, y esta representación interior tendrá su origen en las acciones y sensaciones concretas del sujeto con el objeto en cuestión. De este modo la abstracción tendrá su origen en conductas concretas.

ESTRUCTURAS COGNITIVAS

El proceso de conocer estaría soportado por un conjunto de estructuras. Estas tendrían propiedades lógicas que permiten interacciones o transformaciones entre los elementos. Piaget (1974, 1967, citado en Rosas y Sebastian, 2008) plantearía que las estructuras son "sistemas de transformaciones". La transformación sería una operación que transforma un estado en otro. Las transformaciones de las estructuras implican subtransformaciones, que comienzan con ordenar un conjunto de sensaciones que no tienen sentido.

Esto implicaría que las estructuras cognitivas toman los elementos de la experiencia y los transforman para poder construir elementos con significado. Siguiendo con la idea de un biberón, este en su origen era un objeto de sensaciones sin sentido. Cobra sentido con base en las experiencias del niño, convirtiéndose en un objeto de alimentación. Conforme avanza el desarrollo podrá convertirse en un "biberón", que será una categoría más amplia, aplicable a múltiples objetos similares: "los biberones". De este modo ocurre una generalización a partir del esquema originario. Esto tendría a la base capacidades de abstracción crecientes desprendiéndose del objeto original. En cada momento

del desarrollo los esquemas tendrán ciertas limitaciones; siguiendo a Piaget (2005[1954]) estas implican un cierre, son conjuntos que tienen operaciones cerradas. Piaget lo asocia a las matemáticas: como los números enteros son un conjunto cerrado, así las estructuras operarían en conjuntos cerrados. Que sea cerrado no implica que no pueda ser reemplazado por una estructura más completa, en un nivel de desarrollo posterior. De este modo, habría un operar particular en el proceso de construir significados, que puede ir siendo reemplazado por operaciones más complejas.

Un ejemplo de cómo estas estructuras operan en lo abstracto más que en los objetos concretos es la idea de reversibilidad. Se adquiere en las operaciones concretas e implica saber que si entra una pelota roja, otra amarilla y otra azul a un tubo, al salir de vuelta por el mismo lugar lo harán en orden inverso (azul, amarilla y roja). Pero si las pelotas salen por el otro lado del tubo saldrán en el mismo orden en que entraron (roja, amarilla y azul). La reversibilidad aparece en un momento del desarrollo dentro de las operaciones concretas, pero antes de esto el sujeto no entiende que este orden es invariante, esperando incluso que le toque salir a la amarilla primero en algún momento. Aquí se ve la importancia de la relación de orden más que de los objetos en sí. Esto se observa en que la reversibilidad puede aplicarse a notas musicales, cuadrados, números, etc. Así la propiedad de reversibilidad es un concepto abstracto, aplicable a múltiples objetos, donde los objetos que describe dejan de ser importantes al lado de su aplicación a varias situaciones.

Las estructuras operarían como totalidades que generan transformaciones, las cuales constituirían el experimentar del sujeto, dando sentido a la vivencia personal. Estas transformaciones se autorregularían a sí mismas y cambiarían en función de experiencias novedosas que permitirán una acomodación interior dentro de los esquemas previos.

ESQUEMAS Y OPERACIONES

Las estructuras tendrían dos formas, una como esquemas y otra como operaciones. Los esquemas serán los elementos más básicos, generados en los primeros años. Se refieren a la construcción de elementos como unidad, conectando, por ejemplo, diferentes imágenes de una pelota como si fuese la misma pelota, formando un esquema que las unifica como elemento unitario y constante (Rosas y Sebastian 2008). Serán además elementos que unifican como figura y a la vez como un plan motor o acción.

Por otro lado se encuentran las operaciones, que serán acciones interiorizadas, las que pueden ser reversibles y ser agrupadas como conjuntos y totalidades. Estas operaciones, como dice su nombre, actúan sobre los esquemas sensoriomotrices. Como se ha señalado previamente, “pelota” puede considerarse un esquema, pero la seriación de un conjunto de pelotas será una operación. En el ejemplo de las pelotas en el tubo los esquemas serán las pelotas y el tubo, mientras que la operación será la que permite predecir un orden invariante en estos esquemas. Este orden además se presenta como reversible (operación de reversibilidad), en este caso, en función de hacia qué lado saldrán las pelotas por el tubo. Previo a la aparición de las operaciones, el sujeto no presenta conciencia de la invariancia del orden y de la reversibilidad posible. En vez de esto presenta un pensamiento intuitivo que es carente de lógica. Las operaciones emergen en un momento del desarrollo llamado operaciones concretas, nombre dado por el hecho de que surgen aquí las operaciones que dan lógica a la estructuración de la realidad del sujeto.

ASIMILACIÓN Y ACOMODACIÓN

El proceso de adaptarse al ambiente va generando desequilibrios que movilizan al sujeto:

...el niño, al igual que el adulto, no ejecuta ningún acto, exterior o incluso totalmente interior, más que impulsado por un móvil, y este móvil se traduce siempre en una necesidad... una necesidad es siempre manifestación de un desequilibrio. (Piaget 1991[1954] p. 15).

De este modo los desequilibrios son enfrentados mediante dos procesos: la asimilación y la acomodación.

Se puede denominar *adaptación* al equilibrio de estas asimilaciones y acomodaciones: esta es la forma general del equilibrio psíquico y el desarrollo mental aparece entonces, en su progresiva organización, como una adaptación siempre más precisa a la realidad (Piaget 1991[1954] p. 17)

Al movimiento que genera la asimilación y acomodación se le llama *equilibración* y será el proceso por el cual el conocimiento se desarrollará. La asimilación, busca mantener su forma y se centra en el individuo; y la acomodación, que está más centrada en el exterior, por la cual el organismo se modifica. Rosas y Sebastian (2008) plantean que toda asimilación tendría una parte de acomodación. A pesar de esto se separan ambas en el sentido de que la acomodación implica un cambio,

una novedad cognitiva, mientras la asimilación haría más robusta la estructura previa, introduciendo variables que no implican un cambio profundo. Un niño que aprende a girar una manilla de la puerta podrá comenzar a girar manillas en diferentes puertas. Estas manillas podrán variar en formas y colores, pero el esquema es similar, por lo que las asimila. El mismo niño un día puede encontrarse con una puerta en la cual no se gira la manilla, sino que se debe jalar. Para poder incorporar esa nueva forma de abrir una puerta deberá acomodar el esquema previo. Del mismo modo, siguiendo esta línea de pensamiento, podemos aplicar esta idea a un paciente que tenga un esquema de que “las relaciones interpersonales son dañinas”, podrá asimilar constantemente experiencias que confirmen este esquema. En un proceso terapéutico se hace posible generar experiencias que desafíen este esquema, generando una acomodación del mismo, lo cual producirá un cambio profundo en la forma de vivir en relación con los otros.

COGNICIÓN Y EMOCIÓN

Por afectividad Piaget (2005[1954]) condensa tanto las emociones y sentimientos como también otras tendencias diversas, tales como la voluntad, curiosidad, entusiasmo, aburrimiento. El autor plantea que no hay cognición sin afectos ni afectos sin cognición.

Pero toda conducta supone la existencia de instrumentos y de una técnica: se trata de los movimientos y de la inteligencia. Pero, también, toda conducta implica unos móviles y unos valores finales (el valor de los objetivos): se trata de los sentimientos. Así pues, la afectividad e inteligencia son indisolubles y constituyen los dos aspectos complementarios de toda conducta humana (Piaget, 1991[1964], p. 25)

Habrán elementos afectivos en el proceso de resolver un problema matemático, expresados en el interés, necesidad, frustración, placer. Así habrá factores cognitivos entremezclados con los afectivos, que se notarán mayormente conforme el desarrollo avanza: “hay un paralelismo constante entre la vida afectiva y la vida intelectual” (Piaget, 1991[1964], p. 25).

Por lo tanto, hay una especie de esquematismo de los sentimientos, de la misma manera que hay esquemas en la inteligencia: la construcción del complejo es análoga a la construcción progresiva de una escala de valores, comparable a un sistema de conceptos y de relaciones (Piaget, 2005[1954], p. 30).

Así como se han formado esquemas cognitivos con el desarrollo, los sentimientos también se van organizando. El autor plantea que siempre hay elementos afectivos en los esquemas cognitivos, pero también los

afectos van siendo dirigidos de formas más estructuradas con la cognición. La escala de valores se genera como una estructura interior, donde distintos elementos tendrán distintas valoraciones. Así un complejo, como el de Edipo en la teoría de Freud, tendrá que ver con un conjunto de emociones que han generado una vinculación entre sí, generando valoraciones a ciertas áreas de la vida, como pueden ser en este caso los padres. Será una estructura de afectos, que tiene ciertos elementos cargados con mayor monto que otros. Hablando de la teoría de Freud, plantea Piaget: "Un complejo general es un esquema que se elabora a lo largo de la historia individual, transformándose sin cesar y aplicándose a series de situaciones diversas, constantemente renovadas" (Piaget, 2005[1954], p. 29).

De este modo los complejos psicoanalíticos se presentan como esquemas cognitivo-afectivos, donde surgen elementos que serán aplicados a diversas situaciones repetitivas, las que van configurando conflictos psicológicos.

Siguiendo la reflexión evolutiva, habrá periodos del desarrollo donde la estructura de los afectos es más laxa, menos ordenada y sistemática. Pero con el tiempo se va estructurando una "lógica de los afectos", que culmina con una estructura de valores morales, y/o también podrá generar un complejo. A modo de ejemplo podemos pensar que estos valores harán que un sujeto pueda constantemente mantener sus creencias religiosas, las que perduran en el tiempo y tienen cierta lógica en el sentido de que habrá elementos que modelarán sus afectos, tales como alegrarse por un suceso y enojarse por otro, en función de las normas sociales de su iglesia.

Siguiendo con la idea de una moral religiosa, es de esperarse que la persona se enoje con situaciones que van contra los dogmas de su iglesia. Un ejemplo común es la pugna por el aborto, donde muchos sujetos se enfurecen ante la posibilidad de que este sea legalizado. En este caso observamos que hay una reacción afectiva constante y estructurada frente a un fenómeno. Así mismo, la estructuración moral hará que otras situaciones se vean como positivas, como serán los cultos de esta religión hipotética.

De este modo queda claro que la mirada epistemológica de Piaget es vivida de modo afectivo, no como una reflexión fría ante el mundo: "No hay dos desarrollos, uno cognitivo y otro afectivo, ni dos funciones psíquicas separadas, ni dos clases de objetos: todos los objetos son simultáneamente cognitivos y afectivos" (Piaget, 2005[1954] p. 65).

En el desarrollo, el psicoanálisis señala como relevante el momento en que el niño hace una "elección de

objeto", lo cual implica que saldría de su narcisismo, de estar centrado solo en sí y optaría por vincularse con otro. Piaget estaría en desacuerdo con esta perspectiva por considerar que en la experiencia del niño aún no hay otro y un sí mismo al que apelar, por lo que más que una elección será una creación del objeto (Piaget, 2005[1954]). Esta creación del objeto será el origen de los sentimientos morales, de afectos interindividuales. En ese sentido el otro va siendo construido mediante la madurez de la cognición y la estructuración de los afectos. Cuando Freud plantea una elección Piaget ve una creación, una construcción de otro que emerge a la experiencia del niño. En esta misma línea plantea que la etapa "narcisista" de Freud será en realidad una etapa dedicada al mismo sujeto, pero aún "sin narciso", es decir, aun sin una conciencia de ser uno mismo, sin aun separarse del entorno como sujeto.

En esta construcción de objetos cargados de afecto, el valor por los objetos y por las personas estaría relacionado con que estos enriquezcan la acción propia (Piaget, 2005[1954]). El valor propio, la autoestima, emergerían de interacciones con otros que el niño posteriormente aplicará a sí mismo (Piaget, 2005[1954]). Los sentimientos morales y los sentimientos hacia otras personas funcionarían como esquemas, donde el mismo esquema se activa con ciertas personas. Los esquemas son "modos de acción susceptibles de repetirse y sobre todo de generalizarse" (Piaget, 2005[1954] p. 77).

De este modo se plantea que existen ciertos esquemas que pueden repetirse, por lo que ciertos modos de relacionarse con otros comenzarán a operar y buscar confirmación en un movimiento asimilatorio. Un esquema nocivo puede por lo tanto autoconfirmarse. Por otro lado pueden generarse situaciones que generen acomodaciones, lo cual permite seguir cambiando y complejizando el operar, sin quedar estancado en los esquemas previos.

DESARROLLO

Se ha presentado el modelo epistemológico de Piaget, un modelo donde se va construyendo conocimiento con base en ciertas estructuras que asimilan y se acomodan en función de una relación con el entorno. Este movimiento va dando paso a una sucesión de etapas del desarrollo.

Como se observa en el Cuadro 1 hay un movimiento desde lo que en un momento fue sujeto pasa en un segundo momento a ser objeto. Habría así una transición entre un estadio y otro, donde el último trasciende e incluye al predecesor.

Cuadro 1
BALANCE SUJETO-OBJETO EN LA TEORÍA PIAGETIANA

Etapa	Sujeto ("estructura")	Objeto ("contenido")
Sensorio motor	Acciones-sensaciones Reflejos	Nada
Preoperacional	Percepciones	Acciones-sensaciones, reflejos
Operacional concreto	Reversibilidades ("lo actual")	Percepciones
Operaciones abstractas	Hipotético-deductivo ("lo posible")	Reversibilidades ("lo actual")

Kegan 1982, p. 40.

La etapa sensoriomotriz será la primera fase del desarrollo, donde el sujeto se diferencia del mundo físico, aprende además del mundo emocional a vincularse con sus cuidadores y a diferenciar las emociones propias de las ajenas. En este periodo el niño explora el mundo con sus acciones: "...es por esto que veremos cómo el bebé, en presencia de un nuevo objeto, lo incorpora sucesivamente a cada uno de sus *esquemas* de acción (zarandearlo, frotarlo, etc.) como si intentara comprenderlo mediante su utilización" (Piaget 1991[1964] p. 21).

El bebé es un sujeto epistémico que está tratando de comprender un mundo mediante sus acciones. Intencionalmente hará variaciones de los movimientos y gestos que le han conducido a un efecto interesante para estudiar los cambios que esto entrega. Estos esquemas básicos, complejizados por la experimentación serán susceptibles de coordinarse entre sí y de asimilarse mutuamente. El sujeto logra, al finalizar este periodo, tener objetos representables por medio de símbolos: "Resumiendo, la ausencia inicial de los objetos sustanciales, y, posteriormente, la construcción de los objetos sólidos y permanentes, es un primer ejemplo de este paso del egocentrismo integral primitivo a la elaboración final de un universo exterior" (Piaget 1991[1964], p. 24).

La etapa preoperacional (segunda etapa de Piaget) va desde los dos a los siete años. Con el uso continuado de símbolos busca preparar para las operaciones mentales (estas permiten al sujeto operar de forma lógica y reversible). Es un pensamiento intuitivo, simbólico y que aún no tiene lógica. Este logra dominar los elementos sensoriomotrices previos, construyendo percepciones sobre las sensaciones previas (conjuntos de sensaciones constituyen una percepción), logrando también dominar los elementos reflejos, como es el control de esfínteres.

Las inferencias están generadas a partir de imágenes y símbolos que no necesariamente mantienen una

invariancia entre sí. Una categoría puede confundirse con otra y también puede mezclarse una subcategoría con la categoría mayor. Esto implica por ejemplo confundir a las Rosas con las flores y no comprender que una es categoría de otra.

Habría un pensamiento mágico, en el sentido de (Kegan, 1982): a) confusión entre eventos aparentes o imaginarios con eventos y objetos reales y b) confusión de apariencias perceptuales de cambio cualitativo y cuantitativo con el cambio actual. Mediante el lenguaje surgen nuevas capacidades, pudiendo anticipar acciones futuras por la representación verbal. Además se puede socializar la acción, se puede interiorizar la palabra (pensamiento) y se puede interiorizar la acción en un plano intuitivo de imágenes y experiencias mentales.

El autor afirma que los aspectos cognitivos emergen de relaciones con otros, y a partir de allí es que se constituyen como instancias interiores: "Tal como ha dicho Janet, la memoria está relacionada con el relato, la reflexión con la discusión, la creencia al compromiso o a la promesa y todo el pensamiento con el lenguaje exterior o interior" (Piaget, 1991[1964] p. 31).

Las Operaciones concretas, tercer estadio de Piaget, van desde los 7 a los 12 años. Se caracteriza por el uso de la lógica en relación con los objetos del entorno (Kegan 1982). Esto implica inferencias llevadas a cabo a través de clases, relaciones y cantidades, manteniendo propiedades lógicas invariantes que refieren a objetos concretos. Esto implica superar las limitaciones del pensamiento preoperacional descritas antes, que estaba sujeta a la percepción (si veo más hay más), para poder manejar estas percepciones con un proceso lógico. El sujeto logra así diferenciar una clase de sus miembros (la rosa de las flores), puede hacer relaciones con objetos constantes e invariantes (las propiedades no cambian), pudiéndoles aplicar propiedades lógicas (como causa y efecto). Además las relaciones con otro cambian, ya que "a partir de los siete años es capaz, efectivamente, de cooperar puesto que ya no

Cuadro 2
ESTADIOS DEL SELF

	Estadio 0 Incorporativo	Estadio 1 Impulsivo	Estadio 2 Imperial	Estadio 3 Interpersonal	Estadio 4 Institucional	Estadio 5 Interindividual
Estructura subyacente (sujeto versus objeto)	S-Reflejos (sensación, movimiento) O-Nada	S-impulsos percepciones O-Reflejos (sensación movimiento)	S-Necesidades, intereses, deseos. O-Impulsos, percepciones	S-Mutualidad Interpersonal O-necesidades, intereses, deseos.	S-Autoría, identidad, administración psíquica, ideología O-la mutualidad interpersonal	S-Interindividualidad, interpenetrabilidad de los sistemas self O- Autoría, identidad, administración psíquica, ideología.
Piaget	Sensorio motor	preoperacional	Operaciones concretas	Tempranas operaciones formales	Operaciones formales completas	Posformal, dialéctico
Kohlberg		Castigo y orientación a la obediencia	Orientación instrumental	Orientación a la concordancia interpersonal	Orientación a la sociedad	Orientación desde principios
Maslow	Orientación a la supervivencia fisiológica	Orientación a la satisfacción fisiológica	Orientación a la seguridad	Orientación al amor, afectos, pertenencia	Orientación a la estima y autoestima	Autoactualización.

Fuente: Kegan 1982, p. 86.

confunde su propio punto de vista con el de los demás, sino que disocia estos últimos para coordinarlos" (Piaget 1991[1964], p. 55). Esto abre a la posibilidad de discutir opiniones y por lo tanto de la necesidad de demostrarlas, mediante justificaciones y pruebas. Se puede discutir mediante el pensamiento, no solo por la acción. Desaparece el lenguaje egocéntrico y sus frases contemplan una lógica y conexión entre las ideas. Las reglas ahora se unifican y se busca que se mantengan en igualdad durante los juegos.

Lo esencial es que el niño es susceptible de un principio de reflexión. En vez de las conductas impulsivas de la primera infancia, acompañadas de una creencia inmediata y un egocentrismo intelectual, el niño, a partir de los siete u ocho años piensa antes de actuar y empieza de este modo a conquistar esa difícil conducta de la reflexión (Piaget 1991[1964], p. 57).

Las operaciones abstractas, último estadio de Piaget, surgen alrededor de los 12 años. Prepara al sujeto para manipular el ambiente de forma hipotética-deductiva. Se podrá hacer inferencias a través de operaciones lógicas sobre proposiciones u "operaciones sobre operaciones". Razonamiento sobre razonamiento. Esto implica y se asocia al poder hacer relaciones matemáticas, así el número 5 no se asocia a ningún elemento particular, sino que es una abstracción que puede ser aplicada sobre varios elementos. Al momento de sumar o multiplicar este número se está haciendo una operación sobre otra operación.

Se comienza a construir sistemas de todas las posibles relaciones o implicaciones y hacer una aislación hipotético-deductiva de variables y testeo de hipótesis. Así, las leyes del pensamiento concreto, descubiertas en acciones en el mundo, comienzan a poder operar de modo abstracto en la mente del sujeto. Como se ha señalado previamente, el sujeto en operaciones abstractas puede tomar las operaciones concretas y manipularlas desde un lugar más profundo y complejo. De este modo comienza un proceso de pensamiento científico, donde lo posible abre la necesidad de probar y generar combinatorias para resolver los problemas.

DE SUJETO A OBJETO

La epistemología piagetiana se sitúa como una construcción de conocimiento, donde hay un elemento estructural y otro de contenido de esa estructura. Lo que en un nivel del desarrollo es estructura que pasa a ser un contenido de los niveles que le siguen. Kegan (1982) plantea cómo la estructura correspondería al sujeto y los contenidos a los objetos de la cognición. De este modo el proceso epistemológico implica una relación entre un sujeto y sus objetos, y cómo esa relación va generando significados.

El trabajo de Kegan, seguidor de Piaget, gira sobre el balance del sujeto y el objeto, así el sujeto será un elemento con el cual estamos fusionados, identificados, incrustados, metidos dentro, y del cual no tenemos

control pues es inmediato a nuestra experiencia. Será así un polo identitario, que no podemos ver pues somos nosotros mismos. El objeto, por otro lado, será un elemento que se puede mirar, manejar; de él nos podemos hacer cargo, tomar control, internalizar, es lo suficientemente distinto de nosotros para poder manejarlo, ya que está mediado en nuestra conciencia (Kegan, 1994). Siguiendo a Kegan, la relación epistemológica de construir significado será la base del ser humano, vivida desde un mundo subjetivo, desde una fenomenología. Este mundo subjetivo sufrirá por perder sus objetos o, por otro lado, se alegrará con ellos, tendrá una vida afectiva y fenomenológica asociada a sus vivencias epistémicas. El mundo a la mano que emerge en la vida humana será una construcción de significado que comienza incluso antes de nacer.

Kegan (1982) conecta de este modo un conjunto de modelos evolutivos, dentro de los que está el piagetiano. Plantea que el *self* va transformándose en cada nivel propuesto por Piaget en varias áreas, no solo la cognitiva. De este modo la identificación del *self* va a estar primero mediada por los reflejos en busca de supervivencia fisiológica (etapa Incorporativa, sensorio motriz), luego por los impulsos en búsqueda de satisfacción fisiológica (etapa Impulsiva, preoperacional), seguido por los intereses y necesidades propios, buscando seguridad y poder (etapa Imperial, operaciones concretas), para pasar a una mutualidad, buscando amor, afectos, pertenencia, filiación (etapa Interpersonal, tempranas operaciones abstractas), con preocupación centrada en los vínculos cercanos. Posterior a esto encontramos una identificación con las instituciones con énfasis a la propia autoría, con centro en la autoestima y logro en el área social (etapa Institucional, operaciones abstractas) y luego una identificación con la interpenetración de *selfs*, buscando autoactualización e intimidad (etapa Interindividual, pensamiento dialéctico). De este modo habrá cambios a nivel del *self*, de las motivaciones, intensiones, necesidades, en cada estadio. Así, los aspectos más centrados en la capacidad de abstracción y comprensión del medio generados por Piaget también estarán asociados a transformaciones en el mundo interior del sujeto, donde el *self* se va complejizando.

De este modo, lo que fue sujeto pasa a ser objeto del nivel siguiente. Esto implica que un sujeto con operaciones concretas opera sobre los elementos de preoperacional, es decir, un sujeto en la etapa Imperial de Kegan, identificado con sus intereses, podrá operar sobre sus percepciones e impulsos, elementos del periodo anterior. Así, el sujeto en operaciones concretas o Imperial podrá elegir entre diversos impulsos o sos-

tener un impulso un tiempo mayor. Del mismo modo, podrá cotejar diferentes percepciones y reflexionar sobre ellas. Estas nuevas capacidades van generando periodos donde un *self* va quedando atrás como modo de operar y dando paso a un nuevo *self*, con capacidad para operar sobre el anterior.

Kegan (1982) plantea el concepto de cultura de incrustación, para aludir a que ningún sujeto se halla aislado de un contexto social. De este modo el entorno tendrá vínculos con la identidad del sujeto. En las primeras etapas habría relaciones de apego con un cuidador que suele ser la madre, luego esto se expandiría hacia la familia en la etapa correspondiente a preoperacional. Sucesivamente se van integrando sistemas sociales más complejos que sostendrán cada etapa subsiguiente del desarrollo. La cultura en la que el sujeto se encuentra, entendida como las relaciones significativas del mismo, será el contexto sostenedor de cualquier proceso llevado a cabo. No puede pensarse de este modo una epistemología disociada de un entorno social. El modo de conocer está imbricado en relaciones significativas.

CONFIANZA EPISTÉMICA (EPISTEMIC TRUST)

La capacidad de un individuo para poder aceptar nuevo conocimiento desde otra persona, viendo este conocimiento como algo confiable, generalizable y relevante para el *self* se ha llamado "confianza epistémica" (Epistemic trust) (Fonagy y Allison, 2014). Esto sería una disposición hacia aprender mediado por un vínculo de confianza. Por otro lado, presenta su reverso, donde no hay confianza existe una vigilancia epistémica, que bloquea el proceso de conocer. Así, los contextos pensados por el modelo de Kegan, pueden propiciar o bloquear procesos de cambio epistémico, en función de ciertos modos de construir relación.

De este modo, se piensa que habría mecanismos que vienen en la naturaleza humana diseñados para transmitir conocimiento a nivel vincular, asociado a cuanto confianza nos produce el otro en nuestras interacciones. Así, estamos hablando de cómo el aprendizaje ocurre de modo interaccional y no solo personal, por lo que cierto tipo de vinculación es estudiada como un promotor de nuevos aprendizajes. Siguiendo con los apartados anteriores, la curiosidad del sujeto individual parece ser el motor desde el esquema piagetiano, buscando nuevos conocimientos en el mundo. El modelo de la confianza epistémica muestra cómo es posible generar interacciones sociales que hacen posible una pedagogía natural (Csibra y Gergely, 2009), donde es la otra persona quien abre al sujeto a experiencias novedosas.

Este concepto apunta a que habría un conjunto de claves interaccionales que bajarían la vigilancia epistémica en el momento de transmitir conocimiento, con lo que este podría ser más fluido. Así, sería posible pensar un continuo polar entre una vigilancia epistémica o una confianza epistémica, en tanto relación de aprendizaje. En caso de estar una o la otra el conocimiento puede ser o no ser transmitido entre los sujetos. De este modo, podemos pensar cómo ciertas dinámicas abren al sujeto a la posibilidad de generar acomodaciones en su aprendizaje con base en relaciones significativas, y cómo otro tipo de vinculaciones pueden cerrar cualquier proceso de aprendizaje.

Fonagy (Fonagy y Allison, 2014) plantea que el concepto de confianza epistemológica se emparenta a los conceptos de apego seguro y mentalización. Se han descrito diferentes tipos de apego, los que implican modos diferentes de relacionarse con el cuidador, que luego se proyectan en el adulto en la forma de tener relaciones interpersonales y manejar la propia afectividad. En caso de haber una respuesta suficientemente buena para las necesidades afectivas del bebé, surge un apego seguro, el cual permite al niño explorar con mayor confianza el mundo, a la vez que sabe que el cuidador estará ahí en caso de necesidad. Los apegos inseguros bloquean la capacidad del niño de explorar el mundo y la capacidad de aprender una autorregulación emocional (que en un origen es diádica). La mentalización, entendida como la capacidad de reflejar a otro que tiene una mente propia, con intereses, deseos, conflictos, sería un elemento que promovería el apego seguro.

De este modo Fonagy (Fonagy y Allison, 2014) plantea que la capacidad de mentalizar promovería un apego seguro, y también generaría un proceso de confianza epistemológica, permitiendo así la ocurrencia de una pedagogía natural. Para que esta pedagogía pueda emerger deberán existir ciertas conductas que funcionan como claves ostensivas, que bajarían las barreras para aprender, permitiendo un traspaso de información que puede ser recordada y empleada con más facilidad. La relación madre-bebé, con interacciones con base en la sensibilidad de los estados interiores del niño (mentalización), generaría este proceso de aprendizaje natural. Parte de esta relación estaría marcada por conductas ostensivas, que en el caso de los cuidadores implican interacciones de espejamiento marcado (marked mirroring interactions), donde se efectúan expresiones exageradas y vocalizaciones en respuesta a los gestos del bebé, lo cual le señalaría que está siendo comprendido y a su vez le daría conciencia de su propia emoción, promoviendo representaciones de segundo

orden (al representar sus propios estados afectivos). De este modo se genera un vínculo a partir de la mentalización, donde el bebé siente que está siendo comprendido por la madre, en su cualidad de sujeto con estados interiores, lo cual hace que aumente la confianza con el cuidador, permitiendo, a su vez, una transmisión de conocimiento interpersonal.

En sujetos adultos el apego inseguro estaría asociado a una cerrazón cognitiva, baja tolerancia a la ambigüedad, y tendencia a pensamiento dogmático, evitando el esfuerzo intelectual y adoptando estereotipos (Mukilincer 1997, citado en Fonagy y Allison, 2014). De este modo los diferentes patrones relacionales parecen marcar diferencias en el modo de aprender elementos novedosos en los sujetos. Incluso se ha planteado el concepto de congelamiento epistémico (epistemic freezing), el que hace defender ciertos conocimientos a pesar de ser incorrectos (Kruglanski citado en Fonagy y Allison, 2014), lo que puede ser un mecanismo para proteger un *self* poco integrado.

La relación epistemológica de poder comprender los estados mentales del otro (mentalización) estaría a la base de diferentes psicoterapias, donde un terapeuta sostiene en sí mismo el mundo interior del paciente (Fonagy y Allison, 2014). La mentalización en psicoterapia sería una base para generar confianza epistémica, flexibilizando los esquemas del paciente para poder aprender otros nuevos. De este modo los esquemas cognitivos estarían asociados a los vínculos establecidos. En tanto en psicoterapia es posible cambiar la forma de vincularse, se produce una confianza tal que el sujeto se abre a experiencias novedosas, y por lo tanto a una acomodación de los esquemas cognitivo-afectivos. Como terapeutas estamos en un rol de generar novedad cognitiva-afectiva, con base en experiencias e ideas novedosas, y para lograr esto sería un pre-requisito bajar la barrera epistémica, generando un vínculo de confianza.

Así, se proponen tres círculos virtuosos en el proceso terapéutico basado en la capacidad de reflejar al otro su mundo mental (Fonagy y Allison, 2014). El primero relacionado con entregar un marco de comprensión al paciente de sus estados interiores, sobre la base de un modelo teórico que ha resultado efectivo. Esto permitiría la emergencia de un segundo círculo que implica un renacer de la capacidad de mentalización del paciente, lo cual le permite una mejor comprensión de sí mismo y del mundo social en que se encuentra. El tercer paso será un aprendizaje a partir de nuevas experiencias en el entorno de relaciones del sujeto, lo cual le abriría al conocimiento novedoso, descongelando así el proceso epistémico que pudo estar bloqueado.

TERAPIA

Los planteamientos de Fonagy comienzan a abrir un camino hacia la terapia, basados en un tipo de vínculo seguro, reflejante, acogedor, que logre abrir al sujeto a experiencias novedosas, es decir, a poder generar acomodaciones. Estas acomodaciones generan cambio de las estructuras y esquemas cognitivos de cada sujeto. El marco de posibilidades cognitivas está mediado por los niveles de desarrollo alcanzados. Podemos afirmar que un proceso de aprendizaje basado en la acomodación en un contexto de confianza va a facilitar los procesos de cambios madurativos.

Se ha revisado cómo Kegan (1982) busca generar una aproximación terapéutica sobre la base de una mirada del desarrollo y para eso están las interrelaciones de múltiples autores, unidos por un eje central piagetiano. Cada etapa implica por lo tanto cambios a nivel del *self*, que tendrá que atravesar diversas experiencias para ascender en esta escalera del desarrollo. Estas experiencias estarían mediadas por vínculos en tanto hay una cultura de incrustación y relaciones de apego que permiten una confianza epistémica.

Los cambios de cada etapa propuestos por Piaget implican una serie de cambios con una diferente realidad, nuevos motivadores, nuevos intereses, nuevas frustraciones, nuevas formas de relacionarse. Robert Kegan plantea como base para un proceso terapéutico el poder sostener ciertos elementos y generar nuevos desafíos. Por otro lado, Wilber (1993[1986]) propone diferentes técnicas para cada estadio, lo que podemos integrar como ciertas adecuaciones necesarias según las demandas del sujeto.

CONCLUSIONES: TERAPIA, DESARROLLO Y EPISTEMOLOGÍA

Con base en lo revisado se puede pensar al ser humano como un ser epistémico, es decir, un ser que aprende y que su modo de relacionarse con el mundo es a través del aprendizaje. Estos aprendizajes están vinculados a un proceso constructivista desde el que emerge la realidad, por lo que se toma como base que cada vivencia fenomenológica ha sido construida por el sujeto epistémico. Este proceso de conocer está inscrito en un movimiento evolutivo, que va dando pasos en la complejidad de la comprensión del entorno y en la complejidad del *self*.

El mundo a la mano, el mundo en el que vivimos como sujetos, irá cambiando radicalmente con el proceso de desarrollo. Un mundo "objetivo", como lo conocemos los adultos, emerge solo en las operaciones

concretas, momento en que el mundo cobra propiedades lógicas, categorías estables, leyes de funcionamiento. De este modo, lo que es objetivo irá variando según el nivel de desarrollo en que se encuentre cada sujeto. En psicoterapia es común encontrar sujetos que no han logrado adaptarse a sus circunstancias pues ciertas áreas de su *self* o de sus contextos pueden hallarse en niveles de desarrollo más bajos, las que han bloqueado su proceso de acomodación epistémica.

De este modo, los elementos de la conciencia y también la forma en que el *self* se expresa, estarán mediados por los niveles del desarrollo y por los aprendizajes previos. Así, se abre la posibilidad de comprender a los pacientes en función de su desarrollo evolutivo, que será el que sostenga sus modos de pensar, vincularse, decidir, etc.

Como cada etapa tiene ciertas cualidades, parece sostenible la hipótesis de Wilber de considerar ciertas variaciones técnicas en función de ello. Lo que parece central es poder acompañar al paciente por estas transformaciones, manteniendo un vínculo con el proceso de hacer significado del mismo. No parece adecuado demandar a un paciente con poca capacidad de abstracción (nivel preoperacional), una reflexión formal, sino que parece más adecuado emplear herramientas como son los juegos, por ejemplo. Debemos tener consideración de las posibilidades actuales y potenciales de cada persona en particular. No debemos quedarnos anclados a una u otra teoría, sino que mantener el foco en la comprensión del otro como un ser diferente. A pesar de tener estos modelos a la mano para comprender a nuestros pacientes, parece iatrogénico buscar que el otro calce con mis ideas. Siguiendo la idea de Fonagy, lo central será poder emplear las ideas para acercarnos a la experiencia del otro. Como terapeuta hago una invitación a cuidar el no caer en el circuito de la asimilación, creyendo que todos los pacientes calzan con nuestros conocimientos, y abrimos a que estos transformen nuestra experiencia, que nos enseñen y generen acomodaciones de nuestros esquemas.

La relación terapéutica puede ser pensada de este modo como una relación epistemológica, donde se busca generar cambios en la forma de vincularse con el mundo. Como se ha visto en el modelo de Piaget, los esquemas no son solo abstractos sino que estas mismas abstracciones tienen un origen y un aspecto conductual, vincular y afectivo. Con base en el trabajo de Fonagy es posible considerar que una relación de apego seguro y que promueva la mentalización será una base para la confianza epistémica, que abre al sujeto hacia el aprendizaje de nuevas conductas y la adquisición de nueva información significativa. No podemos pensar

en un sujeto aislado del mundo, sino que debemos conceptualizarlo como habitando dentro de un mundo de relaciones significativas que sostienen su subjetividad. Como terapeutas entramos en este mundo de relaciones y es desde ahí que podemos operar.

En esta relación se hace relevante que el paciente sienta que es comprendido en su modo particular de vivir, experimentar y conocer, abriéndose a partir de ello hacia experiencias novedosas y al cambio en psicoterapia.

De este modo hemos conectado la epistemología, como modo de relacionarse del sujeto con el entorno, el desarrollo como proceso de cambio y complejización del sujeto, y la terapia, como contexto que permite generar novedad en los esquemas cognitivo-afectivos en el sujeto con el fin de abrirlo a la experiencia, lo que repercute en mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS

- Bordignon N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación* 50-63
- Capps D. (2012). Erikson's Schedule of Human Strengths and the Childhood Origins of the Resourceful Self. *Pastoral Psychol* 269-283
- Csibra G, Gergely G. (2009). Natural pedagogy. *Trends in cognitive sciences* 148-153
- Fonagy P, Allison E. (2014). The Role of Mentalizing and Epistemic Trust in the Therapeutic Relationship. *Psychotherapy* 372-380
- Kegan R, Lahey L. (2009). *Immunity To Change: How To Overcome It And Unlock The Potencial In Yourself And Your Organization*. Boston: Harvard University Press
- Kegan R. (1982). The Envolving Self, problem and process in human development. Cambridge: Harvard University Press
- Kegan R. (1994). *In over our heads: the mental demands of modern life*. Cambridge: Harvard University Press
- Kohlberg L. (1984 [1969]). Stage and Sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. En L. Kohlberg, *Essays of Moral Development volume II: The psychology of moral development* (págs. 7-169). San Francisco: Harper & Row
- Mounoud P. (2001). El desarrollo cognitivo del niño: desde los descubrimientos de Piaget hasta las investigaciones actuales. *Contextos Educativos* 53-77
- Piaget J. (1991[1964]). *Seis estudios de psicología* (Jordi Marfa, trad). Barcelona: Labor
- Piaget J. (2005[1954]). *Inteligencia y afectividad* (Dorin, M. S. trad). Buenos Aires: Aique
- Rosas R, Sebastian C. (2008). *Piaget, Vigotski y Maturana, constructivismo a tres voces*. Buenos Aires: Aique
- Wilber K. (1993[1986]). *Psicología Integral*. Barcelona: Kairós
- Wilber K. (2000). *Integral Psychology: Consciousness, Spirit, Psychology, Therapy*. Boston & London: Shambhala
- Wilber K. (2006). *Integral Spirituality, A Startling New Role for Religion in the Modern and Postmodern World*. Boston and London: Integral Books.

PSICOANÁLISIS

LITERATURA Y PSICOANÁLISIS EN LOS ESCRITOS DE SIGMUND FREUD, SEGUNDA PARTE. DOS ENIGMAS: LA CREACIÓN LITERARIA Y LA EXPERIENCIA ESTÉTICA EN EL CAMPO DE LA LITERATURA

(Rev GPU 2016; 12; 2: 202-207)

Juan Pablo Vildoso¹

En este artículo continúo con una aproximación que intenta situar el valor de la literatura para el psicoanálisis más allá del psicoanálisis aplicado. Con tal objetivo, revisé los textos literarios de Freud, agrupándolos en tres categorías: trabajos en los que Freud buscó ejemplificar y reafirmar experiencias analíticas; textos en los que se adentra en las preguntas sobre la creatividad y la experiencia estética; y finalmente trabajos en los que la literatura constituye un objeto para la aplicación de conceptos psicoanalíticos. Aquí analizo y discuto sobre la segunda categoría. Para Freud, el poeta obtiene sus materiales de las fantasías a las que se anuda un cumplimiento de deseo, y lo que nos permite disfrutar de un texto es la generación y posterior liberación de una tensión sexual gracias a una identificación, para lo cual son necesarias ciertas condiciones. Luego destaco vértices no cerrados por Freud y pongo en interrogación algunas aseveraciones taxativas sobre el interés del psicoanálisis por la literatura y la experiencia estética. Concluyo que en estos textos es la literatura la que propulsa la investigación freudiana de las fantasías y la problemática de la identificación, y que la creación literaria y la experiencia literaria en tanto experiencia estética pueden ser concebidas, al menos en parte, como metáforas de la situación analítica, un ámbito que es ante todo transicional y creativo.

¹ Psiquiatra. Mg. en Psicología Clínica de Adultos U. de Chile, Ms. en Psicofarmacología y Drogas de Abuso U.C. M., I. P. José Horwitz, U. Alberto Hurtado. Email: juanpablovildoso@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En un trabajo anterior señalé, siguiendo las propuestas de otros autores, que el psicoanálisis ha transitado su tortuoso sendero de la mano de las producciones culturales. Este vínculo fue iniciado por Freud, quien tempranamente mostró un intenso apasionamiento por la antropología, el folclore, la mitología y la literatura (Anzieu 1993) y posteriormente numerosos psicoanalistas, filósofos, críticos literarios y teóricos del arte, han vuelto a transitar por este derrotero con intereses, propuestas y resultados diversos.

De acuerdo con el mismo Freud, ya con la interpretación de los sueños el psicoanálisis traspasó las fronteras de una ciencia puramente médica, y en muchos de sus trabajos insertó digresiones para satisfacer sus intereses extra-médicos (Freud 1925 [1924]). Toda la obra freudiana se encuentra habitada por innumerables referencias a la literatura (Bayard 2009) más aún, estas superan en número a las filosóficas e inclusive a las científicas. Entonces me pregunté si lo que Freud realiza con la literatura es solo una aplicación del psicoanálisis, o si, por el contrario, más bien se trata de un diálogo, de un ir y venir desde el psicoanálisis hacia la literatura y viceversa (Vildoso 2015).

En consecuencia, con esta pregunta, y en el marco de una investigación mayor sobre el valor de la literatura para la clínica psicoanalítica y para la psicoterapia en general, revisé los denominados textos literarios de Freud (Strachey 1966). Para facilitar el análisis elegí una sistematización que parecía desprenderse de los textos mismos, en función del tipo de relación que Freud a través de los sus escritos establecía con la literatura. Las categorías derivadas fueron: 1. Trabajos en los que Freud buscó ejemplificar, reafirmar (y *complejizar*), experiencias analíticas; 2. Textos en los que se adentra en las preguntas sobre la creatividad y la experiencia estética; y 3. Trabajos en los que la literatura constituye un objeto para la aplicación empírica de conceptos psicoanalíticos en sus dos vertientes, el trabajo con una obra, o bien el trabajo con un autor.

En esta segunda entrega sintetizaré y discutiré en profundidad tres textos en los que Freud se sumerge en el estudio de los fenómenos de la creatividad y la experiencia estética en el ámbito de la literatura: *el creador literario y el fantaseo*; *el interés por el psicoanálisis y personajes psicopáticos en el escenario*. He dejado intencionalmente fuera de este análisis el ensayo sobre *lo ominoso* (Freud 1919), ya que me parece que por su complejidad escapa a una categorización, aun cuando se inicia mediante una pregunta de índole estética.

EL CREADOR LITERARIO Y EL FANTASEO

Como lo señala Strachey (1966), *El creador literario y el fantaseo* (Freud, 1908 [1907]) es fundamentalmente un examen de las fantasías², que trata también el problema de la creatividad³ y el de la elección poética de los materiales, siendo este último punto el más pertinente de abordar para los propósitos de este trabajo. Freud comienza destacando el interés de los legos (entre los que se incluye) por el lugar desde donde el poeta toma sus materiales, a la vez que señala que ni siquiera esta intelección podría ayudarnos a convertirnos en poetas.

Continúa señalando lo que para él constituye actividades análogas al poetizar, el juego en el niño y el fantaseo en el hombre. De este modo todo niño que juega se comportaría como un poeta, insertando cosas de su mundo en un orden nuevo, apuntalándolas, eso sí, en la realidad efectiva. El adulto, en cambio, resignaría este apuntalamiento entregándose a la creación de sueños diurnos. Ahora bien, en el caso de la creación literaria sería precisamente ese carácter de irrealidad el que permitiría la posibilidad de goce tanto para el auditorio como para el poeta.

Al homologar el fantasear al acto creativo, este queda estructurado en su temporalidad de la siguiente manera: una vivencia actual despierta una de niñez desde la que emerge el deseo que se cumple en la creación poética, encontrándose entonces en esta

² Para Freud, el juego de la fantasía permite acceder a un goce que está velado en lo real. Cada fantasía es un cumplimiento de deseo (y mociones de deseo insatisfechas le aportarán la fuerza pulsionante), rectificando la realidad poco satisfactoria. Las fantasías no son rígidas, más bien se adecuan a las impresiones vitales, recibiendo de cada una de ellas una marca temporal: "*Una fantasía oscila en cierto modo en tres tiempos... El trabajo anímico se anuda a una impresión actual... que fue capaz de despertar los grandes deseos de la persona, desde ahí se remonta al recuerdo de una vivencia anterior... en que aquel deseo se cumplía, y entonces crea una situación referida al futuro, que se figura como el cumplimiento de ese deseo, justamente el sueño diurno o la fantasía... pasado, presente y futuro son como las cuentas de un collar engarzado por el deseo*" (Freud, 1908 [1907], p. 130).

³ Freud aborda el problema de la creatividad desde la figura del poeta. La fuerza pulsional de las fantasías, y por lo tanto del impulso creador, es una moción de deseo insatisfecho, lo que remite en último término a la pulsión sexual. Esta sufre mediante el mecanismo de sublimación, una desviación de meta (1905), un cambio de destino (1915), en lugar del coito se orienta hacia la producción de elementos culturales, entre ellos un texto.

elementos del recuerdo y de la vivencia actual. Los materiales son por lo tanto obtenidos de ambos tiempos, vivencias personales actuales y pasadas, e incluso en el caso de la apelación a materiales preformados (como es el caso de los mitos correspondientes a fantasías de naciones enteras), de un tiempo aún anterior, el tiempo de la humanidad joven.

Según Freud, todas las novelas responderían a una misma estructura, en la que en el centro de las fantasías se erige su majestad, el Yo, incluso las novelas que se sitúan aún más distantes de este arquetipo de sueño diurno (de grandeza o erótico) y las novelas psicológicas modernas (en las que el autor escinde su yo en yoes-parciales), podrían ligarse mediante transiciones con el modelo descrito. La sola excepción estaría dada por las novelas ex-céntricas, en las que el héroe no hace más que ocupar el papel de espectador.

El artículo finaliza con una reflexión en torno al problema del efecto poético. La diferencia entre la fantasía neurótica y la creación poética es que esta última nos provoca placer, y la primera escándalo. Para Freud el arte poético consiste efectivamente en ayudarnos a superar, *las barreras que se levantan entre cada yo singular y los otros* (Freud, 1908 [1907], p.135). El poeta lo logra moderando el carácter del sueño mediante encubrimientos y variaciones, y sobornándonos mediante una ganancia de placer puramente formal-estético, a la que denomina prima de placer previo, que permitiría superar la resistencia y acceder al goce genuino de la obra que estaría dado por la liberación de tensiones en el interior de nuestra alma. Finaliza hipotetizando que, tal vez de ahí en más, la lectura del texto nos permita gozar sin remordimientos de nuestras propias fantasías.

EL INTERÉS POR EL PSICOANÁLISIS (1913)

De acuerdo con Strachey (1966), este artículo es el único en el que Freud describió con cierto detalle la aplicación del psicoanálisis a las ciencias no médicas. En el pequeño acápite destinado a describir el interés para la ciencia del arte, Freud plantea que el ejercicio del arte tiene como finalidad el apaciguamiento de deseos no tramitados, tanto en el artista como en el espectador, y dado que las fuerzas pulsionales del arte son las mismas que las de la neurosis, lo que el artista buscaría entonces es una liberación de sus fantasías, que se convierten en obra de arte a condición del ocultamiento, desfiguración y aporte de un incentivo de placer, merced a ajustarse a ciertos cánones estéticos.

El psicoanalista sería capaz de discernir tanto la parte manifiesta como la latente del goce artístico, y de abordar el estudio del nexo entre la infancia del artista

y sus obras (aproximación que denomina psicobiográfica y que también es aplicable a otros dominios, por ejemplo la filosofía). Hasta ahí las posibilidades del psicoanálisis, no sería su asunto averiguar de dónde proviene la capacidad creativa del artista. Para Freud el arte constituye *“el reino intermedio entre la realidad que deniega los deseos y el mundo de la fantasía que los cumple, un ámbito en el cual, por así decir, han permanecido en vigor los afanes de omnipotencia de la humanidad primitiva* (Freud 1913, p. 190).

PERSONAJES PSICOPÁTICOS EN EL ESCENARIO.

A fines de 1905 o comienzos de 1906 (Strachey 1966) Freud escribe *“Personajes psicopáticos en el escenario”*, un pequeño artículo en el que comenta los mecanismos por los cuales el drama cumple su finalidad, que de acuerdo con Freud sería abrir fuentes de placer o goce en nuestra vida afectiva, este goce estaría relacionado con la descarga de afectos, así como con la excitación sexual a raíz del desarrollo afectivo de la trama. Mediante la *identificación*⁴ con el héroe el espectador puede entregarse sin temor a la satisfacción de las mociones sofocadas en el transcurso de su desarrollo, obteniendo plenas libertades en lo social, político y sexual, con la seguridad de que a él nada le ocurrirá, no pasará por las penurias que tales libertades llevan anudadas. *Podría caracterizarse sin más al drama por esta relación con el penar y la desdicha, sea que, como en la comedia, despierte solo la inquietud y después la calma, o que, como en la tragedia, concrete el penar mismo* (Freud 1942, [1905 o 1906], p. 278). Para Freud una condición fundamental de la condición artística sería entonces que permitiera la extracción de un placer a partir del sufrimiento; siendo en este punto categórico, el drama no debería producir sufrimiento en el espectador (¿es esto realmente posible en todos los casos?), y critica a los autores que infringen esta regla.

Posteriormente plantea que el drama se convierte en drama psicológico cuando el escenario en el que se desenvuelve el conflicto es el alma del héroe, y el combate culmina no con la derrota del héroe, sino con la derrota de una de las mociones en conflicto, destaca que son múltiples las combinaciones de escenarios, llamémoslos internos y externos. Adicionalmente, el drama psicológico se convertiría en psicopatológico cuando el conflicto se despliega entre dos mociones, una de las cuales se encuentra reprimida (acá la condición de goce es que el espectador sea un neurótico),

⁴ Bastardillas del original.

y señala que el primero de los dramas que cumple esta condición es Hamlet, que a su vez se singulariza por tres características, que son más bien condiciones formales: primero, que el personaje no es un psicópata sino que se convierte en uno merced a determinadas circunstancias; en segundo lugar la moción en conflicto debe estar presente en nosotros; y en tercer lugar, que no se la nombre (a la moción) directamente en la obra pese a ser bastante evidente, ahorrándose de este modo un monto de resistencia. Nuevamente la opinión de Freud es tajante: *Es posible que por no tener en cuenta estas tres condiciones, muchas otras figuras psicopáticas se hayan vuelto tan inservibles para la escena como lo son para la vida... la tarea del autor sería ponernos en el lugar de la enfermedad misma* (ibídem, p. 281). Freud concluye que los límites para el empleo de personajes psicopáticos en los dramas estarían dados ante todo por la capacidad del autor para sortear las resistencias y provocar un placer previo, así como por la labilidad neurótica del espectador.

DISCUSIÓN

La primera pregunta que abordan estos textos es: ¿de dónde obtiene el creador literario sus materiales? Freud responde que de las fantasías, una fantasía actual despertaría una del pasado a la que se anuda el cumplimiento de deseo, y aún más, el material podría estar eventualmente compuesto por elementos actuales, de la infancia del sujeto y también de los primeros tiempos de la humanidad (elementos que se conservarían al modo de fantasías primordiales)⁵. El artista buscaría el apaciguamiento de deseos no tramitados mediante la liberación de sus fantasías.

Resulta importante destacar que la problemática de la creación literaria le permite a Freud desplegar su teoría de las fantasías; en cierto sentido el trayecto recorrido por Freud es inverso al que he señalado en mi primer ensayo sobre los textos literarios de Freud (Vildoso 2015); aquí comienza por un problema más bien propio de la esfera literaria para adentrarse luego en la experiencia analítica.

Otro punto relevante es que en estos tres ensayos queda en evidencia una cierta posición dogmática de Freud con respecto a la relación entre el psicoanálisis y la literatura que abre algunas interrogantes. De acuerdo

con Freud, el psicoanálisis debería limitarse a interpretar un sentido y a establecer conexiones entre una obra determinada y la infancia de su autor. Esta aseveración estaría en la raíz de la larga tradición de estudios que aplican conceptos psicoanalíticos para interpretar una obra literaria⁶, en lugar de desprenderse de los diferentes dogmas metapsicológicos para intentar captar en la experiencia literaria lo que una determinada obra pone en evidencia. Sin embargo, como señalé en mi trabajo anterior y veremos en las entregas siguientes, dedicadas justamente a los textos de Freud que toman como objeto de estudio una obra o un autor, las posibilidades de interacción trascienden este postulado.

Ahora bien, establecido un texto literario, ¿qué nos lleva a poder disfrutar de él? El goce genuino estaría dado por la generación de una excitación sexual y la posterior liberación de una tensión en nuestra alma, pero para que este efecto se produzca debe cumplirse una serie de condiciones. En primer lugar, este goce debe producirse a partir del sufrimiento de un héroe con el que previamente debemos estar identificados. El caso más ilustrativo lo constituirían tragedias como las de Shakespeare. La identificación permitiría superar las barreras entre nuestro yo y el de los otros, pero ¿cómo logramos identificarnos con un determinado personaje? Aquí discernimos cuatro factores, dos de los cuales son mérito del creador. El Cuarto (meritorio o no), reside en nosotros mismos y no es otro que nuestra propia neurosis, la que por ejemplo nos permitiría identificarnos con Hamlet (¿o con Macbeth?).

Los otros factores serían: en primer lugar, el atemperamiento del conflicto mediante variaciones en la trama, pero sobre todo por el ocultamiento de este; y segundo, un suministro de placer puramente formal-estético, que permitiría la superación de una resistencia. Adicionalmente, Freud plantea que el personaje con el que nos identificamos no podría ser un psicópata. Aún podemos discernir un elemento más, que rescatamos de un artículo posterior titulado, *La transitoriedad*⁷ (Freud 1916 [1915]), en el que Freud destaca

⁵ Las fantasías primordiales corresponderían a: la seducción infantil; la observación del coito entre los padres y la amenaza de castración, y constituirían un patrimonio filogenético de la humanidad (Freud 1917 [1916-17]).

⁶ Algunos de los primeros estudios en seguir esta metodología fueron: el análisis de *Hamlet* realizado por Ernest Jones, el análisis de los mitos de Otto Rank, el de Edgard Allan Poe por *Marie Bonaparte* (que fuera prologado por Freud), y el estudio de *Swift y Carroll* de Phyllis Greenacre (Holland 1990).

⁷ La reflexión de Freud en este artículo (escrito para un volumen conmemorativo de la fundación Goethe), en el que además plasma sus concepciones sobre el duelo, está basada en una conversación sostenida con un joven poeta (transcurrida en los Dolomitas en 1913). Un año

que justamente la temporalidad acotada de una experiencia, una cierta caducidad de la obra y de nosotros mismos, es lo que nos permite gozar por un momento, con una determinada obra.

Con respecto a este segundo punto, el del placer de la experiencia estética en el campo de la literatura, el desarrollo de Freud sigue dos vías. Por un lado manifiesta que el autor atempera sus fantasías y nos proporciona una ganancia de carácter puramente formal o estético sin pronunciarse por la característica de este suplemento de goce que nos permitiría adentrarnos en una determinada obra (Thévoz 2014); este sendero queda por tanto abierto para ser recorrido por otros autores, entre los que destaca el interesante desarrollo de Normand Holland (1975) a propósito de la importancia de la forma en tanto aspecto pre-consciente de la experiencia literaria, una cierta musicalidad característica de una determinada prosa o verso. Por otro lado, están las operaciones desencadenadas en el lector que remitirían a la identificación con un personaje, lo que nos permitiría satisfacer una determinada fantasía, siempre egosintónica. Ahora bien, la afirmación de que la literatura es el reino intermedio entre la realidad y la fantasía omnipotente, nos habilita para que tomando los desarrollos posteriores de Donald Winnicott (1971), afirmemos que parte del goce de la experiencia literaria se debe al establecimiento de un espacio transicional, en el que el sujeto despliega su omnipotencia a la vez que asume el principio de realidad.

Finalmente cabe discutir brevemente la taxativa afirmación de Freud en cuanto a que una obra no puede provocar sufrimiento, lo que merecería ser revisado a la luz de posteriores trabajos del mismo Freud, especialmente el artículo destinado al examen de lo ominoso (1919), ya que pareciera que allí, *ad portas* la introducción de la compulsión de repetición y la pulsión de muerte este planteamiento se viera modificado. Por lo demás, numerosas manifestaciones de arte y literatura contemporáneas, entre las que podríamos ubicar a la

después del paseo comenzó la primera guerra mundial y todo lo edificado hasta entonces comenzó a ser destruido, dejando al descubierto la vida pulsional en su desnudez. Pese al estallido de la guerra, al menos en este artículo Freud se mantiene optimista en que podrá construirse nuevamente todo lo que se ha destruido; tal vez con un fundamento aún más sólido, los que piensan de modo contrario se encuentran, para él, en un estado de duelo. Según Strachey (1966), el comentado artículo corresponde a una de las mejores muestras del talento literario de Freud.

literatura de Roberto Bolaño, Michelle Houellebecq, Patricia Highsmith, parte de la producción fotográfica de Sebastiao Salgado y las propuestas cinematográficas de Lynch y Polanski, por nombrar algunas referencias, hacen si no insostenible, al menos muy cuestionable este temprano planteamiento de Freud.

Para cerrar este capítulo es perentorio volver a la pregunta troncal de este trabajo. ¿Es posible discernir una verdadera inspiración literaria en Freud? La respuesta debe buscarse y formularse en los mismos términos freudianos, no en el contenido manifiesto de su discurso, pero sí desde algunos detalles que nos permitan desentrañar un pensamiento latente en el que es la literatura la que propulsa su investigación acerca de las fantasías y la problemática de la identificación. En realidad, los elementos que tomo se encuentran en lo más superficial de los textos revisados; el interés de Freud por los fenómenos de la creación literaria y la experiencia literaria como experiencia estética. Pienso que ambas pueden ser concebidas, al menos en parte, como metáforas de la experiencia analítica, un ámbito que es ante todo transicional y creativo. Estas propuestas serán especificadas en desarrollos posteriores.

REFERENCIAS

1. Anzieu D. (1993). El cuerpo de la obra, ensayos psicoanalíticos sobre el trabajo creador, Siglo XXI
2. Bayard P. (2009) ¿Se puede aplicar la literatura al psicoanálisis?, Capítulo 1. Freud y la Literatura. Paidós
3. Freud S. (1905) Tres ensayos de teoría sexual. Parte I, Resumen. Tomo VII. En Obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires
4. Freud S. (1942 [1905 o 1906]) Personajes psicopáticos en el escenario. Tomo VII. En Obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires
5. Freud S. (1908 [1907]) El creador literario y el fantaseo. Tomo IX. En Obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires
6. Freud S. (1913) El interés por el psicoanálisis. Tomo XIII. En Obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires
7. Freud, S. (1915) Pulsiones y destinos de pulsión. Tomo XIV. En Obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires
8. Freud S. (1916 [1915]) La transitoriedad. Tomo XIV. En Obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires
9. Freud S. (1916-17 [1915-17]) Conferencias de introducción al psicoanálisis. Parte III. Doctrina general de las neurosis. 23ª conferencia. Los caminos de la formación de síntoma. Tomo XVI. En Obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu: Buenos Aires
10. Freud S. (1919). Lo ominoso. Tomo XVII. En obras completas editorial de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires
11. Freud S. (1925 [1924]). Presentación autobiográfica cap. VI. Tomo XVIII. En obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu. Bs. Aires
12. Holland N. (1975). The Dynamics of literary response. Ed. Norton / Ed. Oxford University Press. USA

13. Holland N. (1990). *Holland's Guide to Psychoanalytic Psychology and Literature-and-Psychology*. Ed. Oxford University Press. USA
14. Strachey J. (1966) Notas introductorias y comentarios a los artículos de Sigmund Freud. En *Obras completas de Sigmund Freud*. Ed. Amorrortu, Bs. Aires
15. Thévoz M. (2014). Freud y el arte. En Jaccard R. (2014), *Freud*. Ed. Ariel. Barcelona
16. Vildoso J. (2015). Literatura y Psicoanálisis en los escritos de Sigmund Freud. Primera Parte. *Rev GPU* 2015; 11; 4: 347-352
17. Winnicott D. (1971) *Objetos transicionales y fenómenos transicionales*. En *realidad y juego*. Ed. Gedisa, Barcelona 2008

PSICOANÁLISIS

FREUD, JUNG Y LA COMPETENCIA MAESTRO-DISCÍPULO

(Rev GPU 2016; 12; 2: 208-215)

Ramón Florenzano¹, Sophia Igor

Este trabajo revisa la ruptura de la relación profesional y personal de Sigmund Freud y Carl Jung, relacionándola con las etapas de los ciclos vitales de ambos, así como con la historia del movimiento psicoanalítico y el contexto de la Europa de pre-guerra. Esos fueron años de reconocimiento público de la obra de Freud, durante un periodo que representó un punto de inflexión en la historia del resto del siglo. Se revisan las diferentes hipótesis acerca de esta ruptura: diferencias teóricas; el rol de Sabina Spielrein; las consecuencias del viaje a Estados Unidos de 1911, y sus divergencias con respecto a la psicología de las religiones. Se ilustra finalmente la diferencia de edades entre un maestro activo intelectualmente y un discípulo ambicioso y enérgico con la relación en Chile de Ignacio Matte con Arturo Prat.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo pretende reseñar algunos de los episodios del cisma entre Freud y Jung, que llevó a una de las primeras disidencias dentro del movimiento psicoanalítico. Esto, desde el periodo de cercana camaradería entre 1905 y 1911, hasta la ruptura final el crucial año 1913. Florian Illies (1) ha señalado las múltiples coincidencias históricas en ese año que llevaron a desenlaces

fatales: la Gran Guerra, en la historia europea, y la separación de dos psicoanalistas que llevó a desarrollos divergentes y a múltiples escisiones posteriores. Sigmund Freud, que en los primeros años del nuevo siglo había salido de su “espléndido aislamiento”, en que solo podía dialogar con sus estatuillas (2²), a la formación de su grupo de cercanos seguidores, primero en Viena y luego en diversas ciudades tales como Budapest, Zurich, Berlín y Londres. El interés de Carl Jung abrió puentes con

¹ Facultad de Medicina, Universidad de los Andes rflorenzano@gmail.com

² La descripción de Jung del sueño es la que sigue: “Vi caballos siendo levantados por gruesos cables a gran altura. Uno de ellos era un poderoso caballo de bronce, con amarras como si fuera un paquete, me impresionó especialmente. Repentinamente uno de los cables se cortó y el caballo cayó a la calle. Pensé que había muerto. Pero inmediatamente se levantó y huyó al galope. Me di cuenta de que el caballo arrastraba un tronco grueso por detrás, y me pregunto cómo podía avanzar tan rápidamente. Estaba claramente asustado y fácilmente podía provocar un accidente. Apareció entonces otro jinete en un caballito pequeño y se colocó lentamente frente al grande, el cual moderó entonces su paso. Yo aún temía que el grande podía atropellar al jinete, pero surgió un carro que se cruzó frente al caballo, a un paso aún más lento. Me dije que todo estaba bien, que el peligro había pasado”.

la psiquiatría académica, lo que entusiasmó a Freud, nominándolo su “Príncipe de la Corona” (Kronprinz). En el viaje a Estados Unidos por invitación a Clark University, Freud pensó que se consolidaría esta expansión, que describió como “sus años de gloria”. El viaje de ambos genios fue a la vez la consagración pero también el primer cisma en un movimiento que su fundador esperaba estuviera férreamente cohesionado a su alrededor. Materia de muchos análisis ha sido un sueño de Carl Jung (3), que este primero remitió epistolarmente a Freud (2), y que luego llevó a sesiones sucesivas de análisis conjunto. La tensión entre ambos surgió abiertamente durante el viaje a Estados Unidos, que cada uno trató en sus biografías de mostrar como un éxito personal, y no del grupo de psicoanalistas que los acompañó, y en los años posteriores varias de las obras claves de cada uno fueron un modo –abierto o encubierto– de polemizar con el otro. El tema del conflicto de padres e hijos fue tratado *in extenso* por Freud en “Totem y Tabú” donde desde una perspectiva de antropología cultural mostró cómo los padres eran asesinados por la horda primitiva conformada por sus hijos (4). En su libro aludido Illies comenta cómo en enero de 1913 Freud recibió por primera vez a una mujer en su grupo de los miércoles: Lou Andreas Salomé, también de origen eslavo, y que había sido amiga de Wagner, Nietzsche y ahora se interesaba en Freud. Ella relata cómo Freud estaba muy preocupado por su disputa con Jung, y le comentó cómo en “Totem y Tabú” estaba esa temática, que tiene amplios antecedentes históricos y literarios: en la historia europea los reyes tenían que protegerse de su progenie, y los príncipes de la corona, sus herederos oficiales, eran a la vez entrenados por sus padres y maestros, y mantenidos distantes para que no se rebelaran en su contra. Shakespeare ha inmortalizado el tema en *Hamlet*, *Rey Lear* y otros. En el imperio turco otomano, Suleiman el Magnífico preparó a su hijo mayor, el príncipe de la corona, Mustafá, para sucederlo, pero terminó decapitándolo (5). En la historia reciente de la corona austro-húngara el emperador Francisco José sufrió la pérdida de su Kronprinz el archiduque Rodolfo, cuando este se suicidó porque su padre no aceptaba su matrimonio no dinástico, teniendo luego una relación muy ambivalente con su sucesor, el archiduque Francisco Fernando (6). La competencia entre padres añosos e hijos jóvenes y entusiastas era un tema que también influyó en el tema de este artículo. Lehman (7) ha estudiado esto en un artículo en que analiza el sueño de los caballos de Jung, al que volveremos más adelante.

En resumen, el objetivo de este trabajo es mostrar cómo las relaciones entre padres e hijos, sean biológicos o intelectuales, pueden interferir en sus cursos

vitales de modo a veces negativo, otras veces creativo. El ejemplo de estos dos autores ilustra ambos desarrollos: si bien compitieron abiertamente, las ideas de cada uno influyeron en la vida y obra del otro.

EL CICLO VITAL Y LOS “AÑOS DE GLORIA” DE FREUD

Sigmund Freud nació en Freiberg, Moravia, en 1865, en uno de los límites del Imperio Austro-Húngaro marcada por centurias de luchas étnicas y tribales. Esta zona perteneció sucesivamente a los sultanes otomanos, a los zares rusos, a los reyes de Hungría, y a los emperadores de la doble Corona Austro-Húngara. Su origen judío oriental (*ostjuden*) marcó a Freud en una época en la cual los progroms eran frecuentes, y en su biografía relata cómo vivió la humillación de ver a su padre recoger humildemente su sombrero y cambiarse de vereda al ser interpelado por un ciudadano ruso. Este padre, casado en terceras nupcias con la madre de Freud, trasladó a la familia a la capital del Imperio, donde el joven Freud estudió medicina en condiciones misérrimas y comenzó su carrera de investigador en una Escuela de Medicina donde habían profesores e investigadores de fama mundial, como sus maestros Meynert, Hering y su mentor y amigo, Josef Breuer. La limitación económica hizo que decidiera en algún momento dejar la academia y dedicarse a la práctica privada, recibiendo casos que Breuer, médico de prestigio, le derivaba. La decisión de casarse con Martha Bernays, de una familia judía alemana prestigiada, nieta del Gran Rabino de Hamburgo, hizo que tuviera que buscar un medio de ganarse la vida para poder educar bien a sus hijos. Sigismund Schlomo (luego Sigmund) que había sido el hijo favorito de su madre, como médico se destacó desde temprano por sus investigaciones básicas, y luego por sus audaces teorías acerca de la sexualidad infantil temprana, acerca de la naturaleza de los traumas psicológicos, y el desarrollo de un método, el psicoanálisis, que es a la vez una teoría acerca de la mente humana, un modo de investigar el mundo interno, y una terapia para los cuadros neuróticos. Después de largos años en que se sintió excluido por la sociedad vienesa, por el *establishment* académico y médico, predominantemente católico y con una nobleza que desvalorizaba a los inmigrantes, especialmente si provenían de las provincias orientales (8). Sin embargo lentamente sus puntos de vista fueron aceptados primero (desde 1905) por un círculo fiel de seguidores, la mayoría médicos vieneses de origen hebreo, y luego por académicos de otras latitudes, inicialmente en Suiza donde en la Clínica Burghozli del afamado profesor Eugen Bleuler, un joven psiquiatra llamado Carl Gustav Jung comenzó a

aplicar sus teorías. En la misma década, en Berlín, Karl Abraham empezó a usar su método, en Inglaterra Ernest Jones hizo lo mismo, tal como Paul Ferenczi en la cercana Budapest. Cuando escribió en 1910 (9) sus primeras notas autobiográficas, podía decir confiadamente que el psicoanálisis estaba creciendo internacionalmente, y que aun en la lejana Sudamérica estaba siendo aplicado por un médico de origen suizo-alemán, el Prof. German Greve. Dentro de este periodo triunfalista de su vida, fue visitado primero y luego consolidó una cercana colaboración con el antedicho Dr. Jung.

Tal como Freud había nacido en los límites exteriores del Imperio de los Habsburgo, el año 1856 en Priborg (en alemán Freiberg), Moravia (en el límite oriental de la entonces Checoslovaquia, hoy República Checa), Carl Jung lo había hecho veintiún años después, en 1875 en la zona alemana de Suiza, en la periferia del Imperio de los Hohenzollern, en los años en que la victoria de Prusia en la Guerra con Francia había hecho que el poder tanto militar como industrial y científico de Alemania llegara a su cúspide. En biología la teoría celular de Virchow, así como las investigaciones genéticas de Gregor Mendel hacían que la medicina alemana fuera internacionalmente reconocida y admirada. Neuropsiquiatras alemanes tales como Griesinger y Kraepelin describieron cuadros clínicos que constituirían la médula de la psiquiatría descriptiva por más de una centuria, y la clínica Burghozli en Zurich era internacionalmente prestigiada. Jung nació en Keswill, al borde del lago Constanza, en 1875, en el seno de una familia de origen alemán. Su padre fue un pastor protestante, hombre introvertido, piadoso, y atormentado por continuas dudas existenciales. Su madre era una mujer bonachona, conversadora y de gran sentido del humor, extrovertida y sencilla. Esta polaridad resurgirá posteriormente en la tipología jungiana, con sus extremos opuestos de intro y extroversión. El contraste entre lo material y lo espiritual fue una temática constante en este autor, como lo ha destacado De Castro en su estudio acerca de Jung (10). Este estudió Medicina en la Universidad de Basilea, interesándose allí rápidamente por la Psiquiatría, especialidad donde percibió que podría estudiar “el cruce entre la naturaleza y el espíritu”. Después de graduarse fue médico residente en la Clínica Burghozli. Allí leyó primero y aplicó después los métodos de Freud en los pacientes que Bleuler había re-bautizado como “esquizofrénicos”, a partir de las descripciones kraepelinianas de las formas de “demenia precoz” (11).

En la década siguiente se desarrolló una cercana relación profesional entre Jung y Sigmund Freud. Esa relación comenzó cuando Jung revisó, a instancias de

Bleuler, *La Interpretación de los Sueños*, el *opus magnum* de Freud. En esos tiempos Jung estaba desarrollando un método para comprender el mundo de los enfermos mentales, y la teoría freudiana de la represión le sirvió para desarrollar su *Estudio sobre la Asociación de Palabras*, publicado en 1906. Entre ese año y 1913 su produjo un activo intercambio entre ambos, con sucesivas visitas de Jung a Freud. En la primera de ellas hablaron 13 horas seguidas (13). Para Freud, el ser reconocido por psiquiatras de un centro del prestigio del Burghozli en Zurich significaba abrirse fuera del grupo vienés y de la identidad judía de su novel ciencia. Citándolo textualmente: “su aparición en escena fue lo que le permitió al psicoanálisis escapar al peligro de convertirse en una cuestión nacional judía”. El mismo razonamiento llevó a Freud a nombrar a Jung su heredero intelectual. En una carta de abril de 1909 dice: “Le adopté a Ud. formalmente como hijo primogénito, ungiéndole como sucesor y formal heredero”. Jung se transformó rápidamente en el primer presidente de la recién creada Asociación Psicoanalítica Internacional, así como en el redactor principal del *Anuario del Psicoanálisis*. Varios de los aportes de Jung al movimiento analítico han quedado institucionalizados desde entonces, como por ejemplo la obligación de un análisis didáctico o de entrenamiento, que hoy se exige a todo analista.

Los gérmenes de la ruptura entre Freud y Jung existían ya desde temprano. El primero daba en su teoría un rol central a la sexualidad, centralidad que Jung nunca le otorgó. Para el segundo había otros factores importantes, tales como “la adaptación social, las pretensiones de prestigio, el alimento, la ambición de poder, etc.”. Este último elemento jugó probablemente un papel para ambos hombres, al desarrollar también Jung su propio movimiento, la “psicología analítica”, centrado en sus ideas. La obra posterior de Jung, que comienza con *Símbolos y Transformaciones de la Libido* (13), le alejó cada vez más del pensamiento freudiano. Su concepción de libido fue muy amplia (para él era sinónimo de energía psíquica y no de energía sexual como lo postulara Freud). Asimismo, Jung pasó a preocuparse cada vez más de temas religiosos, área que para Freud no tenía importancia, o más bien constituía una ilusión infantil. En *El Hombre y sus Símbolos* Jung plantea que la idea de Dios es importante y que “el hombre necesita convicciones e ideas generales que le den sentido a su vida y le permitan encontrar su lugar en el Universo”.

Fuera de sus diferencias teóricas, el distanciamiento entre ambos autores se ha atribuido a situaciones biográficas y personales. Davis (14) en su análisis de esa relación, señala que ambos autores se conocieron en

momentos diversos de sus ciclos vitales. Jung tenía 31 años, y necesitaba activamente un mentor que le diera confianza en sus aportes y contribuciones. Freud, a los 52 años, estaba en plena madurez y en una etapa en la cual quería formar un grupo de seguidores fieles que difundieran sus ideas. Freud había salido hacia relativamente poco de una prolongada y compleja interacción intelectual con el médico berlinés Wilhelm Fliess, y creyó encontrar en Jung un amigo-discípulo más joven. Históricamente Freud se llevó mejor con hermanos mucho menores que él, pero tuvo dificultades con su primo mayor, Iván, y tuvo que elaborar en su análisis sus sentimientos encontrados con respecto a la muerte súbita del hermano que le siguió inmediatamente, Julius. Freud, en su correspondencia con Jung, aludió directamente a las bases edípicas de la amistad y separación de ambos. Es claro que el segundo no aceptaba volver a tener una figura paterna misteriosa y distante, sino que requería una relación más cercana y cálida.

LA RUPTURA

Los años 1912 y 1913 marcaron la separación definitiva de Sigmund Freud con Carl Gustav Jung. De allí en adelante ambos autores tomaron caminos divergentes, y la palabra psicoanálisis no fue ya un monopolio freudiano (15). Es interesante que ese primer cisma en la historia del psicoanálisis se produjo meses antes del comienzo del gran quiebre de la historia reciente de Occidente: la Primera Guerra Mundial.

“Cherchez la femme”

Sabina Spielrein, paciente rusa de gran interés para esta historia, fue internada en la Clínica Bürghozli en 1904 cuando tenía 20 años. Jung era médico residente, y le correspondió tratarla, aplicando en ella los noveles métodos del profesor Freud. Fue dada de alta en abril de 1905, y tomada como paciente ambulatoria por el mismo Jung, con quien había desarrollado una cercana amistad. Durante ese tratamiento entró a estudiar Medicina en la Universidad de Zurich, graduándose de médico en mayo de 1911, con una tesis sobre “Los contenidos psicológicos de un caso de esquizofrenia”. El psicoanalista italiano Aldo Carotenuto (16) ha descrito vívidamente el desarrollo de una transferencia psicótica por parte de Spielrein, quien se sintió locamente enamorada de Jung, lo presionó en una relación íntima, y recurrió a Freud cuando la relación fue interrumpida por su terapeuta. Los sucesos de este encuentro terapéutico fueron la base de los escritos de Jung sobre la psicología de la transferencia, y de los del propio Freud

en *Observaciones sobre el amor de transferencia* (1914). Spielrein después de 1918 participó activamente en la Sociedad Psicoanalítica de Viena, presentando trabajos que anticiparon las teorías kleinianas sobre el pecho bueno y malo, y las de Winnicott sobre creatividad y femineidad. En 1923 volvió a su Rusia natal, y fue miembro de la Sociedad Psicoanalítica de ese país hasta 1937, en que desapareció durante las purgas antipsicoanalíticas y antijudías de Stalin. Si bien su presencia gatilló una distancia progresiva entre ambos genios del psicoanálisis, hubo diferencias tanto biográficas como teóricas entre ambos.

EL VIAJE A ESTADOS UNIDOS

A pesar de las afinidades intelectuales de los dos médicos, y de su común formación en centros académicos prestigiados bajo la influencia de la medicina alemana, Freud y Jung diferían, como lo ilustra el episodio en que en 1911 Freud viajó a Estados Unidos invitado a dar una serie de conferencias sobre el psicoanálisis en la Universidad de Clark, donde fueron invitados también varios de sus colaboradores más cercanos, tales como Ernest Jones, Sandor Ferenczi, Karl Abraham y el mismo Carl Jung. Mientras que Freud viajó en una cabina económica en el barco que los llevó a Nueva York, Jung lo hizo en primera clase en una suite lujosa. Jung se había casado con la heredera de una fortuna que le permitió vivir siempre de manera cómoda y sin apuros, mientras que Freud tuvo que constantemente esforzarse por criar a sus siete hijos, viviendo en el segundo piso de una carnicería en el barrio judío de Viena. El tema económico no era indiferente para Freud, y la prosperidad de su joven discípulo puede haber sido un elemento comparativo importante. Asimismo, en Nueva York era Freud esperado por su cuñado, Eli Bernays, que había emigrado a Estados Unidos tempranamente, donde había triunfado en el comercio. Freud ya tenía una mala opinión de este país antes de viajar, que fue confirmada por su única experiencia allí: atribuyó con frecuencia sus posteriores problemas de salud a las incomodidades sufridas en ese viaje (17).

Algunos hechos de ese crucial viaje en 1911 han sido estudiados en detalle, con acceso a fuentes bibliográficas norteamericanas, por Rozensweig (18). Freud, en su descripción retrospectiva de ese viaje de 1925 describe cómo este fue el primer reconocimiento oficial de sus ideas en un país emergente. Él tenía 53 años y se sentía lleno de confianza y energía. El modo cómo lo describe es decidor: “cuando subía la plataforma de Worcester para dar mis Cinco Conferencias sobre el Psicoanálisis, parecía como la realización increíble de un

sueño: el psicoanálisis ya no era un producto del delirio, sino parte valiosa de la realidad". El recibir su Doctorado Honoris Causa de una universidad norteamericana fue un homenaje importante para un hombre que se sentía no aceptado en su propio medio académico, en Viena. El recuerdo de Jung fue distinto: para él la invitación fue un reconocimiento a sus propios méritos (en *Memorias, Sueños, Reflexiones* dice: "En forma simultánea e independiente, Freud fue también invitado"). La conferencia dada por Jung presentó material clínico tomado de su hija Agata, que a la sazón tenía cuatro años, y que presentaba síntomas angustiosos que tanto Jung como Freud veían como una confirmación de las ideas freudianas sobre sexualidad infantil. Estas habían surgido cuando la madre de Agata estaba nuevamente embarazada con su 5º hijo, y corresponde a un periodo tenso en el matrimonio de Jung, cuando la amistad de Carl con Sabina Spielrein estaba en su apogeo.

DIFERENCIAS TEÓRICAS

Las diferencias teóricas, tema que hemos revisado en otra publicación (19), se produjeron en la medida que Jung, que si bien comenzó aplicando al pie de la letra el método preconizado por Freud, desarrolló luego puntos de vista propios por lo menos en tres áreas (20): sus ideas sobre arquetipos y complejos, su reconceptualización del *self* (o "sí mismo"), y su teoría sobre el desarrollo de la personalidad como proceso de individuación diferente según el tipo psicológico de cada persona. La idea de complejos proviene de otro disidente temprano, Alfred Adler, pero que Jung desde 1919 denominó arquetipos. Estos serían análogos psicológicos de los instintos ("la percepción del instinto de sí mismo", o "el autorretrato del instinto"). Ambos conceptos serían imágenes en espejo, uno en biología y otro en psicología. Uno puede ser explorado "hacia abajo", para profundizar en las bases etológicas o biológicas de lo humano, o bien "hacia arriba", para explorar el dominio de las ideas, la inspiración creativa o lo espiritual. Jung, en sus estudios, tomó la segunda dirección, hacia lo trascendente. En segundo término, la conceptualización jungiana del Yo la desarrolló en tres áreas: como un arquetipo de la conciencia, existiendo un complejo yoico que posee un conjunto de capacidades innatas; luego, como un elemento de la estructura psíquica en términos de sus relaciones con el *self*; y finalmente, desde un punto de vista evolutivo, como una instancia que, recibiendo diversas demandas a lo largo de la vida, va por lo tanto cambiando. Para Jung el Yo es el centro de la conciencia, la entidad responsable de la identidad y continuidad personal en el tiempo y espacio. El Yo está

rodeado de diversos complejos e imágenes arquetípicas. Cuando se conecta con otros complejos se produce la entrada a la conciencia de temas que son importantes para cada persona. El hombre está, así, determinado por complejos que surgen de lo profundo y que se ligan al Yo. Evolutivamente el Yo surge al servicio de otra entidad superior a él: el *Self* (sí mismo). Dado que el inconsciente es mayor que el consciente, es necesario hipotetizar algo superior al Yo. El *self* existe desde el comienzo del desarrollo individual, y "mueve al Yo", prefigurando inconscientemente el desarrollo de este. El Yo trata de dominar la psiquis y el *self* no acepta ese intento: el destino individual se realiza en la medida que se avanza o retrocede en esta tensión. Jung concede especial importancia a la función trascendente del Yo, integra aspectos opuestos. Por ejemplo, tanto la espiritualidad como la sensualidad, pares opuestos que tratan de imponerse, llevan a un nuevo producto que arriesga escindir al Yo, a no ser que este sea lo suficientemente fuerte como para proteger al producto nuevo, que trascenderá a ambos extremos. La fuerza del Yo ayudará a este triunfo, pero también Jung enfatiza que la mera existencia de este producto intermedio fortalecerá al Yo, que tendrá una nueva actitud, menos escindida, para enfrentar la vida y ampliar así el campo de la conciencia. Esta función trascendente permite que los opuestos dialoguen y se influyeran mutuamente, trascendiendo sus posiciones anteriores, inconscientes, y desarrollando un producto intermedio, consciente. Finalmente, Jung formuló su teoría general de los tipos psicológicos, en la cual planteó dos actitudes básicas frente al mundo externo: la de los introvertidos, que se energizan desde su interioridad o mundo interno, y los extrovertidos, que lo hacen desde la exterioridad. Estas actitudes se cruzan en cuatro funciones que se dividen en dos pares: el racional –pensar y vivenciar– y el irracional: sentir e intuir. La función del pensar, para Jung, se enfoca en saber sobre algo: nombrar y ligarlo a otras cosas, clasificándolo; la del vivenciar, en ligarse afectiva o valóricamente a un hecho; la de sentir a la de experimentar algo a través de los sentidos, sin definirlo necesariamente; finalmente, el intuir es ligado por Jung con el saber hacia dónde va una situación dada, en forma irreflexiva y sin poder justificar racionalmente esta premonición. Jung, en su modelo, balancea las funciones superiores, o primeras, y las inferiores, o auxiliares.

Desde antiguo, el símbolo de la conciencia del Yo ha sido el camino del héroe, que representa la lucha por las aspiraciones humanas, así como los conflictos que el hombre debe afrontar a lo largo de su ciclo vital. En la jornada que debe reconocer el héroe está representado un gran número de mitos que comparten el rasgo

común de llevar a un reconocimiento de la luz a partir de la oscuridad. En Perseo, Hércules, Edipo, Moisés, Arturo y otros se repite la historia: el héroe nace de una madre virgen, con un padre real emparentado a su madre, en circunstancias poco usuales, que se explican por el hecho de que el héroe es el hijo de un Dios. Al nacer su padre o su abuelo materno tratan de matarlo, pero es ocultado y criado en un país o lugar lejano. Después de una larga jornada erizada de peligros, en que triunfa sobre gigantes, dragones o bestias salvajes, se transforma en rey y se casa con una princesa. Todo va bien hasta que pierde el favor de los dioses o de su pueblo y es desterrado, encontrando luego una muerte misteriosa, generalmente en la cumbre de un cerro. Si tiene hijos, estos no son sus sucesores y su cuerpo no es enterrado.

DIFERENCIAS RELIGIOSAS

El proceso de individuación para Jung se dirige hacia dentro, y su fin es la integración de las partes conscientes e inconscientes –cuyo centro es el Sí mismo– que lleva a que el hombre pueda trascender experimentando en sí mismo una felicidad en términos positivos. Para Jung el Sí mismo no es lo mismo que Dios, pero sirve para que éste se exprese (“el Sí mismo nunca es puesto en sitio y lugar de Dios pero puede ser receptáculo de la Gracia Divina”). Esta búsqueda de la gracia es denominada por Jung, en su obra *Psicología y Religión*, impulso o función religiosa. Para él, a diferencia de Freud, las ideas religiosas “no fueron inventadas nunca, nacieron con la humanidad”. Se desarrollaron desde épocas en las que no se había aprendido a emplear el espíritu como actividad que se ajusta a fines. Antes que los hombres aprendieran a producir pensamientos, los pensamientos les vinieron. Los hombres no pensaron sino que percibieron la función espiritual. El hombre, así, no inventó la religión ni los símbolos religiosos. Solamente ha percibido, ha sido consciente, de la manifestación religiosa.

Las diferencias de creencias entre ambos próceres del psicoanálisis también tuvieron un rol en su alejamiento, y las raíces de ambas se encuentran en sus respectivas biografías. Si bien la dificultad de Freud en aceptar la actitud débil y sumisa de su padre en el episodio en Moravia antes mencionado ha sido ampliamente difundida desde la biografía de Jones, no es menos cierto que Jung tuvo problemas con el tipo de religiosidad de su propio padre, que era un pastor luterano que venía de una familia de origen alemán donde había por lo menos otros ocho pastores de la misma confesión religiosa. Stein en su libro sobre el tema (21) ha planteado que lo que intentó Jung en sus diversos

escritos acerca de la religión fue elaborar los problemas del cristianismo a partir de sus estudios sobre el inconsciente colectivo y la arquetipología del simbolismo. El padre de Jung era extraordinariamente rígido, resignado a un rigorismo que fue compensado por una madre llena de vida, afectuosa y práctica. El mismo Jung ha descrito a su padre como “siempre sufriendo de heridas infligidas por Amfortas”; y a sí mismo como un Parsifal tonto, que solo podía presenciar ese sufrimiento y se sentía incapaz de curarlo. Meissner, comentando el libro de Stein, señala la rabia reprimida de Jung hacia su padre y hacia el peso de su rigorista religión en la vida de este. El mismo Meissner señala cómo Jung desplazó su rabia hacia el padre hacia su padre intelectual, un Sigmund Freud al cual también vio como estricto, rígido y autoritario. Ya citamos la carta en la cual le dice: “usted nos trata como hijos o hijas que tienen que reconocer sus faltas, mientras que usted se mantiene como un padre distante. Por mera deferencia nadie se atreve a tirarle la barba al profeta” (22). Jung vio a Freud como neurótico y conflictuado, y trató de ayudarlo analizando esta neurosis. Plantea Meissner que posteriormente también Jung volcó su furor sanandi en el cristianismo, pasando a un ataque iconoclasta sobre los dogmas de la religión Cristiana. Esto lo llevó, en la segunda mitad de su vida, a un progresivo alejamiento de la teología luterana y a un intento de rehacer la religión a su propia imagen, intento para Meissner cercano a la psicosis, con la idea de la “Teofanía” cada vez más importante: transformarse en su propio dios.

EL CICLO VITAL Y EL MITO DEL VIAJE DEL HÉROE

Desde la psicología evolutiva freudiana, Erik Erikson (23) sistematizó el concepto de ciclo vital individual. Freud inició este desarrollo con el concepto de etapas del desarrollo psicosexual, ligando los momentos iniciales del desarrollo del niño (fases oral, anal, falico-genital, latencia y adolescencia) con fijaciones libidinales específicas. El planteo jungiano se liga a su concepto de arquetipos e inconsciente colectivos, señalando que existen mitos universales, compartidos en todas las culturas. Entre estos, el del *Viaje del Héroe*, estudiado en nuestro medio por Hernán Baeza (24), es especialmente interesante. Se liga al desarrollo del individuo dentro de una particular familia y cultura, para independizarse y emprender rumbo propio, que muchas veces lo lleva a lugares apartados, peligrosos y desconocidos. Luego de triunfar en este circuito, vuelve al terruño con mayor experiencia y sabiduría. Los puntos de vista narrativistas actuales han enfatizado este circuito y su valor diagnóstico y terapéutico (25).

COMENTARIOS Y DISCUSIÓN

La polémica acerca de la importancia y consecuencias de la disidencia jungiana ha sido amplia. En nuestro medio Davanzo (26) ha escrito tanto sobre los puntos de vista teóricos de ambos padres del psicoanálisis como acerca de sus diferencias personales y biográficas. Asimismo, ha hecho interesantes comparaciones acerca del comienzo del movimiento psicoanalítico chileno, donde también el padre de la disciplina en Chile, Ignacio Matte Blanco, tuvo un “príncipe de la corona”, el Dr. Arturo Prat Echaurren, con quien posteriormente hubo un alejamiento. Prat visitó a Jung en Bollingen y profundizó en especial en analistas jungianos franceses tales como Françoise Dolto (27).

La psicología jungiana es el prototipo de lo que se ha denominado una “psicología profunda”, tema antiguo en psicoanálisis. La psicología académica es desde este ángulo vista como superficial, al estar demasiado apegada a los contenidos de la conciencia; a la psicología del Yo se le ha criticado su “poca profundidad”. Se hace así un paralelo entre lo oculto, lo escondido y lo valioso y lo importante. La cura analítica se transforma en una excursión espeleológica hacia las profundidades de la personalidad, asumiendo que los hechos descubiertos en las profundidades del inconsciente iluminarán y posibilitarán el desarrollo y la individuación personales. Existe un riesgo en el uso excesivo de la metáfora o analogía entre profundidad, primitivismo y psicosis. El valor terapéutico de esta interconexión ha sido quizá sobrevalorado. Una característica del pensamiento esquizofrénico es la interpretación literal de la metáfora, y la anterior confusión entre lo primitivo, lo profundo y lo psicótico puede llevar a simplificaciones extremas. En la jerga habitual del psicoanálisis se tiende a hablar de defensas primitivas y entender, incorrectamente, que se está hablando de un funcionamiento psicótico. Un modo de evitar caer en estas distorsiones es el mantener una perspectiva histórica. El pensamiento de Freud, tal como lo ha señalado Rapaport, se dio en sucesivas etapas (28), lo que hizo que los puntos de vista de algunos de sus discípulos hayan surgido de momentos del pensamiento del maestro en el cual este todavía no desarrollaba puntos de vista que después se consideraron obvios. Por ejemplo, en su periodo de estudios clínicos el tema de lo profundo fue frecuentemente utilizado por Freud en comparaciones de tipo arqueológico, comparando la labor del analista con la del científico que descubre lenguajes ocultos o que desentierra restos de etapas prehistóricas. Esta aproximación fue popular en una época y de hecho fue explícitamente adoptada por Jung e implícitamente por Melanie Klein. En este

sentido, los pensamientos jungiano y kleiniano tienen más cercanía de lo que generalmente se les concede, cercanía ocultada por el hecho de que ambos autores adoptaron marcos referenciales diferentes: el topográfico Jung y el evolutivo Klein. Esto supone que lo que es profundo en Jung (en el sentido de estar enterrado en el inconsciente), es primitivo en Klein (en el sentido de venir de estadios tempranos del desarrollo).

Uno de los méritos innegables de Jung fue el de abrir el pensamiento freudiano, inicialmente dogmático alrededor de la importancia de la sexualidad no solo en la génesis de las neurosis sino en su concepción del desarrollo normal, a otras motivaciones. En los años posteriores a su ruptura con Jung, Freud concedió importancia similar a la que antes dio a la sexualidad, al amor a sí mismo (narcisismo), a la agresividad (impulso tanático) y luego complejizó su modelo topográfico inicial con el modelo tripartita estructural, más sofisticado desde diversos puntos de vista. Sin embargo, persistió en su demostración de mayor interés en las motivaciones propias de la naturaleza biológica de la persona, cerrándose al tema de las motivaciones más altruistas, sociales y espirituales.

En el terreno espiritual Jung desarrolló un intento amplio, y quizá confuso. Su reconocimiento de la función religiosa y del concepto (o arquetipo) de Dios fue de importancia para muchos que encontraban la cosmovisión freudiana excesivamente reduccionista. Sin embargo, el camino seguido por Jung, a través de su estudio de los mitologemas orientales y de la tradición alquimista del medioevo, lo hicieron alejarse de la visión más racional del Dios cristiano y de la tradición filosófica de Occidente. La renuncia de Jung a la metafísica, y su profesión de fe agnóstica hicieron que no desarrollara su sistema dentro de una visión de un Dios objetivo, externo al hombre y cuya realidad se le impone desde la ley natural. En ese sentido, Ricoeur ha criticado a Jung como confuso: “Con Freud, sé donde estoy y adónde voy; con Jung, todo corre el riesgo de confundirse: el psiquismo, el alma, los arquetipos, lo sagrado” (29). Jorge Peña Vial ha señalado en nuestro medio cómo Jung ha vuelto a ponerse de moda recientemente, en una época posmodernista de cansancio racional, precisamente por su oposición al cientificismo tan venido a menos en nuestros días: su pensamiento desbordó los cauces de la psicología o del psicoanálisis tradicionales, interesándose por la parapsicología, el espiritismo, la astrología, la vida después de la muerte, la precognición, etc. (30).

Tal como señalamos en la Introducción, las vidas del maestro, en este caso Freud, y del discípulo, en este caso Jung, se entrelazan indisolublemente. Ambos hombres

mostraron sentimientos ambivalentes que fueron primero inconscientes y luego abiertos: Freud pasó del cariño filial por un joven psiquiatra 21 años menor que le abría las puertas del reconocimiento académico, al enojo con el desarrollo de ideas independientes del ambicioso adulto que no aceptaba algunos de los postulados básicos de su teoría y que elaboraba un marco conceptual independiente para su psicología analítica. Sus rupturas con la técnica y la intensidad de su relación con una de sus pacientes arriesgaba la respetabilidad de su procedimiento terapéutico. Sus ideas sobre espiritualidad eran distintas de su ateísmo expreso. Para Jung, Freud era la reaparición de un padre rígido y poco comprensivo, que quería imponer sus puntos de vista tradicionales y no aceptaba la novedad de sus teorías. Era alguien que podía interferir en sus relaciones personales, y vislumbrar las fisuras en su estructura psicopatológica que recientemente han emergido más abiertamente con la publicación de su *Libro Rojo* (31). Sin embargo, a pesar de esta ambivalencia, es claro que el contacto de ambos genios llevó a que cada uno profundizara en sus propios puntos de vista, que se terminaron fertilizando mutuamente.

REFERENCIAS

1. Illies F. Un año hace cien años, edit. Salamandra, Barcelona, 2013, pp. 32-34
2. Bolognini S. Pasajes Secretos: Teoría y Técnica de la Relación Interpsíquica. Lumen, Buenos Aires, 2011
3. Jung CG. Memories, Dreams, Reflections. Vintage Books, London, 1965
4. Florenzano R. Totem y Tabú Hoy Día. Rev Chil Psicoan 2014; 31(3): 6-14
5. Clot A. Suleiman the Magnificent. Saqi Books, Londres, 2005
6. Tuchman B. The Guns of August: The Outbreak of War. Random House Nueva York, 2004
7. Lehmann H. Jung contra Freud/Nietzsche contra Wagner. Int J Psychoan 1986 13: 201209-
8. Gomberoff L. Freud y el Judaísmo. Mimeografiado, Asociación Psicoanalítica Chilena, 1998
9. Freud S. Notas Autobiográficas, 1910
10. De Castro R. Introducción a la Psicología de Carl Gustav Jung. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile 1993
11. Ghaemi NS. Psiquiatría: Conceptos, Mediterráneo, Santiago de Chile, 2008
12. Estay R. CG Jung: Introducción a su obra, su tiempo y sus principales contribuciones. Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 32: 295-303, 1994
13. Jung CG. Símbolos y Transformaciones de la Libido
14. Davis DA. Freud, Jung and Psychoanalysis: Oedipus redivivus. Psychoanalytic Psychology 1990; 7: 185-209
15. Florenzano R. Breve Historia del Psicoanálisis. Santiago, Editorial Universitaria, 1998
16. Carotenuto A. A Secret Symmetry. Sabina Spielrein between Jung and Freud. Pantheon Books, Nueva York, 1982
17. Freud, Sigmund y Ana, Correspondencia 1904-1938. Paidós, Buenos Aires, 2014
18. Rosenzweig S. Freud, Jung and Hall the King-Maker. The Historic Expedition to America. St. Louis, Mo, 1992
19. Florenzano R. Jung y las profundidades del Inconsciente. Conferencia en Curso "Una Mirada al Alma". Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago de Chile, 1998
20. Samuels A. Jung and the Post Junguians. Routledge and Kegan, Londres, 1985
21. Stein M. Jung's Treatment of Christianity: The Psychotherapy of a Religious Tradition, Willmette, Ill, Chalmette Publications, 1985. Comentado por Meissner WW, Psychoanalytic Quarterly, 58, 1987
22. Freud A. Correspondencia Freud Jung., edit. Taurus, Madrid, 1977, p. 547
23. Erikson EH. Identity and the Life Cycle. Nueva York, International Universities Press, 1959
24. Baeza H. El Viaje del Héroe, mimeografiado, Santiago de Chile, 2014
25. Florenzano R. En el Camino de la Vida: Estudios sobre el Ciclo Vital desde la Adolescencia hasta la Muerte. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1993
26. Davanzo H. Freud y Jung. El Inconsciente. Conferencia en Curso "Una Mirada al Alma". Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago de Chile, 1998
27. Prat A. Comunicación personal, 1968
28. Rapaport D. The Structure of Psychoanalytic Theory. International Universities Press, Nueva York, 1960
29. Ricoeur P. El Conflicto de las Interpretaciones. La Aurora, 1975
30. Peña Vial J. Jung. Mimeografiado, Universidad de los Andes, 1994
31. Jung CG. The Holy Grail of the Unconscious. Comentario Revista de Libros New York Times, 2014

INVESTIGACIÓN

¿QUÉ ELEMENTOS SE INCORPORAN EN LAS EVALUACIONES DE LA ESPIRITUALIDAD Y RELIGIOSIDAD? UNA REVISIÓN DE INSTRUMENTOS VALIDADOS¹

(Rev GPU 2016; 12; 2: 216-223)

Catalina Sieverson², Vanessa Evans³, Ramón Florenzano⁴, Loreto Fernández⁵

Numerosas investigaciones han descrito la relación entre elementos espirituales y religiosos y salud mental, como también la necesidad de incluirlos en la práctica clínica. Sin embargo, las comprensiones de espiritualidad y religiosidad han variado durante las últimas décadas y así también sus formas de evaluación. En este artículo se presenta una revisión de la literatura disponible acerca de instrumentos para evaluar elementos espirituales y religiosos en población general y clínica. La búsqueda se realizó por medio de metabuscadores, según los criterios de inclusión y exclusión planteados por Monod *et al.* (2011) en una revisión similar. **Resultados.** 23 instrumentos cumplieron con los criterios requeridos, 10 de los cuales fueron diseñados para población general y 13 para poblaciones clínicas o grupos específicos. El número de instrumentos existentes ha aumentado en los últimos años, todos están disponibles en inglés y fueron diseñados para poblaciones adultas. No se encontraron escalas validadas en español, ni para población chilena en los últimos 20 años. Existen más instrumentos que evalúan la espiritualidad por sobre la religiosidad y, además, se evidencia una estrecha relación entre los conceptos de espiritualidad y bienestar subjetivo. **Conclusiones.** El interés por evaluar e investigar los elementos ER y su relación con la salud y el bienestar general por medio de instrumentos estandarizados mantiene plena vigencia. Sin embargo, las concepciones de espiritualidad y religiosidad, y su relación con el bienestar general, se han ido estrechando, hecho que se evidencia en las formas de evaluación desarrolladas más recientemente.

¹ Agradecimientos: este trabajo fue realizado como parte de un proyecto financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo de Ciencia y Tecnología (FONDECYT número 1100731), de la Comisión Nacional de Investigación, Ciencia y Tecnología del Estado de Chile.

² Psicóloga. PhD. Universidad de Chile.

³ Psicóloga. Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador.

⁴ Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador. MD, MPH.

⁵ Psicóloga. Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador.

INTRODUCCIÓN

La religiosidad y la espiritualidad (en adelante ER) son muy ocasionalmente evaluadas en la práctica clínica cotidiana, a pesar de la diversidad de estudios que demuestran que ambas contribuyen al bienestar subjetivo de los pacientes. Son muchos los instrumentos que existen para evaluar el nivel de ER y medir su asociación con la salud física y mental. En efecto, una revisión que encontró más de 100 instrumentos para evaluar ER (Hall, Koenig y Meador, 2010), mostró que la mayoría de ellos contemplan definiciones basadas en modelos que guardan una estrecha relación con el modelo biopsicosocial de George Engel (1977), considerando que en los estados de salud y/o enfermedad de la persona coexisten factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Las investigaciones en torno a las influencias que ejercen los elementos ER datan de al menos tres décadas. Las primeras publicaciones pertenecen a Durkheim (1987), que investigó la relación entre la religiosidad y la salud, tema que en sus orígenes estaba casi exclusivamente en manos de congregaciones y grupos religiosos. Con el aumento de las prácticas espirituales no-religiosas la secularización de instituciones y el desinterés en los elementos sobrenaturales (Rizzuto, 2005), la investigación más reciente se ha centrado en el estudio de la espiritualidad que en la religiosidad. Asimismo, ambos conceptos han variado en su definición y es posible identificar tres modelos comprensivos: en el modelo así llamado de comprensión tradicional-histórica la espiritualidad es concebida como subconjunto de la religiosidad y como un estado avanzado del ser religioso. Hoy día, un grupo de investigaciones aborda el concepto de la religiosidad como un subconjunto al alero de la espiritualidad, en el modelo así llamado de comprensión moderna. Por último, otro grupo de investigadores utiliza un modelo comprensivo muy abarcador, llegando a considerar aspectos de la salud mental y del bienestar en general en su definición de espiritualidad, en el así denominado modelo de comprensión moderno-tautológico (Monod, Brennan, Rochat, Martin, Rochat, Büla, 2011; Koenig, 2008).

Es así que en la evaluación de la ER, tanto para investigación como para el trabajo clínico, se ha abordado desde diferentes perspectivas que se refieren al concepto general, al bienestar, a las necesidades y/o al afrontamiento espiritual y religioso en situaciones de estrés o enfermedad.

Las definiciones de espiritualidad y religiosidad en las que existe mayor consenso son aquellas que se refieren a la *espiritualidad* como una realidad “incorpórea”

orientada a la trascendencia, y referida a la experiencia religiosa personal, y *religiosidad* (o *religión*) como una entidad social que posee una teología, un conjunto de tradiciones y rituales definibles y normadas (Shafranske y Sperry, 2005). Por su parte, el bienestar espiritual se refiere a un estado interno de armonía con uno mismo, con los demás, con el orden natural o con un poder superior, que se expresa de diversas formas, y una de esas formas es la expresión religiosa (Ellison, 1983). Las necesidades espirituales conceptualizan la necesidad de “hacer las paces” con Dios y con los demás, encontrarle un significado y sentido de control de la propia vida, perdonarse a uno mismo y a los demás, así como reflexionar sobre el curso de la vida (Koenig, 2001). En el caso del afrontamiento religioso y espiritual, se entiende que son aquellas estrategias religiosas y/o espirituales para afrontar situaciones estresantes de la vida –como una enfermedad– y estas pueden ser adaptativas o no, es decir, positivas o negativas (Pargament, 1997).

En el trabajo clínico en particular, posterior a la evaluación de la significancia que la ER tiene para el paciente y cuando se tiene una clara intención de incorporar los elementos ER al trabajo clínico, se ha definido que ellos pueden utilizarse de tres formas, a saber: como recurso terapéutico, como herramienta para la conservación y la potenciación de la ER del paciente y, por último, para la búsqueda espiritual (Shafranske y Sperry, 2005). La hipótesis general del enfoque interesado en incorporar estos elementos en psicoterapia es que la religiosidad y la espiritualidad son un elemento relevante –e incluso clave– en la práctica clínica, dada su incidencia en el bienestar, en las historias de vida de las personas y en el afrontamiento de sus enfermedades tanto físicas como mentales, personales o de personas cercanas.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión exploratoria de la literatura científica disponible, tomando como base el trabajo de revisión realizado por Monod *et al.* (2011), utilizando luego sus criterios para la clasificación de los instrumentos revisados. La búsqueda se llevó a cabo por medio de metabuscadores (Ebsco, sCieLO, Psycinfo, Pubmed, Science Direct (Elsevier), Alerta al Conocimiento, Dialnet, ClasePeriodica, Thomson Reuters, JSTOR, Credo Reference, Duke Center for Spirituality, Theology and Health, Harvard Library Portal, Penn State University Press, MetaLib) y utilizando los siguientes descriptores: espiritualidad (*spirituality*), religiosidad (*religiosity/religiousness*), evaluación (*assessment*), medición (*evaluation*), escala (*scale*), cuestionario (*questionnaire*),

Tabla 1
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL INSTRUMENTO

Nº	Nombre	Autor(es)	Idioma	Población
1.	Daily Spiritual Experiences Scale DSES	Underwood, L. & Teresi, J. (2002)	Inglés, español y otros	Población general, principalmente judeo-cristiana
2.	Duke Religion Index DUREL	Koenig <i>et al.</i> (1997)	Inglés	Prácticas religiosas y espirituales
3.	Human Spirituality Scale (HSS)	Wheat (1991)	Inglés	Población general adulta y adolescente
4.	Index of Core Spiritual Experiences (INSPIRIT)	Kass, Friedman, Laserman, Zuttermeister & Benson (1991)	Inglés	Población general y hospitalizados
5.	Ironson Woods Spirituality Religiousness Scale	Ironson, G., Woods, T. (1998)	Inglés	Población general adulta Mayores de 18 años. Validado en poblaciones específicas (HIV/AIDS)
6.	Means-Ends Spirituality Questionnaire	Ryan, K. & Fiorito, B. (2003)	Inglés	Miembros de una comunidad y estudiantes universitarios
7.	Spiritual Attitude Inventory (SAI)	Koenig (2009)	Inglés	Soldados
8.	Spiritual Index of well-being	Daaleman & Frey (2004)	Inglés	Pacientes con enfermedades físicas
9.	Spiritual Scale (SS)	Delaney (2005)	Inglés	Población general adulta Útil para evaluar programas de intervención espiritual
10.	(Brief) Multidimensional Measure of Religiousness	Masters, Carey, Maisto, Caldwell, Wolfe, and Hackney (2009)	Inglés	Población general y se ha validado en diversas poblaciones específicas (enfermedades específicas, grupo etario)
11.	Christian Religious Internalization Scale CRIS	Rivera & Montero (2007)	Inglés, español	Tercera edad
12.	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being (FACIT-Sp)	Brady, Peterman, Fitchett, Mo y Cella (1999)	Inglés, con normas para traducción	Pacientes oncológicos, pero puede aplicarse a pacientes con otro tipo de enfermedades.
13.	RCOPE y Brief-RCOPE	Koenig, Pargament & Nielsen (1998)	Inglés, español, francés, alemán, griego, coreano	Personas con enfermedades físicas y mentales
14.	Religious Support Scale	Krause & Markides (1990)	Inglés	Religión en comunidad
15.	Religious/Spiritual Coping Scale (SR-COPE) (Basada en la escala RCOPE)	Pargament, K. (1997)	Inglés	Población general, mayores de 18 años
16.	Religious/Spiritual History (SHS-4)	Hays, Meador, Branch & George, L. (2001)	Inglés	Grupos heterogéneos y personas mayores de 65 años
17.	Spiritual Coping Strategies (SCS)	Baldacchino & Buhagiar (2003)	Inglés, español, maltés	Enfermos cardíacos, pero se puede utilizar con otras enfermedades y población general
18.	Spirituality Questionnaire	Parsian & Dunning (2009)	Inglés, español	Población general
19.	SpREUK Spiritual Scale	Büssing, Ostermann & Matthiessen (2005)	Inglés, español, alemán, árabe, hebreo	Pacientes con enfermedades crónicas católicos, judíos, protestantes, musulmanes
20.	System of Beliefs Inventory (SBI)	Holland, Kash, Passik, Gronert, Sison, Lederberg, Russak, Baider, & Fox (1998)	Inglés, italiano	Originalmente para pacientes oncológicos, pero apto para otras enfermedades
21.	The Royal Free Interview for Religious and Spiritual Beliefs Interview based and Self-report	King, Speck & Thomas (2001)	Inglés, italiano, griego	Población general, hospitalizados, médicos, voluntarios
22.	The Expressions of Spirituality Inventory	MacDonald (2000)	Inglés	Población general adulta
23.	Religious coping index RCI	Koenig (1994)	Inglés	Personas con enfermedades físicas y mentales.

Tabla 2
CLASIFICACIÓN CONCEPTUAL

Nombre	Qué evalúa	Clasificación conceptual	Propiedades psicométricas
Daily Spiritual Experiences Scale DSES	Autorreporte, 16 ítems. Evalúa experiencias cotidianas de lo espiritual en relación con Dios o ser superior.	Espiritualidad general, necesidades y afrontamiento ER.	Alfa de Cronbach 0.94
Duke Religion Index DUREL	5 ítems. Evalúa religiosidad organizada e importancia de la religión en la vida personal.	Religiosidad general	Alfa de Cronbach 0.85
Human Spirituality Scale (HSS)	20 ítems en escala likert 5 puntos. Medida global de la espiritualidad en el desarrollo humano en: mirada amplia de la propia vida, conocimiento de la vida en sí misma y compasión por el bienestar de otros.	Espiritualidad general	Alfa de Cronbach 0.89
Index of Core Spiritual Experiences (INSPIRIT)	Evalúa la espiritualidad y religiosidad general, la relación con lo trascendente. Mide las experiencias cruciales que ha vivido una persona en relación con la existencia de un ser supremo.	ER general	Alfa de Cronbach 0.90
Ironson Woods Spirituality Religiousness Scale	Evalúa la espiritualidad y religiosidad general: sensación de paz, fe en Dios, comportamiento religioso, visión compasiva de los otros.	Bienestar ER	Alfa de Cronbach 0.96
Means-Edns Spirituality Questionnaire	Evalúa la espiritualidad general, la relación entre los significados espirituales y religiosos, y el fin y bienestar psicológico. Contiene ítems basados en las acciones, sentimientos, relaciones y pensamientos espirituales e ítems relacionados con los razonamientos detrás de sus motivos.	Necesidades y afrontamiento ER	Alfa de Cronbach 0.69 – 0.83
Spiritual Attitude Inventory	Evalúa la espiritualidad y religiosidad general. Se diseñó como herramienta para asistir a capellanes, profesionales de la salud y otros clínicos con la evaluación de necesidades espirituales. Combina ítems de 4 instrumentos validados de espiritualidad.	Necesidades espirituales	Construido con escalas validadas con Alfa de Cronbach sobre 0.60.
Spiritual Index of well-being	Evalúa la incidencia de la espiritualidad en el bienestar subjetivo. Útil en estudios que evalúen calidad de vida. Tiene dos dimensiones: autoeficacia y esquemas de vida.	Bienestar ER	Alfa de Cronbach 0.87 – 0.91
Spiritual Scale (SS)	Evalúa la espiritualidad general. Está basada en un concepto holístico de espiritualidad, construida para determinar un autodescubrimiento (búsqueda de sentido de la propia vida y propósito en ella), conexión con los demás, y una conexión con el medio ambiente y el cosmos. Evalúa creencias, intuiciones, opciones de modos de vida, prácticas y rituales representativos de la dimensión espiritual humana.	Espiritualidad general	Alfa de Cronbach 0.94
(Brief) Multidimensional Measure of Religiousness	Evalúa la espiritualidad y religiosidad en general. Cuánto afecta -o no- la salud los siguientes factores: experiencias espirituales diarias, significado de los valores, creencias, perdón, prácticas religiosas privadas, afrontamiento espiritual-religioso, apoyo religioso, historia espiritual-religiosa, compromiso, organización religiosa y preferencia religiosa.	Todos	Alfa de Cronbach 0.54 – 0.91
Christian Religious Internalization Scale CRIS	Evalúa el afrontamiento religioso y espiritual, identificando las estrategias empleadas para el afrontamiento de sentimientos de soledad, centrado en sus creencias y prácticas religiosas y espirituales.	Afrontamiento ER	Alfa de Cronbach 0.95
Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being (FACIT-Sp)	Evalúa la espiritualidad y religiosidad en general. Concibe la religiosidad tradicional (factor de fe) y la espiritualidad (factor de significado y paz).	ER general	Alfa de Cronbach 0.87, 0.86

Continuación Tabla 2

Nombre	Qué evalúa	Clasificación conceptual	Propiedades psicométricas
RCOPE y Brief-RCOPE	Evalúa el afrontamiento religioso en situaciones de mayor estrés de la vida. Define dos tipos de afrontamiento religioso: a) positivo, donde los métodos de afrontamiento reflejan una relación segura con una fuerza trascendente, sensación de conectividad espiritual con los otros y una mirada benevolente del mundo; b) negativo, donde las estrategias de afrontamiento revelan problemas y tensiones espirituales con ellos mismos, con los demás y con lo divino.	Afrontamiento ER	Alfa de Cronbach 0.80
Religious Support Scale	Evalúa el apoyo percibido por la religión, distinguiendo tres subescalas relacionadas entre sí: apoyo de Dios, la congregación y los líderes de la iglesia.	Bienestar y necesidades ER	Alfa de Cronbach 0.91
Religious/Spiritual Coping Scale (SRCOPE) (Basada en la escala RCOPE)	Evalúa el afrontamiento religioso y espiritual, positivo y negativo, con la ayuda de la religión.	Afrontamiento ER	Alfa de Cronbach 0.80
Religious/Spiritual History (SHS-4)	Evalúa el desarrollo espiritual y religioso en cuatro dimensiones: ayuda de Dios, soporte social religioso a lo largo de la vida, costo de la religiosidad, historia familiar de la religiosidad.	Religiosidad general y necesidades ER	Alfa de Cronbach 0.70
Spiritual Coping Strategies (SCS)	Evalúa estrategias de afrontamiento religioso y las estrategias de afrontamiento no religioso (espirituales). El enfrentamiento religioso se evalúa a través de la relación con Dios y está dirigido principalmente a tradiciones judeo-cristianas. El enfrentamiento no religioso o espiritual se evalúa a través del <i>self</i> , los demás y el entorno.	Afrontamiento ER	Alfa de Cronbach 0.81
Spirituality Questionnaire	Importancia de las creencias espirituales, conciencia de sí mismo, conciencia del medio, relaciones interpersonales, experiencias espirituales. Derivado de otros instrumentos: Spiritual Scale, Spiritual Meaning Scale, Daily Spiritual Experiences Scale.	Todas	Alfa de Cronbach 0.94
SpREUK Spiritual Scale	Evalúa afrontamiento espiritual en pacientes crónicos. Evalúa la búsqueda y confianza en una fuente de soporte trascendente y cómo lidian con los efectos de la enfermedad.	Afrontamiento ER	Alfa de Cronbach 0.93
System of Beliefs Inventory (SBI)	Evalúa prácticas y creencias religiosas y espirituales y el soporte social derivado de ellas: principales creencias religiosas (creencias sobre la trascendencia y el significado trascendente de la vida humana), asistencia a las prácticas y ritos religiosos, y el apoyo recibido por la comunidad religiosa.	ER general	Alfa de Cronbach 0.93
The Royal Free Interview for Religious and Spiritual Beliefs Interview based and Self-report	Evalúa creencias espirituales, religiosas y filosóficas, enfocadas en la fortaleza y las consecuencias de la fe.	Religiosidad general	Alfa de Cronbach 0.74 – 0.89
The Expressions of Spirituality Inventory	Evalúa espiritualidad y religiosidad en general: orientación cognitiva-afectiva a la espiritualidad, dimensión experiencial-fenomenológica, bienestar existencial, creencias en actividad paranormal y ocultismo, productos espirituales, religiosidad.	ER general	Alfa de Cronbach 0.85 – 0.97
Religious coping index RCI	Evalúa el grado en el cual los participantes confían en sus actividades y creencias religiosas y cómo ayudan al afrontamiento de sus enfermedades.	Afrontamiento ER	Alfa de Cronbach 0.81

confiabilidad, validez y validación (*reliability, validity y validation*).

Para esta revisión se incorporaron solo aquellos instrumentos tipo cuestionario que reportaban medidas de validez y confiabilidad. Los criterios de inclusión que se utilizaron fueron: a) última validación entre 1990 y 2014, b) validez y confiabilidad sobre 80%, y c) al menos dos investigaciones publicadas en las que hubieran sido utilizados.

RESULTADOS

De los 50 instrumentos revisados se identificaron 23 instrumentos que cumplían con los criterios establecidos. De estos 23, todos están disponibles en idioma inglés, 5 en español y 5 también en otros idiomas (Tabla 1). La mayoría de los instrumentos fueron desarrollados en Estados Unidos (n=18), cinco en otros países (Canadá, Inglaterra, Malta, México y Australia) y algunos han sido validados posteriormente en otros países y otros idiomas.

Todos evalúan espiritualidad/religiosidad en personas adultas (>18 años); 10 se pueden utilizar en personas con enfermedades físicas o psicológicas, hospitalizados o en tratamiento ambulatorio, y 10 instrumentos en población general, habiendo dentro de este mismo grupo instrumentos que pueden utilizarse en población tanto clínica como general (n=5). La mayoría de las escalas incluidas consideraban poblaciones judeocristianas y/o valores humanistas comunes a esas culturas y religiones.

Respecto de las escalas que evalúan únicamente población clínica (n=6), 2 de ellas consideran enfermedades tanto físicas como mentales y son ambos instrumentos desarrollados por Koenig *et al.* Las diferencias entre ambos tienen relación específicamente con el número de ítems y que el RCI (Koenig, 1994) considera preguntas cualitativas de respuesta breve. Los demás instrumentos de evaluación están dirigidos a poblaciones con enfermedades físicas y al afrontamiento de estas.

Posteriormente, los instrumentos fueron clasificados según si evaluaban *espiritualidad o religiosidad*, identificando también su relación con los conceptos de bienestar, necesidades y/o afrontamiento ER (Monod *et al.*, 2011). Algunos instrumentos estaban diseñados para evaluar elementos ER en general y bienestar subjetivo (n=13); otros orientados a evaluar necesidades espirituales (n=6) y otros, el afrontamiento de situaciones estresantes de la vida (n=8), como enfermedades terminales. Estos dos últimos tipos pretenden además entregar información útil para la práctica clínica y/o

para determinar la necesidad de una intervención espiritual adicional.

CONCLUSIONES

El objetivo de esta revisión era dar cuenta de los elementos que se incorporan en los instrumentos de evaluación de la espiritualidad y la religiosidad. Los instrumentos que se encuentran validados en general tienen buenos índices de confiabilidad y están dirigidos a población general como a grupos específicos o poblaciones clínicas. No se halló instrumentos validados que evaluaran elementos ER en población infanto-juvenil, y solo uno de ellos permite evaluar población adolescente, específicamente.

No se encontraron escalas validadas en Chile en los últimos 20 años y esto se relaciona con que la mayoría de los instrumentos se han diseñado con fines de investigación. Así, el desafío es su uso en la formación de profesionales y en la evaluación de elementos ER en la práctica clínica (Koenig, 2001). Las alternativas actuales para investigar por medio de escalas que midan estos elementos son la adaptación y validación de escalas anglosajonas, dado que la gran mayoría de los instrumentos se desarrollaron y validaron en Estados Unidos y están disponibles en idioma inglés.

Cabe destacar que el interés por evaluar e investigar los elementos ER y su relación con la salud y el bienestar general por medio de instrumentos estandarizados mantiene plena vigencia. Se han encontrado registros de desarrollo de instrumentos de evaluación de la espiritualidad y religiosidad a partir de la década de 1960 y cerca de la mitad de ellos cuenta con sus validaciones y estudios realizados en los últimos 20 años.

Sin embargo y a pesar del aumento en las prácticas religiosas y espiritualidades orientales y expansión en el mundo entero, no se encontraron escalas validadas que midan específicamente componentes espirituales de esa tradición.

Los énfasis adoptados por las formas de evaluación y de medición de los elementos ER muestran un cambio desde la evaluación de niveles de ER (menores a mayores) a mediciones que pretenden evaluar la calidad de estos elementos, enfocándose más en los tipos o dimensiones de la espiritualidad y religiosidad y los roles que estos elementos ocupan en situaciones y poblaciones específicas.

Asimismo, aunque no existen formas de evaluación de creencias espirituales y religiosas de culturas orientales, existe una tendencia a desarrollar instrumentos que evalúen aspectos espirituales –y no solo religiosos– lo que confirma que, en las últimas dos

décadas, los investigadores han abordado más el concepto de espiritualidad (Monod *et al.*, 2011), redefiniendo la religión como un subconjunto o una forma de expresión de la espiritualidad. A primera vista parece más sencillo definir y evaluar la espiritualidad que la religiosidad, pero la primera es más amplia y difusa que la religiosidad, a la vista de los modelos de comprensión actuales. Por otra parte, la evaluación de la religiosidad es adentrarse en la evaluación de cuestiones de fe, que a la luz de algunas creencias religiosas no es un conocimiento al que se pueda acceder por completo, sino solo de obrar divino y de la propia e íntima conciencia de cada persona.

Dada la evidencia científica acerca del potencial rol protector de la espiritualidad y religiosidad, es importante desarrollar o adaptar instrumentos en lengua española, para promover el intercambio científico nacional e internacional, y motivar el entrenamiento de los profesionales en este tipo de evaluaciones en la práctica clínica, que ha demostrado tener un importante rol, a la vez único y complementario, en las intervenciones en salud (Koenig, 2012).

REFERENCIAS

- Baider L, Holland J, Russak S, De-Nour A (2001). The system of belief inventory (SBI-15): a validation study in Israel. *Psychooncology* 10(6): 534-40
- Baldacchino D & Buhagiar A. (2003). Psychometric evaluation of the Spiritual Coping Strategies scale in English, Maltese, back-translation and bilingual versions. *J Adv Nurs* 42(6): 558-70
- Brady M, Peterman A, Fitchett G & Cella D (1999). The expanded version of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-Ex): Initial report of psychometric properties. *Annals of Behavioral Medicine* 21: 129
- Bryant F (2003). Beliefs Inventory (SBI): A scale for measuring. *Journal of Mental Health* 12(2): 175-196. DOI: 10.1080/0963823031000103489
- Büssing A, Ostermann T, Matthiessen P (2005). Role of religion and spirituality in medical patients: confirmatory results with the SpREUK questionnaire. *Health Qual Life Outcomes* 3(10): 1-10
- Carver C (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine* 4: 92-100
- Cooper C, Katona C, Livingston G (2008). Validity and reliability of the brief COPE in carers of people with dementia: the LASER-AD Study. *J Nerv Ment Dis* 196(11): 838-43; doi: 10.1097/NMD.0b013e31818b504c
- Daaleman T, Frey B (2004). The spirituality index of well-being: A new instrument for health-related quality-of-life research. *Annals of Family Medicine* 2(5): 499-503
- Delaney C (2005). The Spirituality Scale: Development and psychometric testing of a holistic instrument to assess the human spiritual dimension. *Journal of Holistic Nursing* 23: 145-167
- Díaz L, Muñoz A, Vargas D (2012). Reliability and validity of spirituality questionnaire by Parsian and Dunning in the Spanish version. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 20(3): 559-566
- Durkheim E (1987). *Suicide*. Routledge and Kegan: London
- Ellison C (1983). Spiritual Well Being: Conceptualization and Measurement. *J of Psychology and Theology* 11: 330
- Engel GL (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196(4286): 129-136
- Fiala W, Bjorck J, Gorsuch R (2002). The Religious Support Scale: construction, validation, and cross-validation. *Am J Community Psychol* 30(6): 761-86
- Frey B, Daaleman T, Peyton V (2005). Measuring a dimension of spirituality for health research: Validity of the Spirituality Index of Well-Being. *Research on Aging* 27: 556-577
- Hall D, Koenig H, Meador K (2010). Episcopal Measure of Faith Tradition: a Context-Specific Approach to Measuring Religiousness. *J Relig Health* 49: 164-178
- Harris S, Sherritt L, Holder D, Kulig J, Shrier L, Knight J (2008). Reliability and Validity of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality Among Adolescents. *Journal of Religion and Health* 47(4): 438-457
- Hays J, Meador K, Branch P, George L (2001). The Spiritual History Scale in four dimensions (SHS-4): validity and reliability. *Gerontologist* 41(2): 239-49
- Holland J, Kash K, Passik S, Gronert M, Sison A, Lederberg M, Russak S, Baider L, Fox B (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in lifethreatening illness. *Psycho-Oncology* 7(6): 460-469
- Huguelet P, Koenig H (2007). Introduction: key concepts. En: P. Huguelet, H. Koenig (Eds.). *Religion and Spirituality in Psychiatry* (pp.1-5). Cambridge University Press
- Ironson G, Woods T (1998). *IWORSHIP. An Unpublished Assessment of Instrument of Religious and Spiritual Dimensions*. Coral Gables, FL: University of Miami
- Joseph C (2008). Exploring the reliability and validity of the Human Spirituality Scale scores with older adults in independent living facilities by Landrum. Mississippi State University
- Kass J, Friedman R, Laserman J, Zuttermeister P, Benson H. (1991). Health outcomes and a new index of spiritual experience. *Journal for the Scientific Study of Religion* 30: 203-211
- King M, Speck P, Thomas A (2001). The royal free interview for spiritual and religious beliefs: development and validation of a self-report version. *Psychol Med* 31(6): 1015-23
- Koenig H (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry* 1-33; doi: 10.5402/2012/278730
- Koenig H (2009). *Spiritual Attitude Inventory. User manual. Approach to wellness*. US Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine (USACHPPM) POC
- Koenig H (2008). Comments on Measuring Spirituality in Research. *Journal of Nervous and Mental Disease* 196(5): 349-355
- Koenig H (1994). *Aging and God: Spiritual Pathways to Mental Health in Midlife and Later Years*. Haworth Pastoral Press
- Koenig H, McCullough M, Larson D (2001). *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press
- Koenig H, Meador K, Parkerson G (1997). Religion index for psychiatric research: A 5-item measure for use in health outcome studies. *Am J Psychiatry* 154: 885-86
- Koenig H, Pargament K, Nielsen J (1998). Religious coping and health outcomes in medically ill hospitalized older adults. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186: 513-521
- Krause N, Markides K (1990). Measuring social support among older adults. *Int J Aging Hum Dev* 30: 37-53
- MacDonald D, Holland D (2003). Spirituality and the MMPI-2. *Journal of Clinical Psychology* 59(4): 399-410

34. MacDonald D (2000). Spirituality: Description, measurement, and relation to the five factor model of personality. *Journal of Psychology* 68(1): 154-197
35. Masters K, Carey K, Maisto S, Caldwell P, Wolfe T, Hachney H, France C, Himawan L (2009). Psychometric examination of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/ Spirituality among college students. *The International Journal for the Psychology of Religion* 19: 106-120
36. Monod S, Brennan M, Rochat E, Martin E, Rochat S, Büla C (2011). Instruments Measuring Spirituality in Clinical Research: A Systematic Review. *J Gen Intern Med* 26(11): 1345-57
37. Ostermann T, Büssing A, Matthiessen P (2004). Pilot study for the development of a questionnaire for the measuring of the patients' attitude towards spirituality and religiosity and their coping with disease (SpREUK). *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd* 11(6): 346-53
38. Pargament KI (1997). *The Psychology of Religion and Coping*. New York: Guilford Press
39. Pargament K, Feuille M, Burdzy D (2011). The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions* 2: 51-76. doi: 10.3390/rel2010051
40. Parsian N, Dunning T (2009). Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: a psychometric process. *Global Journal of Health Science* 1(1): 2-11
41. Rivera A, Montero M (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental* 30(001): 39-47
42. Rizzuto A (2005). Psychoanalytic considerations about spiritual oriented psychotherapy. En: Shafranske E, Sperry L (Eds.) *Spiritually Oriented Psychotherapy* (pp. 31-50). USA: American Psychological Association
43. Ryan K, Fiorito B (2003). Means-ends spirituality questionnaire: reliability, validity and relationship to psychological well-being. *Review of Religious Research* 45(2): 130-154
44. Ryan RM, Rigby S, King K (1993). Two types of religious internalization and their relations to religious orientations and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology* 65: 586-596
45. Shafranske E, Sperry L (2005). Addressing the spiritual dimension in psychotherapy: introduction and overview. En: Shafranske E, Sperry L (Eds.) *Spiritually Oriented Psychotherapy* (pp. 11-30). USA: American Psychological Association
46. Stewart C, Koeske G (2006). A preliminary construct validation of the Multidimensional measurement of religiousness/spirituality instrument: A study of southern USA samples. *The International Journal for the Psychology of Religion* 16(3): 181-196
47. Underwood L (2011). The Daily Spiritual Experience Scale: Overview and Results. *Religions* 2(1): 29-50. doi: 10.3390/rel2010029
48. Van Der Walt F, De Klerk J (2014). Measuring spirituality in South Africa: validation of instruments developed in the USA. *Int Rev Psychiatry* 26(3): 368-378
49. Wong J, Torres R (2005). Research commentary on "the spirituality scale". *Journal of Holistic Nursing* 23(2): 168-171

REFLEXIÓN ÉTICA

LA SOBERBIA DEL MÉDICO

(Rev GPU 2016; 12; 2: 224-229)

Claudio Filippi

Aprended de mí que soy manso y humilde de corazón.
(Evangelio de San Lucas 1,48.)

*No vuelvas tu rostro a la gente con desprecio y
no andes por la Tierra con arrogancia. Alá no ama
a nadie que sea presumido, jactancioso.*
(Sagrado Corán, 31: 18)

LA VIRTUD DE LA HUMILDAD

Recuerdo¹ que cuando era escolar, en una mañana de la recién llegada primavera de 1978, el 29 de septiembre y cuando llegaba a mi Colegio de orientación Católica, me sorprendió encontrar la bandera pontificia de colores blanco y amarillo, enarbolada y flameando a media asta. Sabía lo que eso significaba, pues semanas antes habíamos encontrado lo mismo, cuando Paulo VI había fallecido. En efecto, el nuevo Papa Juan Pablo I, o el Papa Luciani, como le decíamos, electo hace poco más de un mes por el Cónclave Cardenalicio, había muerto.

Poco conocí de ese Papa, “el Papa sonriente”, el antiguo patriarca de Venecia. Sin embargo, una de las pocas cosas que evoco con claridad de él, es su lema pontificio: “*humilitas*”, término latino que significa humildad. Inicialmente y desde esa fecha, ese lema me ha impactado y vuelve continuamente a mí, al ser utilizado por el religioso teóricamente más poderoso de la

Iglesia Católica. Después entendí que no podía ser de otra manera en el estilo de un hombre que cuando fue Obispo prefería ir en bicicleta a sus obligaciones pastorales o vestir simple sotana, en vivencia recta de la humildad de su Maestro de Nazareth (Santa Sede, 2010).

Ese mismo voto de humildad es el que ha profesado el actual papa Francisco.

Pero, ¿qué es la humildad?

Desde la Teología cristiana, Santo Tomás de Aquino nos responde desde su magna obra que “La humildad significa cierto laudable rebajamiento de sí mismo, por convencimiento interior” (Tomás, 2001). Él mismo nos cuenta que San Isidoro de Sevilla, en su *Etymologie*, plantea que *humilde* se relaciona con los términos latinos *humus*, que significa tierra y *humilis*, que es aquello que está cercano a la tierra.

Por antonomasia, se ha entendido a la humildad como una virtud, aunque el término puede ser utilizado en sentido negativo, como lo analiza el mismo Aquinate,

¹ Pido disculpas por el tono personal del texto, ajeno a las recomendaciones de lo científico. Pero la experiencia personal es la primera fuente de conocimiento del ser humano y desde ella escribo este artículo.

al referirse al uso de él como castigo² o como vicio³. Sin embargo, nos aclara que es una virtud, en cuanto se relaciona con el apetito por la consecución de un *bien arduo*, que no es otro que la realización de cosas excelsas o grandes. Esto conlleva la necesidad de que exista tanto una virtud que frene los impulsos o movimientos de ese apetito, como una virtud que lo estimule. La primera es la humildad y la segunda es la magnanimidad (Santo Tomás, 2001).

Según la teología cristiana, ambas son virtudes capitales que tienden hacia “lo Superior” o lo “más Excelente” (o Dios según Aristóteles, Acto puro y no Potencia). Son virtudes capitales no en cuanto sean más importantes o grandes que las demás virtudes, sino que ellas están en el origen de muchas otras.

Sin embargo, no es solo desde el cristianismo desde donde se exhorta a la humildad como una virtud deseada. También desde otras religiones y corrientes espirituales, la humildad es invocada como virtud (Wilson, 1991).

Por ejemplo, en el Islam, religión de profundo contenido moral (Islamweb, 2009), la humildad es frecuentemente citada. Un ejemplo se encuentra en la Sura 25, Al forcán o El Criterio, del Sagrado Corán, que dice:

Y los siervos del Misericordioso son aquellos que caminan sobre la Tierra con serenidad y humildad, y cuando son increpados por los ignorantes les responden educadamente (Corán 25: 63).

También, en las corrientes espirituales de la antigua India se encuentran referencias a la humildad como virtud. En el Bhagavad Gita⁴ (Anónimo, 1999), libro de poemas escrito originalmente en sánscrito antiguo y

datado en el 500 a.C., se coloca en la voz de Krisna esa virtud, quien al referirse al encuentro de una sabiduría verdadera, enumera una serie de virtudes:

La humildad, la sinceridad, la no violencia, el perdón, la integridad, la devoción al maestro espiritual, la pureza, la firmeza, la armonía consigo mismo (Bhagavad Gita, 13: 7).

También, en la doctrina de Kong Qiu (551-479 a.C.), de nombre honorífico Kongzi (“Maestro Kong”) o Confucio, como le conocemos en Occidente, se hace mención a la vida del hombre moral o recto:

La vida del hombre recto es básica, y sin embargo no poco atractiva; es simple, y sin embargo llena de gracia; es fácil, y sin embargo metódica. Él sabe que el logro de grandes cosas consiste en hacer pequeñas cosas así. Él sabe que los grandes efectos son producidos por pequeñas causas. Él conoce las pruebas y la realidad de lo que no puede ser percibido por los sentidos. Así, está habilitado para ingresar al mundo de las ideas y la moral⁵ (Wilson, 1991).

De manera similar, en otras espiritualidades se hace referencia a la humildad como camino a lo superior, tal y como se puede encontrar en las religiones tradicionales africanas o americanas, en el Budismo, el Taoísmo o en el Libro del Mormón (Wilson, 1991).

LA SOBERBIA

Cada virtud capital se vincula a un pecado capital, que tiene el mismo significado: estar en el origen de otros pecados. En el caso de la humildad, el pecado con el cual se relaciona es la soberbia (Del latín *superbia*: orgullo). De él, señala San Isidoro de Sevilla en sus *Etimologías* que *Se la llama soberbia porque quiere aparentar más de lo que es, y a quien desea sobrepasar lo que es, soberbio* (Santo Tomás, 2001) (San Isidoro, 2004).

Para Savater (2007) “*Ser soberbio es básicamente el deseo de estar por encima de los demás.*”

El mito del Génesis nos relata que Adán desafiaba a Dios, acto de soberbia que es el origen de todos los males para el hombre. Y no puede ser menos, pues ese acto es recuerdo de otro acto de soberbia relatado en la Biblia, que es la de Lucifer (literalmente: portador de luz o Lucero), el ángel más bello de la creación, quien en su belleza quiso ser igual a Dios, lo que motivó su

² *Humiliaverunt in compedibus pedes eius* (humillaron sus pies con cepos), Salmo 108, 18.

³ *Est qui nequiter se humiliat* (hay quien se humilla como malvado), Eclo 19,23.

⁴ El Bhagavad Gita forma parte del Libro VI del *Mahabharata* (*El gran Bharata*), epopeya que consta de más de cien mil *slokas* o versos, siendo el poema más largo escrito en el mundo. La historia del *Mahabharata* gira en torno a la lucha entre las fuerzas del bien y del mal representadas por Pandavas y Kuravas, historia épica, probablemente cierta, que narra una guerra de sucesión en el Reino de Hastinapura entre linajes nobles paralelos. El Bhagavad Gita narra la conversación entre Arjuna y Krisna, personajes que son representados de manera diferente al resto del *Mahabharata*, en cuanto en el Gita son la representación del alma del hombre y el auriga del alma (Anónimo, 1999).

⁵ Traducción libre del autor.

caída junto a la de otros ángeles que le siguieron (Libro de Isaías 14: 12-21⁶). Después de su caída asume el nombre de Satanás (o “el adversario”).

Pero, más que de ángeles y demonios, la soberbia es muy característica del ser humano, aunque no privativa de él, pues también se ha descrito en primates conductas similares de ella, ya que involucraría un condicionamiento biológico a valorar más lo propio y poseído que lo ajeno o no poseído (Ramos, Soto y Jáuregui, 2015).

La clave neurobiológica de su manifestación estaría en el denominado “cerebro social” y en el rol del sistema límbico en el desarrollo de las emociones primarias (felicidad, enojo, tristeza, disgusto, miedo y sorpresa), las que conducirían a la interpretación de las emociones más tardías (culpa, celos, orgullo). Esto significa, que la construcción de las emociones sociales tiene una estrecha relación con las emociones primarias, en cuanto las experiencias vitales determinarían cambios neurobiológicos que influirían en determinados patrones de conducta y formas particulares de reacciones adaptativas (Ramos, Soto y Jáuregui, 2015).

Por otro lado, la psicología nos enseña que la soberbia es una actitud de tipo intelectual y tiene su origen en personas que han logrado una cierta superioridad y renombre en algún lugar de la vida, produciéndose un desbalance propio de la autoimagen, la que se ponderaría en demasía con respecto a la realidad, exigiéndose una autoestima exagerada, aunque con fundamento en la misma, pero en la que se ocultarían los propios defectos, los que quedarían diluidos en la imagen de superioridad que se ha logrado. Desde esa visión se consideraría que todo lo demás no está a su altura, la de un ser superior (Rojas, 2008).

La persona afectada por la soberbia poseería una serie de elementos característicos (Ramos, Soto y Jáuregui, 2015):

- Posee un alto concepto de sí mismo.
- Cree que no hay nadie mejor que él y que puede hacer todo bien.

- Se siente imprescindible.
- No acepta aportes, pues no confía en nadie más que en él.
- Defiende hasta la muerte sus posturas, sin margen para error o concesiones.
- Vive pendiente de las apariencias.
- Se adhiere a utopías ya hechas, para no adjudicarse a sí mismo los fracasos de esta.
- Posee un bajo nivel de empatía, baja tolerancia a la frustración y elevada tendencia al enojo frente a la crítica.
- Posee una marcada tendencia a la mentira y el autoengaño.

Al existir un bajo nivel de empatía se desvaloriza al resto de las personas, a quienes no se las pondera ni se las trata adecuadamente, no considerándolas poseedoras de verdad alguna, pues la verdad solo mora en la propia persona del soberbio.

LA SOBERBIA EN LA MEDICINA

En medicina ese tipo de relación no empática distorsiona la relación médico-paciente, ya que se produce un cambio en el eje de gravedad de la misma, el que pasa desde la lógica del cuidado, del respeto y del amor al otro, a un continuo alimentar el propio ego del médico, para mantener su posición dominante y de poder.

Desde esa lógica, el otro a quien “debo servir” pasa a ser un objeto “que me sirve”, invirtiendo la relación de cuidado.

El amor ya no tiene cabida y solo el autoensalzamiento ocupa la plenitud de la relación con esa persona que busca ayuda.

El rol de la empatía en medicina es claro, y queda de manifiesto en el hecho de que al entrenar a residentes de medicina en habilidades empáticas se produce una mejor valoración, por parte de los pacientes, de la calidad de la relación médico-paciente, medida mediante un instrumento como el Consultation and Relational Empathy (CARE) (Riess, Kelley, Bailey, Dunn, y Phillips, 2012).

La soberbia predispone al error y a la negligencia, pues no se posee la capacidad de autocritica ni la tolerancia frente a la crítica externa, a la cual se responde con enojo y descalificación.

Así mismo, la soberbia del médico no solo alcanza a los pacientes sino también a sus propios colegas de trabajo, médicos o no, los que son vistos como inferiores, impidiendo la creación de un verdadero espíritu de confraternidad y colaboración, clave para la gestión de los equipos de salud.

⁶ 12.- *¿Cómo caíste del cielo, oh Lucero, hijo de la mañana! Cortado fuiste por tierra, tú que debilitabas a las naciones.* 13.- *Tú que decías en tu corazón: Subiré al cielo; en lo alto, junto a las estrellas de Dios, levantaré mi trono, y en el monte del testimonio me sentaré, a los lados del norte. 14.- sobre las alturas de las nubes subiré, y seré semejante al Altísimo“.*

De igual manera, los alumnos que tienen la dicha (o desdicha, según se mire) de pasar por las manos de este soberbio personaje sufren dos tipos de influencia:

- Hay un grupo de alumnos que lo ven como modelo a seguir, lo ensalzan y lo siguen en sus modales y actitudes, siendo candidatos futuros a la soberbia.
- El otro grupo lo sufre, se siente herido por su forma y se resiente de esa imagen, de la que seguramente tendrá antipatía o temor, siendo el centro de anécdotas desagradables o jocosas en el futuro profesional.

Doy un ejemplo para ilustrar lo que señalé anteriormente, recuerdo de mis años en la Carrera de Medicina. En esos años me correspondió ver muchos actos, que yo calificaría de humana soberbia, y que indudablemente marcaron mi destino y criterio profesional, para dicha o desdicha, como dije anteriormente.

Al mencionarlo aclaro que cambiaré los datos de sus actores, de la especialidad del caso y de sus datos esenciales, para no herir a ninguna persona, ya que mi afán es solo ilustrativo y no pretendo denostar a nadie.

El caso en sí se refiere a la época de Internado, cuando hacía la rotación de Medicina Interna y en mi sala existía una paciente que había ingresado con el diagnóstico de “Fiebre de Origen Desconocido”, y que a todas luces nos impresionaba al Residente de Medicina, al Jefe de Sala y a mí, como una posible Endocarditis Infecciosa. Como la pobreza del medio público es de larga data y generalizada experiencia, requeríamos de la autorización del Servicio de Cardiología para poder realizarle a la paciente un Ecocardiograma transesofágico en el sistema particular de salud. Eso involucraba presentar el caso en la ronda semanal que los cardiólogos hacían por las Salas de Medicina, previa interconsulta.

Cuando la ronda llegaba, lo hacía en lo que nos parecía una verdadera corte imperial. Eso, en cuanto primero iba el Jefe de Servicio, quien era un reconocido académico y profesional del área, además de médico de artistas y gente importante. Luego lo seguía su corte de nobles y pajes, constituida por los médicos residentes de Cardiología, luego los residentes de Medicina Interna, y al último los Internos que hacían su pasada por Cardiología.

Por supuesto, en el ritual de la evaluación el primero en hablar era el Jefe de Servicio, quien preguntaba y dirigía el debate, descartando las opiniones de dudoso aporte o contenido; aprobando las opiniones correctas.

En la paciente en cuestión, después de presentarle el caso clínico, el Jefe de Cardiología dice de manera

tajante: *Esto no es una Endocarditis infecciosa. ¡Lo juro por mi prestigio!*

Después de eso se retiró, siendo seguido por una sorprendida comitiva

De tal manera, tuvimos que aceptar que esa no era la causa de la fiebre y no se pudo tramitar el examen en el extra-servicio.

Tras dos semanas de buscar e indagar por otras causas, siempre con resultados negativos, y ante la continuación de la fiebre de la paciente, decidimos conversar con un profesor de una Clínica Privada, quien nos realizó gratuitamente el examen. Este arrojó el resultado que esperábamos: La paciente tenía una Endocarditis infecciosa.

Al solicitar nuevamente una evaluación de Cardiología, esta se atrasó más de lo habitual, hasta que un día llegó.

Cuando eso ocurrió y se le presentó el resultado al Jefe de Cardiología, este simplemente dijo: *¡Ah!...era una endocarditis infecciosa.*

Luego se retiró de la sala sin dejar las indicaciones del caso, lo que era lo habitual en esos casos.

LA GÉNESIS DE LA SOBERBIA DEL MÉDICO

Mostrada la peligrosidad y nocividad de la soberbia del médico, es válido preguntarse ¿Cómo se llega a ser un médico soberbio?...

Probablemente existen muchas respuestas alternativas, y solo me detendré en tres que creo influyen en su desarrollo, las que a manera de hipótesis presento en este texto.

La primera se refiere a la motivación por el ingreso y estudio de la carrera de medicina. Esbozo dos tipos de motivaciones o modelos⁷ que influyen en los futuros estudiantes de medicina:

- Una de carácter científico-tecnologicista, derivada de la visión de la medicina como carrera científica, y que utiliza los grandes avances de la ciencia –tecnología para curar– hasta los límites de la ética misma, o más allá, y que es promovida por los medios de comunicación, en especial la televisión. Su imagen sería la de un médico *sabelotodo*, omnipotente, genial, que prevalece y sobresale siempre en el trabajo con sus colegas, los que siempre están en un nivel inferior en capacidad y experticia. Seguramente muchos identificarán estos modelos en algunas series de la televisión.

⁷ Tal vez Jung diría arquetipos.

- Una de carácter humanista-romántica, que apela a la imagen de un médico muy humano, muchas veces de pueblo o de comunidades rurales, que establece una relación médico-paciente cercana, y que sin menoscabar la influencia de la ciencia y la tecnología, ve más cercana su profesión a un arte basado en esa relación cercana y fluida con sus pacientes. Establecería una relación más horizontal e integrada con sus colegas o pacientes. En la televisión, lo vemos en las series inglesas, por influencia del General Practitioner en ese sistema. Desde lo formativo, hay una visión de la medicina como una carrera humanista que utiliza a la ciencia y la tecnología como instrumentos para el arte de curar.

Probablemente el primer tipo de modelo sería más proclive a contribuir a gestar un médico soberbio.

La segunda, de carácter sociológico, es complementaria con la anterior respuesta y es el hecho de que la historia de vida del médico ha estado plena de reconocimiento social y alta ponderación de su figura. Lo habitual es que él o ella haya sido un estudiante sobresaliente desde la infancia y haya obtenido un buen nivel de rendimiento en las pruebas de admisión a la Universidad. Al entrar a una carrera que ocupa una posición destacada en la valoración social, el estudiante de medicina se ve inmediatamente tratado de una manera especial, distinta a la forma en que se trata a otros estudiantes universitarios, lo que lo lleva a ocupar una posición más alta en las comunidades o ambientes en los que se desenvuelve. Es consultado por problemas de salud, aun en sus primeras etapas en la carrera y escuchado con atención, por el solo hecho de estudiar medicina. ¿O no?...

El o la estudiante de medicina pasa años inmerso en la medicina, a tiempo completo y, al final, se convierte en un tipo de ignorante ilustrado, pues sabe mucho de medicina, pero poco o nada de otros temas de la cultura. Aun así, es consultado por opiniones sobre temas ajenos a su experticia, lo cual no lo inhibe para dar su opinión, la mayoría de las veces tajante, sobre temas variados: educación, política, derecho, etc. El solo hecho de haber estudiado medicina lo autoriza a referirse a esos temas, pues la sociedad le ha otorgado una posición especial desde la cual opinar sin contrapeso.

Cuando egresa y le corresponde iniciar sus estudios de especialización se acrecienta esa imagen de superioridad pues la vida le ha tratado bien y ha logrado lo que hasta hora ha querido. ¿Por qué no creer que es especial y superior al resto, si todos los hechos le dicen eso?

Hay otro grupo, que no accede de inmediato a los estudios de especialización y se va a trabajar a lugares donde ocupa un puesto privilegiado, donde nuevamente su voz es “especial y castiza”. ¿Por qué no creer que es especial y superior al resto, si todos los hechos le dicen eso?

Por último está la tercera respuesta, a la cual ya nos referimos: La influencia de aquellos docentes que son expresión viva de la soberbia. ¿Alguien recuerda algún cirujano lanzando fuera del pabellón un instrumental defectuoso? ¿O a algún docente increpando de mala manera a un alumno por no conocer el instrumental quirúrgico, cuando nadie le dijo que debía aprenderse-lo o no formó parte de ninguna materia previa?

Pero debemos recordar que hay un grupo de alumnos que ven a ese tipo de profesionales como un modelo a seguir.

REFLEXIONES FINALES

La soberbia es un cáncer que amenaza el ejercicio profesional del médico y hay que extirparlo con vehemencia. Es labor de la educación médica implementar programas como los descritos (Riess H, Kelley JM, Bailey RW, Dunn EJ, Phillips M, 2012), con la finalidad de asegurar que los nuevos médicos posean adecuadas habilidades empáticas en su práctica profesional.

Para una práctica médica que realmente esté al servicio del otro se requiere del necesario amor por el otro y de la genuina humildad. Para eso es *necesario* poseer la exacta ponderación de lo que uno es y no es, sin autoengaños. Solo así distinguiremos hasta dónde llegar y los espacios sagrados que no podemos ni estamos autorizados a entrar. Hay que amar y ponerse al servicio del otro con absoluta entrega y humildad. El Papa humilde, Juan Pablo I, nos decía: *Amar significa viajar, correr con el corazón hacia el objeto amado.*

Sin ese viaje no hay genuina humildad.

REFERENCIAS

1. Anónimo (1999). Bhgavad Gita. Madrid: Editorial Debate
2. Islamweb (2009). Islamweb Español. Recuperado el 6 de febrero de 2010, en el world wide web <http://espanol.islamweb.net/esp/index.php?page=articles&id=149166>
3. Ramos R, Soto S, Jáuregui F (2015). La soberbia. En: Macías MA. Los siete pecados cerebrales. Guadalajara, México. Ediciones de la Noche. Universidad de Guadalajara. Páginas 51-80
4. Riess H, Kelley JM, Bailey RW, Dunn EJ, Phillips M (2012). Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *J Gen Intern Med* 27(10): 1280-1286. doi: 10.1007/s11606-012-2063-z
5. Rojas E (2008). Psicología de la Soberbia. Recuperado el 6 de febrero de 2016 de la Revista de Prensa “Tribuna Libre” en el

- world wide web <http://www.almendron.com/tribuna/psicologia-de-la-soberbia/>
6. Santa Sede (2010). La Santa Sede. Recuperado el 6 de febrero de 2016, en el world wide web http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/index_sp.htm
 7. San Isidoro de Sevilla (2004). Etimologías. Madrid: BAC Editorial
 8. Santo Tomás (2001). Suma de Teología (Vol. IV). Madrid: BAC Editorial
 9. Savater F (2007). Los siete pecados capitales. Segunda edición. Barcelona: Random House Mondadori
 10. Wilson A (1991). World Scripture. A Comparative Anthology of Sacred Texts. International Religious Foundation

