

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 3 SEPTIEMBRE DE 2016

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

[www.revistagpu.cl](http://www.revistagpu.cl)

## IMPORTANTE

El nuevo correo del editor de GPU es: [revistagpu@gmail.com](mailto:revistagpu@gmail.com)

El sitio actual de la GPU es: [www.revistagpu.cl](http://www.revistagpu.cl)

### SUSCRIPCIONES DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

(incluye envío por correo certificado)

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

### SUSCRIPCIONES EN EL EXTRANJERO

(incluye envío por correo certificado)

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

#### Solicitudes

CyC Salud Limitada

E-mail: [contacto@cyccsalud.cl](mailto:contacto@cyccsalud.cl)

Fono: (56-2) 2269 7517

\* Suscripción por 1 año (cuatro números).

Si usted es psiquiatra y no ha recibido esta revista, por favor actualice su dirección en el siguiente correo: [contacto@cyccsalud.cl](mailto:contacto@cyccsalud.cl)

**DIRECTOR ACADÉMICO**

César Ojeda

**EDITOR GENERAL**

Alberto Botto

**SUBEDITORES GENERALES**

Patricia Cordella, Hernán Villarino

**SUBEDITORES DE ÁREA**

**Psicoanálisis:** Juan Carlos Almonte

**Filosofía:** Jorge Acevedo

**Antropología:** Felipe Martínez

**Investigación:** Jaime Silva

**Literatura:** Eduardo Llanos

**Psicopatología:** Hernán Silva

**CUERPO EDITORIAL**

Jorge Acevedo

Julia Acuña

Claudia Almonte

Juan Carlos Almonte

M. Luz Bascañán

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](http://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](mailto:revistagpu@gmail.com)

ISSN: 0718-4476 (Versión impresa)

ISSN: 0718-9346 (Versión en línea)

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

1. Los trabajos deben ser escritos en castellano (en casos excepcionales se aceptarán en inglés o alemán), pueden ser inéditos o haber sido publicados en medios de baja circulación, como libros, revistas u otros. Si el autor tuviera contrato de exclusividad editorial, deberá contar con la autorización correspondiente. El formato preferido es tamaño carta, letra Arial 12 con 1,5 espacios de separación entre líneas, con uso de cursiva y sin negritas en el texto. La extensión es libre, aunque se sugiere no exceder las 20 páginas. Los trabajos deben ser enviados solo en forma electrónica al Editor General: [revistagpu@gmail.com](mailto:revistagpu@gmail.com)
2. Las colaboraciones pueden tener la forma de artículo tradicional, cartas, comentarios, opiniones, ensayos, ideas y otros. En el caso de los artículos de formato tradicional es preferible que las referencias sean las estrictamente necesarias.
3. La forma de citar las referencias es libre, pero debe ser la misma a lo largo de todo el trabajo y fácilmente comprensible para los lectores. Se sugieren las siguientes:

### *Artículo:*

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

### *Libro:*

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

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

# ÍNDICE

---

## 236 EDITORIAL

- 236 LOS DOLORES  
*Alberto Botto*

## 237 ACADÉMICAS

- 237 I JORNADAS DE RESIDENTES EN PSIQUIATRÍA ADULTOS.  
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

## 238 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

## 240 COMENTARIO

- 240 ALTERACIONES DEL SENTIDO DE SÍ MISMO EN ESQUIZOFRENIA.  
CONTRAARGUMENTO AL COMENTARIO “SENSACIÓN DE  
PROPIEDAD DE LA EXPERIENCIA CONSCIENTE Y TRASTORNOS  
MENTALES: CLARIFICACIONES EN TORNO AL EXAMEN DE  
ANOMALÍAS SUBJETIVAS DE LA EXPERIENCIA (EASE)”  
*Leonor Irrázaval*

## 243 ENSAYO

- 243 EL MODO PRIMARIO DE ENCONTRARSE EL HOMBRE CON LOS  
OTROS Y CONSIGO MISMO. HEIDEGGER  
*Jorge Acevedo Guerra*

- 255 HEIDEGGER Y LA PSICOSOMÁTICA  
*Hernán Villarino*

## 257 REVISIÓN

- 257 METODOLOGÍA CUALITATIVA Y ANÁLISIS NARRATIVO EN  
PSICOTERAPIA E INVESTIGACIÓN: UNA REVISIÓN SELECTIVA DE  
LA LITERATURA  
*Anneliese Dörr, Ramón Florenzano, Francisca Soto-Aguilar,  
Francois Hammann, Teresita Lira*

- 264 REVISIÓN SISTEMÁTICA DE INDICADORES BIOLÓGICOS DE  
CAMBIO EN INVESTIGACIONES DE PROCESO EN PSICOTERAPIA  
DE LA DEPRESIÓN  
*Caroline Leighton*

- 271 VIOLENCIA A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL:  
UN PROBLEMA EN AUMENTO  
*Gino Ravera, Adriana Pedrals, Constanza Recart, Pía Sius*

- 281 AYAHUASCA: UNA INTRODUCCIÓN PARA PROFESIONALES  
CHILENOS DE LA SALUD MENTAL. SEGUNDA PARTE  
*Matías Méndez*

## 290 PSICOANÁLISIS

- 290 LA ‘NOTA AZUL’ EN LA SESIÓN ANALÍTICA  
*Andrés Correa, Andrés Muñoz, Claudia Balbontín*

- 303 CONTRATRANSFERENCIA: ¿HERRAMIENTA ÚTIL EN  
NUESTROS DÍAS?  
*Lorena Pumarino, Cristián Montes, Alejandra Ramírez, Antonio  
Menchaca, Carolina Zárate, Cecilia Fernández*

## 309 SALUD MENTAL

- 309 INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL CON INMIGRANTES:  
CONSTRUCCIONES DISCURSIVAS Y LA PRODUCCIÓN DE  
PRÁCTICAS SITUADAS  
*Margarita María Becerra*

## 316 GÉNERO Y PSIQUIATRÍA

- 316 INTRODUCCIÓN A LOS ESTUDIOS DE GÉNERO Y PSIQUIATRÍA  
*Susana Cubillos*

## 321 CASO CLÍNICO

- 321 OTRO GALLO CANTARÍA...  
UN ESTUDIO SOBRE SOMATIZACIONES  
*Liliana Messina Schwartz*

## 326 REFLEXIÓN

- 326 SOBRE EL CASTIGO Y LA MISERICORDIA EN LA REHABILITACIÓN  
DEL DELINCUENTE  
*Arturo Vásquez Fuchslocher*

## LOS DOLORES

Alberto Botto

“ Cuando la hermanita ve que el hermanito siente un dolor encuentra un camino que está más allá de todo conocimiento: cariñosamente su *mano* encuentra el camino, acariciando quiere *tocarlo* allí donde le duele”. En ese “ser-tocado” surge, según Viktor von Weizsäcker (2009), el primer acto médico, la primera técnica de la terapia. Y es en esa “inclinación hacia el dolor” donde es posible encontrar el sentido de la elección de la profesión de médico. Convertirse en médico será, entonces, una manera de aproximarse al dolor de los demás. Sin embargo, aún queda por responder una pregunta previa: ¿qué es el dolor, qué significan los dolores? Y, además: ¿es posible comprender el dolor de otro?

El dolor –afirmará Weizsäcker– no puede ser capturado pero, en cambio, uno puede ser capturado por él. Ser capturado por el dolor de otro implica ser conmovido por él y este contagio es una de las tantas formas que puede tomar la empatía. A diferencia de quien, por experimentar el dolor, es incapaz de alejarlo ni abstraerse de su presencia que no lo deja, el médico puede dirigirse a él del mismo modo en que puede tomar distancia. Pero en este doble movimiento hay algo indisoluble y constituye su fundamento: solo podemos saber que alguien en realidad tiene un dolor cuando nosotros mismos hemos pasado por esa experiencia antes.

Podemos dudar de muchas cosas, pero difícilmente cuestionaremos la experiencia de que el dolor *me pertenece*, que es *mío*. Es *a mí* a quien le duele la cabeza, el golpe que me di en el muslo derecho o la pérdida de un ser querido. A través del dolor el cuerpo se hace presente y, como sostiene Merleau-Ponty, se transforma en ese *objeto que no nos deja*. Y que perturba una organización, un cierto ordenamiento de las cosas en el

mundo, lo cual no constituye necesariamente un daño, la destrucción o la muerte. Porque crecer también duele. Por eso el médico no solo debe conocer el dolor sino que debe saber distinguir *los dolores*, de modo de curar el dolor que anuncia la patología pero también permitir que madure el dolor que acompaña al desarrollo y el crecimiento. En consecuencia ¿qué dolores estamos autorizados a suprimir los psiquiatras y terapeutas?

La esencia del arte de curar –apunta Gadamer (2012)– consiste en volver a producir lo que ya ha sido producido, en restaurar un equilibrio alterado, donde estar *sano* no es lo mismo que estar *curado*. Por eso, la intervención del médico no puede considerarse solo como un *hacer o producir* algo (siendo esta, en sí misma, una fuente de perturbación) sino, sobre todo, un refuerzo de aquellos factores que determinan el equilibrio. De esta manera la medicina no podrá ser entendida solo como una *técnica* ya que, en su esencia, solo se comprende como un intento por recuperar el orden natural perdido.

Por lo tanto, si volvemos al relato donde la pequeña niña posa su mano sobre el lugar donde su hermanito siente el dolor y lo *toca*, en ese momento no se suprime el dolor –no se evita ni se rechaza–; posiblemente lo que ocurre en ese sencillo y profundo gesto es el comienzo del verdadero acto médico: llevar a cabo el trabajo del dolor.

### REFERENCIAS

1. Gadamer HG (2012). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.
2. Von Weizsäcker V (2009). *Escritos de antropología médica*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

# ACADÉMICAS



**UNIVERSIDAD ACREDITADA**  
6 AÑOS | HASTA NOVIEMBRE 2016

Universidad de Concepción  
Facultad de Medicina  
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

## I JORNADAS DE RESIDENTES EN PSIQUIATRÍA ADULTOS “DESAFÍOS Y PROPUESTAS”

**CONFERENCIAS - EXPOSICIONES - MESA\$ DE TRABAJO**

### **TEMA\$:**

- Proceso de formación del especialista.
- Historia, estado actual y futuro de la certificación del especialista y acreditación de los Programas.
- Subespecialidades en psiquiatría.

### **ORGANIZADO POR:**

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental  
Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

### **DIRIGIDO A:**

Residentes de Psiquiatría adultos, Psiquiatras,  
médicos generales y estudiantes de medicina.

**FECHA: 24, 25 Y 26 DE NOVIEMBRE DE 2016.**

**LUGAR: AUDITORIO COLEGIO MÉDICO REGIONAL CONCEPCIÓN**

**COSTO:** Psiquiatras: \$50.000, Médicos Generales \$40.000,  
Residentes \$30.000, Estudiantes de Medicina \$10.000.  
(20% descuento para inscripciones antes del 30 de septiembre de 2016).

INFORMACIONES E INSCRIPCIONES EN [ibermedo@udec.cl](mailto:ibermedo@udec.cl)  
FONO 56 41-2312799, [WWW.PSIQUIATRIAYSALUDMENTAL.UDEC.CL](http://WWW.PSIQUIATRIAYSALUDMENTAL.UDEC.CL)



## CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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



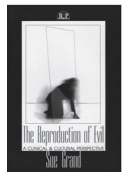
### PRINCIPIOS CLÍNICOS EN PSICOTERAPIA RELACIONAL

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



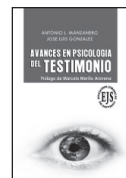
### PSIQUIATRAS CHILENAS: PIONERAS EN LA LOCURA

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

Autora: 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, Paris, 2012  
 Comentario: Rev GPU 2014; 10; 2: 139



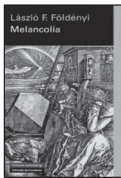
**CARTAS SOBRE LA MUERTE. SELECCIÓN, TRADUCCIÓN DESDE EL LATÍN AL CASTELLANO Y NOTAS DE JOSÉ LUIS RAMACIOTTI**  
 Autor: Séneca  
 Editorial: Ediciones Tánctas, Santiago 2014  
 Comentario: Rev GPU 2014; 10; 2: 140-141



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



**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



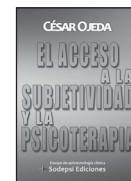
**FRITZ PERLS EN BERLÍN (1893-1933). EXPRESIONISMO, PSICOANÁLISIS, JUDAÍSMO**  
 Autor: Bernd Bocian  
 Editorial: EHP Verlag Andreas Kohlhage / Cuatro Vientos  
 Comentario: Rev GPU 2015; 11; 3: 224-225



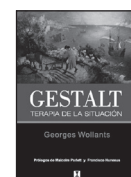
**LEER AL ENFERMO. HABILIDADES CLÍNICAS EN LA FORMACIÓN PSQUIÁTRICA**  
 Autor: Mario Vidal Climent  
 Editorial: USACH, Santiago, 2015  
 Comentario: Rev GPU 2015; 11; 4: 317-318



**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

# ALTERACIONES DEL SENTIDO DE SÍ MISMO EN ESQUIZOFRENIA

## CONTRAARGUMENTO AL COMENTARIO “SENSACIÓN DE PROPIEDAD DE LA EXPERIENCIA CONSCIENTE Y TRASTORNOS MENTALES: CLARIFICACIONES EN TORNO AL EXAMEN DE ANOMALÍAS SUBJETIVAS DE LA EXPERIENCIA (EASE)”<sup>1</sup>

(Rev GPU 2016; 12; 3: 240-242)

Leonor Irarrázaval<sup>2</sup>

El modo de autoconciencia prerreflexiva se refiere al carácter “subjetivo” de la experiencia humana, que se mantiene siempre constante, destacándose como un aspecto constitutivo de la conciencia fenoménica. Este modo de autoconciencia no se manifiesta explícitamente, como una elaboración temática o reflexiva del sujeto, sino que constituye el trasfondo subjetivo implícito de la vida experiencial. Asimismo, la subjetividad de la vida experiencial implica que la experiencia se manifiesta al sujeto con la cualidad distintiva de *for-me-ness* o “ser-para-mí”, en alemán *Für-sich-selbsterscheinens* (Husserl, 1959, 1973). Es decir, la experiencia se presenta como única para el sujeto que la vive, siendo su naturaleza subjetiva un aspecto inherente y esencial, también llamado el *what is like (for-me)* de la experiencia (Nagel, 1974). Esta forma primaria implícita de autorreferencia es considerada un rasgo universal y esencial de la experiencia consciente (Gallagher y Zahavi, 2012; Zahavi y Kriegel, 2015). Estos dos niveles –implícito y explícito– pueden distinguirse por la manera en que el sujeto vive la experiencia: el primero

es prerreflexivo, tácito o “proximal”, mientras que en el segundo el sujeto pone atención u observa su propia experiencia de una manera reflexiva, temática o “distal” (Polanyi, 1966; Fuchs, 2001).

La noción de autoconciencia prerreflexiva corresponde a la llamada “perspectiva en primera-persona” implícitamente dada en la vida experiencial. Esta perspectiva está intencionalmente orientada “desde dentro” hacia el mundo, y presupone un sentido inmediato de “pertenencia” o de “personalización” de la experiencia (Jaspers, 1997), también llamado *sense of mineness* (Parnas y Handest, 2003; Parnas y Sass, 2003; Parnas y Sass, 2008). *In each case mineness* (Heidegger, 2008), o en alemán *Jemeinigkeit* (Heidegger, 1927), que se ha traducido en castellano como “ser, en cada caso, mío” (Heidegger, 1951) o “ser-cada-vez-mío” (Heidegger, 1997) –connotando siempre el pronombre personal “yo soy”, “tú eres”– en ningún caso se refiere a un sentido de “posesión” de la experiencia como un objeto o material de “mi propiedad” (“lo mío”), tal como se posee, por ejemplo, dinero, un auto o una casa, sino que se refiere más bien al

<sup>1</sup> Pablo López-Silva. GPU, volumen 10, número 3, 2014.

<sup>2</sup> Centro de Estudios de Fenomenología y Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales. Sección de Fenomenología Psicopatológica y Psicoterapia, Centro de Medicina Psicosocial, Hospital Universidad de Heidelberg

sentido “perspectival” de la experiencia en primera-persona, esto es, “desde dentro” (Gallagher y Zahavi, 2012).

La esquizofrenia ha sido caracterizada por una alteración paradigmática llamada *disembodiment* (Fuchs, 2005, 2010; Stanghellini, 2009), que puede ser traducida en castellano como “despersonificación”, “descorporalización” o “desencarnación”. Esto no implica literalmente una división, divorcio o separación entre la mente y el cuerpo, sino más bien una “distancia subjetiva” de la perspectiva en primera-persona (Irarrázaval, 2013). Por ejemplo, con frecuencia, hay una transición desde experimentar los pensamientos en un nivel *quasi* perceptual hasta llegar a las alucinaciones auditivas externas. En un principio los pacientes escuchan sus propios pensamientos no con los oídos, sino como su propia voz dentro de su cabeza. Progresivamente los pensamientos pierden familiaridad, y luego los pacientes empiezan a oír las voces “de otros” dentro de su cabeza (que ya no les parecen corresponder con sus propios pensamientos). Las voces son anónimas (impersonales): los pacientes no las identifican con nadie en particular. Ahora la experiencia se “exterioriza” y las voces se oyen como procedentes del exterior, adquiriendo las características de una alucinación. Así, en el estado psicótico, el paciente vive como una realidad externa algo que es, de hecho, parte de su propia experiencia personal (Irarrázaval, 2015). Este estado progresivo de externalización culmina con la “despersonalización” de la experiencia subjetiva, manifestando alteraciones graves del sentido de agencia o autoría (Fuchs, 2013).

El carácter de subjetividad y la cualidad de unicidad de la experiencia se mantendrían constantes, incluso en las manifestaciones anómalas de la experiencia de los pacientes con esquizofrenia; no obstante, un paciente con esquizofrenia puede referir que vive sus experiencias como ajenas, que se siente como otra persona o que se siente como una máquina carente de toda subjetividad (Fuchs, 2006). En estos casos la experiencia es vivida por el sujeto con la cualidad de presentarse (“para él”) como carente de su propia subjetividad, aunque esta no pierde su condición constitutiva de ser “subjetiva”. Porque, precisamente, lo que se perturbaría en la esquizofrenia no serían los rasgos constituyentes o universales de la vida experiencial, puesto que no existe una forma de experiencia humana que no sea subjetiva, sino más bien aspectos paradigmáticos de esta enfermedad, que se relacionan con la pérdida de continuidad del sentido implícito de sí mismo dentro de una dimensión de “significado”; esto es, no sentirse agente o autor de la propia experiencia, manifestando una grave alteración de la identidad personal.

Así, al poner el término en el contexto del Examen de Anomalías Subjetivas de la Experiencia EASE (la sigla en inglés EASE significa en castellano FACILIDAD) (Parnas *et al.*, 2005; 2011), no parece una mejor alternativa traducir *sense of mineness* como “sentido de propiedad” de las experiencias conscientes, como sugiere Pablo López-Silva en su comentario publicado en el volumen 10, número 3 de 2014. La sugerencia de traducirlo como “propiedad”, al contrario de lo que se esperaría en el comentario en cuestión, no expresaría de forma más clara el concepto en este contexto, ni menos aún superaría la confusión conceptual que parece existir, sino que incluso la podría inducir con más “facilidad”.

Cabe señalar que el EASE fue traducido al castellano en colaboración con un equipo de investigadores con amplia experiencia clínica, además de contar con un adecuado dominio del enfoque fenomenológico para el diagnóstico psiquiátrico, junto con la asesoría de traductores profesionales. Si bien la traducción del término *mineness* como “mismidad” no es literal ni tampoco exacta (en Inglés habitualmente corresponde con *sameness*), más allá de cualquiera traducción del término, parece importante aclarar la naturaleza particular de la vida experiencial que se pretende definir con este. En consecuencia, junto con el Dr. Otto Dörr, después de consultar diversas fuentes bibliográficas de la tradición fenomenológica, las opiniones de otros clínicos expertos en psicopatología y las sugerencias de varios traductores profesionales, “mismidad” nos pareció la mejor opción entre varias alternativas, incluida “propiedad”. Finalmente, decidimos deliberadamente traducir *mineness* como “mismidad” en la versión del EASE publicada en castellano en esta revista (Parnas *et al.*, 2011), justamente debido a que las alteraciones de la continuidad del sentido de sí mismo, que se manifiestan como un aspecto crucial en la experiencia de pacientes con esquizofrenia, parecerían quedar mejor interpretadas con este término.

## REFERENCIAS

1. Fuchs T (2001). The tacit dimension. Commentary to W. Blankenburg's "Steps towards a psychopathology of common sense". *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 8, 323-326
2. Fuchs T (2005). Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 12, 95-107
3. Fuchs T (2006). Being a psycho-machine. On the phenomenology of the influencing-machine. In T. Röske & B. Brand-Clausen (Eds.), *The air loom and other dangerous influencing machines* (pp 25-41). Heidelberg: Wunderhorn
4. Fuchs T (2010). Phenomenology and psychopathology. In Gallagher S & Schmicking D (Eds.), *Handbook of phenomenology and the cognitive sciences* (pp. 547-573). Dordrecht: Springer

5. Fuchs T (2013). The Self in Schizophrenia: Jaspers, Schneider and beyond. In *One century of Karl Jaspers' General Psychopathology*, ed. G. Stanghellini and T. Fuchs, 245-257. Oxford, UK: Oxford University Press
6. Gallagher S, Zahavi D (2012). *The Phenomenological Mind*, 2nd Ed. New York: Routledge
7. Heidegger M (1997). *Ser y Tiempo* (Trad. Eduardo Rivera). Santiago de Chile: Editorial Universitaria
8. Heidegger M (1951). *El ser y El tiempo* (Trad. José Gaos). México: Fondo de Cultura Económica
9. Heidegger M (1927). *Sein und Zeit*. Max Niemeyer Verlag. Tübingen: Deutschland
10. Heidegger M (2008). *Being and Time*. New York: Harper & Row, Publishers, Incorporated
11. Husserl E (1959). *Erste Philosophie II 1923-24, Husserliana VIII*. Den Haag: Martinus Nijhoff
12. Husserl E (1973). *Zur Phänomenologie der Intersubjektivität. Texte aus dem Nachlass, Dritter Teil: 1929-1935*, ed. Iso Kern. Husserliana XV. Den Haag: Martinus Nijhoff
13. Irarrázaval L (2013). Psychotherapeutic implications of self disorders in schizophrenia. *American Journal of Psychotherapy*, 67, 3: 277-292
14. Irarrázaval L (2015). The lived body in schizophrenia. Transition from basic self-disorders to full-blown psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, Vol. 6, Num. 00009. doi: 10.3389/fpsy.2015.00009
15. Jaspers K (1997). *General Psychopathology*, trans. J. Hoenig and M. W. Hamilton. London: The Johns Hopkins University Press
16. Nagel T (1974). What is it like to be a bat? *The Philosophical Review*, 83(4), 435-450
17. Parnas J, Handest P (2003). Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44(2), 121-134
18. Parnas J, Sass L (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull*, 29: 427-44. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017
19. Parnas J, Sass L (2008). Varieties of "phenomenology": on description, understanding, and explanation in psychiatry. In K. Kendler & J. Parnas, (Eds.), *Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Phenomenology and Nosology* (pp 239-277). New York: Johns Hopkins University Press
20. Parnas J, Moeller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, Zahavi D (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*, 38(5), 236-258
21. Parnas J, Moeller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, et al. (2011). EASE: Examen de anomalías subjetivas de la experiencia (desórdenes del self) [EASE: examination of anomalous self-experience]. (O. Dörr & L. Irarrázaval, Trad.). *Rev GPU*, 7: 439-67
22. Polanyi M (1966). *The tacit dimension*. Chicago: The University of Chicago Press
23. Stanghellini G (2009). Embodiment and schizophrenia. *World Psychiatry*, 8, 56-59
24. Zahavi D, Krieger U (2015). For-me-ness: What it is and what it is not. In D. Dahlstrom A Elpidorou & W. Hopp (Eds.), *Philosophy of Mind and Phenomenology* (pp 36-53). London: Routledge

## ENSAYO

# EL MODO PRIMARIO DE ENCONTRARSE EL HOMBRE CON LOS OTROS Y CONSIGO MISMO. HEIDEGGER<sup>1</sup>

(Rev GPU 2016; 12; 3: 243-254)

Jorge Acevedo Guerra<sup>2</sup>

Se aborda el tema de la convivencia humana desde el punto de vista de Heidegger. Además, se considera brevemente la perspectiva de Ortega y Gasset. En especial *El hombre y la gente* [Curso de 1949-1950]. Se hace hincapié en el modo inmediato y regular en que se encuentran los seres humanos al convivir entre ellos en la existencia cotidiana. Se hace notar su carácter prerreflexivo (Sartre). No obstante, también hay referencias a maneras de convivir que van más allá de esos modos. Las consideraciones sobre el tema se centran en *Ser y tiempo* y en las obras de Heidegger que preceden a ese libro y que preparan su aparición. También se toman en cuenta, aunque en menor medida, libros posteriores del autor, como los *Seminarios de Zollikon*. Hay una particular detención en la crítica de los supuestos de la teoría de la *Einfühlung* («empatía»).

La aparición *inmediata y habitual* del otro ser humano no se da mediante una previa reflexión sobre el propio ser, sobre la propia intimidad, sobre la propia conciencia. Es lo que hace notar Heidegger desde, al menos, 1923. En su curso *Ontología. Hermenéutica de la facticidad* pone de relieve que los otros hombres hacen frente o comparecen *primariamente* a partir del mundo en común de la *πρᾶξις* [*praxis*], en que tanto ellos como yo existimos de manera práctica o pragmática, esto es, vinculándonos con *πράγματα* [*prágmata*],

*asuntos o importancias*, en la traducción que da Ortega de esa palabra. Al manifestarse el mundo común, comparecen también los otros.

Didácticamente, recurre a tres ejemplos para explicar su planteamiento: 1. El de una mesa, 2. El de un libro, 3. El de nuestra conducta respecto a los otros en el quehacer común con ellos.

En cuanto al primer ejemplo, dice lo siguiente: “Lo que aparece es lo que es y como es, en cuanto «la mesa esta, aquí» en que a diario comemos *nosotros* (uno, y uno bien determinado), en la que en aquella ocasión se entabló esa conversación, jugamos a aquel juego y

<sup>1</sup> Parte de este artículo fue publicada en *Teoria - Rivista di Filosofia* (Vol. 35, Nº 2, Pisa (Italia), 2015), dirigida por Adriano Fabris.

<sup>2</sup> Profesor Titular del Departamento de Filosofía de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile. E-mail: joaceved@u.uchile.cl

estaban también allí tales personas determinadas, es decir, en el estar, ser aquí de la mesa esta todavía están ahí, siguen *siendo* con ella<sup>3</sup>.

A propósito del segundo ejemplo, dice esto: “este libro de aquí, regalado por X, que el encuadernador B tan mal lo encuadernó<sup>4</sup>”.

El tercer ejemplo tiene un carácter mucho más general que los dos anteriores, relativos a algo muy determinado: una mesa, un libro. Dice así: “Uno hace una cosa de tal modo que ante los demás, ante los otros aparezca de tal o cual manera, obtenga su respeto o logre superar a tales<sup>5</sup>”.

Luego, Heidegger precisa y generaliza aún más lo que ha indicado antes a través de los tres ejemplos ya señalados. Afirma que “la manifestación de los otros que fácticamente viven en lo que comparece queda determinada más precisamente por el carácter de «mundo común» [«mitweltlich»], es decir, los otros, en tanto viven fácticamente, comparecen «en el mundo», «mundanamente» [begegnen «weltlich»]; esto es, en cuanto son aquellos con los que uno «tiene que hacer algo» en común, con los que uno trabaja o con los que uno proyecta hacer algo (por este algo, y a causa de él, muchos otros son «indiferentes»); mundo «común» en la medida en que es donde son los otros con los que «uno mismo» [«man selbst»] tiene algo que hacer<sup>6</sup>”.

Esta manera de comparecer inmediata y regularmente los otros, que ocurre a partir del mundo común en que nos afanamos, es, a la par y sorprendentemente, el modo en que nosotros mismos nos hacemos primariamente presentes para nosotros mismos. Y en ninguno de los dos casos hay una captación expresa o teórica, ni en lo que se refiere a los otros ni en lo que nos atañe a nosotros mismos.

A propósito de esto último, advirtamos lo siguiente: se podría pensar que la presencia *primaria* de uno mismo frente a sí mismo implica algún tipo de introspección, alguna mirada expresa hacia la inmanencia de la conciencia, algún tipo de reflexividad deliberada sobre las propias vivencias y su curso. Pero no habría nada de eso. “En el aquí de la mesa y de las demás «cosas» del mundo con que nos encontramos –señala Heidegger–, es uno mismo lo que aparece, solo que de modo no destacado. [...] Pero sobre todo –advierte–, está uno mismo ahí de esta manera, *sin volver la mirada hacia el propio yo, sin reflexión de ningún tipo*; por el contrario, uno mismo se encuentra a sí mismo [man selbst begegnen sich] en ese estar ocupado con el mundo<sup>7</sup>”.

En la conferencia *El concepto de tiempo*, de 1924, insiste Heidegger en el fenómeno que consiste en que “en el término medio del Dasein cotidiano no se da ninguna reflexión sobre el yo y la mismidad”. No obstante –y contrariamente a lo que siguiendo modos habituales de pensar alguien podría imaginarse–, “a pesar de eso el Dasein se tiene a sí mismo. Se *encuentra* consigo mismo [Es *be findet sich bei sich selbst*]”. Como se ha dicho previamente, este encontrarse a sí mismo acontece de manera no reflexiva o prerreflexiva, para utilizar un término de Sartre. “El Dasein da consigo en aquello de lo que normalmente se ocupa<sup>8</sup>”. Así, pues, “en cierto modo yo mismo soy aquello con lo que trato, aquello de lo que me ocupo, aquello a lo que me ata mi profesión [Beruf]<sup>9</sup>”. El mundo, el co-mundo, el mundo en común y el quehacer que me vincula esencialmente con él se muestran como determinantes en mi *primario* encontrarme conmigo mismo.

Sea dicho de paso, Sartre –tanto en *El ser y la nada*, como en otros escritos– postula que hay una preeminencia de la conciencia espontánea, prerreflexiva, irreflexiva, directa o tética sobre la conciencia reflexiva. Con seguridad, el impacto de la filosofía de Heidegger en su pensamiento lo condujo en esa dirección. “La reflexión no tiene primacía de ninguna especie sobre la conciencia refleja: esta no es revelada a sí misma por aquella. Al contrario, la conciencia no-reflexiva hace posible la reflexión: hay un cogito prerreflexivo que es la condición del cogito cartesiano”, señala en su ensayo de ontología fenomenológica<sup>10</sup>.

<sup>3</sup> *Ontología. Hermenéutica de la facticidad*, Ed. Alianza, Madrid, 1999, p. 125. Trad. de Jaime Aspiunza (*Gesamtausgabe* (en adelante, GA) Vol. 63: *Ontologie* (Hermeneutik der Faktizität), V. Klostermann, Frankfurt a. M., 1988, p. 98. Ed. de Käte Bröcker-Oltmanns). He modificado ligeramente la traducción. Tengo también ante la vista *Ontologie. Herméneutique de la factivité*, Gallimard, París, 2012. Trad. de Alain Boutot. Respecto del concepto de *factivité*, véase la nota de Jaime Sologuren acerca del neologismo *factivement*. Cfr., François Fédiér, «Hannah Arendt, a propósito de Heidegger». *La lámpara de Diógenes* N° 16-17, Puebla (México), 2008, p. 30. Trad. de Jaime Sologuren y Jorge Acevedo.

<sup>4</sup> *Ontología. Hermenéutica de la facticidad*, p. 125 (GA 63, p. 98).

<sup>5</sup> *Ibid.* (*Ibid.*)

<sup>6</sup> *Ibid.*, p. 126.

<sup>7</sup> *Ibid.*, pp. 126 s. Énfasis añadido.

<sup>8</sup> *El concepto de tiempo*, Ed. Trotta, Madrid, 1999, pp. 39 s. Trad. de Raúl Gabás Pallás y Jesús Adrián Escudero (GA 64: *Der Begriff der Zeit*, 2004, p. 114. Ed. de F.-W. v. Herrmann).

<sup>9</sup> *Ibid.*, p. 39 (*Ibid.*).

<sup>10</sup> *El ser y la nada*, Ed. Alianza/Ed. Losada, Madrid, 1984, p. 23. Trad. de Juan Valmar. Revisión de Celia Amorós (*L'Être et le néant*, Gallimard, París, 1966, p. 20. 1ª ed.: 1943).



Para Sartre, Baudelaire sería un caso extraño, excepcional, en que la reflexividad es exagerada hasta casi anular la espontaneidad, la cual es máximamente disminuida. Digo *casí* porque esta última no puede ser totalmente anulada en ningún caso. Dice: “La actitud original de Baudelaire es la de un hombre inclinado. Inclinado sobre sí, como Narciso. No hay en él conciencia inmediata que una mirada punzante no traspase. Para nosotros, basta ver el árbol o la casa; totalmente absorbidos en su contemplación, nos olvidamos de nosotros mismos. Baudelaire es el hombre que jamás se olvida. Se mira ver; mira para verse mirar; contempla su conciencia del árbol, de la casa, y las cosas solo se le aparecen a través de ella, más pálidas, más pequeñas, menos conmovedoras, como si las viera a través de un anteojo. No se muestran unas a otras como la flecha señala el camino, como el indicador marca la página, y el espíritu de Baudelaire nunca se pierde en ese dédalo. Su misión inmediata, por el contrario, es la de remitir la conciencia a sí misma”<sup>11</sup>.

Insistiendo en el carácter derivado de la reflexividad, y a propósito de las emociones, Sartre polemiza con la psicología vigente en su tiempo. “Para la mayoría de los psicólogos –advierte– ocurre como si la conciencia *de* la emoción fuera ante todo una conciencia reflexiva; es decir, como si la forma primera de la emoción como hecho de conciencia consistiera [...] en ser aprehendida como un *estado de conciencia*. Y no cabe duda de que siempre es posible cobrar conciencia de la emoción como estructura afectiva de la conciencia y decir: estoy furioso, tengo miedo, etc. Pero el miedo no es originalmente conciencia *de* tener miedo, como tampoco la percepción de este libro es conciencia *de* percibir este libro. La conciencia emocional es ante todo irreflexiva y, en este plano, solo puede ser conciencia de sí misma en el modo no-posicional”<sup>12</sup>. El cogito prerreflexivo está compuesto de dos dimensiones que se dan al mismo tiempo: la conciencia posicional de objetos o conciencia tética del mundo y la conciencia no-posicional (de) sí misma o conciencia no-tética<sup>13</sup>. Inmediata y regularmente nos movemos en su plano, y no en el de la conciencia reflexiva. Y, por cierto, esto acontece tanto

en la conciencia emocionada como en todos los otros modos de la conciencia.

Volvamos a la meditación de Heidegger sobre el asunto principal que tenemos entre manos. En «*El concepto de tiempo* (Tratado de 1924)», considerado por Friedrich-Wilhelm von Herrmann como el texto embrionario de la obra fundamental *Ser y tiempo*, Heidegger vuelve sobre los planteos que hizo anteriormente, aunque en el tratado los aborda de otra manera, lo que contribuye a su esclarecimiento. El ejemplo de la mesa aparece de nuevo, conjugado con varios otros. “La mesa que se encuentra allá en un determinado lugar remite a aquellos con los que uno comparte diariamente la mesa; la herramienta que comparece en el uso ha sido comprada en..., ha sido reparada por...; el libro ha sido regalado por...; el paraguas que está en la esquina fue olvidado por... Aquello de lo que uno se ocupa en el trato con el mundo circundante comparece como algo que se presenta con este o aquel aspecto *ante* los otros, como algo que les resulta útil, que despierta su interés y que puede distinguirse de otras cosas. El *mundo circundante* [*Umwelt*] deja comparecer a los otros que nos resultan inmediatamente conocidos y familiares; en la ocupación circunmundante, los otros están ya siempre ahí como aquellos con los que uno tiene que habérselas en la ocupación”<sup>14</sup>.

Insiste en el fenómeno del primario comparecer de uno mismo “ante” sí mismo, fenómeno cuyas características son semejantes a las que ostenta la comparencia de los otros. A continuación del texto recién citado, agrega: “Ahora bien, uno no solo se encuentra con los otros; *uno* también se encuentra a *sí mismo* en aquello que uno hace, en aquello que uno espera, en aquello que uno evita, en aquello en lo que uno permanece mientras está ocupado en algo”. Y otra vez hace notar que “este encontrarse a sí mismo [*Sichselbstbegegnen*] a partir del mundo circundante se produce sin necesidad de recurrir a una introspección dirigida al yo o a una percepción reflexiva de vivencias y actos «internos»”<sup>15</sup>.

En el curso *Prolegómenos para una historia del concepto de tiempo* (1925) el asunto que estamos abordando reaparece complicado con muchos otros, en los cuales, por cierto, no entraremos. Tengamos en cuenta que, como subraya Alain Boutot, su cercanía con *Ser y tiempo* no consiste solamente en que la problemática

<sup>11</sup> J.-P. Sartre, *Baudelaire*, Ed. Losada, Bs. As., 1957, p. 18. Trad. de Aurora Bernárdez.

<sup>12</sup> *Bosquejo de una teoría de las emociones*, Ed. Alianza, Madrid, 1971, pp. 75 s. Trad. de Mónica Acheroff (*Esquisse d'une théorie des émotions*, Hermann, París, 1963, p. 38. 1ª ed.: 1939).

<sup>13</sup> Al respecto, remito a mi libro «*Hombre y Mundo. Sobre el punto de partida de la filosofía actual*», Ed. Universitaria, Santiago, 1992, Cap. II, apartado 2.2.

<sup>14</sup> «*El concepto de tiempo* (Tratado de 1924)», Ed. Herder, Barcelona, 2008, p. 35. Trad. de Jesús Adrián Escudero (GA 64, pp. 24 s.).

<sup>15</sup> *Ibid.*, p. 36 (*Ibid.*, p. 25)



desarrollada en ambas obras es esencialmente parecida, sino que también en el hecho de que la parte principal del curso se vuelve a encontrar casi literalmente en el tratado de ontología fundamental, hasta el punto de que se puede considerar el curso no solo como una primera versión de la obra capital de Heidegger, sino incluso como toda una primera redacción suya<sup>16</sup>.

Algunos ejemplos que ya hemos traído a colación se reiteran; en algunos de ellos, sin embargo, Heidegger refiere a algunos aspectos que no estaban en los textos anteriores. Por lo demás, a propósito de esto podríamos partir de un “principio” filológico para llegar a “otro”. El primero dice: si dos dicen lo mismo, no es lo mismo. Sobre esa base, alcanzaríamos un segundo “principio” que, arriesgándonos, enunciaríamos así: si un filósofo dice lo mismo en un contexto diferente, no es lo mismo que lo que dijo en el primer contexto. Entre paréntesis: mi hipótesis se basa en lo que advierte Ortega en el capítulo XI de su tratado filosófico-sociológico. Dice allí: “Desde hace bastantes años postulo una nueva filología.[...] Esta nueva filología tendrá, por ejemplo –conste que se trata solo de un ejemplo elegido por su relativa sencillez–, que elevar a principio formal de la lingüística la vetusta receta, que, como una indicación secundaria, ha orientado siempre la interpretación práctica de los textos y que reza: *Duo si idem dicunt, non est idem*, si dos dicen lo mismo... pues no es lo mismo”<sup>17</sup>.

Leemos: “La herramienta que utilizo la compré donde...; el libro me lo regaló...; el paraguas lo olvidó... La mesa del comedor de casa no es un tablero redondo sobre una armazón con patas, sino un mueble situado en un sitio determinado que a su vez tiene sus sitios propios en los que todos los días se encuentran otros bien concretos. Y el sitio vacío me presenta [ap-präsentiert] justamente el *Mitdasein* [la coexistencia] de otro, al implicar que falta”<sup>18</sup>. Es preciso, pues, des-

taar ahora que desde el mundo en común no emerge solo la presencia del otro, sino también su ausencia.

Como en los casos ya examinados, a partir de los ejemplos particulares Heidegger avanza hacia un planteo más general en el que se introducen nuevos matices: “Asimismo, aquello con que nos ocupamos en nuestro quehacer cotidiano puede estar presente en el cuidado [in der Sorge] en cuanto algo que puede ser de provecho para otro, algo que le vaya a estimular, o a aventajar, algo que está en una relación cualquiera con los demás –la mayoría de las veces sin que se sepa expresamente de ello. En todo aquello con lo que tratamos, y sobre todo en las cosas del mundo, coexisten los demás, y en particular aquellos con los que cotidianamente se está”<sup>19</sup>.

De nuevo, Heidegger señala que lo que ocurre con los otros también ocurre conmigo: “en la propia subsistencia fenoménica de la cotidianidad del Dasein se ve claramente que en aquello con que uno se ocupa a diario no solo están los demás sino curiosamente «uno mismo»”<sup>20</sup>.

En un curso posterior Heidegger reafirma con extraordinario vigor esto último: “El yo está presente al Dasein –dice–, sin reflexión y sin percepción interna, antes de toda reflexión. La reflexión, en el sentido de un volver atrás, es solo uno de los modos de *aprehensión* de sí, pero no el modo primario de aprehenderse a sí mismo. [...] el Dasein no se encuentra más que en las cosas mismas y, a decir verdad, en aquellas que cotidianamente le rodean. *Se encuentra [es findet sich]* primaria y constantemente *en las cosas*, porque tendiendo a ellas o repelido por ellas, siempre descansa en ellas de alguna manera. Cada uno de nosotros es aquello que persigue y aquello por lo que se preocupa”<sup>21</sup>.

Aunque no tengo la menor intención de introducirme en los complejos asuntos planteados en este apartado b del § 15, creo pertinente no abandonarlo de inmediato y detenerme en unas palabras suyas que vienen especialmente al caso. “En principio y la mayoría de las veces [zunächst und zumeist: inmediata y regularmente] nos tomamos a nosotros mismos tal como la vida cotidiana sugiere; no sutilizamos ni diseccionamos

<sup>16</sup> Cfr., *Prolegomènes à l'histoire du concept de temps*, Éd. Gallimard, París, 2006, p. 9. Prefacio y traducción de Alain Boutot.

<sup>17</sup> *El hombre y la gente [Curso de 1949-1950]*, *Obras Completas* (en adelante, O. C.) Vol. X, Fundación José Ortega y Gasset / Ed. Taurus, Madrid, 2010, pp. 303 s. Cito según esta excelente nueva edición de las obras de Ortega, dirigida por Javier Zamora Bonilla y publicada ente 2004 y 2010. En adelante, se citará en romanos el volumen y en arábigos las páginas.

<sup>18</sup> *Prolegómenos para una historia del concepto de tiempo*, Ed. Alianza, Madrid, 2006, p. 299. Trad. de Jaime Aspiunza (GA 20: *Prolegomena zur Geschichte des Zeitbegriffs*, 1979, p. 329. Ed. de Petra Jaeger).

<sup>19</sup> *Ibid.* (*Ibid.*). Destaco lo que pongo en cursiva para poner de relieve que los fenómenos que Heidegger describe son, más bien, prerreflexivos.

<sup>20</sup> *Ibid.*, p. 302 (*Ibid.*, p. 332).

<sup>21</sup> *Los problemas fundamentales de la fenomenología* [1927], Ed. Trotta, Madrid, 2000, p. 201. Prólogo y trad. de Juan José García Norro (GA 24: *Die Grundprobleme der Phänomenologie*, 1975, p. 226. Ed. de F.-W. v. Herrmann).

nuestra vida anímica. Nos comprendemos de un modo cotidiano o, como podemos formularlo terminológicamente, *no propiamente* [*nicht eigentlich*] en el estricto sentido de la palabra, no de continuo a partir de las posibilidades más extremas y más propias de nuestra propia existencia, sino *impropiamente* [*uneigentlich*], es verdad que a nosotros mismos, pero de un modo tal que *no nos pertenecemos* [*wie wir uns nicht zu eigen*], sino que, en la cotidianidad del existir, nos hemos perdido [verloren haben] a nosotros mismos en las cosas y *en los hombres*. «No propiamente» [*nicht eigentlich*] significa: no como en el fondo *podemos* ser nuestros. Sin embargo «estar perdidos» [Verlorensein] no tiene una connotación negativa, peyorativa, sino que significa algo positivo: que pertenece al Dasein mismo. La comprensión de sí mismo de término medio que tiene el Dasein toma al yo [das Selbst] como impropio [uneigentliches]. Esta comprensión de sí impropia que posee el Dasein no significa en absoluto un comprenderse a sí mismo inauténtico [ein unechtes Sichverstehen]. Por el contrario, este tenerse cotidiano dentro de nuestro fáctico, existente, apasionado andar con las cosas puede muy bien ser auténtico [echt], mientras todo extravagante ahondar en el alma puede ser inauténtico [unecht] en el grado más alto o incluso patológicamente excéntrico<sup>22</sup>.

De partida, consideremos que en Heidegger no coinciden propiedad y autenticidad, así como tampoco impropiedad e inautenticidad. Se puede ser auténtico en la impropiedad; por el contrario, se puede ser inauténtico en el «extravagante ahondar en el alma».

Vale la pena detenerse un momento en esto. En el §17 del curso de 1925-1926 –‘Preocupación como ser de la existencia. Asistencia y procurar; propiedad e impropiedad’–, Heidegger esclarece en primera instancia los vínculos entre propiedad / impropiedad [Eigentlichkeit / Uneigentlichkeit] y autenticidad / inautenticidad [Echtheit / Unechtheit], dando claves para evitar confusiones. Dice: “Para el esclarecimiento de este fenómeno de la unidad de la existencia se vuelven importantes los modos mencionados de la propiedad y de la impropiedad, que luego se cruzan con los modos de la autenticidad y la inautenticidad. Hay una propiedad inauténtica, es decir, un modo inauténtico en que la existencia se hace consigo misma, y hay una impropiedad

auténtica, es decir, un modo auténtico de perderse a sí mismo, que nace de la existencia concreta respectiva”<sup>23</sup>.

Por otra parte, el estar perdido en las cosas es también un estar perdido *en los hombres*, lo cual tiene gran importancia para el asunto central que estamos tratando, que con frecuencia se denomina el tema de la “intersubjetividad”<sup>24</sup>. Así como cada uno de nosotros se encuentra inmediata y regularmente a sí mismo desde las cosas, se encuentra a sí mismo primariamente, a la par, *desde los otros hombres*. Y, por tanto, los otros no son hallados primariamente a partir de una previa reflexión acerca de uno mismo, la que sería proyectada sobre los otros.

Además, y paradójicamente –paradójicamente desde un punto de vista anclado en nuestros petrificados hábitos mentales–, una reflexión del hombre sobre sí mismo llevada al extremo puede desembocar en una actitud perjudicial para él, en una conducta enfermiza, francamente patológica.

En su curso *Introducción a la filosofía* (1927/1928) Heidegger nos hace ver de otra manera que el vínculo *primario* entre los hombres no consiste en un elaborado mutuo aprehenderse, sino en algo previo que posibilita ese mutuo aprehenderse (si es que llegara a ocurrir). La base de ese aprehenderse es el “simple” ser-unos-con-otros en que hay una referencia de los que conviven a algo común. Da un ejemplo: se trata de dos excursionistas. “Supongamos –dice–, que los

<sup>22</sup> *Ibid.*, pp. 202 s. (*Ibid.*, p. 228). La cursiva de *y en los hombres* es mía. Véase, también, Jorge Eduardo Rivera, *Heidegger y Zubiri*, Ed. Universitaria / Eds. Universidad Católica de Chile, Santiago, 2001, Cap. 3: *Zunächst und zumeist*.

<sup>23</sup> *Lógica. La pregunta por la verdad*, Ed. Alianza, Madrid, 2004, p. 179. Trad. de J. Alberto Ciria C. (GA 21: *Logik. Die Frage nach der Wahrheit*, 1976, pp. 226 s. Ed. de Walter Biemel). Al respecto, véanse Philippe Arjakovsky, François Fédier, Hadrien France-Lanord, «*Le Dictionnaire Martin Heidegger. Vocabulaire polyphonique de sa pensée*», Cerf, París, 2013. Artículo «*Être en propre. Improprement*», escrito por Hadrien France-Lanord. Este diccionario contiene un genuino pensamiento filosófico. No es meramente informativo y de consulta.

<sup>24</sup> Creo que este término es poco feliz. Da pie para imaginarse que, por lo pronto y primariamente, hay subjetividades separadas, autónomas y completamente independientes unas de otras. De vez en cuando estas subjetividades substanciales entrarían en contacto con otras –y en tal caso nos hallaríamos de paso y momentáneamente en el ámbito de la “intersubjetividad”–, para luego sumirnos de nuevo en la absoluta inmanencia que sería propia de cada subjetividad. En el planteamiento de Heidegger, lo que denomina coestar (*Mitsein*) mío con los otros y coexistencia (*Mitdasein*) de los otros conmigo no consiste en lo más mínimo en algo así. Y en tales fenómenos encontramos *el nivel radical de la convivencia humana adecuadamente entendida*.

dos excursionistas, tras un recodo de la vereda por la que van, se encuentran con un inesperado panorama de unas montañas, de suerte que ambos se sienten súbitamente emocionados y se limitan a permanecer en silencio el uno junto al otro. En tal caso no hay ni rastro de algo así como un mutuo aprehenderse, cada uno está absorbido por el maravilloso panorama que se les ofrece. ¿Es que ahora se han quedado no más que el uno junto al otro como [...] dos bloques de piedra? No hay tal en lo más mínimo, advierte Heidegger. “Precisamente en este momento –añade–, precisamente en este instante, está el uno con el otro, co-está o co-es uno con el otro, y, por cierto, de una manera como no podrían estarlo si simplemente se limitaran a charlar despreocupadamente, o incluso se pusieran a aprehenderse mutuamente, es decir, a mirarse y a analizarse mutuamente husmeándose y olisqueándose sus mutuos complejos. [...] El mutuo aprehenderse se funda en el ser-unos-con-otros, en el uno-con-otro o unos-con-otros, el mutuo aprehenderse se funda en el *Miteinander* y no al revés”<sup>25</sup>.

Continúa Heidegger tanto con su argumentación como con su ejemplo para hacer ver la “simplicidad” del encuentro *primario* entre los hombres, el que estaría exento de las complejidades que con frecuencia se le atribuyen. “El ser manifiestos los unos a los otros [Für-einander-offenbar-sein] no consiste, pues, en que yo conozca al otro (ni a la inversa, el otro a mí) en lo que suele entenderse por su (por mi) vida interior, que yo sepa lo que pasa dentro de él, qué clase de disposiciones y peculiaridades tiene o incluso qué voladuras o «pájaros» («comeduras de coco») le rondan por la cabeza; y tampoco consiste en aprehender su forma de ser externa ni su comportamiento externo, es decir, la manera como externamente se conduce. Si el ser manifiestos los unos a los otros ha de contener una indicación sobre la esencia del ser unos con otros, entonces esa indicación habremos de encontrarla al cabo allí donde constatamos tal ser-el-uno-con-el-otro, por ejemplo,

<sup>25</sup> *Introducción a la filosofía*, Ediciones Cátedra/Universidad de Valencia, Madrid, 1999, p. 96. Trad. de Manuel Jiménez Redondo (GA 27: *Einleitung in die Philosophie*, 1996, pp. 86 s. Ed. de Otto Saame † e Ina Saame-Speidel). El traductor introduce con frecuencia glosas en su versión. De ahí que a veces la frase en castellano sea bastante más larga que la correspondiente en alemán. La última frase del texto citado, por ejemplo, dice: “Gegenseitiges Sicherfassen ist fundiert im Miteinandersein”. El traductor justifica su modo de proceder –adecuadamente, en mi opinión– tanto en su prólogo como en su apéndice y su epílogo.

en el sentirse arrebatados ambos excursionistas por la panorámica que se les ofrece”<sup>26</sup>.

## II

Al entrar en la lectura de *Ser y tiempo* (1927) nos encontramos con la insistencia en temas abordados en los textos en que germina la obra, así como con el desarrollo de otros tocados más bien de paso en esos textos. Entre ellos, lo que podemos llamar modos de convivencia entre los hombres –que en la terminología técnica del libro se denominan modos de la solicitud o del procurar-por (Fürsorge)–, fundados en el coestar (Mitsein). Por ejemplo, en los *Prolegómenos* señala Heidegger que “solo porque el Dasein tiene en cuanto estar-siendo-en-el-mundo [In-der-Welt-sein] la constitución básica del co-estar siendo [Mitsein], se dan *el estar a favor del otro, en contra del otro o sin el otro*, y hasta el indiferente pasar junto a otro”<sup>27</sup>. Pero hay desarrollos mayores sobre estos asuntos, que hallamos en el § 26 de *Ser y tiempo*.

“El ente en relación al cual el Dasein se comporta en cuanto coestar no tiene [...] el modo de ser del útil a la mano, sino que es también un Dasein. De este ente no es posible «ocuparse», sino que es objeto de *solicitud* [Fürsorge]. [...] Ser uno para otro, estar uno contra otro, prescindir los unos de los otros, pasar el uno

<sup>26</sup> *Ibid.*, p. 97 (*Ibid.*, p. 89). Jiménez Redondo vierte *Grillen* –ideas extravagantes, extravagancias– por “voladuras o «pájaros» («comeduras de coco») que le rondan por la cabeza”. a) En un avance de la vigesimotercera edición del *Diccionario de la lengua española* se indica que “comedura de coco” es una expresión coloquial de España, cuya significación apunta en estas direcciones: “1. Dominación o influencia sobre la mente o la voluntad de alguien. *Algunos programas de televisión son una comedura de coco*. – 2. Preocupación excesiva, obsesión. *No empieces con tus comeduras de coco*”. b) «Pájaros» es aquí también una expresión coloquial cuyo significado solo he oído en expresiones como “tiene la cabeza llena de «pajaritos»”. c) La palabra «voladuras» también está usada en un sentido coloquial. En el *Diccionario de uso del español de Chile*, Santiago, 2010, aparece la palabra «volada» con acepciones vecinas a las que el traductor quiere poner en juego: “1. Fantasía, pensamiento poco realista. «Siempre tenías fantasías de este tipo, aéreas e ingenuas, *voladas*, como les gusta decir a los jóvenes de años más recientes» – 2. Desvarío, acto hecho sin reflexión. «Se radicó en Alemania donde encontró un escenario propicio para las *voladas* intelectuales»”.

<sup>27</sup> *Prolegómenos para una historia del concepto de tiempo*, p. 301 (GA 20, pp. 331 s.).

al lado del otro, no interesarse los unos por los otros, son posibles modos de la solicitud. Y precisamente los modos de la deficiencia y la indiferencia mencionados al final caracterizan el convivir cotidiano y de término medio. Estos modos de ser ostentan, una vez más, el carácter de la no-llamatividad y de lo obvio que es tan propio de la cotidiana existencia intramundana de los otros como del estar a la mano del útil de que nos ocupamos a diario<sup>28</sup>.

La última parte del texto citado señala, una vez más, que estos fenómenos ostentan un carácter prerreflexivo. Nos damos cuenta de ellos, pero en el modo de la conciencia no-tética o no-posicional (de) sí misma, como dice Sartre en *El Ser y la nada*, y no en el modo de la conciencia reflexiva<sup>29</sup>.

La parte previa nos refiere a tres maneras en que se da la solicitud o procurar-por el otro. Hay modos deficientes –estar uno contra otro–, indiferentes –prescindir los unos de los otros, pasar el uno al lado del otro, no interesarse los unos por los otros–, y positivos –ser uno para otro. Los dos primeros modos son los que predominan en la convivencia cotidiana y de término medio.

Pero habrá que referirse a los modos *positivos* de la solicitud. Respecto de estos modos, dice Heidegger, “la solicitud tiene dos posibilidades extremas. Puede, por así decirlo, quitarle al otro el «cuidado» [«Sorge»] y en el ocuparse tomar su lugar *reemplazándolo*. [...] En este tipo de solicitud el otro *puede hacerse* dependiente y dominado, aun cuando este dominio sea tácito y le quede oculto a él mismo. Esta solicitud sustitutiva y aliviadora del «cuidado» determina ampliamente el convivir, y afecta por lo general a la ocupación con lo a la mano”.

“Frente a ella –continúa Heidegger– está la posibilidad de una solicitud que en vez de ocupar el lugar del otro, *se anticipa* a su poder-ser existivo, no para quitarle el «cuidado», sino precisamente para devolvérselo como tal. Esta solicitud, que esencialmente atañe al cuidado en sentido propio, es decir, a la existencia del otro, y no a *una cosa* de la que él se ocupe, ayuda al otro a hacerse transparente *en su cuidado y libre para él*”<sup>30</sup>.

Al primer modo *positivo* de solicitud Heidegger lo denomina sustitutivo-dominante, y al segundo, anticipativo-liberador. Podríamos decir que el primero está en el extremo inferior, mientras que el segundo lo está en el extremo superior de los *modos positivos* de la solicitud. Precisa: “El convivir cotidiano se mueve entre los dos extremos de la solicitud positiva –la sustitutivo-dominante y la anticipativo-liberadora– exhibiendo múltiples formas intermedias cuya descripción y clasificación cae fuera de los límites de esta investigación”<sup>31</sup>.

Pedro Laín Entralgo sugiere que el trabajo del psicoterapeuta tendría que moverse en la dirección de este tipo de convivencia, el anticipativo-liberador<sup>32</sup>. Y así como Laín se refiere a la solicitud anticipativo-liberadora ilustrándola con el quehacer psicoterapéutico, Jesús Adrián Escudero ilustra la solicitud sustitutivo-dominante aludiendo al “caso de muchos programas de asistencia social que se ocupan de la defensa de los derechos de los inmigrantes, de la protección de menores o de las mujeres víctimas de la violencia de género”<sup>33</sup>.

Dejemos nítidamente establecido que los dos modos de solicitud a que nos hemos referido son *positivos*. También lo es el primero de ellos –el que está en el extremo inferior–, respecto del cual podríamos estar tentados de no reconocerle su positividad. Por otra parte: aunque en la cotidianidad media predominan los modos deficientes e indiferentes de solicitud, consideremos que en ella hay también modos positivos que se hallan “entre los dos extremos de la solicitud positiva”. En tercer término: parecería que al menos el modo de solicitud que está en el extremo superior –el *anticipativo-liberador*– se da sobre la base de la cotidianidad de término medio –como todo modo de existir– pero, *de alguna manera*, la trasciende, está más allá de ella. No acontecería, por tanto, en el puro ámbito del modo de convivir inmediato y regular, en el cual hemos hecho hincapié hasta ahora.

Pienso que este modo de solicitud estaría en la base del amor entre personas, tal como lo entiende Heidegger en este texto de la “Carta sobre el «humanismo»”, en que habla del amor en sentido muy amplio: “Hacerse cargo de una «cosa» o de una «persona» en

<sup>28</sup> *Ser y tiempo*, Ed. Universitaria, Santiago de Chile, 1997, p. 146. Trad. de Jorge Eduardo Rivera Cruchaga (GA 2: *Sein und Zeit*, 1977, p. 162. Ed. de F.-W. v. Herrmann).

<sup>29</sup> *El ser y la nada*, ed. cit., Introducción, III, pp. 21 ss. (*L'être et le néant*, ed. cit., pp. 17 ss.).

<sup>30</sup> *Ser y tiempo*, ed. cit., p. 147 (*Ibid.*, p. 163). La cursiva en *puede hacerse* es mía. No sería inexorablemente necesario, pues, que el otro se haga dependiente y dominado en este modo de la solicitud.

<sup>31</sup> *Ibid.* (*Ibid.*, p. 164). Respecto de la convivencia humana, véase mi libro *Heidegger: existir en la era técnica*, Cap. III, § 3, Eds. Universidad Diego Portales, Santiago de Chile, 2014.

<sup>32</sup> Cfr., *Teoría y realidad del otro*, Vol. I, Ed. Revista de Occidente, Madrid, 1961, p. 259

<sup>33</sup> Véase, *Guía de lectura de Ser y Tiempo de Martin Heidegger*, Vol. 1, Ed. Herder, Barcelona, 2016, p. 234.

su esencia [Wesen] es amarla, quererla [sie lieben: sie mögen]. Este querer [Mögen] significa, si se lo piensa más originariamente, don o regalo de la esencia. Tal querer es la esencia propia del poder o ser capaz [Vermögen] que puede no solamente lograr esto o aquello, sino que puede hacer «desplegarse» [wesen] algo en su pro-veniencia u origen [Her-kunft], es decir, hace ser o deja ser [sein lassen]<sup>34</sup>.

Heidegger trabajó desde 1959 hasta 1969 con un grupo de psiquiatras encabezados por Medard Boss en una fundamentación filosófica de la psiquiatría. Los escritos reunidos bajo el título *Seminarios de Zollikon* son el documento más importante respecto de esta tarea conjunta. Boss atestigua en ellos que Heidegger vio, en sus encuentros con los psiquiatras con los que trabajó durante más de una década, “la posibilidad de que sus intuiciones filosóficas no permanecieran inmóviles en las aulas de los filósofos, sino que pudieran beneficiar a numerosos seres humanos y sobre todo también a los necesitados”. Al mismo tiempo, añade Boss –y quiero hacer resaltar lo que sigue por su especial pertinencia respecto del asunto que estamos tratando– “con su actitud frente a nuestro círculo de Zollikon demostró que no solamente sabía decir y escribir de la forma suprema de la proximidad, sino que él también estaba dispuesto a vivirla de manera ejemplar. Él ejemplificaba el *cuidado* desinteresado y amoroso *que se anticipa* al otro ser humano dejándolo en libertad<sup>35</sup>. En su conducta tendríamos, pues, una concreción personal de lo que en

*Ser y tiempo* llama solicitud anticipativo-liberadora, “la forma suprema de la proximidad”.

En el curso “Lógica. La pregunta por la verdad” (1925-1926), Heidegger se había referido a los modos *positivos* de la solicitud, pero de una manera que en *Ser y tiempo* matizaría y rectificaría. De todos modos, lo que dice allí es digno de atención. “En el ser con los otros [Im Mitsein mit den Anderen], en la conducta fundamental de la solicitud [Fürsorge] [...] hay que citar una diferencia fundamental: la solicitud puede conducirse de tal modo que retire ya el cuidado [Sorge] del otro y con su ocuparse [Besorgen] se ponga en el lugar del otro, que lo sustituya. Eso implica que el otro se retire y retroceda para luego asumir lo que le ocupa como algo ya terminado e incluso para dispensarse completamente de ello. En esta solicitud, aquel que es sustituido en el cuidado pasa a ser el dependiente y dominado. El dominio puede ser tácito, y no precisa ser experimentado expresamente. Esta solicitud la designamos como la solicitud sustitutoria, que retira sustituyendo y domina<sup>36</sup>.”

Como se constata, aquí Heidegger no dice que en este modo de la solicitud el otro *puede hacerse* dependiente y dominado, sino que afirma –sin dar lugar a opciones–, que pasa a ser el dependiente y dominado.

Otros aspectos –efectivos o, tal vez, más bien presuntos– que hace resaltar Heidegger en este modo de la solicitud nos harían vacilar de calificarlo como *positivo* (lo que él mismo hace en *Ser y tiempo*, al ubicarlo *inequívocamente* entre los modos positivos). En este modo de la solicitud, dice, “se comprende la otra existencia a partir de aquello de que esta última debe ocuparse y respecto de lo cual está en necesidad; y esta solicitud, por así decirlo [gleichsam], expulsa al otro de su sitio y se ocupa únicamente de aquello que hay que hacer para volver a poner al otro en su posesión, que desde ahora está asegurada. En esta solicitud el otro es tratado en cierto modo [gleichsam] como una nada [ein Nichts], es decir, como una nada de existencia [ein Nichts von Dasein]; en esta solicitud no existe como existencia propia [eigenes Dasein], sino como impropia, es decir, como algo mundano presente [etwas weltliches Vorhandenes: algo mundano que está-ahí] que no logra avanzar con su asunto<sup>37</sup>.”

<sup>34</sup> “Carta sobre el «humanismo»”; en *Hitos*, Ed. Alianza, Madrid, 2000, p. 261. Trad. de Helena Cortés y Arturo Leyte (“Brief über den «Humanismus»”, GA 9: *Wegmarken*, 1976, p. 316. Ed. de F.-W. von Herrmann). Un penetrante comentario de las líneas citadas, en François Fédier, «L’humanisme en question. Pour aborder la lecture de la *Lettre sur l’humanisme* de Martin Heidegger», Cerf, París, 2012, pp. 367 ss. Consideraciones adicionales sobre este planteamiento clave, en mi artículo «Razón y lógos. Heidegger y Ortega»; *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, Vol. 9, N° 3, Santiago, 2013, pp. 240 s.

<sup>35</sup> Martin Heidegger, «*Seminarios de Zollikon*. Protocolos – Diálogos – Cartas», Edición de Medard Boss. Red Utopía Asociación Civil/Jitanjáfora Morelia Editorial, Morelia, Michoacán, México, 2007, pp. 14 s. Trad. de Ángel Xolocotzi Yáñez. Esta obra fue reeditada por la Ed. Herder de México en 2013 («*Zollikoner Seminare: Protokolle - Zwiegespräche - Briefe*», Frankfurt a. M.: Klostermann, 1994, pp. XII s. Ed. de Medard Boss). Respecto de estos seminarios, véase Richard Askay, “La filosofía de Heidegger y sus implicaciones para la psicología, Freud y el psicoanálisis existencial”, *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, Vol. 2, N° 2, Santiago, 2006.

<sup>36</sup> *Lógica. La pregunta por la verdad*, ed. cit., p. 180 (GA 21, p. 223). Modifico ligeramente la traducción para acercarla a la de *Ser y tiempo* en la versión de Rivera. Si no lo hiciera así podría introducir confusiones terminológicas de envergadura.

<sup>37</sup> *Ibid.*, p. 181 (*Ibid.*, pp. 223 s.).



En el § 26 de *Ser y tiempo* no se dice que en la solitud sustitutivo-dominante se trate al otro *en cierto modo* como una nada, esto es, como una nada de existencia, es decir, como un ente intramundano que no tiene el modo de ser del Dasein, sino que es algo subsistente, que está-ahí, ante-los-ojos o presente. Pienso, pues, que en lo que a este asunto se refiere hay un cambio importante desde una obra a la otra.

Por el contrario, el otro modo positivo extremo de la solitud —el que está en el extremo superior—, es descrito de manera muy parecida en los dos libros. En cualquier caso, creo que vale la pena tomar en cuenta las dos descripciones. La solitud anticipativo-liberadora, dice, consiste en esto: “hay un ser con el otro [Mitsein mit dem Anderen] que no ocupa su posición (situación ni tarea) ni se la retira, sino que se le anticipa atentamente para, desde ahí, no retirarle, sino devolverle el cuidado, es decir, su sí mismo [sich selbst], su existencia más propia [sein eigenstes Dasein]; esta solitud no es dominadora sino liberadora [freigebende]. Este modo de la solitud es el de la propiedad [Eigentlichkeit], porque en él la existencia respecto de la cual el cuidado es solícito puede venir a ella misma y debe llegar a ser su propia existencia, para a partir de ella llegar a ser su existencia más propia [...]. En esta solitud, la otra existencia no se comprende en absoluto *primariamente* [primär] a partir del mundo de que aquella se ocupa, sino solo a partir de esta misma”<sup>38</sup>. Hay que decir, por tanto, que en este modo de la solitud trascendemos *en alguna forma* la cotidianidad de término medio, el modo inmediato y regular de existir.

El encuentro entre los hombres se da en el ámbito del temple de ánimo, fenómeno fundamental de la existencia. Heidegger da ejemplos para ilustrar su tesis.

El primero se refiere a la tristeza. “Un hombre con quien estamos es acometido por una tristeza. ¿Se trata solo de que este hombre tiene un estado de vivencia que nosotros no tenemos, y por lo demás todo sigue siendo como antes? ¿O qué sucede aquí? [...] Todo es como siempre, y sin embargo diferente, y no solo en este o aquel aspecto, sino que al margen de la mismi-

dad de *lo que* hacemos y de aquello *en lo que* nos aplicamos, el *cómo* en el que estamos juntos es diferente.[...] Este temple de ánimo [Stimmung], la tristeza, ¿es algo respecto de lo cual podemos preguntar dónde está y cómo? *El temple de ánimo no es un ente que suceda en el alma como vivencia, sino el cómo de nuestro «existir uno con otro»* [das Wie unseres Miteinander-Daseins]<sup>39</sup>.

Podemos decir con Goethe, siguiendo la descripción de los temples de ánimo en la convivencia que hace Heidegger:

Nada hay dentro, nada hay fuera.  
Lo que hay dentro, eso hay fuera<sup>40</sup>.

El segundo ejemplo alude al buen humor y a su contrario. “Un hombre —como decimos— de buen humor aporta ambiente [Stimmung] en una sociedad. ¿Engendra allí en sí una vivencia anímica para transferirla luego a los demás, así como los gérmenes infecciosos pasan de un lado a otro de un organismo a otros? En efecto, decimos: el ambiente [Stimmung] contagia. U otro hombre está en sociedad y con su modo de ser lo enturbia y lo deprime todo; ninguno se extrovierte. ¿Qué se desprende de aquí? Los temples de ánimo [Stimmungen] *no son fenómenos concomitantes*, sino algo que determina [bestimmt] de entrada justamente el «ser uno con otro». Parece como que en cada caso hay ya en cierto modo un temple de ánimo, como una atmósfera, en la que nos sumergiéramos y por la que luego fuéramos templados [durchstimmt]. No sólo parece que sea así, sino que es así”<sup>41</sup>.

A partir de lo anteriormente dicho, Heidegger insiste: “los temples de ánimo no son algo que esté meramente presente [das nur vorhanden ist], sino que ellos mismos son justamente un modo fundamental y una manera fundamental del ser, y concretamente del

<sup>38</sup> *Ibid.* (*Ibid.*, p. 223). Énfasis añadido. Aunque François Fédier no aborda este fenómeno *de manera explícita* en *Voix de l'ami* (Éditions du Grand Est, Le Mans, 2007), creo que en este ensayo nos proporciona elementos de gran importancia para comprenderlo. Hay versión en castellano del Cap. I de este escrito en *Humberto Giannini: filósofo de lo cotidiano* (Cecilia Sánchez y Marcos Aguirre, eds.), Ed. LOM/Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, 2010, pp. 231-242. Trad. de J. Sologuren y J. Acevedo.

<sup>39</sup> *Los conceptos fundamentales de la metafísica. Mundo, finitud, soledad*, Ed. Alianza, Madrid, 2007, p. 97. Trad. de Joaquín A. Ciria. La cursiva en la última frase es mía (GA 29/30: *Die Grundbegriffe der Metaphysik. Welt – Endlichkeit – Einsamkeit*, 1983, pp. 99 s. Ed. de F.-W. v. Herrmann).

<sup>40</sup> Citado por Ortega. Por ejemplo, en «Ideas sobre Pío Baroja», Cap. IX: “El fondo insobornable”, *El Espectador I*, O. C., II, 2004, p. 226. También en «Sobre la expresión, fenómeno cósmico», Cap. II, *El Espectador VII*, O. C., II, p. 688.

<sup>41</sup> *Los conceptos fundamentales de la metafísica. Mundo, finitud, soledad*, ed. cit., pp. 97 s. (GA 29/30, p. 100). El traductor indica que “*Stimmung* significa tanto «temple de ánimo» como «ambiente». *Stimmen* significa, en este contexto, «templar», «afinar»”.

ser-ahí [Da-sein], y ello implica de inmediato siempre: del «ser uno con otro» [Miteinandersein]<sup>42</sup>.

En lo que a los templos de ánimo se refiere, lo que le ocurre a alguien repercute en los demás; y lo que le ocurra a otros, repercute en el Dasein del caso. Y esto acontece sin que necesariamente haya intención de provocar tales repercusiones. En principio, las atmósferas que suscitan los templos de ánimo surgen espontáneamente, sin reflexión ni deliberación previas. Los templos de ánimo [Stimmungen] y las atmósferas que surgen a partir de ellos templan [durchstimmen] y determinan [bestimmen] la convivencia de los hombres<sup>43</sup>.

Los planteos de Heidegger sobre el convivir humano entran en constante polémica con otros planteos filosóficos o psicológicos. Es lo que sucede a propósito de la empatía o endopatía [Einfühlung]. “Lo que fenomenicamente no es, «por lo pronto», otra cosa que un modo del convivir comprensor –advierte Heidegger–, es comprendido como lo que «inicial» y originariamente posibilita y constituye la relación con los otros. Este fenómeno llamado, de manera no precisamente feliz, «Einfühling» [«empatía», «endopatía»] (\*) debería, en cierto modo por primera vez, tender ontológicamente el puente desde el propio sujeto, dado primeramente solo, hacia el otro sujeto, que empezaría por estar enteramente cerrado. [...] La relación de ser para con otros se convierte [...] en la proyección «a otro» del propio ser para consigo mismo. El otro es un «doblete» del sí mismo<sup>44</sup>.

Consideremos, ante todo, una nota de Jorge Eduardo Rivera –traductor de *Ser y tiempo*–, indicada con un asterisco (\*): “«... ‘empatía’, ‘endopatía’...». La palabra alemana *Einfühlung* dice, literalmente, un sentir que penetra en el otro, de tal manera que lo que yo siento en mí me ayuda para saber lo que siente el otro. Obviamente este no es un término feliz. La discusión de la *Einfühlung* que Heidegger inicia aquí va contra Theodor Lipps y contra todos sus seguidores<sup>45</sup>.

De partida, Heidegger considera la “empatía” como un fenómeno secundario y no, como postulaban algunos teóricos, como “lo que «inicial» y originariamente posibilita y constituye la relación con los otros”:

Precisamente, lo que hemos estado exponiendo hasta ahora mostraría eso. Antes de abordar la “empatía” sería necesario abordar todo lo que le precede y dónde se funda, que es a lo que nos hemos estado refiriendo. Partir de la “empatía” implica cegarse para lo previo a ella y, por tanto, conlleva una falta de radicalidad en la investigación de la convivencia humana. Con tal actitud se deja definitivamente atrás –sin ser vistos explícitamente– fenómenos “elementales”, básicos, que exigen ser descritos antes de abordar algo así como la “empatía”.

Por otra parte, los supuestos de que parten los teóricos de la “empatía” serían completamente erróneos. Para ellos, en primer término, el propio sujeto se daría “primeramente solo”. En segundo término, el otro sujeto “empezaría por estar enteramente cerrado”. No hay tal. El Dasein es primariamente coestar (Mitsein) con los otros. El coestar (Mitsein) mío con los otros y la coexistencia (Mitdasein) de los otros conmigo son “estructuras del Dasein que son co-originarias con el estar-en-el-mundo”<sup>46</sup>, estructura fundamental a priori del Dasein. Y tanto el coestar mío con los otros como la coexistencia de ellos conmigo involucran un recíproco estar abiertos: de mi parte respecto de los otros y de ellos respecto de mí. No hay un inicial estar enteramente cerrado del otro.

Partir de la “empatía” para explicar la *primaria relación con los otros* conduce, como hemos dicho antes, a esto: “La relación de ser para con otros se convierte [...] en la proyección «a otro» del propio ser para consigo mismo”. Heidegger enfrenta esta consecuencia de ese mal punto de partida en estos términos: “se puede ver fácilmente que esta reflexión, aparentemente obvia, se apoya sobre una base endeble. El supuesto a que recurre esta argumentación no es válido, a saber: que el estar vuelto del Dasein hacia sí mismo es equivalente al estar vuelto hacia otro<sup>47</sup>.”

### III

Utilizando otra terminología –como es obvio– y haciendo hincapié en el fenómeno del *cuerpo*, también Ortega se opone a ese supuesto. A partir de tal supuesto o pre-judicio se podría postular que la percepción de mi propio cuerpo me permite proyectarla sobre el cuerpo del otro, y de este modo se produciría el encuentro *originario* con él. La diferencia entre mi cuerpo y el del otro sería *fundamentalmente* y solo espacial; mi cuerpo

<sup>42</sup> *Ibid.*, p. 98 (*Ibid.*, pp. 100 s.). Énfasis añadido.

<sup>43</sup> Véase, Philippe Arjakovsky, «Stimmung», en *Le Dictionnaire Martin Heidegger*, ed. cit.

<sup>44</sup> *Ser y tiempo*, ed. cit., p. 149 (GA 2, p. 166).

<sup>45</sup> *Ibid.*, p. 473. Desarrollos esclarecedores sobre la postura de Heidegger acerca de la empatía, en *Guía de lectura de Ser y Tiempo de Martin Heidegger*, Vol. 1, ed. cit., pp. 235ss.

<sup>46</sup> *Ibid.*, p. 139 (GA 2, p. 152).

<sup>47</sup> *Ibid.*, p. 149 (*Ibid.*, p. 166).



está *aquí* y el del otro está *allí*; lo que los distingue es “la diferencia de lugar”<sup>48</sup>. Esto daría lugar al hecho de que las realidades de ambos cuerpos sean «intercambiables» sin mayores dificultades. En efecto, “yo puedo desplazarme y con ello desplazar el *aquí* –de suerte que puedo llevar mi cuerpo al sitio que desde *aquí, hic*, es un *allí, illíc*”. Así se produciría la transposición o proyección analógica que me permitiría afirmar que “en el cuerpo del Otro debe estar también otro Yo, un *alter ego*. [...] Si yo pudiese efectivamente estar a la vez *aquí* y *allí*, vería mi cuerpo allí lo mismo que veo el cuerpo del Otro”<sup>49</sup>.

En este razonamiento –que, por cierto, no es descripción, pretendiendo serlo– hallamos dos errores, señala Ortega. La primera faceta del primer error “consiste en suponer que la diferencia entre mi cuerpo y el del Otro es solo una diferencia en la perspectiva, la diferencia entre lo visto aquí y lo visto *desde aquí –hic–, allí –illíc*. Pero la verdad es que eso que llamo «mi cuerpo» se parece poquísimo al cuerpo del Otro. [...] La prueba de que son casi totalmente diferentes es que las noticias que de mi cuerpo tengo son principalmente de dolores y placeres que él me da y en él aparecen, de sensaciones internas de tensión o aflojamiento muscular, etcétera. En suma, mi cuerpo es sentido principalmente desde dentro de él, es también mi «dentro», es el intra-cuerpo –al paso de que del cuerpo ajeno advierto solo su exterioridad, su forma foránea, su *fuera*”<sup>50</sup>.

La segunda faceta del “error de suponer que en el cuerpo del Otro traspongo el mío, y por eso advierto en él una intimidad como la mía, es [...] evidente, si reparamos en que lo que me denuncia y revela el otro yo [...] no es tanto la forma del cuerpo como sus gestos. La expresión que es el llanto o la irritación o la tristeza no la he descubierto en mí sino *primariamente* en el Otro y desde luego me significó intimidades –dolor, enojo, melancolía”<sup>51</sup>.

El segundo error que detecta Ortega en la explicación a la que se enfrenta es enunciado en estos términos: “Mal puede partir la aparición del Otro Hombre

de que yo traspongo imaginariamente mi cuerpo donde está el de él, puesto que a veces lo que me aparece no es otro que es hombre en el sentido de varón, sino un Otro que, es otra, que es *la* mujer, otro que no es Él, sino que es Ella. Y la diferencia surge desde la primera aparición de [un] cuerpo ajeno, la cual va ya cargada de sexuación, es un cuerpo masculino o femenino. Se dan casos en que el cuerpo presente es epiceno y vivo un peculiar y notorio equívoco”<sup>52</sup>.

A propósito del encuentro *primario* con el prójimo, Ortega hace hincapié, pues, en el cuerpo del Otro –u Otro–, su gesticulación y su sexuación. (Y aunque la palabra sexuación no está incluida en el *Diccionario de la Lengua Española*, debería estarlo, considerando que un clásico del idioma como Ortega la usó hace ya bastante tiempo, y en un sentido previo y más básico que en la medicina y la psicología, ámbitos donde aparece.) En los escritos de Heidegger que hemos venido examinando esto no ocurre (por lo menos a primera vista). No sería oportuno tratar de explicar esta diferencia. Baste con indicar hacia posibles explicaciones de la relativa ausencia del cuerpo y de la sexuación en Heidegger. Una primera indicación, muy general: este pensador representa la cultura germánica y Ortega la cultura mediterránea, tal como este las caracteriza en sus *Meditaciones del Quijote*. En ese libro la cultura mediterránea queda caracterizada –parcialmente, al menos– por la sensualidad. “Porque así debiéramos –dice Ortega–, en definitiva, llamar la aptitud adscrita a nuestro mar interior, sensualismo. Somos meros soportes de los órganos de los sentidos: vemos, oímos, olemos, palpamos, gustamos, sentimos el placer y el dolor orgánicos...”<sup>53</sup>. Consideremos, sin embargo, que *ni el uno ni el otro permanecen encerrados en sus ámbitos culturales* de origen.

Otra indicación, acerca de la sexuación, la debemos a Julián Marías. En su *Antropología metafísica* hace un paralelismo entre la teoría analítica de la vida humana, desarrollada por Ortega, y la antropología metafísica que él nos presenta, la cual se ocupa de *la estructura empírica* de la vida humana (y no de su estructura analítica, que da por supuesta). A propósito de esta distinción, advierte: “Se ha hecho a Heidegger el reproche de que el *Dasein* es asexuado, y la objeción no tiene sentido. *Dasein* –«el modo de ser de ese ente que somos nosotros»– no quiere decir lo mismo que lo que yo estoy llamando «vida humana», pero Heidegger se mueve en el plano analítico y no empírico –lo que hace es una *existenziale Analytik des Daseins*–, y en él [–en el

<sup>48</sup> *El hombre y la gente [Curso de 1949-1950]*, ed. cit., Cap. VI: “Más sobre los otros y yo. –Breve excursión hacia Ella”, p. 222, en nota.

<sup>49</sup> *Ibid.*, p. 220.

<sup>50</sup> *Ibid.*, p. 221. Acerca del intracuerpo véase Ortega, «Vitalidad, alma, espíritu», *El Espectador V*, O. C., II, pp. 569 ss. Véase, también, su escrito «La percepción del prójimo», cuyo segundo apartado se titula “Cómo nos vemos a nosotros. La mujer y su cuerpo”; en *Teoría de Andalucía y otros ensayos*, O. C., VI, 2006, pp. 212 ss.

<sup>51</sup> *Ibid.*, p. 222.

<sup>52</sup> *Ibid.*

<sup>53</sup> O. C., I, 2004, p. 780.

plano analítico—] no se da la dimensión del sexo. Esta solo aparece en la realidad empírica, pero por supuesto no es «accidental», o meramente «fáctica» sino estructural; la vida humana es de hecho, de manera estable y permanente, una realidad sexuada. Esta condición es una determinación capital de la estructura empírica, rigurosamente de primer orden: una de sus formas radicales de *instalación*<sup>54</sup>.

Una tercera indicación, respecto de la corporalidad, proviene de un diálogo entre Medard Boss y Heidegger. Boss le recuerda “el reproche de Jean-Paul Sartre, el cual se sorprendió de que usted —le dice a su interlocutor— haya escrito solamente seis líneas acerca del cuerpo [Leib] en todo *Ser y tiempo*”. El filósofo responde: “El reproche de Sartre solamente puedo enfrentarlo con la afirmación de que lo corporal [das Leibliche] es lo más difícil y que en aquel entonces no tenía más que decir al respecto”<sup>55</sup>. Por cierto, Heidegger no se limita a dar esta escueta respuesta. En su trabajo con Boss y en otros lugares de su vasta obra aborda el tema de la corporeidad<sup>56</sup>.

Volviendo a la postura que adopta Heidegger frente a la «empatía» o «endopatía» (*Einführung*), observemos que él reconoce explícitamente que la teoría de la *Einführung* responde a problemas de magnitud. Más aún: bajo ese nombre —poco feliz, como hemos dicho antes— hay un fenómeno de gran importancia, aunque secundario respecto de lo que hemos descrito previamente. Advierte Heidegger: “Dado que la solicitud inmediata y regularmente se mueve en los modos deficientes o tan solo indiferentes —en la indiferencia del recíproco pasar de largo frente al otro—, el inmedia-

to y esencial conocimiento mutuo demanda un llegar a conocerse [*Sichkennenlernen*]. Y cuando el conocimiento mutuo llega incluso a perderse en las formas de la reserva, del ocultamiento y la simulación, se le hacen necesarios al convivir caminos especiales para acercarse a los otros o para conocer lo que tras ellos se oculta”. Eso por una parte.

Por otra parte: “Pero, así como el abrirse o cerrarse a otro se funda en el correspondiente modo de ser del convivir, e incluso no *es* otra cosa que este mismo, así también la apertura explícita del otro mediante la solicitud surge siempre del primario coestar con él. Esta apertura *temática*, aunque no teórico-psicológica del otro se convierte fácilmente en el fenómeno que primero cae bajo la mirada para la problemática teórica de la comprensión de la «vida psíquica ajena»<sup>57</sup>. Así se llega a la empatía o endopatía.

Lo que hace Heidegger —y lo hemos seguido en su proceder— es detenerse en el primario coestar con el otro, dejando pendientes esos caminos especiales mediante los cuales se puede llegar a conocer al otro superando los obstáculos que lo impiden. La apertura explícita del otro, su apertura *temática* es de la mayor importancia, pero surge siempre del primario coestar con él, y una fenomenología del encuentro entre los hombres debe fijarse ante todo en ese primario coestar; a continuación se puede transitar hacia los problemas y la descripción envueltos en algo así como la «empatía».

“No es la «empatía» —dice Heidegger— la que constituye el coestar, sino que ella es posible tan solo sobre la base de este, y se torna ineludible por el predominio de los modos deficientes del coestar”<sup>58</sup>.

<sup>54</sup> *Antropología metafísica*, Ed. Alianza, Madrid, 1983, p. 121. Lo que va entre corchetes es mío. Este libro es el más personal de su autor, y fue recogido el año 1982 en el Vol. 10 de sus *Obras*, publicadas por la Ed. Revista de Occidente de Madrid. Un precedente de este importante escrito —donde se aborda un nivel intermedio de lo humano, situado entre la estructura *analítica* de la vida humana y *cada* vida en su concreción personal— es su ensayo “La psiquiatría vista desde la filosofía” (en *Ensayos de teoría*; *Obras* Vol. 4), como él mismo lo hace notar en el «Prólogo» de *Antropología metafísica* (p. 12).

<sup>55</sup> *Seminarios de Zollikon*, ed. cit., p. 311 (*Zollikoner Seminare*, p. 292).

<sup>56</sup> Investigadores chilenos han abordado este asunto: 1. Valentina Buló Vargas: «El temblor del ser. Cuerpo y afectividad en el pensamiento tardío de Martin Heidegger», Ed. Biblos, Buenos Aires, 2012. — 2. Edmundo Johnson: «*Der Weg zum Leib*. Methodische Besinnungen zu einer Ontologie der Leiblichkeit anhand des Denkens Martin Heideggers», Königshausen & Neumann, Würzburg, 2010. Véase, por otro lado, *Le Dictionnaire Martin Heidegger*, ed. cit., artículos «*Corps*» y «*Sexualité*», escritos por Ingrid Auriol.

<sup>57</sup> *Ser y tiempo*, ed. cit., pp. 148 s. (GA 2, pp. 165 s.).

<sup>58</sup> *Ibid.*, p. 149 (*Ibid.*, p. 167).

ENSAYO

# HEIDEGGER Y LA PSICOSOMÁTICA

(Rev GPU 2016; 12; 3: 255-256)

Hernán Villarino

El año 1947 comenzó el amistoso vínculo que uniría hasta la muerte a Heidegger y Medard Boss, iniciado con una carta enviada por el segundo, psiquiatra y psicoanalista, hondamente impresionado con la lectura de *Ser y Tiempo*. Esta relación daría origen a un fructífero intercambio de ideas entre el filósofo y una serie de psiquiatras suizos, en la casa de Boss, en Zurich, a donde Heidegger viajaba una o dos veces al año. Las actas de estos encuentros, diálogos y discusiones, además de otros textos pertinentes (algunos de ellos muy sabrosos, como p. ej. el jocoso comentario de Heidegger sobre Lacan), están recogidos en *Los Seminarios de Zollikon*, que han sido traducidos al castellano recién el año 2013.

Antes de entrar en materia nos gustaría hacer tres observaciones. En primer lugar, los motivos de cómo se dieron estos seminarios: en una casa particular que garantizaba la más completa libertad, seriedad y responsabilidad, merece de suyo una reflexión y un comentario sobre las formas efectivas de la transmisión del saber y sobre la decadencia mundial de la actual institución universitaria, reconvertida al negocio de vender títulos y diplomas. En segundo lugar, en este texto se materializa aquello que aseguraba Jaspers: no se puede hacer psiquiatría ajenos a la filosofía. Por último, como en el escrito hay una multitud de consideraciones y debates sobre diversos temas atinentes a la psiquiatría, tales el estrés, el psicoanálisis, etc., solo vamos a tocar de pasada uno de ellos, el referido a la psicosomática, cuyo ámbito excede a la psiquiatría y ocupa a toda la medicina.

Hablar de psicosomática supone el reconocimiento de dos entes, la psiquis y el cuerpo. Si admitimos esta división se supone que el acceso a ellos es distinto

también. En efecto, el conocimiento de lo psíquico se estima directo, intuitivo, en cambio al cuerpo se lo conoce por medio de la objetivación y mensuración propia de las ciencias naturales. Ahora bien, estos dos entes tan diferentes se relacionan de modo tan íntimo y milagroso que el movimiento o afección de uno modifica también al otro, incluso se admite que la psiquis origina enfermedades corporales del mismo modo que el cuerpo enfermedades psíquicas.

La psicosomática pasa por ser un gran descubrimiento científico del siglo XX; no obstante, la más superficial observación revela que esta partición es al menos tan vieja como Platón, que distinguía el alma del cuerpo. Pero el alma platónica, a diferencia de la psiquis moderna, no se conocía ni se reconocía como sujeto. Que haya algo así como un alma no era el fruto de un conocimiento directo o de una intuición del alma sobre sí misma, sino ganado por el conocimiento del mundo. He allí dos cosas iguales; a través del cuerpo, los órganos de los sentidos y la sensibilidad se ven las cosas, pero no hay ningún órgano sensorial que nos informe que son dos ni que son iguales; no obstante, su dualidad e igualdad son tan reales como las cosas mismas. Desde luego, sin conceptos ni término sincategoremáticos, como las preposiciones, conjunciones, deícticos, etc., no podríamos hablar ni conocer nada, pero nadie tiene un conocimiento sensible de la *o* (disyunción), de la *y* (conjunción) o del *que* (pronombre), etc. No vemos ninguna *o*, ninguna *y* ni tampoco ningún *que*, etc., adosado sensiblemente a un objeto, pero no es menos cierto que los vemos y los usamos correctamente para referirnos al mundo y a nosotros mismos. Pero si no los vemos con los ojos de la cara tiene que haber otro "órgano" que los vea, al que Platón llama el alma, de modo

que la vía para su conocimiento no es la introspección, sino el comercio con el mundo. El alma no está referida a sí misma, sino a las ideas, que son intramundanas, no intrapsíquicas.

Aunque compartan la misma partición, lo propio de la psicología no es la concepción platónica, se inspira más bien en el sujeto cartesiano. Las razones a que responde el planteamiento cartesiano son filosóficas, no científicas, y en el fondo constituyen un maravilloso y coherente esfuerzo por salvar racionalmente al individuo y su libertad frente a la autoridad y la tradición. Pero Descartes también habla del alma y del cuerpo, aunque su sentido sea opuesto al de Platón: ahora, el acto primero del conocimiento no es el mundo ni las ideas del mundo, sino el alma. Lo primero conocido con seguridad y certeza es el alma misma, que desde entonces se empezó a llamar el sujeto. Pero este es un sujeto sin mundo, que alcanza el conocimiento de sí mismo por medio de la introspección y a través de una intuición directa. El primer y único conocimiento seguro es el de que pienso, siento, deseo, imagino, etc., mientras que el mundo, lo pensado por mí, bien podría ser o un sueño o un engaño instalado por un genio maligno. A la certeza del *cogito* se opone un conocimiento indirecto y secundario del mundo, no por medio de ideas, como en Platón, sino a través de la medición y el cálculo de la *res extensa* de la que el cuerpo propio forma parte. Para Descartes, el alma y el mundo, la *res cogitans* y la *extensa*, y con ella el cuerpo, son dos sustancias, dos entes, completamente diferentes e independientes, legando a la posteridad la ardua discusión y el insoluble problema de cómo es posible que se relacionen entre ellos. La inspiración y argumentos de la psicología son los mismos, por ende, son eminentemente filosóficos, de modo que la solución, si hubiera alguna, es filosófica también.

En la solución del problema han intervenido diversos actores. La neurociencia, p. ej., o el conductismo, niegan la *res cogitans*, y todo lo entienden como cerebro o *res extensa*. Otros, presos aún del conflicto, aspiran todavía –y como Kandel incluso la demuestran– a una especie de armonía y correlación mágica entre la

*res cogitans* y la *extensa*. Sin embargo, son la fenomenología, y particularmente Heidegger inspirado en ella, quienes, a nuestro entender, consiguen no resolver, sino disolver el problema. Por eso, los Seminarios de Zollikon constituyen un inapreciable documento, porque en ellos, más allá de las difíciles obras filosóficas que le sirven de fundamento, Heidegger disputa directamente con los términos y conceptos propios de la psiquiatría y la psicología. No podemos hablar del asunto por extenso, pero quisiéramos poner un ejemplo de la argumentación heideggeriana.

En el llanto por una pena la psicología distingue lo *extenso*, las lágrimas, y la *cogitatio*, la pena. Para estudiar lo *extenso* se envían las lágrimas al laboratorio (es lo mismo si se manda el cerebro entero), el que no halla la pena en ninguno de sus ingredientes. Estudiando lágrimas no sabemos nada de penas, y estudiando penas no sabemos nada de lágrimas. La *res cogitans* es irremisiblemente distinta y está completamente separada de la *extensa*, y lejos de unir las, vincularlas o relacionarlas, la psicología las muestra en sus irreconciliables diferencias. Insistir en su mutua pertenencia, que el método ha descartado, es un mero acto de fe (o de terquedad) psicología con el que no avanzamos nada. Pero si bien las lágrimas no son un accidente exterior a la pena, sino la pena misma, con el escrutinio científico rompemos una unidad que luego no se puede recomponer: no son dos sino una y la misma cosa. Pero tampoco son una y la misma cosa: no puedo mandar la pena al laboratorio para que la analicen. Entonces son y no son lo mismo. ¿Cómo entenderlo?

Frente a estas antinomias insolubles es preciso otro punto de partida. La psicofisiología es un debate filosófico importado por la medicina, que si está mal planteado ninguna investigación científica puede resolver. Si el alma es el cuerpo entonces el cuerpo es el alma, no hay dos sustancias, pero si no hay dos sustancias carece de sentido hablar ni del alma ni del cuerpo, o del sujeto y su cuerpo. Heidegger, para eludir estas circulares y mareantes contradicciones intentó un nuevo comienzo, y lo llamó *Dasein* (ser-ahí-el ser), que ni es un sujeto (*res cogitans*) ni su mundo es un objeto (*res extensa*).

## REVISIÓN

# METODOLOGÍA CUALITATIVA Y ANÁLISIS NARRATIVO EN PSICOTERAPIA E INVESTIGACIÓN: UNA REVISIÓN SELECTIVA DE LA LITERATURA

(Rev GPU 2016; 12; 3: 257-263)

Anneliese Dörr<sup>1</sup>, Ramón Florenzano<sup>2</sup>, Francisca Soto-Aguilar<sup>3</sup>, Francois Hammann<sup>4</sup>, Teresita Lira<sup>5</sup>

**El método narrativo, tan en boga en la actualidad, y que consiste en analizar y describir los datos en forma de relato, ha cobrado especial relevancia tanto para la investigación como para la clínica en salud mental. Sin embargo dicho método es visto de manera confusa por muchos especialistas. Se intenta ordenar el tema desde una perspectiva histórica, revisando selectivamente a autores líderes en el tema, tales como Linseth, Lieblich, Riesman y MacAdams. Para ello se hace un repaso del método y su empleo en la clínica e investigación. Por último, se revisan los usos del método narrativo en psiquiatría, separando aquellos centrados en la entrevista clínica o en intervenciones terapéuticas, de aquellos enfocados en la investigación.**

## INTRODUCCIÓN

El método narrativo, tanto en la investigación como en la terapia, están siendo ampliamente usados. Las diversas investigaciones en narrativa promueven la aplicación de dicho método en modalidades terapéuticas nuevas para la clínica. En la clínica este método tiene el carácter de un proceso dinámico y sujeto a cambios, mientras que en la investigación es un trabajo

más definido, se usa el material entregado por el sujeto en forma fija e invariable. Su particularidad en la clínica radica en que sirve como instrumento para ordenar un mundo aparentemente caótico a través de la organización narrativa. En psicoterapia se trabaja con textos producidos de forma natural, tales como diarios, epistolarios, autobiografías o conversaciones terapéuticas, todo esto encaminado a buscar un cambio en las pautas de interpretación y de acción del paciente.

<sup>1</sup> Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Chile, Santiago, Chile. Correspondencia a anneliesed@gmail.com

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo.

<sup>3</sup> Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador, Santiago de Chile.

<sup>4</sup> Escuela de Psicología, Universidad UNIACC, Santiago de Chile.

<sup>5</sup> Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

En cuanto al método de narrativa en investigación, es una modalidad de estudio cualitativo, y se alista dentro de una metodología de corte "hermenéutico". Esto implica que da significado y a la vez comprende las dimensiones cognitivas, afectivas y de acción del sujeto. A su vez, vemos que hay tipos de interpretaciones narrativas basadas en la hermenéutica e inspiradas también en el paradigma fenomenológico de Husserl y sus continuadores (Heidegger, Gadamer y Ricoeur). Este modo de interpretar narrativas sería fenomenológico-hermenéutico (1).

Para ciertos terapeutas el sentido y utilidad de los enfoques narrativos se debe al hecho de aprender una forma diferente de escuchar y entender el proceso terapéutico. Prestar atención a las historias de vida, y el proceso mismo de contar historias, puede conllevar a aprender a pensar sobre la terapia de una manera diferente. Históricamente, el desarrollo de las aproximaciones narrativas a la psicoterapia se remonta a los escritos de filósofos tales como Paul Ricoeur, Michel Foucault y Alasdair MacIntyre, quienes establecieron la primacía de la narrativa como una estructura básica para la comprensión de la conducta. Estos filósofos argumentaban que la estructura de la narrativa reflejaba dimensiones fundamentales de la existencia humana, tales como voluntad, intenciones personales, vivir en y a través del tiempo, como también la experiencia de pertenecer a una cultura y tradición. La implicancia de estas percepciones filosóficas para la psicología y la psicoterapia empezó a ser articulada en los años 1980 a través del trabajo de Jérôme Bruner, Millar Mair, Donald Polkinghorne y Theodore Harbin (2).

A continuación se revisan los principales métodos de investigación narrativa, los que se enmarcan dentro de la metodología cualitativa, y que a su vez inspiran la actividad terapéutica. Se destacará previamente el uso de la narrativa autobiográfica, dado su amplio uso en la psicoterapia.

## LA AUTOBIOGRAFÍA COMO TIPO DE INVESTIGACIÓN NARRATIVA

El análisis de las narraciones autobiográficas ya se encuentra en los principios planteados por Aristóteles respecto a la estructura de la trama, y muchos escritores y filósofos, entre ellos Ricoeur, Charles Taylor, R. Barthes, se han apoyado en estos principios a la hora de analizar la estructura del relato (3). Aristóteles (4) intenta resolver el tema del cambio y permanencia del ser humano en el tiempo, es decir, si es que existe o no algún núcleo inmutable que escape al cambio temporal, y que sea soporte de todas las transformaciones accidentales.

Para ello hace un paralelo entre la vida del sujeto que cambia y permanece y la descripción de la composición de la tragedia y la comedia. Caracterizó la tragedia en términos de los principios de la trama: personajes (costumbres morales), lenguaje, pensamiento. Destaca que las rupturas son la base de las tramas y en ellas hay siempre un comienzo, un desarrollo y un fin. La trama no sería una estructura estática sino una operación, un proceso integrador o trabajo de composición que confiere al relato una identidad dinámica y que se realiza en el lector o espectador, quien sería el receptor vivo de la historia relatada. Para Aristóteles, el alma de la tragedia es la trama y el personaje tiene una importancia secundaria, en cambio en la comedia la trama no siempre es tan evidente y sí lo son los personajes. En la comedia se debe proporcionar unidad y comprensión a la multiplicidad y heterogeneidad de acontecimientos. En este sentido la idea central de Aristóteles, y que toma la teoría narrativa, es el concepto de *intriga* o trama. Intriga, en griego *mythos*, tiene dos acepciones: fábula (historia imaginaria), e intriga en el sentido de historia bien construida. Es este último concepto de intriga, como historia bien construida, la que Ricoeur usará para resolver el tema del tiempo. La intriga permite integrar los elementos heterogéneos de la historia de ese sujeto, de manera que la narración no sea una simple enumeración de los incidentes o acontecimientos, sino una estructuración que transforma esos incidentes y acontecimientos en un todo inteligible. La historia relatada se convierte así en una totalidad temporal de características muy particulares, que actúa como mediadora entre el tiempo como paso y el tiempo como duración.

Tanto Ricoeur como Bruner aplican estos principios al hombre común, siguiendo para ello el modelo del escritor que se construye o recrea a través de su autobiografía. Ricoeur destaca, eso sí —como lo hace notar ya Aristóteles—, que nunca se es autor libre de la propia vida, pues ella está desde el inicio limitada o en cierta medida determinada, siendo por ello meros co-autores de nuestras narraciones. Con esta idea se alude a que del nacimiento nada sabemos, no podemos ser autores de ese momento de la narración, pertenece a nuestros padres, y de la muerte ya no somos los autores, por lo tanto, no somos tampoco narradores del fin de nuestra vida (5).

Es importante aclarar que los investigadores cualitativos no están en la búsqueda de una verdad definitiva sobre la experiencia, sino que presuponen que los individuos traen una perspectiva única en su manera de ver y comprender el mundo que les rodea. A su vez, el investigador puede utilizar diferentes métodos de análisis narrativos para la comprensión de los datos y para resaltar los hallazgos (6).



## MÉTODOS DE ANÁLISIS NARRATIVO

Lyons y Coyle (6) en su obra sobre los análisis cualitativos para las investigaciones en salud mental, distinguen cuatro métodos: *Análisis narrativo; análisis del discurso; teoría fundamentada; análisis interpretativo fenomenológico*.

Es necesario diferenciar primero entre *análisis narrativo* y *análisis del discurso*, a pesar de que varios autores ven a la narrativa como una forma de discurso, considerando por lo tanto al *análisis narrativo* como un tipo de análisis del discurso (7, 8). Sin embargo Lyons y Coyle (6) esgrimen diferencias fundamentales, las que giran en torno a las siguientes ideas: primero, que en el *análisis del discurso* no interesa la experiencia subjetiva sino la manera en que el sujeto usa el lenguaje como reflejo de su forma particular de crear la realidad; en cambio en el *análisis narrativo* este aspecto es fundamental, puesto que este se enfoca en la comprensión de cómo los sujetos experimentan y dan sentido a su mundo, además de priorizar las historias y narrativas personales. Segundo, las diferencias epistemológicas entre ambos influyen en el rol que asume el investigador, en la importancia que se le da a los datos y en las conclusiones a las que se llega. Es decir, en la interpretación de los datos del análisis narrativo el investigador está activamente implicado ya que pone en juego sus creencias y concepciones. Dicho aspecto debe ser explicitado por el investigador desde un comienzo, lo cual permite asumir que la fase de interpretación, si bien se basa en los datos, es siempre una construcción subjetiva (6, 9, 10).

Respecto a la *Grounded Theory* o *Teoría Fundamentada* (11) que sería el tercer tipo de método de análisis cualitativo dentro de la clasificación que hace Lyons (6), y tendría ciertas semejanzas con el análisis narrativo, diferenciándose eso sí en la manera de abordar y analizar los datos. La *Teoría Fundamentada* se concentra en segmentos del discurso, descontextualizando los datos, mientras que en el análisis narrativo se considera la narrativa en su conjunto, mirando la historia como un todo (7, 9). La *Teoría Fundamentada* es el tipo de análisis cualitativo más usado y es el que da prioridad a las palabras de las personas en los discursos o entrevistas. Este método está dirigido a generar teoría y no a descubrir, y ello se hace a partir de los datos en el curso de la investigación. Vale decir, es inductivo, es una metodología que busca desarrollar teorías fundamentadas en datos obtenidos y analizados sistemáticamente y que nos debiera conducir a explicar los fenómenos. Se analiza milimétricamente el material, para así generar categorías con los datos (12).

En cuanto al método de *Análisis Interpretativo Fenomenológico* distinguido por Lyons (6), esta manera de analizar narrativas es descrita como un procedimiento que consiste en hacer preguntas acerca del significado o sentido que le dan los individuos a sus relatos, siendo su objetivo último la comprensión de la perspectiva personal que tenga el sujeto para dar sentido a su mundo externo e interno. A su vez, vemos que existen varias propuestas metodológicas para analizar vivencias a través de autobiografías, y cuyos máximos exponentes son: Riesman, Lieblich, MacAdams y Linseth (ver Tabla 1). Estos cuatro autores líderes en la temática desarrollan métodos que se pueden aplicar al análisis de autobiografías, las que nos permiten observar procesos personales de construcción de significado y a su vez ver cómo el sujeto vivencia y significa su historia vital. Como ya dijéramos, los resultados que se obtienen de dichos análisis son datos únicos a los cuales no se accede a partir de cuestionarios o experimentos (13).

Riesman (7) describe tres formas de análisis de narrativas: *análisis temático; estructural* y *dialógico*. Dichas formas de análisis constituyen una síntesis instruida, simple y abarcadora de una gama importante de estudios contemporáneos sobre la temática. Esta clasificación cumple propósitos descriptivos y sobre todo pedagógicos, teniendo en cuenta que los tres tipos no son excluyentes sino que se pueden combinar (ver Tabla 1).

Lieblich (14), en Jerusalén, se ha dedicado a estudiar la historia de su país a través de relatos orales, y muy influenciada por Gergen (18), a quien cita constantemente, piensa que mediante el estudio y la interpretación de las autobiografías el investigador puede acceder no solo a la identidad del sujeto y a su sistema de significados, sino también a su cultura y al mundo social de este. Propone así en su libro *Investigación Narrativa: Lectura, Análisis e Interpretación* un modelo para clasificar y organizar los tipos de análisis narrativos que nos permitirían aproximarnos a mirar las historias de vida en forma independiente.

MacAdams (15), profesor de la Universidad de Northwestern en Chicago, trabaja en la misma línea que Lieblich. Para captar la riqueza de una historia contada y compararla con otros sujetos de estudio, el autor desarrolló la "Entrevista de la historia de vida". Para comprender la historia vital del entrevistado desde la narrativa se formulan preguntas abiertas enfatizando los siguientes puntos de interés:

"Queremos escuchar tu historia, incluyendo partes del pasado que recuerdes y el futuro como tú lo imagines. La historia es selectiva, no tiene que contener todo lo que alguna vez te ha ocurrido. En cambio, te voy a



**Tabla 1**  
**CUADRO RESUMEN DE DIFERENTES TIPOS DE ANÁLISIS NARRATIVO**  
 (estudio sistemático de datos narrativos)

Riessman, C.k.	Lieblich, A	Linseth-Norberg
<p>"Análisis de Narrativas personales", (1993, 2002)</p> <p>Inspirado en enfoques constructivistas del análisis narrativo</p>	<p>"Narrative Research, Redding, Analysis, Interpretation", (1998)</p> <p>Inspirado en enfoque constructivista de Gergen</p>	<p>"A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience", (2005)</p> <p>Inspirado en enfoque fenomenológico y tradición hermenéutica (Ricoeur, Gadamer)</p>
<p>Análisis se centra tanto en el contenido de la narrativa como en la forma en que la narrativa es construida.</p>	<p>El análisis pone acento en la técnica de la narrativa para conocer sistema de significados, la cultura y el mundo social del narrador</p>	<p>El análisis se centra en cómo vive la experiencia; esclarecer el significado entendible y la esencia del fenómeno a través de escuchar la narración.</p>
<p>Describe tres métodos de análisis:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Análisis temático: contenido de la narración</li> <li>2. Análisis estructural: cómo la narrativa es organizada por el narrador, uso del lenguaje verbal y no verbal</li> <li>3. Análisis dialógico/performativo importa la audiencia y contexto en que es producida la narrativa, a quién se dirige, cómo y para quién. Tiene un rol importante el investigador en la interpretación de la narrativa</li> </ol> <p>Riessman plantea que estos diferentes enfoques de análisis pueden complementarse pero que en general optan por uno de los tres</p>	<p>Describe dos aproximaciones independientes para mirar la historia de vida, lo que da 4 tipos de análisis:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfoque Holístico vs Categorical</li> <li>2. Enfoque Contenido vs de Forma                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Holístico: toma la narración como un todo, apto casos únicos</li> <li>– Categorical: se disecciona relato en segmentos, palabras o frases pertenecen a categoría definida, apto para estudio de fenómeno compartido por un grupo</li> <li>– Contenido: lo que pasó, por qué, quién participó. Ve el contenido explícito/implícito. Influenciable por contexto,</li> <li>– Forma: se ignora contenido, interés en cómo se dice o narra; estructura de la trama, secuencia, metáforas. Poco influenciable</li> </ul> </li> </ol> <p>Requiere ciertas condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autodisciplina al interpretar</li> <li>2. No necesario replicar; interpretación no es especulación, intuición al servicio de comprensión;</li> <li>3. Se trabaja a 3 voces (marco teórico-narrador-interpretación)</li> <li>4. Datos únicos que no se logran con cuestionarios.</li> <li>5. No hay hipótesis a priori, sí directriz</li> </ol>	<p>Describe para el análisis un proceso de 3 fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lectura ingenua: se lee repetidamente el texto con actitud abierta para captar idea de sentido del texto como un todo.</li> <li>2. Análisis estructural: se divide texto en unidades de significado, las que se contrastan con la comprensión obtenida de la lectura ingenua. Las unidades de significado se organizan en temas y subtemas.</li> <li>3. Comprensión Amplia: lectura crítica que conduce a la formulación de una comprensión global. Se contrastan temas y subtemas con la bibliografía pertinente. El texto se mira como un todo y se interpreta a partir del contexto.</li> </ol> <p>Incorpora lo planteado por Ricoeur en "Hermenéutica y Acción" relativo a cómo se transforma lo relatado en una acción significativa, para lo cual se debe considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tiempo del discurso</li> <li>– Quién es el sujeto del discurso</li> <li>– Cuál es el mundo y tiempo del relato, lo que describe</li> <li>– A quién se dirige el relato</li> </ul>

pedir que centres la atención en algunos hechos claves de tu vida, pocas escenas claves, personajes e ideas. No hay respuestas correctas o incorrectas a mis preguntas. Tu tarea es simplemente contarme sobre las cosas más importantes que han ocurrido en tu vida y cómo imaginas el desarrollo de tu vida en el futuro”.

Al especificar dichos aspectos se pone el énfasis en la individualidad personal, entregando la posibilidad al sujeto de escoger lo que crea central de su historia, lo cual entrega información valiosa para comprender a la persona y la forma en que vive su vida.

Por último, se intentará revisar un poco más en detalle el método de Linseth y Norberg, puesto que pensamos que entre los cuatro mencionados sería el más didáctico y aplicable tanto a la investigación como a la clínica.

Linseth y Norberg (16) presentan una propuesta basada en la corriente filosófica de la fenomenología hermenéutica, es decir, en la interpretación de textos. Dicha tradición surge de la teología protestante, convirtiéndose luego en una poderosa tradición en la filosofía y en los estudios humanísticos gracias a las obras de Friedrich Schleiermacher, Wilhelm Dilthey, Martin Heidegger, Hans-Georg Gadamer, Paul Ricoeur y otros (20). El objetivo esencial del método es lograr conocer cómo viven los sujetos sus experiencias, es decir, indagar en lo implícito de una forma más metódica. Ellos proponen tres etapas, en un movimiento dialéctico entre el todo y las partes del texto. La primera etapa la llaman *Lectura Ingenua*, y consiste en leer repetidamente el texto con una actitud abierta para poder comprender su significado como un todo. Esto nos indica la dirección que tomará el análisis estructural que sería la segunda etapa, y es la primera aproximación al sentido, el que será validado o invalidado por el análisis estructural subsiguiente. La idea de hacer una lectura ingenua la toma Linseth de Ricoeur (21), quien plantea que en esta etapa el investigador se mueve desde un enfoque natural hacia un enfoque fenomenológico preteórico, lo que le permite reflexionar sobre el significado. Para Ricoeur el concepto de preteórico alude a que “nunca se parte de cero”, tenemos ideas o “juicios previos”; es imposible un pensamiento que nazca de la nada, llegamos a un mundo en que con el solo lenguaje que nos transmite nuestra madre en la infancia ya nos está transmitiendo una cultura, que se nos va a introducir sin que sepamos a través del lenguaje, y que nos lleva a ver la realidad de determinada manera. El lenguaje está inserto en la comprensión del mundo y el mundo no es sino la experiencia humana articulada lingüísticamente, de manera que quien tiene lenguaje tiene mundo. A su vez, para Gadamer (22) el ser humano está limitado

y condicionado de muchas maneras y son los prejuicios o juicios previos los que han de revisarse en un segundo momento y son diferentes según el país o cultura. Es por ello que no se puede evitar el estar inmerso en una tradición. Lo que se requiere es revisar los juicios previos a la hora de innovar.

El segundo momento sería la etapa de *Análisis Estructural*, o parte metódica del estudio. Aquí el investigador divide el texto en unidades de significado, intentando ver el texto lo más objetivamente que se pueda. Una unidad de significado es una parte del texto, de cualquier longitud, que transmite un solo significado o aspecto desde donde se puede estudiar la vivencia. Es una manera de buscar e identificar y formular temáticas.

Por último, está la tercera etapa o tercer momento, denominada *Comprensión Amplia*. En esta etapa es donde se realiza una lectura crítica conducente a la formulación de una comprensión global. Para llegar a formular una comprensión global se debe primero tener una precomprensión, que trata del presupuesto con que se llegó a la lectura ingenua, de la cual ya hablamos más arriba. Después de esa lectura ingenua vienen los temas y subtemas que se extrajeron del análisis estructural, para finalmente contrastar estos temas y subtemas con la bibliografía pertinente que se haya revisado.

En el fondo, el autor realiza primero una interpretación individual del texto, luego discute esa interpretación con los textos y con las otras lecturas hechas, hasta llegar a un acuerdo sobre cuál es la interpretación más creíble o acertada. Vemos cómo estas tres partes comprenden una etapa de *comprensión, explicación e interpretación*, que va desde lo que el texto dice hasta lo que realmente significa, es decir, va desde el contenido literal y evidente hasta el significado que contiene, lo implícito (ver Tabla 1). Este método entrega información valiosa sobre lo que los personajes quieren, aquello en lo que ponen todo su empeño o tratan de evitar a lo largo del tiempo (17).

## APLICABILIDAD Y ALCANCES EN LA CLÍNICA CON EL USO DEL MÉTODO NARRATIVO

Hoy en día la TN (terapia narrativa) está siendo aplicada en diversos contextos clínicos. Como modalidad terapéutica la TN tiene sus raíces en la terapia familiar, tomando en cuenta la persona, la familia y el contexto social/cultural/espiritual. En la TN no solo se trabaja la sintomatología, sino que también el sentido de identidad de las personas, que implica valores, sueños, etc., analizados individual y culturalmente. En la TN se interpreta y se le da un significado a lo que sucede de

manera de encontrar el sentido, el argumento de la historia, la trama, la cual transcurre en un tiempo y contexto determinado. Es necesario recalcar que este sentido que se le da a la trama (interpretación) estará siempre influido por factores culturales y sociales. La TN va a alcanzar su propósito preguntando sobre lo narrado y re-narrando, de forma tal que se logre visualizar la identidad de una manera nueva y creativa, que resignifique el problema y permita que surja una historia alternativa (17). Una de las importantes consecuencias de adoptar una perspectiva narrativa en terapia es que a través de la extensión de la historia que el paciente relata se muestra la naturaleza múltiple y fragmentada de su identidad personal. Es en este sentido que la TN cobra especial utilidad, ya que logra durante el proceso terapéutico darle una unidad con sentido a conceptos tales como *ego* o *yo* pudiendo así la persona saber quién realmente es.

Las últimas evidencias sobre su aplicabilidad a la clínica señalan datos interesantes, tales como el estudio de López *et al.* (18), en que se comparó la terapia cognitivo conductual (TCG) y la terapia narrativa (TN) en pacientes adultos con depresión mayor, demostrando que la combinación de ambas sería beneficiosa, y que no habría diferencias sustanciales en la reducción de síntomas depresivos cuando se opta por usar una u otra. En este estudio se encontró que la aplicación de la TN en el comienzo del tratamiento de pacientes aquejados de depresión mayor no resultó eficaz, dado que sus recursos cognitivos se encuentran disminuidos, por lo que concluyen que en esta etapa del tratamiento sería más beneficioso el uso de la TGC. Revisando la documentación existente relativa a la aplicabilidad de la TN en la clínica, nos encontramos también con el estudio de Gonçalves, Henríquez, Alves y Soares (19) en pacientes con agorafobia, en que observaron que dichos sujetos mostraban narrativas con una estructura muy coherente sobre todo en temas relacionados con aspectos negativos o fallas. Finalmente, en otro estudio (20), también en sujetos que padecían de trastornos anímicos, específicamente depresión y ansiedad, se evidenciaron narrativas centradas en el pasado caracterizadas por un *yo* con falta de autodeterminación y tendencia a la victimización, hecho que repercutía en las posibilidades de cambio a través de la terapia.

## CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

La terapia narrativa proviene de una amplia gama de teorías e investigaciones existentes en diversas disciplinas, tales como filosofía, psicología, antropología

social, sociología, lingüística y crítica literaria. Entre dichas disciplinas existe consenso en que los estudios narrativos son especialmente útiles para el análisis sistemático de los procesos a través de los cuales personas, grupos y organizaciones otorgan significado a sus experiencias. Es a través de las historias personales que se puede acceder a dimensiones importantes de la existencia humana, como lo son por ejemplo la variable temporal y la subjetividad en general, la cual pasa a ser ignorada por investigaciones basadas en análisis cuantitativos (21). Además, el paciente, al relatar su historia, imprime un cambio en la terapia por el mismo hecho de ser responsable de la re-autoría de su historia de vida. Creemos que los métodos revisados proveen de herramientas muy útiles para el conocimiento de las vivencias, ya que permiten formular categorías analíticas sobre estas, de manera de poder analizar las narrativas biográficas en forma clara, ordenada y acuciosa, en lo respectivo a las dimensiones que se analicen, resignificando el problema. Es posible que el método de Linseth y Norberg, sea el más didáctico y aplicable tanto a la investigación como a la clínica. Dicho método, al inspirarse en la fenomenología, permite evitar y sortear las dificultades de dicha corriente filosófica a la hora de estudiar las vivencias. Es decir, la fenomenología pura es a veces muy abstracta para llegar a los procesos cotidianos, sin embargo con este método se puede conocer aspectos difíciles de estudiar y observar por otra vía, como lo es por ejemplo la construcción de la identidad en jóvenes, o bien la vivencia de la dimensión temporal entre otros. Finalmente, tanto el método de Linseth como los otros descritos son aplicables a la investigación y a la terapia, siendo en esta última un proceso dinámico y vertiginoso; en cambio en la investigación es un trabajo más estático e inamovible.

Así, la terapia narrativa (TN) posibilita el estudio de las estructuras constitutivas básicas de la conciencia, es decir la autoconciencia, la corporalidad, la espacialidad, la temporalidad y la intersubjetividad, las que si bien no son inconscientes, tampoco nos son dadas temáticamente como objetos de experiencia (22).

De este modo la fenomenología hermenéutica, en la que se inspira el método narrativo, permite una comprensión de la subjetividad o "experiencia vivida", siendo la tarea de la hermenéutica reconstruir la dinámica interna del relato y restituir la capacidad de la obra para proyectarse al exterior mediante la representación de un mundo habitable. En otras palabras, descubrir en la obra un mundo único y propio pero compartido y comprendido por los otros. Es a la hermenéutica, a través de la tarea interpretativa, a quien corresponde explorar las implicaciones del texto (23).

Por lo tanto, podríamos concluir, respecto al método narrativo, que es una herramienta útil en la clínica, ya sea para una posible terapia o para sesiones de apoyo encaminadas a reorientar la vida. El análisis de la narrativa que se haga con el paciente permite trabajar el “insight” y la promoción de funcionamientos necesarios para una óptima adaptación al medio, tales como la autonomía y madurez. A su vez, el trabajar con las autobiografías facilita, por ejemplo, en los jóvenes que sean capaces de formular un proyecto de vida y que no permanezcan con un desconocimiento total de quiénes son y para dónde pueden encaminar sus vidas, lo cual repercute en vagancia, droga y delincuencia, entre otros (24).

## REFERENCIAS

1. Parnas J, Sass L (2008). Varieties of “Phenomenology”: On Description, Understanding and Explanation in Psychiatry. En Kendler K, Parnas J (Ed.). *Philosophical Issues in Psychiatry. Explanation, Phenomenology, and Nosology*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Baltimore
2. Angus LE, McLeod J (Eds.) (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy*. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications, Inc
3. Van Dijk T (2008). El discurso como estructura y proceso. Estudios sobre el discurso I: Una introducción multidisciplinaria. Barcelona: Editorial Gedisa;
4. Aristóteles (1994). *Poética*. 2ª ed Barcelona: Icaria Editorial
5. Escribar A (2013). *Ética Narrativa: antecedentes y posibles aportes al juicio moral*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales
6. Lyons E (2007). Analyzing qualitative data: comparative reflections. En: Lyons E, Coyle A *Analyzing Qualitative data in Psychology*. London: Sage Publications
7. Riessman C (2008). *Narrative methods for human sciences*. California: Sage Publications
8. Demazière D, Dubar C (1997). *Analyser les entretiens biographiques*. Paris: Nathan
9. Capella C (2011). “Hacia narrativas de superación: El desafío para la psicoterapia con adolescentes de integrar la experiencia de agresión sexual a la identidad personal” Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile
10. Feixas G, Villegas M (2000). *Constructivismo y psicoterapia* (3ª edición). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer
11. Glaser B, Strauss A (1967). *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Nueva York: Aldine de Gruyter
12. Bolívar A, Domingo J, Fernández M (2001). *La investigación biográfico-narrativa en educación, enfoque y metodología*. Madrid: La Muralla
13. De la Harpe M (2005). *Desarrollo de la organización del sí mismo desde una perspectiva constructivista evolutiva en niños y adolescentes de 8 a 20 años*. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología mención Psicología Clínica Infanto-juvenil: Universidad de Chile
14. Lieblich A, Tuval R (1998). *Narrative Research, Redding, Analysis, Interpretation*. London: Edit. Sage Publications, Thousand Oaks
15. McAdams D, Josselson R, Lieblich A (2002). *Turns in the road: Narrative studies of lives in transition*. Washington, D.C.: American Psychological Association
16. Lindseth A, Norberg A (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci* 18, 145-153
17. White M (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa
18. López R, Gonçalves M, Machado P, Sinai D, Bento T, Salgado J (2014). Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research* 24(6): 662-674
19. Gonçalves O, Henríquez M, Alves A, Soares L (2002). Analyzing structure, process and content in narratives of patient diagnosed with agoraphobia. *International Journal of Clinical and health Psychology* 2(3): 389-406
20. Habermas T, Ott LM, Schubert M, Schneider B, Pate A (2008). Stuck in the past: Negative bias, explanatory style, temporal order, and evaluative perspectives in life narratives of clinically depressed individuals. *Depression and Anxiety* 25: 121-132. DOI: 10.1002/da.20389
21. Bernasconi O (2011) Aproximación narrativa al estudio de los fenómenos sociales: principales líneas de desarrollo. *Acta Sociológica* 56, 9-36
22. Fuchs T (2008). Comment: Beyond Descriptive Phenomenology. En Kendler K, Parnas J (Ed.). *Philosophical Issues in Psychiatry. Explanation, Phenomenology, and Nosology*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press
23. Ricoeur P (2000). Narratividad, fenomenología y hermenéutica. *AnálisiQuaderns de comunicació i cultura*. Revista del Departament de Periodisme i Ciències de la Comunicació de la UAB, Nº 25, 189-207
24. Dörr A (2014). Vivencia de la temporalidad en adolescentes consumidores habituales de marihuana. *Actas Esp Psiquiatr* 2014; 42(2): 49-56

## REVISIÓN

# REVISIÓN SISTEMÁTICA DE INDICADORES BIOLÓGICOS DE CAMBIO EN INVESTIGACIONES DE PROCESO EN PSICOTERAPIA DE LA DEPRESIÓN<sup>1</sup>

(Rev GPU 2016; 12; 3: 264-270)

Caroline Leighton<sup>2</sup>

## INTRODUCCIÓN

Desde que se describió la depresión (melancolía) se asoció con cambios a nivel biológico. Es decir, además de producir un cambio en el estado psicológico de la persona, produce y es producida por un cambio cerebral.

Los cambios cerebrales asociados a la depresión son tanto a nivel estructural (anatómico) como a nivel bioquímico (funcional). Estos últimos pueden ser estudiados por imágenes cerebrales (ej. SPECT; PET; RNMf), electrofisiología (ej: respuesta a la conductancia de la piel), psicofisiología (ej. EEG, potenciales evocados) y por medición de distintas moléculas a nivel periférico (ej. neurotransmisores, mediadores del sistema inmunológico, etc.) (Jiménez 2010).

Como no es el motivo central de esta revisión, no nos detendremos en detalle a describir los cambios que a estos niveles se han asociado a la depresión. Las alteraciones cerebrales que se han asociado más frecuentemente a la depresión son la disminución del volumen del hipocampo asociada a la hipercortisolemia, producida por una alteración en el eje neuroendocrino hipotálamo-hipocampo-adrenal, secundario probablemente a

factores ambientales (trauma en la infancia o eventos vitales negativos previos al episodio) y factores genéticos. Además, se ha observado aumento del flujo sanguíneo en la amígdala (hipervigilancia) y la corteza cingulada anterior (resolución de conflictos, experimentación consciente de las emociones), y disminución del flujo sanguíneo en la corteza prefrontal asociado a la obtención de metas y control emocional (Grawe 2007).

Los estados depresivos se han asociado a alteraciones a nivel inmunológico (aumento de IL-6 proinflamatorio) (Maes M, 1997), además de evidenciarse que el accionar de los tratamientos AD es a nivel de material genético, produciendo la activación de la transcripción de receptores serotoninérgicos cerebrales. A este nivel también se ha evidenciado que la alteración en la transcripción de estos receptores, por ser portadores de alelos que favorecen o disminuyen su transcripción, está asociada con la mayor o menor predisposición a presentar depresión (Caspi 2010).

Por otra parte, Eric Kandel describió, a principios de los años 1990, que el aprendizaje, y por ende la psicoterapia como una forma de aprendizaje, produce cambios cerebrales (Kandel 1999). Es más, Grawe insiste en que si

<sup>1</sup> Este es el Trabajo Final (diciembre 2011) del seminario de profundización: "La investigación multidisciplinaria en depresión como campo de diálogo entre las ciencias neurocognitivas, la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia", realizado bajo la dirección del Prof. Dr. Juan Pablo Jiménez De la Jara.

<sup>2</sup> Psiquiatra. Doctorada en Psicoterapia. Prof. Universidad de Chile y Universidad Católica de Chile.

la psicoterapia no produce cambios cerebrales, esta no es efectiva. En general, existe menor investigación sobre el efecto neurológico que produce la psicoterapia (Roffman 2005). El proceso de aprendizaje psicoterapéutico puede alterar la expresión genética y con ello proteger al individuo de vulnerabilidades genéticas (Gabbard, 2000).

El objetivo de esta revisión sistemática es contestar a la pregunta: ¿Existen y cuáles son los indicadores biológicos de cambio en investigaciones de proceso en psicoterapia en pacientes depresivos?

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda electrónica en la base de datos Medline, utilizando las palabras: *Depression and*

*Psychotherapy; Depressive Psychotherapy; Depression Psychotherapy Brain; Depression Psychotherapy Neural*, en el título o en el resumen, en todos los idiomas y sin restricción de fecha. Se efectuó una búsqueda más amplia para asegurarse de encontrar todos los artículos sobre el tema. Además se realizó la búsqueda de los artículos experimentales incluidos en la bibliografía de los artículos de revisión encontrados.

Se encontraron 630 artículos, de los cuales se seleccionaron 14, que fueron los que incluían los indicadores biológicos de cambio en pacientes depresivos tratados con psicoterapia.

Se excluyeron los artículos de revisiones sistemáticas previas sobre el tema y los artículos no disponibles en inglés o castellano (n=3).

**Tabla resumen de artículos revisados**

Autor (año)	Terapia	Técnica estudio	Sujetos	Control	Resultados
1. Martin <i>et al.</i> (2001)	IPT, 6 sem	SPECT	13 pcts con MDD	15 pcts con MDD tratados Venlafaxina	↑ flujo en ganglio basal derecho y en corteza cingulada derecha posterior en IPT ↑ flujo ganglio basal derecho y corteza temporal posterior en venlafaxina
2. Brody <i>et al.</i> (2001a)	IPT, 12 sem	PET	14 pcts con MDD y 10 pcts con MDD tratados con PXT	16 controles sanos	↓ metabolismo bilateral PFC, y ACC ventral y ↑ corteza temporal e ínsula en IPT ↓ bilateral PFC, ACC media y ↑ corteza temporal e ínsula en paroxetina
3. Brody <i>et al.</i> (2001b)	IPT, 12 sem	PET	14 pcts con MDD	25 pcts con MDD con PXT	↓ lóbulo frontal
4. Goldapple <i>et al.</i> (2004)	CBT, 15–20 sesiones	PET	17 pcts con MDD	Post hoc comparación con 13 pcts PXT	↓ múltiples regiones frontales y ↑ regiones límbicas en CBT ↑ múltiples regiones frontales y ↓ regiones límbicas en PXT
5. Karlsson <i>et al.</i> (2010)	Terapia psicoanalítica breve 16 sesiones (PSY)	PET	8 pcts con MDD	15 pcts con MDD en tto FLX	↑ densidad de receptor serotoninérgico 5-HT1A en múltiples regiones corticales en PSY Sin cambios en FLX
6 Hirvonen (2011)	Terapia psicoanalítica breve 16 sesiones (PSY)	PET	Pcts con MDD	Pcts con MDD en tratamiento con FLX	Sin cambios en densidad de receptor de dopamina D(2/3) en núcleo estriado FLX ↑ densidad de receptores en núcleo talámico lateral
7. Lehto (2008)	Terapia psicoanalítica por 12 meses	SPECT	Pcts MDD 19 (n=8 MDD atípica)	Sin	Incremento significativo densidad de receptores serotoninérgicos en cerebro medio en MDD atípica



Continuación Tabla resumen.

Autor (año)	Terapia	Técnica estudio	Sujetos	Control	Resultados
8. Yang (2009)	Terapia cuerpo-mente-espíritu (8 sesiones) agregado a farmacoterapia	Cortisol salival al despertar, 45 min. después de despertar, y a las 12.00, 17.00 y 21.00 h.	36 Pcts con MDD en tto COMB (AD + PST)	Pcts con MDD en monoterapia con AD	Curva de cortisol diario más pronunciada en COMB
9. Hsiao (2011)	Terapia cuerpo-mente-espíritu (8 sesiones) agregado a farmacoterapia	Cortisol salival al despertar, 45 min. después de despertar, y a las 12.00, 17.00 y 21.00 h.	Pcts con MDD 29 en tto COMB (AD + PST)	Pcts con MDD 34 en monoterapia con AD	Una curva de cortisol diario más pronunciada en COMB a los 3-5-8 meses de seguimiento post tto.
10. Dichter (2009)	Terapia de Activación conductual para depresión	RNMf tarea de rueda de la fortuna	12 pcts MDD con terapia	15 sanos	Cambio en gyrus paracingulado durante selección de recompensa núcleo caudado derecho en anticipación a la recompensa, y gyri paracingulado y frontoorbital durante feedback de recompensa
11. Dichter (2010)	Terapia de Activación conductual para depresión	RNMf tarea control cognitivo en contexto triste y neutro	12 pcts MDD con terapia	15 sanos	Psicoterapia disminuyó la activación en respuesta a estímulos cognitivos de control en contexto triste de estructuras prefrontales
12. Henn (2002)	Modelo animal de aprendizaje	Densidad de receptores beta NE	Ratas deses-peranzadas con tto conductual de aprendizaje	Ratas deses-peranzadas con tto AD	Con tratamiento AD o entrenamiento conductual los niveles de receptor beta de NE revirtieron a normal.
13. Koch (2009)	IPT, 12 sesiones en 6 sem	pCREB en linfocitos T con Western blot; nivel de BDNF en plasma con ELISA.	30 pcts con MDD tto con IPT (respondedores vs. no respondedores)	Sin	Incremento en pCREB después de 1 sem de IPT en respondedores vs no respondedores.
14. Fazzino (2009),	PNL	Transportador de taurina y linfocitos T CD4+ y CD8+ determinados con inmunofluorescencia; niveles de IL-2 y IL-4 por ELISA; niveles plasmáticos de aminoácidos por HPLC.	Pcts 20 con COMB	Pcts 20 con AD	↓ CD4+ con ambos ttos CD8+ no cambiaron ↓ transportador de taurina post tto COMB ↑ IL-4 en COMB IL-2 sin cambios

Significado de las abreviaturas:

IPT= psicoterapia interpersonal; SPECT= tomografía computarizada de emisión de fotón único; MDD= Trastorno depresivo mayor; PET= tomografía de emisión de positrones; PXT= paroxetina; PFC= corteza prefrontal; ACC= corteza cingulada anterior; CBT= terapia cognitivo conductual; FLX= fluoxetina; PSY= Terapia psicoanalítica breve; COMB= combinado; AD= antidepressivo; PST= psicoterapia; PNL= programación neurolingüística; NE = noradrenérgicos.

## RESULTADOS

El objetivo de este trabajo es revisar las investigaciones que existen sobre los cambios neurobiológicos observados en pacientes depresivos tratados con psicoterapia.

El estudio más antiguo encontrado es el de Martin *SD et al.* en 2001, que compara pacientes depresivos tratados farmacológicamente con venlafaxina con pacientes tratados con psicoterapia interpersonal semanal por 6 semanas. Ambos grupos presentaron mejoría en los síntomas depresivos medidos con la Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) de 17 ítems. Pero el grupo tratado con venlafaxina presentó una mejoría mayor (16 vs 10 pts HAM-D). Los pacientes fueron estudiados con tomografía computarizada de emisión de fotón único (SPECT) pre y postratamiento. Se observó en el grupo con venlafaxina un aumento de la activación en la región derecha temporal posterior y en ganglios basales derechos, mientras en el grupo de psicoterapia se observó un aumento de la activación en la región límbica en el cíngulo posterior derecho y también en los ganglios basales derechos. Los autores concluyen que el flujo sanguíneo en la región límbica aumenta con la psicoterapia y no así con farmacoterapia, mientras aumenta con ambos tratamientos el flujo en los ganglios basales.

Brody *et al.*, (2001) han publicado dos investigaciones sobre los cambios metabólicos en el cerebro observados con el tratamiento (farmacológico con paroxetina o con psicoterapia interpersonal) en pacientes depresivos. En la primera publicación estudiaron 24 pacientes con depresión y 16 controles con tomografía de emisión de positrones (PET) pre y postratamiento luego de 12 semanas; el tratamiento fue escogido por el paciente. Se encontró una disminución del metabolismo en corteza prefrontal, bilateral en el grupo con PXT y a derecha en grupo de psicoterapia; además se observó disminución del metabolismo del giro cíngulo izquierdo (medial en el grupo de paroxetina y anterior en el grupo de psicoterapia) y aumento del metabolismo en corteza temporal izquierda (ínsula). Los sujetos presentaron cambios en el metabolismo cerebral similares con los dos tipos de tratamiento. En la segunda publicación, estudiaron 39 pacientes depresivos con PET pre y postratamiento con paroxetina o psicoterapia interpersonal, y encontraron que la mejoría sintomática en ambos grupos se asociaba a disminución del metabolismo del lóbulo frontal ventral

Goldapple *et al.* estudiaron 17 pacientes depresivos con terapia cognitivo conductual (TCC) de 15 a 20 sesiones con PET, pre y postratamiento, y luego los compararon con 13 pacientes depresivos tratados con

paroxetina (post hoc), para identificar cambios específicos asociados a la psicoterapia. Observaron que el patrón de activación metabólica cerebral fue distinto en pacientes tratados con psicoterapia y con paroxetina. La respuesta a TCC se asoció con aumento del metabolismo en hipocampo y corteza cíngulo dorsal, y disminución del metabolismo de corteza frontal, mientras que en el grupo con PXT la mejoría clínica se asoció con aumento del metabolismo en corteza prefrontal e hipocampo y disminución en corteza cíngulo subgenual.

Karlsson *et al.* (2010), en un estudio randomizado de 23 pacientes depresivos, compararon la densidad de receptores cerebrales 5-HT<sub>1A</sub> utilizando PET pre y postratamiento (16 semanas) con fluoxetina (n=15) o psicoterapia psicodinámica breve (n=8) en pacientes depresivos. Ambos grupos lograron similar mejoría clínica. Se observó un aumento en la densidad de receptores 5-HT<sub>1A</sub> en distintas regiones cerebrales, hallazgo que no fue compartido por el grupo tratado con antidepressivo.

En una publicación posterior el grupo finlandés de la Universidad de Turku (Hirvonen 2011) estudió el efecto del tratamiento farmacológico vs. la psicoterapia en pacientes depresivos a nivel del sistema dopaminérgico en el núcleo estriado y talámico. Asignaron aleatoriamente los pacientes depresivos a tratamiento con fluoxetina o psicoterapia psicodinámica breve de 16 sesiones. Mediante PET se cuantificaron los receptores D<sub>2/3</sub> del núcleo estriado y talámico pre y postratamiento. Ambos grupos mejoraron los síntomas depresivos de forma similar. No se observaron efectos en el núcleo estriado en ninguno de los grupos. El grupo con fluoxetina aumentó el potencial de unión en el núcleo talámico lateral (+7.74%,  $p=0.002$ ) pero este aumento no se correlacionó con la mejoría clínica.

Otro estudio finlandés previo (Lehto 2008) investigó el efecto de la psicoterapia en el transporte de neurotransmisores. 19 pacientes deprimidos recibieron psicoterapia psicodinámica por 12 meses, de los cuales 8 cumplían criterios para depresión atípica. Se estudió mediante SPECT pre y postratamiento las densidades de los receptores serotoninérgicos del cerebro medio y los receptores dopaminérgicos del núcleo estriado. Se encontró que la densidad de receptores serotoninérgicos aumentaba durante la psicoterapia en pacientes con depresión atípica pero no en depresión no atípica. No hubo cambios en la densidad de receptores dopaminérgicos.

Investigadores de la Universidad de Taiwán (Hsiao 2011 y Yang 2009) han comparado los efectos en la curva de cortisol diaria de agregar psicoterapia al tratamiento farmacológico de pacientes depresivos. Dos

estudios han demostrado un aumento del pronunciamiento de la curva de cortisol diaria en pacientes con tratamiento combinado, comparados con el tratamiento farmacológico en monoterapia. El primer trabajo (Yang 2009), estudió 36 pacientes depresivos, aleatorizados a tratamiento combinado de farmacoterapia más psicoterapia (8 sesiones grupales de psicoterapia cuerpo-mente-espíritu) o monoterapia solo con fármacos. Ambos grupos presentaron disminución similar de síntomas depresivos, sin embargo los niveles de cortisol nocturnos y 30-45 minutos poscaminata eran menores en el grupo de tratamiento combinado, lo que producía un patrón diario de cortisol con una curva más pronunciada en el grupo de terapia combinada. La segunda publicación (Hsiao 2011) estudió a 63 sujetos depresivos, aleatorizados a tratamiento combinado (n=29) o monoterapia (n=34) durante 8 meses. Ambos grupos presentaron mejoría de síntomas depresivos similares medidos con Beck Depression Inventory II (BDI-II), pero el grupo combinado presentó una reducción mayor de síntomas ansiosos asociados medidos con State Trait Anxiety Inventory (STAI). Las mediciones de curva de cortisol mantuvieron los hallazgos del primer trabajo, observándose una profundización de la curva de cortisol diaria durante las tres mediciones postratamiento (efecto a largo plazo)

Por otra parte, Dichter *et al.* (2009) estudiaron el efecto de la psicoterapia en la normalización de la respuesta a estímulos placenteros en pacientes depresivos. 12 pacientes depresivos y 15 controles fueron sometidos a RNMf, durante la tarea de la "rueda de la fortuna" antes y después de, en promedio, 11,4 sesiones de psicoterapia (terapia conductual de activación para depresivos modalidad diseñada para aumentar la respuesta a estímulos positivos y disminuir las respuestas evitativas). En el grupo de psicoterapia hubo cambios en estructuras asociadas a respuesta a refuerzos positivos, incluyendo gyrus paracingulado durante la selección de la recompensa, núcleo caudado derecho (estriado dorsal), durante la anticipación de la recompensa y del gyri orbitofrontal y paracingulado durante el feedback de la recompensa.

Un segundo estudio del grupo de Dichter, de la Universidad de Carolina del Norte, de 2010, utilizando el mismo grupo descrito, demostró que la psicoterapia disminuyó la activación de la corteza prefrontal (incluyendo gyrus paracingulado, corteza orbitofrontal derecha, y polo frontal derecho) en respuesta a estímulos cognitivos de control en contexto triste. Es más, el grado de activación del gyrus paracingulado previo al tratamiento predijo la magnitud del cambio de los síntomas depresivos postpsicoterapia. Las limitaciones de

estos estudios son la muestra pequeña, la falta de seguimiento a largo plazo para determinar la constancia de los cambios observados, el uso de grupos de control con placebo y con otras formas de tratamiento para la depresión.

Una de las primeras investigaciones producidas en este campo fue realizada por Henn *et al.* (2002) en modelos de depresión en animales. El modelo es creado en ratas usando estresores de forma impredecible, lo que les produce una sensación de pérdida de control. Esto produce un modelo de depresión de desesperanza aprendida y alteran sus conductas, no tratan de escapar de situaciones adversas, pérdida de peso, cambios en el sueño (disminución de sueño REM), disminución de la libido y aumento de la secreción de cortisol. Estos cambios perduran por semanas y pueden ser revertidos con el uso de antidepresivos. Utilizando este modelo investigaron si el aprendizaje revierte la desesperanza comparado con antidepresivos. El entrenamiento conductual se llevó a cabo mediante un arnés de ratas, que encerraba las patas delanteras, e hilos en cada pata mediante el cual la rata podría caminar por la jaula sin ser tocada. A las ratas desesperanzadas se les dio una señal de luz y luego se las dirigía a la prensa de barras para terminar el choque, que comenzaba 5 segundos después de la señal luminosa. Después de diez días la mayoría de las ratas había aprendido a anticipar el choque cuando se presentaba la señal de la luz y se iban a la prensa de barras sin ayuda. Para determinar el efecto cerebral de los tratamientos se estudiaron los cambios en la densidad de los receptores beta noradrenérgicos. Las ratas eran inyectadas diariamente con antidepresivos (imipramina, fluoxamina o mianserina) por 5 días o entrenamiento conductual por 10 días, que es cuando se observó la respuesta conductual de reversión de la desesperanza. Cuando se examinaron los grupos de ratas AD y aprendizaje conductual se observó que los niveles de receptores beta NE habían revertido a normal en todos los grupos.

Un grupo alemán (Koch 2009), estudió los cambios en el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) y el elemento de unión a la proteína adenosina monofosfato cíclico (CREB) en linfocitos. Este grupo ya había demostrado que un incremento de la fosforilación de CREB en linfocitos T se asocia con la mejoría clínica de pacientes depresivos. Se estudiaron 30 pacientes depresivos y recibieron seis semanas de psicoterapia interpersonal en monoterapia, para excluir efecto de fármacos. En los pacientes respondedores a la psicoterapia, desde la primera semana se observa un aumento significativo de los niveles de pCREB comparado con los no respondedores. No se halló diferencias en los niveles

de BDNF en los respondedores de los no respondedores. El aumento temprano de pCREB no depende del tratamiento farmacológico. Por primera vez, marcadores biológicos celulares pudieron ser asociados con respuesta a psicoterapia.

Un grupo venezolano (Fazzino, 2009), estudió el transportador de taurina en linfocitos T de pacientes depresivos tratados con farmacoterapia o psicoterapia. La taurina tiene funciones antioxidantes y antiinflamatorias y se encuentra elevada en los linfocitos T de sujetos depresivos. Este hallazgo es reversible en pacientes bajo tratamiento AD. 40 pacientes depresivos fueron tratados con tratamiento combinado con farmacoterapia más psicoterapia (programación neurolingüística) o con monoterapia con antidepresivos (venlafaxina). Los linfocitos fueron obtenidos de sangre periférica. Se determinaron los niveles de CD4+, CD8+, IL-2 (proinflamatoria) e IL-4 (antiinflamatoria). El porcentaje de células CD4+ disminuyó significativamente con ambos tratamientos, mientras que los niveles de CD8+ no se modificaron. El transportador de taurina de ambos linfocitos disminuyó luego del tratamiento combinado. No se observaron cambios en los niveles de IL-2, mientras que se produjo un aumento de los niveles de IL-4 en el grupo con tratamiento combinado.

## CONCLUSIONES

Los estudios sobre los cambios cerebrales en pacientes depresivos tratados con psicoterapia se iniciaron esta última década, y son escasos. Además, presentan limitaciones en cuanto a su calidad, muchos no son randomizados, no tienen grupo control, las muestras son pequeñas. En ocasiones, los tiempos de estudio del efecto de la psicoterapia son demasiado cortos (6 semanas) y en otros las dosis de fármacos con las que se realizan comparaciones no son las adecuadas. Otros estudios comparan muestras con diferente respuesta sintomática a los tratamientos, lo cual puede incidir directamente en los hallazgos cerebrales, por lo que hay que ser cauteloso con los hallazgos observados.

El estudio de Martin (2001) concluye que ambos tratamientos producen cambios a nivel de ganglios basales, pero que la psicoterapia además produce cambios a nivel del sistema límbico. Los trabajos de Brody (2001) encontraron cambios en el metabolismo cerebral similares con los dos tipos de tratamientos (farmacológico y psicoterapéutico), al igual que Goldapple (2004), que evidenció cambios en el funcionamiento de la región límbica y cortical de la TCC similares a los observados con otros tratamientos antidepresivos. Estos hallazgos son compartidos por Henn, quien evidenció, en el mo-

delo animal, que tanto los tratamientos farmacológico como psicológico (aprendizaje de nuevas conductas) incluirían las mismas vías.

Los trabajos finlandeses (Karlsson 2010, Hirvonen 2011) sobre los cambios en la densidad de receptores serotoninérgicos (y no así los dopaminérgicos) constituyen una diferencia en cuanto a la respuesta al tratamiento farmacológico vs. psicoterapéutico. Puede ser una evidencia del cambio top-down producido por la psicoterapia en pacientes depresivos. Y además demuestran por qué los cambios producidos por psicoterapia suelen ser más duraderos.

En esta línea están los trabajos del grupo de la Universidad de Taiwán, que demostró un aumento de la profundización de la curva diaria de cortisol en los pacientes depresivos tratados con tratamiento combinado vs. farmacológico. Este hallazgo puede sugerir un efecto protector de la psicoterapia en pacientes depresivos, ya que previene un incremento en el cortisol salival nocturno y aplanamiento de la curva diaria de cortisol que suele verse en pacientes depresivos (Yang 2009, Hsiao 2011).

Por otra parte, Dichter (2009, 2010) evidenció que la psicoterapia modifica el funcionamiento de estructuras asociadas a la respuesta a la recompensa, que están alteradas en pacientes depresivos y que pudieran estar asociadas a la anhedonia.

Koch investigó sobre cambios en proteínas asociadas a la neuroplasticidad y descubrió que se produce un incremento de pCREB en pacientes depresivos respondedores a psicoterapia, lo cual puede constituir un primer marcador biológico temprano de respuesta a psicoterapia.

Es necesario seguir investigando las similitudes y diferencias en los mecanismos de acción neurobiológicos del tratamiento farmacológico (bottom-up) y psicoterapéutico (top-down) (Linden 2008) en pacientes depresivos, para así poder lograr entender la enfermedad de forma integral, además de encontrar aplicaciones clínicas que pudieran determinar los tratamientos más eficaces para cada paciente.

## REFERENCIAS

1. Jiménez JP. Cátedra: Neurobiología y psicoterapia. Doctorado en Psicoterapia. 2010
2. Grawe K. Neuropsychotherapy: How the Neurosciences Inform Effective Psychotherapy. 2006. Ed: LEA's Counseling and Psychotherapy Series. USA
3. Maes M, Bosmans E, De Jongh R, Kenis G, Vandoolaeghe E, Neels H. Increased Serum IL-6 And IL-1 Receptor Antagonist Concentrations In Major Depression And Treatment Resistant Depression. Cytokine Volume 9, Issue 11, November 1997, Pages 853-858

4. Caspi A, *et al.* Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 509-27
5. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 505-24
6. Roffman J, Carl M, Glick D, Dougherty D, Rauc S. Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy *Psychological Medicine*. 35(10): 1385-1398, October 2005
7. Gabbard GO. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 117-122
8. Martin SD, Martin E, Rai SS, Richardson MA, Royall R. (2001). Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride: Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 58, 641-648
9. Brody AL, Saxena S, Mandelkern MA, Fairbanks LA, Ho ML, Baxter LR. (2001a). Brain metabolic changes associated with symptom factor improvement in major depressive disorder. *Biological Psychiatry*, 50, 171-178
10. Brody AL, Saxena S, Schwartz JM, Stoessel PW, Maidment K, Phelps ME, *et al.* (2001b). Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy. *Archives of General Psychiatry*, 58, 631-640
11. Goldapple K, Segal Z, Garson C, Lau M, Bieling P, Kennedy S, *et al.* (2004). Modulation of cortical limbic pathways in major depression: Treatment specific effects of cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 61, 34-41
12. Karlsson H, Hirvonen J, Kajander J, Markkula J, Rasi-Hakala H, Salminen JK, Nägren K, Aalto S, Hietala J. (2010). Psychotherapy increases brain serotonin 5-HT<sub>1A</sub> receptors in patients with major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 40, 523-528
13. Hirvonen J, Hietala J, Kajander J, Markkula J, Rasi-Hakala H, Salminen JK, Nägren K, Aalto S, Karlsson H. Effects of antidepressant drug treatment and psychotherapy on striatal and thalamic dopamine D<sub>2/3</sub> receptors in major depressive disorder studied with [<sup>11</sup>C]raclopride PET. *J Psychopharmacol* 2011 Oct; 25(10): 1329-36. Epub 2010 Sep 9
14. Lehto S, Tolmunen T, Joensuu M, Saarinen P, Valkonen-Korhonen M, Vanninen R, Ahola P, Tiihonen J, Kuikka J, Lehtonen J. Changes in midbrain serotonin transporter availability in atypically depressed subjects after one year of psychotherapy. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, Volume 32, Issue 1, 1 January 2008, Pages 229-237
15. Yang, Tsung-Tsair MD, PhD\*; Hsiao, Fei-Hsiu RN, PhD†; Wang, Kuo-Chang PhD‡; Ng, Siu-Man BHSc, PhD§; Ho, Rainbow T. H. PhD§; Chan, Cecilia L. W. PhD§; Lai, Yu-Ming RN, MSN; Chen, Yu-Ting RN, MSN The Effect of Psychotherapy Added to Pharmacotherapy on Cortisol Responses in Outpatients With Major Depressive Disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*: June 2009 - Volume 197 - Issue 6 - pp 401-406
16. Hsiao FH, Jow GM, Lai YM, Chen YT, Wang KC, Ng SM, Ho RT, Chan CL, Yang TT. (2011). The long-term effects of psychotherapy added to pharmacotherapy on morning to evening diurnal cortisol patterns in outpatients with major depression. *Psychother Psychosom* 80(3): 166-72. Epub 2011 Mar 9
17. Dichter GS, Felder JN, Petty C, Bizzell J, Ernst M, Smoski MJ. (2009). The effects of psychotherapy on neural responses to rewards in major depression. *Biol Psychiatry* Nov 1; 66(9): 886-97. Epub 2009 Sep 2
18. Dichter G, Felder J, Smoski M. (2010). The Effects of Brief Behavioral Activation Therapy for Depression on Cognitive Control in Affective Contexts: an fMRI investigation. *J Affect Disord* October 126(1-2): 236-244
19. Henn F, Edwards E, Anderson D, Vollmayr B. Psychotherapy and antidepressant treatment of depression: evidence for similar neurobiological mechanisms *World Psychiatry* June 2002 1(2); 115-117
20. Koch JM, Hinze-Selch D, Stinglele K, Huchzermeier C, Goder R, Seeck-Hirschner M, Aldenhoff JB. (2009). Changes in CREB phosphorylation and BDNF plasma levels during psychotherapy of depression. *Psychother Psychosom* 78(3): 187-92. Epub 2009 Mar 24
21. Fazzino F, Obregón F, Morles M, Rojas A, Arocha L, Mata S, Lima L. (2009). Taurine transporter in lymphocytes of patients with major depression treated with venlafaxine plus psychotherapy. *Adv Exp Med Biol* 643: 217-24
22. Linden EJ. (2008). Brain imaging and psychotherapy: methodological considerations and practical implications. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258 [Suppl 5]: 71-75

REVISIÓN

# VIOLENCIA A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL: UN PROBLEMA EN AUMENTO

(Rev GPU 2016; 12; 3: 271-280)

Gino Ravera<sup>1</sup>, Adriana Pedrals, Constanza Recart, Pía Sius

*Los hallazgos de la ciencia pueden ayudar a cambiar el mundo, pero solo el pensamiento y la preocupación del ser humano pueden alumbrar el camino que debemos seguir, donde solo las cualidades humanas pueden orientar nuestra relación con el mundo. Ahora bien, estas cualidades solo pueden nacer de una ciencia del espíritu o lo que se podría llamar la espiritualidad, donde, dicho así, hoy la espiritualidad no es un lujo sino una necesidad. (1)*

**Este trabajo reúne una serie de estudios acerca de la violencia hacia el personal de la salud, en particular de la salud mental, mostrando cómo este fenómeno ha ido en aumento en los últimos años. No se halló artículos de investigación acerca del tema en Chile, por lo que se considera relevante mirar el estado del arte en otros países. Sistematiza información acerca de las definiciones de la violencia en el ámbito laboral, revisa la información que se ha publicado sobre magnitud del problema, describe factores desencadenantes de la violencia en el sector salud, provee una caracterización de los agresores y del lugar de ocurrencia, se describen los impactos que la violencia genera en los profesionales y plantea algunas de las posiciones descritas en la literatura acerca de la denuncia, judicialización y posibles intervenciones ante este fenómeno.**

---

<sup>1</sup> graveratti@gmail.com



## INTRODUCCIÓN

La violencia es un mal que afecta todos los ámbitos de la vida humana: se han realizado múltiples investigaciones desde diferentes disciplinas buscando cómo se genera, desarrolla y mantiene, y qué se puede hacer para combatirla.

La motivación de este artículo surge de una experiencia de agresión a uno de los autores en la consulta privada, lo que nos llevó a investigar sobre qué se sabe de este fenómeno en la literatura disponible, saber si hay algunas directrices que orienten a los profesionales que se enfrentan a tan intensa y dura experiencia. En esta revisión descubrimos que la violencia hacia los trabajadores de la salud ha empezado a ser estudiada en varios países y ha tenido un aumento creciente en los últimos años, particularmente hacia los profesionales de la salud mental. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) uno de cada dos profesionales de la salud ha sido víctima de violencia, y según una investigación en EE.UU. la tasa de agresión en la salud mental es la más alta (2, 3, 28). En Chile no encontramos antecedentes de estudios publicados, a pesar de la relevancia del fenómeno, que, como veremos, tiene serias repercusiones no solo en las personas sino también en los sistemas de salud.

Realizamos una búsqueda en varias plataformas electrónicas como Sciencedirect, Scopus y Pubmed entre otras. Se encontraron cerca de 300 artículos, considerando publicaciones desde 2010 en adelante; de estos solo 19 eran referidas a agresiones a profesionales de la salud mental, lo que indica que si bien hay una preocupación creciente por el tema, aún no hay suficiente investigación en el área específica de la agresión a profesionales de la salud mental, y ninguna referencia en Chile, a pesar que las cifras de agresión han ido en aumento año a año (2, 3, 28). Todas las publicaciones se referían a estudios en el ámbito público y solo algunas hacían referencias al ámbito privado.

## DEFINICIONES

La violencia laboral ha sido definida por la OIT como aquella que “está constituida por incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo –incluidos los viajes de ida y vuelta a él– que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud”(2).

Así definida, la violencia puede ser física o psicológica. La OMS las define de la siguiente forma:

**VIOLENCIA FÍSICA:** “Es el empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos. Se incluyen en ella las palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos” (2).

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA:** “Uso deliberado del poder, o amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo, que pueden dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas” (2).

Una de las clasificaciones más difundidas sobre los tipos de violencia en el trabajo es la elaborada por la California Division of Occupational Health and Safety (Cal/OSHA), la cual clasifica los tipos de violencia según el tipo de relación entre agresor y víctima.

**VIOLENCIA TIPO I:** No hay una relación entre agresión y víctima, la circunstancia habitual es el robo o atracos que ocurren en establecimientos comerciales, bancos, joyerías, personas que trabajan con intercambio de dinero como taxistas o dependientes (4).

**VIOLENCIA TIPO II:** Hay algún tipo de relación profesional entre el agresor y la víctima. Estos hechos se producen mientras hay un intercambio de bienes y servicios: seguridad pública, conductores frecuentes, personal sanitario, profesores, vendedores entre otros (4).

**VIOLENCIA TIPO III:** Existe algún tipo de implicación laboral, relación personal o con el lugar, el que es significativo para el agresor. Por ejemplo: compañeros o ex compañeros de trabajo, cónyuge o ex cónyuge, pariente, amigo, rencor u odio hacia ese lugar al que se le da un valor simbólico (4).

Esta revisión considera publicaciones que se han referido a violencia física y psicológica de tipo II, en la que hay una relación entre el profesional de la salud mental y su paciente o parientes de este.

## MAGNITUD DEL PROBLEMA

Las cifras reportadas por distintos países muestran que la violencia en el ámbito de la salud es muy frecuente, siendo predominante la violencia psicológica. Se sabe que hay un sub-reporte de los eventos, por lo que se sospecha que las cifras reales son aún mayores. Han sido algunas víctimas mortales las que han despertado en algunos países la motivación por iniciar campañas de registro y prevención. Los más expuestos son los trabajadores de la salud mental.

**Tabla 1**  
TASA DE INCIDENCIA DE AGRESIONES POR  
CADA 1.000 TRABAJADORES

Todos	6,5
Médicos	10,1
Enfermeras	8,1
Trabajadores Salud Mental	20,5

USA 2005-2006 (3).

Respecto de la violencia en el lugar de trabajo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) plantea que un cuarto de los casos de violencia laboral corresponde al sector salud y uno de cada dos profesionales de la salud es víctima de algún tipo violencia (2).

En el Reino Unido en el periodo 2001-2002 se registraron 14 agresiones por cada 1.000 trabajadores sanitarios (5).

En Estados Unidos el rango promedio de agresión no fatal contra médicos es de 8,3 por 10.000 trabajadores, siendo cuatro veces más elevado que todas las otras industrias donde es de dos por 10.000 (6). En Estados Unidos, en el sector público los equipos de trabajo de los hospitales psiquiátricos tienen el mayor riesgo de agresiones que en construcción, agricultura, minería, manufactura y transporte combinado (7).

En la Tabla 1 se observa la tasa de incidencia de agresiones en trabajadores de la salud mental, la cual está muy por sobre el resto de las tasas observadas.

En España el asesinato de una residente de 34 años a manos de un paciente mientras trabajaba en un centro de salud de Murcia, determinó la creación de "El Observatorio de Agresiones" de la Organización Médica Colegial (OMC), entidad que recopila año tras año la información entregada por los 52 colegios oficiales de médicos, cuyo número de representados alcanza a 225 mil profesionales.

Dentro de una parte de los resultados de la información entregada por el Observatorio de Agresiones el año 2012, se menciona que solo en ese año se contabilizaron 416 casos de violencia, de los cuales en un 18% hubo lesiones, destacándose que en dicho año del total de las agresiones, el 15% conllevó a baja laboral (8).

Respecto de las consultas privadas la literatura prácticamente no entrega información alguna, salvo una mención en el informe señalado del observatorio de agresiones del año 2012, donde se encontró que apenas un 11% de las agresiones ocurrió en el sector privado y todo el resto en el sector público (8).

**Tabla 2**  
RIESGO RELATIVO DE AGRESIÓN SEGÚN EDAD,  
SEXO Y PAÍS DE ORIGEN

Riesgo de agresión	Mayor	Menor
Edad	Jóvenes	Mayores
Sexo	Mujer	Hombre
País de origen	Extranjero	Nativo

Australia 2010-2012 (10).

**Tabla 3**  
RIESGO RELATIVO DE AGRESIÓN SEGÚN CALIDAD  
DE HORAS DE TRABAJO

Horas de trabajo	Excesivas	Reducidas
Tipo de casos clínicos	Complejos	Simple
Organización de los servicios	Con redes de ayuda	Sin redes
Tiempos de espera	Prolongados	Reducidos

Australia 2012 (6).

## FACTORES DESENCADENANTES

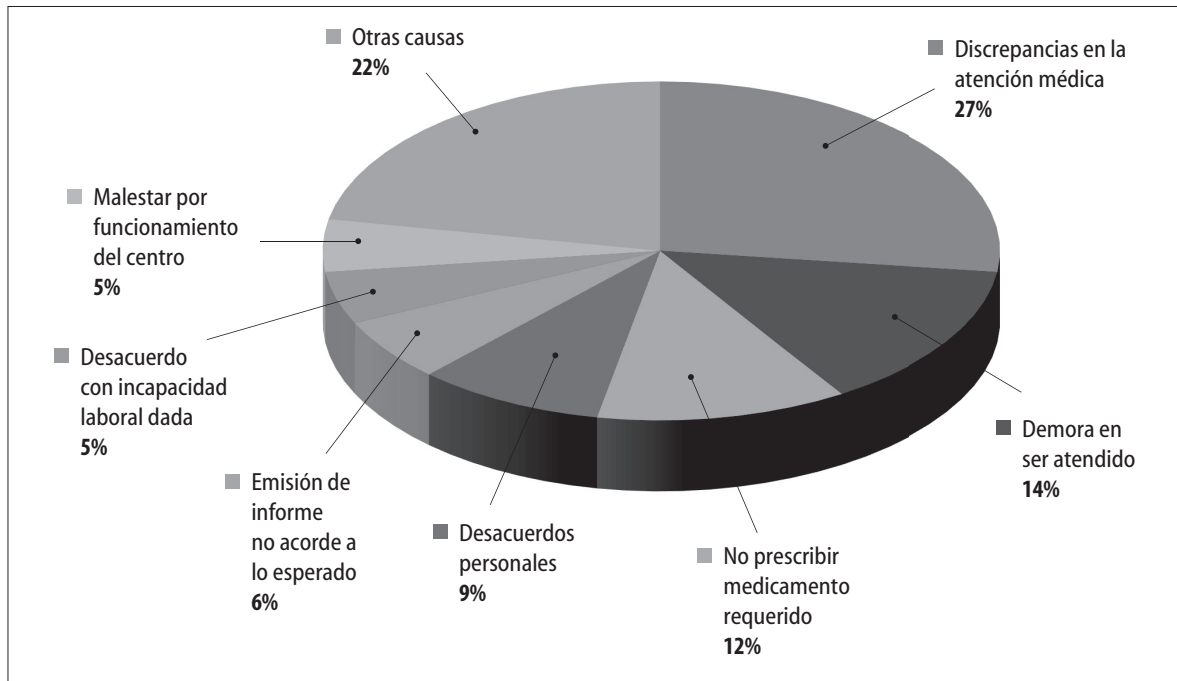
Al revisar los factores que determinan y desencadenan las agresiones, encontramos una gran variedad de condicionantes, donde es posible que gran parte de los factores asociados reflejen cambios culturales, entre los cuales destaca el cambio de la posición del paciente en el sistema sanitario. La relación paciente-médico ha cambiado a cliente-profesional, donde el primero siente que tiene derecho a exigir como tal, se ha empoderado de derechos que lo llevan a reacciones o, más bien dicho, sobrerreacciones que están por sobre la dignidad y respeto hacia los profesionales de la salud.

Al avance ya instalado en los denominados derechos de los pacientes debería ir también la conceptualización de sus deberes, lo cual debiera implicar, por contraposición, el mínimo conocimiento sobre los derechos y deberes del personal sanitario.

Dicho de otra manera, el conocimiento y empoderamiento mencionado de los derechos por parte de los pacientes no va a la par con el conocimiento de sus deberes para con el sistema de salud y sus profesionales, así como con las limitaciones que el sistema y los profesionales obviamente pueden tener, para dar respuesta y satisfacción plena a la totalidad de sus demandas sanitarias.

El riesgo de agresión estaría relacionado tanto con factores vinculados específicamente a los prestadores de salud, como con condicionantes de las características

**Gráfico 1**  
DESENCADENANTES DE AGRESIÓN



Fuente: Observatorio de España 2012 (8).

del trabajo que realizan, así como con a quienes va dirigido su quehacer.

De acuerdo con lo anterior, la edad, el sexo, la nacionalidad, el número de horas trabajadas, el tipo de pacientes atendidos y la organización en sí del trabajo realizado, están asociados con el riesgo de agresión, según se muestra en las Tablas 2 y 3.

Desde la perspectiva de los pacientes los desencadenantes de las agresiones se deberían a múltiples causas, las que se dividen de acuerdo a la siguiente proporción observada en el Gráfico 1 (8).

Por otra parte, dentro de las posibles causas mixtas mencionadas en un artículo de la Revista de Bioética Española figuran(11):

- La masificación de las salas de espera con familias alteradas.
- Escasez de personal.
- La necesidad que tienen los pacientes y familiares de una atención rápida y eficaz.
- Ausencia de medidas de seguridad.
- La confluencia de pacientes con complicaciones mentales, marginalidad y drogadicción.
- Pacientes que reciben del médico una respuesta que no quieren oír de un diagnóstico no esperado.

- Negativa a una concesión de una baja laboral.
- Muerte inesperada.
- Negativa a prescribir un medicamento.
- Desacuerdo con el médico de urgencias por considerar que el problema de un enfermo es menos prioritario que otro.

### CARACTERIZACIÓN DE LOS AGRESORES Y LUGAR DE OCURRENCIA

Los pacientes tienen claro que deben recibir una buena atención y un tratamiento adecuado, llegando a exigirlo cuando sienten que no es así. Esta exigencia desmedida puede desencadenar la violencia hacia el personal sanitario.

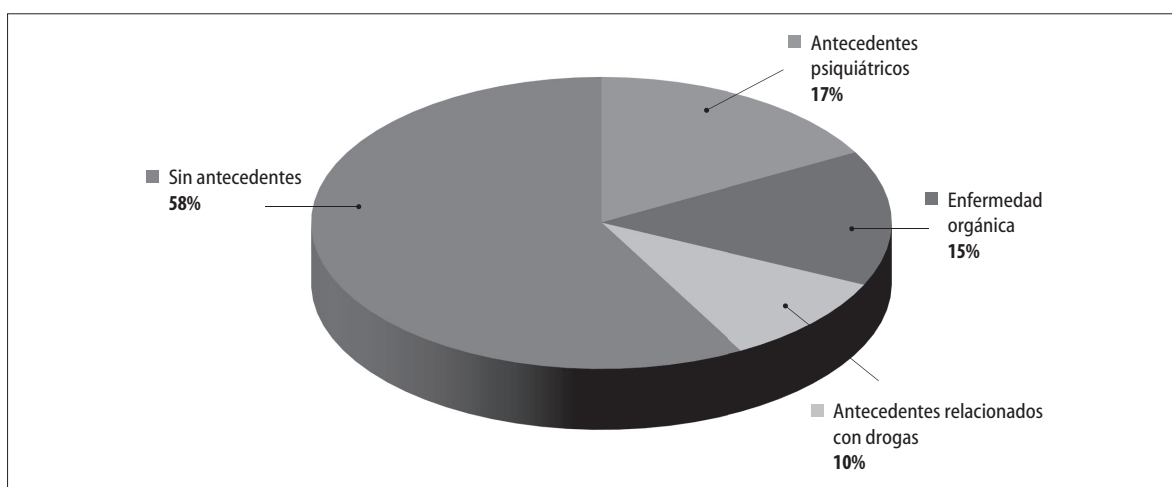
Dentro del personal de salud, serían los profesionales con menos experiencia los que sufren más agresiones en el hospital general, especialmente la violencia verbal, en donde el grupo responsable de más actos de violencia hacia el personal son los mayores de 65 años (12).

A continuación se muestran los resultados de dos investigaciones en relación con los agresores, cuyos resultados son muy similares: en ambos la mayoría de los agresores son los pacientes:

**Tabla 4**  
IDENTIFICACIÓN DEL AGRESOR

Publicaciones	Identificación del agresor		
	Pacientes	Familiares o acompañantes	Otros
Revista de Bioética Española 2010 (11)	52%	23%	25%
Observatorio de agresiones España 2012 (8)	53%	28%	19% (Usuarios del centro)

**Gráfico 2**  
PERFIL DEL AGRESOR



Fuente: España 2012 (8).

Dentro de los agresores los pacientes presentan un estereotipo determinado, caracterizado por la búsqueda de una respuesta inmediata y ojalá preferente, con medicamentos a voluntad, o una ganancia laboral por su enfermedad (9).

En un establecimiento hospitalario infantojuvenil la investigación mostró que el riesgo de agresión es mayor en hombres menores, siendo asociada la agresión con diagnósticos como trastornos de la conducta, retardo mental y trastornos del desarrollo, aumentando el riesgo de agresión el antecedente de agresión y la historia de abuso y maltrato (12).

En el sector de la salud mental esto se torna aún más complejo, toda vez que es la propia patología del paciente la que lo moviliza en sus desajustes, siendo presumiblemente los trastornos de personalidad y los cuadros psicóticos de diversa índole las psicopatologías más prevalentes que estarían detrás de las

agresiones sufridas por el personal del sector de la salud mental.

No obstante lo anterior, llama la atención que en el perfil del agresor descrito en las conclusiones del observatorio de agresiones de España 2012 (cuyos datos se detallan en el gráfico siguiente), la patología psiquiátrica no sobrepasa el 27%, encontrándose un 58% sin antecedentes (8).

## LUGAR DE LAS AGRESIONES

De acuerdo a la literatura encontrada, existen variaciones importantes de un centro a otro donde se hicieron los trabajos de investigación y revisión del problema, pero en general las cifras apuntan a que las agresiones ocurrirían en los servicios de urgencia hospitalarios, centros de atención primaria, salas de hospitalización y servicios de salud mental, como lo muestra la siguiente Tabla:

**Tabla 5**  
LUGAR DE LAS AGRESIONES AL PERSONAL DE SALUD

	Lugar de ocurrencia de las agresiones				
	Servicios de Urgencia	Centros de Atención Primaria	Salas de Hospitalización	Unidades de Salud Mental	Otros
España 2010 (11)	45%	28%	14%	–	–
Observatorio de agresiones España 2012 (8)	53%	28%	19% (Usuarios del centro)	–	–
Australia 2001-2002 (13)	16%	–	–	28%	–
España 2010-14 (14)	20%	48%	16%	–	16%

Otro estudio entre médicos generalistas de Inglaterra y Nueva de Gales planteó que las agresiones también eran muy frecuentes fuera del ámbito hospitalario. La mayoría de los que respondieron la encuesta había sufrido durante el año anterior a la encuesta algún tipo de agresión, siendo la mayoría solo agresiones verbales (15).

Al revisar el tipo de agresiones observadas que se describen en la literatura, nuevamente aparece una suerte de consenso entre ellas, pero es difícil tabularlas sin quedar claro en qué medida se mezclan algunas de ellas, siendo las agresiones verbales y psicológicas las más frecuentes.

No obstante lo anterior, se muestra un resumen de lo dicho en la Tabla 6.

En el último estudio mencionado en Tabla 7 se desagregó para los servicios de urgencia y de psiquiatría la violencia psicológica de la física, y dentro de la violencia psicológica se consideraron el insulto, la amenaza y el acoso sexual (20).

**Tabla 6**  
TIPO DE AGRESIONES SUFRIDAS POR PERSONAL DE SALUD MENTAL

	Tipo de agresiones			
	Verbal	Física	Psic.	Otras
Australia 2012 (16)	70%	32%		
Australia 2011 (17)	75%	33%		
Perú 2012 (18)		25%	50%	
España 2004 (19)	44%	28%		26% (amenazas)
España 2006 (13)		11%	64%	

Según los datos del Observatorio de agresiones, la mayor parte de las agresiones sufridas por los médicos en los últimos tres años corresponde a amenazas, coacciones, maltrato, injurias y/o vejaciones (8).

Respecto de los equipos de trabajo de unidades hospitalarias infantojuveniles, existe muy poca información en la literatura que analice la exposición a la agresión y el impacto de esto en dichos equipos, encontrándose las agresiones físicas, verbales, autoagresiones y daño a la propiedad los tipos de agresiones más frecuentes en estos recintos (12).

**IMPACTO DE LAS AGRESIONES EN LOS PROFESIONALES**

Los médicos que han sufrido algún tipo de agresión reportan sentirse vulnerables e incompetentes, presentando disminución de la confianza y del entusiasmo para tratar pacientes, menos satisfacción laboral y mayor estrés psicológico. Las consecuencias de las agresiones se tradujeron en que los médicos restringieron el acceso de los pacientes a los servicios, aumentaron los honorarios o rehusaron recibir pacientes nuevos y no trabajaron horas fuera del horario de servicio. No hay estudios que evalúen si hay diferencias en las

**Tabla 7**  
PORCENTAJE DE VIOLENCIA SUFRIDA POR PERSONAL DE SALUD MENTAL

% Violencia	Física	Psicológica
Servicio de Urgencia	38%	71%
Servicio de Psiquiatría	27%	52%

Fuente: Cooper, 2002 (20).

repercusiones sobre los profesionales, respecto de si la agresión es externa o interna (pacientes, familiares o cuidadores v/s de parte de los funcionarios de la clínica respectivamente). La agresión estaría asociada negativamente con la satisfacción laboral y personal además del estado de salud de los médicos (21).

Un estudio realizado en Australia con una muestra pequeña, es el primer estudio que explora la agresión y el impacto en el equipo de trabajo de una unidad infantojuvenil, mostrando que las enfermeras tienen un alto riesgo de ser agredidas (con un rango de 16% a 85%), significando esta experiencia desde daño físico a secuelas emocionales y profesionales (12).

En este estudio fueron evaluadas cuatro dimensiones que afectaban el impacto de la agresión en los profesionales: Tipo de agresión (agresión verbal era menos amenazante que la agresión física o el daño a la propiedad); frecuencia de la agresión; características del paciente (no era lo mismo ser amenazado por un paciente de 5 años que por uno de 15); y manejo del incidente. Dentro de los efectos de la agresión observados en el equipo estuvieron los síntomas de fatiga mental, dificultad para concentrarse, sentimientos de shock, rabia, vulnerabilidad y frustración, observándose que estos síntomas persistirían después del incidente. Otro punto importante fue el impacto que tenía la agresión en la continuación de sus actividades profesionales habituales (12).

En relación con el impacto de la agresión verbal y física sufrida por uno de los autores de este artículo en su consulta privada, destaca en primer lugar la inseguridad que deja la enorme vulnerabilidad que implica el riesgo permanente de ser eventualmente objeto de este tipo de experiencias traumáticas a manos de un paciente. Los crecientes niveles de angustia posteriores a dicho evento, junto a la constelación de síntomas descritos en el trastorno por estrés agudo son la regla, los cuales, de no tratarse, exponen al trastorno de estrés postraumático.

Frente a la plena conciencia de dicha vulnerabilidad en nuestras consultas privadas, la inseguridad que acompaña el periodo posterior a la agresión da paso a cuestionamientos de forma y fondo en relación con el trabajo que cotidianamente hacemos en nuestras consultas, donde, a diferencia de los establecimientos públicos y/o privados, no contamos con el resguardo del resto del equipo de salud ni con una institución que nos apoye.

Así dicho, la suerte de orfandad que en este sentido vivimos repercute fuertemente en nuestro vivir laboral, llegando incluso a replantearnos desde la cantidad de horas que trabajamos, hasta el tipo de pacientes que atendemos.

## DENUNCIA Y JUDICIALIZACIÓN

Las agresiones presentarían una evidente subnotificación, y en este sentido la OMS y la OIT advierten que las tasas de denuncia son muy bajas (22).

En España en 2010 el registro nacional de agresiones a médicos colegiados denunció en total 451 agresiones, destacando que dicha cifra representa una pequeña parte de la realidad del total de agresiones (23), cosa que también plantea la APSF (Australian Patient Safety Foundation) al decir que el 70% de las agresiones no se denunciarían (24).

El Reino Unido lanzó una campaña en el año 1999 para incentivar la notificación de agresiones a profesionales, informando además al público la inaceptabilidad de este tipo de violencia (Zero Tolerance-Zone Campaign), observándose en un informe de 2003 un aumento en la incidencia, cuyo origen se discutía si correspondía efectivamente al aumento de las notificaciones o al aumento de las mismas agresiones (5).

Los estudios que existen plantean la necesidad de mayor investigación en el tema. La información no es suficiente y en algunos casos la agresión en el lugar de trabajo se minimiza y no se previene. Es importante identificar cuáles son los factores de riesgo y los factores protectores para evitar agresión en el lugar de trabajo. Está aún en estudio el impacto que la agresión en el lugar de trabajo puede tener en el bienestar, participación y desempeño de los sujetos agredidos (25).

En un estudio hecho en Rumania con 384 médicos residentes de diferentes especialidades, 32 (8,3%) de ellos declararon haber sido agredidos físicamente y que los especialistas con mayor riesgo eran los psiquiatras. Sin embargo la agresión física era 48% más alta que la percepción de agresión. Un caso similar ocurría con el acoso sexual, donde solo 9 profesionales lo percibía, sin embargo los casos reportados eran 65. El abuso psicológico era más fácil de identificar por los médicos en formación, donde 202 profesionales se sintieron agredidos psicológicamente y los casos de agresión psicológica real habían sido 205. El estudio concluye que la percepción de violencia por parte de los médicos era mucho menor que los casos reales que se habían reportado (13).

En un estudio publicado el año 2010 se establece que la mayoría de los agresores tienen un trastorno psiquiátrico mayor y son reincidentes. A pesar de ello, si bien las investigaciones muestran los riesgos implicados para el personal de salud (solo las enfermeras sufrirían, entre un 10% y un 16%, alguna agresión severa en el periodo de un año), las víctimas casi siempre deciden no denunciar y la judicialización de estos pacientes es muy baja (27).



Hay muy pocos estudios donde se investigue la judicialización de estos pacientes. En 25 años solo se encontraron 7, y la mayoría se concentra en la predicción y prevención, donde todos concuerdan en la falta de políticas o protocolos (27).

En la literatura se mencionan diversas razones que determinarían la baja denuncia a la policía; también las razones por las que se debería denunciar de todas formas a los pacientes psiquiátricos, y las causas de la reticencia de los jueces a condenar a este tipo de pacientes (27):

a. Solo la minoría son reportados a la policía. Esto porque se cree que:

- Es un riesgo inherente al trabajar con pacientes psiquiátricos
- Hay una relación terapéutica estrecha y la denuncia lo perjudicaría
- Los pacientes no son responsables de su conducta porque están enfermos
- Hay temor a romper el secreto y la confidencialidad profesional
- Sentimientos de autorreproche y culpa en relación a haberlo podido predecir y/o controlar
- No vale la pena porque nunca lo van a condenar
- Los directores del hospital temen la mala reputación que esto puede acarrear.
- Se tiene temor a volver a ser agredidos si es que los denuncian (tanto dentro como fuera del hospital)

b. Se debería denunciar porque:

- toda forma de violencia transgrede los derechos humanos y no se puede hacer excepción por ser paciente psiquiátrico
- para la víctima es un proceso reparatorio
- la violencia contra los trabajadores no es aceptable y debe ser castigada
- la denuncia puede ser vista como un último límite "terapéutico" que podría estimular la responsabilidad en los pacientes y desestimar la agresión de otros pacientes
- no castigar a los pacientes estigmatiza a los pacientes psiquiátricos como impredecibles e irresponsables

c. Los jueces pueden ser reacios a condenarlos porque:

- Creen que el hospital ya es una falta de libertad
- no pertenecen a la cárcel sino a un hospital psiquiátrico
- el que decide trabajar en esta área debe asumir el riesgo que conlleva
- los pacientes no son responsables de su conducta
- la atención médica en la cárcel es muy inferior y menos diversa que la que tendrían en un hospital

Por último, se aconsejaría denunciar de todas maneras cuando la agresión sea severa, o de índole sexual, o bien cuando es un paciente que reincide, planteándose como una alternativa de sanción judicial para estos pacientes, el que podrían realizar un tratamiento obligatorio en un hospital psiquiátrico, ya que el 60% de las agresiones es responsabilidad de un 20% de los pacientes violentos y la gravedad de sus agresiones es 10 veces más que de los pacientes menos frecuentemente violentos (27).

## INTERVENCIONES EN EL MANEJO DE LAS AGRESIONES

Dentro de las medidas con las que se ha observado que se logra un descenso en las agresiones al personal sanitario, se mencionan (11):

- Campañas realizadas contra las agresiones en los establecimientos de salud
- Presión Judicial y social contra estas prácticas
- Promoción de las demandas judiciales
- Comprometer a las fiscalías en este sentido
- Sensibilizar a la comunidad a través de los medios de comunicación
- Lograr que los usuarios del sistema público sepan que existen consecuencias penales cuando ocurren agresiones contra el personal de salud.

Hay estudios que han tratado de determinar la extensión de la agresión a los médicos y poder implementar estrategias en los lugares de trabajo para minimizar el riesgo de agresión.

Así fue que en Australia, luego de realizar un estudio en el año 2011, se llegó a la implementación de estrategias para la prevención de agresión de los médicos en los lugares de trabajo, lo que disminuyó el riesgo y mostró que mientras más estrategias se implementaban, menor el riesgo de agresión (17).

Hace más de diez años en Valladolid el colegio oficial de médicos implementó una política de tolerancia cero con la denuncia sistemática y programada de toda agresión, logrando una disminución de un 60% de las agresiones en los hospitales y centros de salud pública de esa localidad (28).

Un estudio de la universidad de Otago, Nueva Zelanda, mostró que entrenar a los trabajadores de la salud en habilidades comunicacionales reducía la experiencia de agresión de parte de los pacientes. Se efectuaron talleres de habilidades comunicacionales y se midió la percepción de agresión antes de los talleres, al final de ellos, al mes y a los dos meses. La evidencia mostró que aplicar un programa de habilidades comunicacionales al equipo de salud disminuía la percepción de agresión y estrés, aumentando la sensación de bienestar (29).

Dentro de las medidas preventivas para evitar las agresiones al personal de salud en los servicios de urgencia, consultorios de atención primaria y establecimientos hospitalarios públicos y privados, está el disminuir los tiempos de espera, junto con mejorar las condiciones ambientales de las salas de espera, lo cual disminuiría el riesgo de violencia a través de un ambiente más confortable y seguro tanto para el público como para el personal de salud (11).

Cada vez queda más claro que las características del entorno, tales como la actitud del equipo de trabajo, pueden sin duda contribuir al riesgo de una conducta agresiva de parte de los pacientes. En este sentido, los modelos que refuerzan el respeto hacia los pacientes tienden a generar menos conductas agresivas que aquellos modelos punitivos o coercitivos (12).

Consultados algunos directivos de hospitales metropolitanos y los colegios profesionales de psicólogos y médicos en Chile, no existirían al parecer planes de contingencia protocolizados para enfrentar las agresiones tanto en hospitales como en clínicas en general, así como en el ámbito de los establecimientos de salud mental en particular, por lo que se hace especial hincapié en las sugerencias mencionadas previamente en la literatura revisada y planteadas en el presente artículo.

En el ámbito privado, específicamente en nuestras consultas, se sugiere conversar el tema con todos los integrantes de ellas según corresponda y se diseñe un plan de contingencia acorde con la realidad de cada profesional, que contemple un mínimo protocolo de medidas para estos casos, considerando, por ejemplo:

- Coordinarse con el resto del grupo de integrantes de la consulta según sea el caso (otros profesionales, secretaria, conserjería del edificio, etc.)

- Contar con el número del cuadrante de Carabineros de cada lugar
- Eventual manejo farmacológico de urgencia (agitación psicomotora)
- Manejar algún método de defensa específico (se desaconseja porte de armas, a excepción de algunos repelentes legalmente permitidos).

La denuncia y judicialización, en el caso que nos motivó al presente trabajo, significó la pérdida de una gran cantidad de horas del profesional sin resultados concretos contra el agresor, lo que muestra la falta de mecanismos para enfrentar estos casos de violencia en nuestro país. Creemos que debemos aprender de la experiencia internacional y comenzar a debatir al respecto, elaborando medidas preventivas y de enfrentamiento concreto a un problema que tiene graves consecuencias para las personas que trabajan en salud mental.

## COMENTARIOS

La totalidad de la bibliografía encontrada está basada en establecimientos hospitalarios públicos, entregando solo algunas escasas cifras del ámbito privado, que por lo demás estarían incluidas en las cifras totales de denuncias. La mayoría de los trabajos pone énfasis en las repercusiones de las agresiones sobre la calidad de la atención que se brinda posterior a estos hechos, y plantean impulsar mayores investigaciones con miras a la formulación de políticas que mejoren las condiciones laborales del sector salud (18).

El aumento de la violencia hacia los trabajadores de la salud genera un grave y creciente impacto no solo en el individuo sino también en los establecimientos sanitarios: hay repercusiones en los sistemas de salud en cuanto a costos, eficiencia y efectividad, lo que podría incluso llegar a generar a la larga una reducción de los servicios disponibles para la población, debido al abandono del personal sanitario afectado.

Vemos con preocupación un aumento de la violencia hacia los profesionales de la salud mental, lo que nos deja, especialmente en la consulta privada, muy expuestos y vulnerables, llegando a correr incluso riesgo vital. Observando la experiencia internacional, creemos que este tema debe ser estudiado en nuestro país, desde dimensionar el fenómeno al diseño de estrategias preventivas y de abordajes específicos, tanto para los sistemas hospitalarios públicos como privados y también para el ejercicio privado de la profesión, que es la de mayor indefensión.

Para finalizar, quisiéramos retomar el sentido de lo expuesto al inicio de este artículo. Creemos que

experiencias tan traumáticas como las ampliamente descritas en el texto debieran ser enfrentadas y consideradas desde un profundo análisis, donde si bien la mirada científica nos permite conocer el fenómeno de la violencia y también nos ayuda a buscar formas de intervención y principalmente de prevención, también creemos firmemente que, tras haber asistido a un proceso concreto de violencia, estos cambios deben ser guiados por el pensamiento y la reflexión, siendo necesario trascender más profundamente a estas experiencias y que esto es posible a través de la dimensión espiritual, en palabras de M. Ricard: "...espiritualidad que va más allá de un proceso de transformación personal; no siendo la espiritualidad simplemente un complemento de la ciencia, sino una necesidad fundamental de la existencia" (1).

## REFERENCIAS

- Ricard M, XuanThuan T. El infinito en la palma de la mano. Ed Urano, España, 2001; pag 19-20
- Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2002: 3-5
- Harrell E. Workplace violence, 1993-2009. Washington, DC: US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, National CrimeVictimizationSurvey 2011 [consultado 18 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/wv09.pdf>
- Violencia en el lugar de trabajo, Ministerio de asuntos sociales de España, 1998. NTP 489
- NAO. A safer place to work - protecting NHS hospital and ambulance staff from violence and aggression. Londres: NAO; 2003
- Hahn S, Müller M, Hantikainen V, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis, International Journal of Nursing Studies, Volume 50, Issue 3, March 2013, Pages 374-385
- Dinwiddie SH, Briska W. Prosecution of violent psychiatric inpatients: Theoretical and practical issues. En International Journal of Law and Psychiatry 2004;24: 17-29
- Observatorio de agresiones España 2012. Disponible en <https://www.cgcom.es/node/3418>
- Montiel SF. El problema de las agresiones al médico, Fundación del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. [Internet]. Madrid: [acceso 1º mar. 2008]. Disponible en: <http://www.fundacion-icomem.org/index.php/articulos-de-interes/perspectiva-juridica/39-elproblema-de-las-agresiones-al-medico>
- Health Services Research Unit, Department of Epidemiology and Preventive Medicine, Monash University, Alfred Centre, Melbourne Victoria 3004, Australia. En Annals of Occupational Hygiene 2013; 57(7): 898-912
- Martínez M. El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: El caso de España, en Revista bioética española 2010; 18(2): 263-274
- Dean AJ, Gibbon P, McDermonntt BM, Davidson T, Scott J. Exposure to aggression and the impact on staff in child and adolescent inpatient unit. En Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 24, Nº1 (February), 2010: 15-26
- Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santed MA, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. MedClin (Barc) 2007; 128: 307-10
- Cada día, un profesional médico es víctima de una agresión; 18 de Marzo de 2015. 13: 06h; Servimed. Madrid; Diario La Razón
- Hobbs FD. Violence in general practice: a survey of general practitioners views. Br Med J 1991; 302(6772): 329-32
- Hills DJ, Joyce CM, Humphreys JS. A national study of workplace aggression in Australian clinical medical practice. En The Medical Journal of Australia 2012; 197(6): 336-340
- Hills DJ, Joyce CM, Humphreys JS. Prevalence and prevention of workplace aggression in Australian clinical medical practice. En AustHealth Rev 2011 Aug; 35(3): 253-61
- Tuya X, Figueroa A, Mezones-Holguín E. Violencia contra médicos: un problema por considerar en la investigación de recursos humanos en salud, en Rev Peru Med Exp Salud Pública 2012, 29(1): 164-165
- COMB. Guía para prevenir y gestionar la violencia contra los médicos en el lugar de trabajo. Quaderns de la bona praxi 2004; 17:6
- Cooper C, Swanson N. Workplace violence in the health sector. State of the art. Geneva: Organización Internacional del Trabajo, Organización Mundial de la Salud, Consejo Internacional de Enfermeras Internacional de Servicios Públicos, 2002
- Hills D, Joyce C. Workplace aggression in clinical medical practice: associations with job satisfaction, life satisfaction and self-rated health en Med Journal Aust 2014; 201 (9): 535-540
- OMS. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud [consultado 18 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/violenceinjuryprevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesSP.pdf>
- OMC. Estudio de agresiones. Revista Oficial del Consejo General de Colegios de Médicos de España 2010; 17: 27
- Benveniste K, Hibbert P, Runciman W. Violence in health care: the contribution of the Australian Patient Safety Foundation to incident monitoring and analysis. Med J Aust 2005; 51,183: 348
- Hills D, Joyce C. A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical medical practice. En Aggressionand Violent Behavior 2013; 18(5): 554-569
- Hostiuc S, Dermengiu D, Hostiuc M. Violence against physicians in training. A Romanian perspectiveRemove suggestionJournal of Forensic and Legal Medicine 2014; 27: 55-61
- Van Leeuwen ME, Harte JM. Violence against care workers in psychiatry: Is prosecution justified?, International Journal of Law and Psychiatry 2011; 34(5): 317-323
- Montes Martínez A, Román Lestón M, Gestal Otero JJ. Agresiones al personal de salud. In: Gestal Otero JJ. Riesgos laborales del personal sanitario. 3ª ed. Madrid: Mc-Graw Hill, 2003. pp.665-671
- Swain N, Gale C. A communication skills intervention for community healthcare workers reduces perceived patient aggression: a pretest-posttest study. EnInternational journal of nursing studies 2014; 51(9): 1241-5

## REVISIÓN

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

(Rev GPU 2016; 12; 3: 281-289)

Matías Méndez<sup>1</sup>

**En la primera entrega de esta serie (Méndez, 2015) revisamos algunos antecedentes sobre la historia del consumo de ayahuasca. Vimos cómo los usos tradicionales de la bebida han tendido a reinventarse a medida que transitan por diferentes contextos culturales, tanto dentro como fuera de la selva amazónica. En el marco de la creciente internacionalización de la ayahuasca, personas de diferentes procedencias se han apropiado de esta, adaptando y reelaborando sus formas de consumo según sus propios valores, preferencias y expectativas (cf. Labate, Canvar y Freedman, 2014). Esto determina que hablar sobre el consumo de ayahuasca en la actualidad suponga referirse a una multiplicidad de prácticas distribuidas globalmente, cada una con sus características particulares.**

## INTRODUCCIÓN

**D**ebemos advertir que lo que estamos presentando en los artículos de esta serie no es más que una pincelada en comparación con la inmensa complejidad del fenómeno que nos interesa ilustrar. La diversificación de las prácticas asociadas al consumo de ayahuasca es un proceso en pleno desarrollo, que se despliega en forma simultánea en diferentes regiones del planeta. En este sentido, este trabajo ha sido pensado como una primera aproximación para los colegas de nuestro país;

una ventana a un área de estudios escasamente desarrollada en Chile, y una invitación a profundizar en un tópico cuya relevancia se verifica en las esferas clínica, política y sociocultural.

Como ya hemos comentado, en Chile existe un número indeterminado de personas que consumen ayahuasca en forma regular, o que al menos la han probado una o dos veces en su vida. Estos individuos consumen la bebida en diferentes encuadres, siguiendo motivaciones diversas. Año tras año, numerosos ciudadanos chilenos viajan a la selva con el fin de probar el

---

<sup>1</sup> Psicólogo clínico. Magister en Psicología Clínica de Adultos, Universidad de Chile. Postítulo en Psicoterapia Humanista Transpersonal, Universidad Diego Portales. Docente Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales. Docente Escuela de Psicología, Universidad Gabriela Mistral. Contacto: matias.mendez@mail.udp.cl

brebaje en su lugar de origen o buscando a un maestro para aprender la medicina amazónica. Paralelamente, chamanes, curanderos y practicantes extranjeros visitan Chile para ofrecer sus trabajos al público nacional. Adicionalmente, encontramos varios grupos e individuos particulares que realizan rituales de consumo en forma periódica en diferentes ciudades del país, manteniendo generalmente un bajo perfil para así evitar posibles problemas con la ley. Sin embargo, algunos han optado por difundir sus actividades a través de internet (en foros, páginas web, redes sociales, etc.) con el fin de alcanzar a un público mayor. Por último, sabemos que hay sitios de internet donde se comercializan los ingredientes botánicos de la bebida, de modo tal que personas de todo el mundo –incluyendo chilenos– pueden tener acceso a estos especímenes para preparar su propia ayahuasca en casa.

Es precisamente en este contexto que resulta imprescindible que quienes trabajamos en el área de la salud mental (psicólogos, psiquiatras y otros profesionales) contemos con información actualizada sobre la ayahuasca y sus usos contemporáneos. Manejar algunas nociones básicas sobre este fenómeno emergente puede resultar sumamente útil para investigadores y clínicos en general, trabajando en diferentes ámbitos (desde la consulta particular hasta la atención primaria; desde el ámbito académico hasta la formulación de políticas públicas); más aún cuando el tema parece estar “en boca de todos”; con mucha información confusa e imprecisa circulando en los medios de comunicación.

Es así que en esta segunda entrega abordaremos los siguientes temas, intentando proveer una revisión crítica sobre la información disponible acerca de la bebida: (1) las principales formas de preparación de la ayahuasca; (2) la composición química y los mecanismos de acción farmacológica de la bebida; y (3) los principales efectos de la ingesta a nivel fisiológico y subjetivo.

## PREPARACIÓN DE LA AYAHUASCA

La bebida que conocemos comúnmente con el nombre de “ayahuasca” es elaborada a través de la decocción conjunta de dos plantas nativas de la selva amazónica: *Banisteriopsis caapi* y *Psychotria viridis*. La primera es una liana de la familia de las Malpighiaceae, de tallos gruesos y corteza lisa, que crece abundantemente en diferentes regiones de la amazonía. La segunda es un arbusto de hoja perenne que puede crecer hasta alcanzar el tamaño de un árbol pequeño y que suele ser cultivado por aquellas comunidades que lo utilizan como ingrediente en la preparación de la bebida (Schultes y Hofmann, 2000). Los tallos machacados de la liana y las

hojas frescas del arbusto son cocinados en agua hirviendo durante varias horas hasta obtener un brebaje de color marrón oscuro y sabor agrio.

Si bien la mayoría de las pociones de ayahuasca es preparada a partir de extractos de *B. caapi*, existen grupos que utilizan otras especies de *Banisteriopsis* como ingrediente principal (*B. inebrians*, *B. muricata*, *B. longialata*, entre otras) (cf. Ott, 2000, pp. 202-203). Asimismo, ciertos grupos usuarios elaboran la bebida combinando *B. caapi* con las hojas de otra planta conocida como “chagropanga” o “chiripanga” (*Diplopterys cabrerana*), cuya composición química es muy similar a la de *P. viridis* (Luna, 2011; Ott, 2000). Esta fórmula es utilizada particularmente por los nativos del Putumayo colombiano, donde el brebaje es conocido con el nombre de “yagé”.

Algunos grupos suelen emplear otras plantas como aditivos a la fórmula original. Estas especies son agregadas a la preparación con el objetivo de alterar o potenciar los efectos psicoactivos y espirituales de la bebida. Investigadores han logrado identificar más de 90 plantas auxiliares, entre las que se cuentan el tabaco (*Nicotiana tabacum*, *N. rustica*), la guayusa (*Ilex guayusa*), el chiric-sanango (*Brunfelsia grandiflora*) y el floripondio (*Brugmansia suaveolens*, *B. insignis*), entre otras (Brito, 2002; Heaven, 2013; Ott, 2000). Los curanderos amazónicos sostienen que cada una de estas plantas posee propiedades medicinales y espirituales específicas, cumpliendo diferentes funciones dentro de su farmacopea tradicional (Heaven, 2013; Luna, 1986).

La incorporación de plantas auxiliares (*P. viridis* y otras) a las preparaciones de *Banisteriopsis* parece ser una práctica relativamente nueva, al menos al interior de ciertas sociedades amazónicas (cf. Brabec de Mori, 2011). Tal es el caso de los matsigenka de Perú, quienes acostumbraban consumir una preparación de menor potencia psicoactiva, elaborada con la liana sin aditivos de ningún tipo. No fue sino hasta 1950 que los matsigenka comenzaron a agregar las hojas de *P. viridis*, siguiendo las indicaciones de nativos provenientes de la región del Urubamba que visitaron la zona de Madre de Dios durante aquella época (Shepard, 2014). De igual manera, otros grupos amazónicos utilizan la liana por sí sola, sin agregar aditivos. En estos casos, la corteza de *B. caapi* puede ser pulverizada y amasada (Schultes y Hofmann, 2000) o bien exprimida en agua fría obteniendo una especie de infusión (Schultes, 1976). También se ha observado cómo determinados grupos nativos mascan los tallos de la liana tal como algunos hacen con el tabaco (Spruce, 1938). Finalmente, Ott (2000) afirma que existe evidencia de tipo químico que apunta al uso de *Banisteriopsis* en la elaboración de rapés alucinógenos.

## COMPOSICIÓN QUÍMICA Y FARMACODINÁMICA DE LA AYAHUASCA

Banisteriopsis caapi presenta concentraciones variables de alcaloides beta-carbolínicos (harmina y tetrahydroharmina, y en menor grado harmalina, harmol y harmalol), mientras que Psychotria viridis contiene principalmente N,N-dimetiltriptamina (DMT) (Callaway, 2005, 2006; Santos, 2010). Diplopterys cabrerana, cuyas hojas sustituyen a las de P. viridis en la elaboración del yagé colombiano, también contiene altas concentraciones de DMT, junto con trazas de otros compuestos psicoactivos similares, como 5-metoxi-N,N-dimetiltriptamina (5-MeO-DMT) y 5-hidroxi-N,N-dimetiltriptamina (5-HO-DMT) (Ott, 2000).

Entre los efectos fisiológicos conocidos de la harmina podemos contar los siguientes: tremor, depresión de la musculatura cardiovascular, actividad antibacteriana y antiparasitaria (Martin, Barancelli, Porto y Tiwari, 2012). Estudios en animales y humanos sugieren que la harmina, la harmalina y la tetrahydroharmina presentarían propiedades antidepresivas y ansiolíticas (cf. Osorio *et al.*, 2011, 2015; Santos, 2010). Sin embargo, podemos afirmar que el principal efecto farmacológico de las beta-carbolinas contenidas en la ayahuasca tiene que ver con la inhibición de la actividad de la monoaminooxidasa (MAO), una enzima cuya función principal es degradar ciertos tipos de neurotransmisores y que se encuentra presente en el tracto digestivo (Callaway, 2006; Santos, 2010). Como veremos más adelante, este efecto inhibitorio cumple un rol fundamental en la activación de las propiedades psicoactivas de la bebida.

La DMT presente en P. viridis es considerada el principal precursor de los efectos psicoactivos de la ayahuasca (Brito, 2002; Callaway, 2005, 2006; McKenna, 2004; Santos, 2010). Como ocurre con otros alucinógenos bien conocidos como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), la psilocibina y la mescalina, la estructura molecular de la DMT es muy similar a la del neurotransmisor serotonina (Figura 1). En vista de aquello, este compuesto actúa sobre los circuitos serotoninérgicos del sistema nervioso, vinculándose con los receptores post sinápticos 5-HT<sub>2A/2C/1A</sub> (Araújo *et al.*, 2015; Riba *et al.*, 2003; Santos *et al.*, 2012; Smith, Canton, Barret y Sanders-Bush, 1998), lo que determina que sus efectos sobre el funcionamiento normal del organismo cubran un amplio espectro de manifestaciones fisiológicas y subjetivas.

Al ser administrada por vía parenteral, la DMT en estado puro induce poderosos efectos visionarios durante un corto lapso de tiempo, acompañados habitualmente por sensaciones de euforia y/o ansiedad

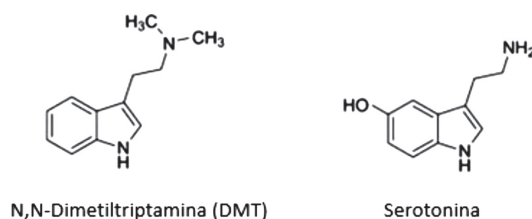


Figura 1

(Cott y Rock, 2008; Strassman, 2001; Strassman, Qualls, Uhlenhuth y Kellner, 1994; Szara, 1956). Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con otros compuestos similares, la DMT es inactiva cuando es administrada por vía oral. Esto se debe a que cuando es consumida oralmente, el compuesto es degradado rápidamente por la MAO que está presente en el tracto gastrointestinal, lo cual evita que concentraciones suficientes de DMT pasen al torrente sanguíneo. Por lo tanto, para que la DMT logre afectar al sistema nervioso central es necesario ingerir conjuntamente un inhibidor de la acción de la MAO (I-MAO), como son los alcaloides beta-carbolínicos harmina, harmalina y tetrahydroharmina (Callaway, 2006).

De este modo, podemos ver cómo la acción sinérgica de los compuestos farmacológicos contenidos en B. caapi y P. viridis es la que, en definitiva, hace posibles los efectos psicoactivos de la ayahuasca. Este complejo mecanismo hace de la bebida una sustancia única en su tipo, pues, como afirma McKenna (2004), “es el único psicodélico utilizado tradicionalmente donde los principios inhibidores de enzimas de una planta (β-carbolinas) son usados para facilitar la actividad oral de los principios psicoactivos de otra planta (DMT)” (p. 115, trad. propia). En este sentido, la ayahuasca “es sin lugar a dudas uno de los sistemas de distribución de drogas más sofisticados y complejos en existencia” (Callaway, 2006, p. 101, trad. propia).

## PRINCIPALES EFECTOS DE LA INGESTA DE AYAHUASCA

Como mencionamos más arriba, los efectos que siguen a la ingesta de la bebida cubren un amplio espectro de manifestaciones fisiológicas y subjetivas. Dichos efectos han sido descritos con gran detalle en numerosas publicaciones científicas, académicas y de divulgación general. Los diferentes reportes tienden a coincidir en que las experiencias inducidas por la ayahuasca se caracterizan por su gran intensidad y complejidad, así como por su profundidad y significatividad personal (cf. Metzner, 2006; Shanon, 2002).



En este apartado nos referiremos a algunas de las manifestaciones más importantes a nivel fisiológico y subjetivo, teniendo en cuenta que esta división sirve solamente para fines didáctico-expositivos; los efectos de la ingesta han de considerarse como una gestalt que se despliega simultáneamente en múltiples planos y dimensiones. Asimismo, es importante recordar que no existe algo así como una experiencia que pueda llamarse “prototípica”, pues, como veremos, la duración, intensidad, cualidad y el contenido psicológico de los fenómenos que surgen tras el consumo de la bebida se encuentran condicionados por diversas variables.

## EFFECTOS FISIOLÓGICOS

Los efectos fisiológicos de la ingesta de ayahuasca incluyen alteraciones en la actividad de los sistemas nervioso central y periférico, endocrino, inmunológico y circulatorio. La duración e intensidad de dichas alteraciones varían en función de diferentes factores, incluyendo la concentración de alcaloides presentes en el brebaje y la condición física general del usuario. Según se ha podido constatar, estos cambios fisiológicos no parecen conllevar efectos adversos para la salud de los usuarios en el corto, mediano ni largo plazo (Bouso *et al.*, 2013; Santos, 2013), toda vez que las alteraciones recién descritas remiten gradualmente a medida que los compuestos psicoactivos van desapareciendo del torrente sanguíneo.

En este contexto, algunas de las manifestaciones fisiológicas más comunes son náuseas, vómitos, diarrea y temblores, dilatación de las pupilas, ligero aumento del ritmo cardíaco, la presión sanguínea y la temperatura corporal y un aumento significativo en los niveles plasmáticos de prolactina, cortisol y hormona del crecimiento (Brito, 2002; Callaway *et al.*, 1999; Fericgla, 1997; McKenna y Riba, 2015; Santos *et al.*, 2011, 2012). Por otro lado, investigadores han observado que el consumo de ayahuasca tiende a generar alteraciones en el sistema inmunológico, apuntando a una disminución temporal de las subpoblaciones de linfocitos CD3 y CD4 y un aumento de las natural killers (NK) (Santos, 2014; Santos *et al.*, 2011, 2012).

Los efectos de la ingesta sobre la actividad del sistema nervioso central han sido estudiados por diversos investigadores (Araújo *et al.*, 2012; Castro-Neto *et al.*, 2013; Frecska, White y Luna, 2003; McKenna y Riba, 2015; Schenberg *et al.*, 2015). En términos generales, se ha observado que los compuestos de la bebida interactúan con sistemas neuronales involucrados en los procesos de interocepción, la activación y el procesamiento emocional, la toma de decisiones y el procesamiento de

la memoria (Riba *et al.*, 2006), así como con áreas relacionadas con el procesamiento de imágenes visuales, procesamiento de asociaciones contextuales, memoria de trabajo e imaginación prospectiva (Araújo *et al.*, 2012). Por otro lado, los datos aportados por Frecska, White y Luna (2003) sugieren que la administración de ayahuasca favorecería un funcionamiento “integrado” o “fusionado” de ambos hemisferios cerebrales. Finalmente, McKenna y Riba (2015) han propuesto recientemente un modelo donde se explica cómo actúa la ayahuasca en el cerebro humano, destacando el modo en que la bebida modificaría el flujo de información en el sistema nervioso a través de su interacción con determinadas estructuras de la corteza asociativa.

Como mencionamos antes, los estudios realizados indican que el consumo de ayahuasca no supone un riesgo para la salud física de los usuarios (Bouso *et al.*, 2013). Si bien se observan alteraciones agudas en el funcionamiento normal de diferentes sistemas del cuerpo humano, no existe evidencia que sugiera que existe un peligro real asociado al uso de la bebida en sujetos sanos. Asimismo, los investigadores no han logrado determinar la existencia de una “dosis letal” de ayahuasca.

## EFFECTOS SUBJETIVOS

Los efectos subjetivos de la ingesta incluyen un aumento en la producción de imágenes mentales con los ojos abiertos y cerrados, sinestesia y otras alteraciones de la senso-percepción, aumento en la respuesta emocional, emocionalidad paradójica, cambios formales y de contenido en los procesos normales de pensamiento y una alteración significativa en la percepción del tiempo y el espacio (Barbosa, Giglio y Dalgalarrodo, 2005; Fericgla, 1997; Grob, 2006; Grob *et al.*, 1996; Riba *et al.*, 2001; Shanon, 2002, 2010).

Las visiones inducidas por la ingesta no persisten durante toda la experiencia, sino que van y vienen en forma de oleadas, modificando su intensidad a lo largo de la sesión (Riba *et al.*, 2011). Estos efectos perceptuales varían desde “aumentos en la brillantez y nitidez de un objeto, o vibraciones en el campo visual, hasta patrones que se mueven rápidamente y escenas que [son] visibles tanto con los ojos cerrados como abiertos” (p. 90, trad. propia). En ocasiones, estas escenas pueden incluir visualizaciones de momentos específicos de la biografía de la persona, cargados con un gran contenido emocional. Sin embargo, hay veces en que la experiencia se limita a un colorido espectáculo de visiones caleidoscópicas de gran belleza y complejidad. Por lo general, los usuarios de la bebida

conceden mucha importancia a este tipo de experiencias (particularmente a las primeras), considerándolas tan “reales” como las imágenes visuales naturales. En este sentido, desestiman que se trate de meras alucinaciones o pseudopercepciones, atribuyéndoles un carácter ontológico equivalente a los fenómenos percibidos en vigilia (Araújo *et al.*, 2011; Naranjo, 1973; Shanon, 2002).

Si bien no existe una experiencia “prototípica”, sí es posible detectar ciertos contenidos y motivos recurrentes en las visiones que acompañan la ingesta. Harner (1973, cit. en Grob, 2006) observó que los usuarios nativos de grupos culturales diferentes tendían a reportar experiencias muy similares, incluyendo la sensación de que el alma se separa del cuerpo, visiones de serpientes y jaguares, contacto con dimensiones sobrenaturales y sus habitantes, entre otras. Por su parte, el psiquiatra chileno Claudio Naranjo (1973, 1987, 2012) encontró que al administrar ayahuasca a voluntarios occidentales, estos solían experimentar visiones cuyo contenido se asemejaba a los relatos de los nativos amazónicos (encuentros con grandes felinos, serpientes y aves, experiencias de “vuelo chamánico” y desdoblamiento, luminosos patrones geométricos, etc.). Este tipo de experiencias es frecuente en los reportes de quienes han probado la ayahuasca, especialmente en contextos rituales asociados al mundo indígena y mestizo. Sin embargo, muchas veces el contenido emergente remite a otros motivos y temáticas que nada tienen que ver con el universo simbólico de las culturas amazónicas (cf. Metzner, 2006). Como veremos más adelante, el contenido de la experiencia se encuentra condicionado por factores personales (set) y contextuales (setting), incluyendo la matriz de significados y símbolos que son propios de la cultura del usuario o del grupo específico donde tiene lugar la ingesta.

Generalmente, quienes consumen ayahuasca experimentan una serie de intensos estados emocionales, los que varían desde vivencias de profunda tristeza y desesperanza, pasando por momentos de miedo, agitación y ansiedad, hasta sobrecogedoras experiencias de éxtasis y arrobamiento espiritual. Estas emociones suelen ser coherentes con el contenido psicológico que se explicita en las visiones, si bien no es raro encontrar casos donde “lo que se ve” parece contradecir “lo que se siente”, y viceversa. Por otro lado, así como ocurre con la administración de otras sustancias psicoactivas similares, la ingesta de ayahuasca suele inducir un estado de hipersugestionabilidad (Dobkin de Rios, Grob y Baker, 2002; Grob, 2006). En este estado, la persona permanece particularmente abierta y disponible a la incorporación de ideas y experiencias que le son ajenas y que

están presentes en su entorno inmediato. Este es un punto particularmente importante a la hora de evaluar los posibles riesgos asociados al consumo de ayahuasca, toda vez que la influencia del facilitador (chamán, curandero, terapeuta, investigador, etc.) sobre la persona (paciente, turista, sujeto experimental, etc.) tiende a verse incrementada durante la experiencia:

la posición del chamán, o facilitador de la sesión, particularmente dentro del contexto del uso de alucinógenos, se torna un rol investido de gran responsabilidad, pues los participantes individuales se encuentran altamente susceptibles a los input verbales y no verbales que se dirigen hacia ellos. Generalmente, el contenido y el resultado de tales experiencias en estados alterados pueden atribuirse directamente a la integridad y la habilidad del líder (Grob, 2006, p. 76, trad. propia).

Por lo tanto, “la integridad y la habilidad” del facilitador que dirige la sesión debiesen ser factores determinantes al decidir con quién iniciar una experiencia con la bebida –algo que, lamentablemente, resulta muchas veces difícil de evaluar por parte de quienes deciden probar la ayahuasca.

Por otro lado, la ingesta de ayahuasca puede traer consigo experiencias que son difíciles de caracterizar desde los paradigmas tradicionales de la psicología y la psiquiatría occidental. Estos fenómenos –que podríamos llamar “psicoespirituales” o “transpersonales”– remiten a experiencias donde las fronteras habituales del self parecen ser trascendidas, correspondiéndose con lo que generalmente se conoce como experiencias espirituales, místicas, religiosas o paranormales. Entre los efectos “transpersonales” más prominentes encontramos: experiencias de unidad mística, contacto con entidades espirituales, comunicación con plantas y animales, experiencias de desdoblamiento y proyección astral, percepción remota, experiencias de muerte-renacimiento y profundas alteraciones de la identidad (Grob, 2006; Heaven, 2013; Krippner y Sulla, 2000; Luna, 1986, 2011; Metzner, 2006; Naranjo, 1973, 1987, 2012; Riba *et al.*, 2001; Shanon, 2002). Estas últimas incluyen principalmente la sensación de transformarse en otros seres vivos (plantas y animales) así como en ciertos objetos inanimados. También se ha documentado la ocurrencia de fenómenos de “incorporación” espiritista, donde los usuarios tienen la sensación de ser poseídos por alguna entidad desencarnada. Esta clase de experiencia es común en ciertos rituales de la Iglesia del Santo Daime, una de las religiones de ayahuasca de Brasil (Dawson, 2012, 2013).

Por último, muchos usuarios occidentales reportan haber “recibido” importantes insights durante sus experiencias con la ayahuasca (Riba *et al.*, 2001; Shanon, 2013; cf. Sobiecki, 2013). Estos insights corresponderían a comprensiones de gran valor personal, muy similares a las que ocurren en psicoterapia. Es así como, para algunos usuarios, la ayahuasca aparece representada como una herramienta de exploración personal y de sanación psicoespiritual (Shanon, 2002; Labate, 2014). En palabras de Shanon (2013), “la ayahuasca induce una ideación mejorada, y por lo tanto, una reflexión e insight. A través de estas las personas pueden llegar a nuevas y significativas comprensiones psicológicas e intelectuales”; “las experiencias especiales que la ayahuasca induce brindan a las personas posibilidades y potencialidades. Les revelan sentimientos, estados mentales, situaciones, ideas y patrones de comportamiento que tal vez no hayan encontrado o pensado con anterioridad” (p. 368-369, cursivas en el original). De acuerdo con Ferić (2013), “la dilatación de los límites existenciales del sujeto que propulsa la ayahuasca, la expansión de la conciencia como experiencia bien integrada, en sí misma suele tener efectos psicoterapéuticos en términos de la psicología clínica clásica” (p. 426). Es en este sentido que muchos usuarios aseguran que una sesión de ayahuasca equivale a varios años de psicoterapia tradicional.

## DURACIÓN DEL EFECTO

Riba *et al.* (2003) observaron que los efectos subjetivos iniciales tendían a aparecer luego de pasados unos 30 o 45 minutos desde la administración de la ayahuasca. Los efectos agudos solían manifestarse alrededor de los 60 minutos posadministración, presentando su mayor potencia alucinógena entre los 90 y 120 minutos y retirándose en forma definitiva hacia los 360 minutos. Estas observaciones coinciden aproximadamente con las de otros investigadores. No obstante, cabe mencionar que los efectos psicoactivos de la DMT en su estado puro, administrada parenteralmente, presentan un tiempo de activación mucho más breve en comparación con lo que ocurre cuando es consumida como parte del brebaje. Al ser administrada por sí sola, la DMT induce una experiencia sumamente intensa, pero que dura solo unos pocos minutos (Callaway, 2006).

## VARIABLES MODULADORAS

Como ocurre con otras sustancias psicoactivas similares, la duración, cualidad e intensidad de la experiencia inducida por la ayahuasca varían en función de

diferentes factores farmacológicos y extrafarmacológicos. Las variables farmacológicas tienen que ver fundamentalmente con la dosis y la composición química de la bebida que es administrada, mientras que las variables extrafarmacológicas refieren a lo que los expertos denominan el “set” y el “setting” (Grob, 2006).

El set corresponde a la disposición psicológica con la que una persona se aproxima al consumo de la sustancia. Esto incluye su intención o propósito, sus expectativas, su estado de ánimo, etc. Por otro lado, el setting tiene que ver con el contexto general dentro del cual tiene lugar la ingesta, incluyendo la ubicación del lugar donde se realiza la ingesta, la organización y decoración del espacio, la presencia de otras personas, etc. Según explica Grob (2006), “la intención, la preparación y la estructura de la sesión son integrales al contenido y el resultado de cualquier encuentro con los alucinógenos, una distinción clara respecto de virtualmente cualquier otro agente psicotrópico” (p. 74, trad. propia).

Desde este punto de vista, no será igual para una persona consumir la ayahuasca en un ritual tradicional internado en la selva amazónica, en un trabajo espiritual de las iglesias de ayahuasca, en un hospital durante una investigación científica, etc. De igual modo, no será igual para una persona probar la bebida con la intención de acceder a experiencias espirituales o religiosas, obtener insights psicoterapéuticos, o simplemente probar una nueva droga. En todos estos casos las experiencias emergentes tenderán a ser muy diferentes, debido a la decisiva influencia de los factores extrafarmacológicos recién descritos.

## COMENTARIOS FINALES

En esta segunda entrega hemos revisado algunos aspectos relevantes sobre la ayahuasca, su preparación y sus principales efectos sobre el organismo humano. La información presentada corresponde a un breve resumen de la evidencia acumulada a lo largo de los años por diversos investigadores alrededor del mundo. Sin embargo, cabe volver a recordar que este trabajo no pretende ser una revisión exhaustiva del conocimiento disponible sobre la bebida. Antes bien, se trata de un intento por introducir a nuestros colegas en esta compleja temática.

De este modo, consideramos que la información provista en los apartados anteriores resulta relevante para los profesionales chilenos de la salud mental en varios sentidos. En primer lugar, los datos aportados por la investigación antropológica y etnobotánica contribuyen a la adquisición de un mayor conocimiento sobre las características específicas de la bebida, según

cuáles sean su forma de preparación y su contexto de uso. Como vimos, el término “ayahuasca” puede utilizarse para nombrar una diversidad de sustancias psicoactivas, cuya composición botánica y fitoquímica varía de acuerdo con la receta empleada en su elaboración.

En segundo lugar, conocer las propiedades farmacológicas de la ayahuasca nos permite evaluar de manera adecuada, entre otras cosas, los posibles riesgos asociados a la ingesta de la bebida. La ayahuasca no es una sustancia inocua o inofensiva. Los compuestos contenidos en el brebaje pueden interactuar peligrosamente con ciertas sustancias químicas, conllevando serias amenazas a la salud y el bienestar de los usuarios (cf. Callaway, 2006). Por ejemplo, actualmente sabemos que los antidepresivos ISRS pueden presentar interacciones nocivas con la ayahuasca, corriendo el riesgo de generar un “síndrome serotoninérgico” (Callaway, 2006). Lo mismo ocurre con ciertos alimentos cuya composición química hace que sean contraindicados si se consume la bebida.

Por último, resulta de suma importancia conocer en detalle los diferentes efectos de la ingesta de ayahuasca, tanto a nivel fisiológico como subjetivo. Si bien la variabilidad de tales efectos tiende a ser muy alta, parece haber ciertos patrones recurrentes en la acción de la bebida sobre el organismo humano que debemos saber reconocer. Esto resulta particularmente relevante si tenemos en cuenta que cada vez son más las personas que consumen ayahuasca en nuestro país, accediendo a poderosas experiencias alucinógenas y atravesando vivencias que se caracterizan por ser sumamente intensas.

A modo de conclusión, creemos necesario señalar que el hecho de informarnos sobre este tema nos conduce a la posibilidad de adoptar una actitud responsable y moderada respecto de la ayahuasca y su consumo. Sin la información suficiente corremos el riesgo de caer en dos polos igualmente nocivos y peligrosos: la idealización o la demonización de la bebida. Desde nuestro punto de vista, la idealización de la ayahuasca puede conducir a creer que se trata de una especie de “panacea ancestral”, sin considerar que su utilización conlleva ciertos riesgos que deben ser tenidos en cuenta. Paralelamente, en el polo de la demonización, quienes se cierran a conocer los pormenores del consumo de ayahuasca según han sido descritos por los especialistas, y se empecinan en etiquetarla como una “droga de abuso” sin apoyarse en argumentos basados en la evidencia, hacen gala de una actitud irreflexiva que reverbera en las políticas de drogas de diferentes países alrededor del mundo. Estos dos extremos suponen una mirada miope, estrecha y unilateral sobre el asunto,

que entorpece cualquier avance en lo que respecta a la investigación científica y académica sobre la ayahuasca y sus usos, así como en lo referente a las políticas de control de sustancias.

En este contexto, reiteramos una vez más que nuestro interés al preparar esta revisión sobre la ayahuasca dice relación con la necesidad de contar con información actualizada y de calidad acerca de la bebida. Esto, considerando que muchos colegas de nuestro país no conocen los detalles relativos a su preparación, su composición botánica y química, su forma de administración, sus efectos, sus modalidades de uso, sus potenciales riesgos y beneficios, su estatus legal en Chile y el resto del mundo, entre otros aspectos relevantes. Esperamos que este trabajo resulte ser un aporte para nuestros colegas, además de una invitación a abrir un espacio de debate y reflexión en torno a los diferentes fenómenos relacionados con el consumo de ayahuasca en Chile.

## REFERENCIAS

1. Araújo AM, Carvalho F, Bastos ML, Pinho PG, Carvalho M (2015). The hallucinogenic world of tryptamines: an updated review. *Archives of Toxicology*, 89, 1151-1173
2. Araújo DB, Ribeiro S, Cecchi GA, Carvalho FM, Sanchez TA, Pinto JP, Martinis BS, Crippa JA, Hallak JE, Santos AS (2011). Seeing with the eyes shut: neural basis of enhanced imagery following ayahuasca ingestion. *Human Brain Mapping*, 33(11), 2550-2560
3. Barbosa PC, Giglio JS, Dalgalarondo P (2005). Altered states of consciousness and short-term psychological after-effects induced by the first time ritual use of ayahuasca in an urban context in Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37(2), 193-201
4. Bouso JC, Santos RG, Grob CS, Silveira DX, McKenna DJ, Araújo DB, Doering-Silveira EB, Riba J, Barbosa PC (2013). Informe técnico sobre la ayahuasca. Extraído desde [http://iceers.org/Documents/ICEERS\\_site/Reports/ICEERS/Ayahuasca\\_Informe\\_Cientifico\\_ICEERS2013\\_ESP.pdf](http://iceers.org/Documents/ICEERS_site/Reports/ICEERS/Ayahuasca_Informe_Cientifico_ICEERS2013_ESP.pdf)
5. Brabec de Mori B (2011). Tracing hallucinations: contributing to a critical ethnohistory of ayahuasca usage in the Peruvian Amazon. En B.C. Labate & H Jungaberle (Eds.), *The internationalization of ayahuasca* (pp. 23-47). Zurich: Lit Verlag
6. Brito GS (2002). Farmacologia humana da hoasca (chá preparado de plantas alucinógenas usado em contexto ritual no Brasil). En B.C. Labate & W.S. Araújo (Eds.), *O uso ritual da ayahuasca* (pp. 623-651). São Paulo: Mercado de Letras
7. Callaway JC (2005). Various alkaloid profiles in decoctions of *Banisteriopsis caapi*. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37(2), 151-155
8. Callaway JC (2006). Phytochemistry and neuropharmacology of ayahuasca. En R. Metzner (Ed.), *Sacred vine of spirits: ayahuasca* (pp. 94-116). Rochester, VT: Park Street Press
9. Callaway JC, McKenna DJ, Grob CS, Brito GS, Raymon P, Poland RE, Andrade EN, Andrade EO, Mash DC (1999). Pharmacokinetics of hoasca alkaloids in healthy humans. *Journal of Ethnopharmacology*, 65, 243-256
10. Castro-Neto EF, Cunha RH, Silveira DX, Yonamine M, Gouveia TL, Cavalheiro EA, Amado D, Naffah-Mazzacoratti MG (2013). Changes in aminoacidergic and monoaminergic neurotransmission in the hippocampus and amygdala of rats after ayahuasca ingestion. *World Journal of Biological Chemistry*, 4(4), 141-147

11. Cott C, Rock A (2008). Phenomenology of N,N-dimethyltryptamine use: a thematic analysis. *Journal of Scientific Exploration*, 22(1), 359-370
12. Dawson A (2012). Spirit possession in a new religious context: the umbandization of Santo Daime. *Nova Religio: The Journal of Alternative and Emergent Religions*, 15(4), 60-84
13. Dawson A (2013). *Santo Daime: a new world religion*. New York, NY: Continuum Publishing Corporation
14. Dobkin de Rios M, Grob CS, Baker JR (2002). Hallucinogens and redemption. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(3), 239-248
15. Fericgla JM (1997). *Al trasluz de la ayahuasca: antropología cognitiva, oniromancia y conciencias alternativas*. Barcelona: La Liebre de Marzo
16. Fericgla JM (2013). Cambios en el perfil de valores tras una experiencia con ayahuasca. En B.C. Labate & J.C. Bouso (Eds.), *Ayahuasca y salud* (pp. 424-432). Barcelona: La Liebre de Marzo
17. Frecska E, White KD, Luna LE (2003). Effects of the amazonian psychoactive beverage ayahuasca on binocular rivalry: inter-hemispheric switching or interhemispheric fusion? *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(3), 367-374
18. Grob CS (2006). The psychology of ayahuasca. En R. Metzner (Ed.), *Sacred vine of spirits: ayahuasca* (pp. 63-93). Rochester, VT: Park Street Press
19. Grob CS, McKenna DJ, Callaway JC, Brito GS, Neves ES, Oberlaender G, Saide OL, Labigalini E, Tacla C, Miranda CT, Strassman RJ, Boone KB (1996). Human psychopharmacology of hoasca, a plant hallucinogen used in ritual context in Brazil. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 184(2), 86-94
20. Heaven R (2013). *Ayahuasca: the vine of souls*. Winchester, UK: Moon Books
21. Krippner S, Sulla J (2000). Identifying spiritual content in reports from ayahuasca sessions. *International Journal of Transpersonal Studies*, 19, 59-76
22. Labate BC (2014). The internationalization of Peruvian vegetalismo. En B.C. Labate & C. Canvar (Eds.), *Ayahuasca shamanism in the Amazon and beyond* (pp. 182-205). New York, NY: Oxford University Press
23. Labate BC, Canvar C, Freedman FB (2014). Notes on the expansion and reinvention of ayahuasca shamanism. En B.C. Labate & C. Canvar (Eds.), *Ayahuasca shamanism in the Amazon and beyond* (pp. 3-15). New York, NY: Oxford University Press
24. Luna LE (1986). *Vegetalismo: shamanism among the mestizo population of the Peruvian Amazon*. Estocolmo: Alqvimist and Wiksell
25. Luna LE (2011). Indigenous and mestizo use of ayahuasca. An overview. En R.G. dos Santos (Ed.), *The Ethnopharmacology of ayahuasca* (pp. 1-21). Kerala, India: Transworld Research Network
26. Martin JG, Barancelli GV, Porto E, Tiwari S (2012). Ayahuasca: from ethnobotany to pharmacology. *Journal of Natural Products*, 5, 121-130
27. McKenna DJ (2004). Clinical investigations of the therapeutic potential of ayahuasca: rationale and regulatory challenges. *Pharmacology & Therapeutics*, 102, 111-129
28. McKenna D, Riba J (2015). New world tryptamine hallucinogens and the neuroscience of ayahuasca. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. doi: 10.1007/7854\_2015\_368
29. Méndez M (2015). Ayahuasca: una introducción para profesionales chilenos de la salud mental. Primera parte. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 11(4), 402-411
30. Metzner R (Ed.) (2006). *Sacred vine of spirits: ayahuasca*. Rochester, VT: Park Street Press
31. Naranjo C (1973). Psychological aspects of the Yagé experience in an experimental setting. En M. J. Harner (Ed.), *Hallucinogens and shamanism* (pp. 176-190). New York, NY: Oxford University Press
32. Naranjo C (1987). Ayahuasca imagery and the therapeutic property of the harmala alkaloids. *Journal of Mental Imagery*, 11(2), 131-136
33. Naranjo C (2012). *Ayahuasca: la enredadera del río celestial*. Barcelona: Ediciones La Llave
34. Osório FL, Macedo LR, Sousa JP, Pinto JP, Quevedo J, Crippa JA, Hallak JE (2011). The therapeutic potential of harmine and ayahuasca in depression: evidence from exploratory animal and human studies. En R.G. Santos (Ed.), *the ethnopharmacology of ayahuasca* (pp. 75-85). Kerala, India: Transworld Research Network
35. Osório FL, Sanches RF, Macedo LR, Santos RG, Maia-de-Oliveira JP, Wichert-Ana L, Araujo DB, Riba J, Crippa JA, Hallak JE (2015). Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: a preliminary report. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37, 13-20
36. Ott J (2000). *Pharmacothoeon: drogas enterogénicas, sus fuentes vegetales y su historia*. Barcelona: La Liebre de Marzo
37. Riba J, Rodríguez-Fornells A, Urbano G, Morte A, Antonijoañ R, Montero M, Callaway JC, Barbanjo MJ (2001). Subjective effects and tolerability of the South American psychoactive beverage ayahuasca in healthy volunteers. *Psychopharmacology*, 154, 85-95
38. Riba J, Romero, s., Grasa E, Mena E, Carrió I, Barbanjo MJ (2006). Increased frontal and paralimbic activation following ayahuasca, the pan-amazonian inebriant. *Psychopharmacology*, 186, 93-98
39. Riba J, Valle M, Urbano G, Yritia M, Morte A, Barbanjo MJ (2003). Human pharmacology of ayahuasca: subjective and cardiovascular effects, monoamine metabolite excretion, and pharmacokinetics. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 301(1), 73-83
40. Santos RG (2010). The pharmacology of ayahuasca: a review. *Brasilia Med*, 47(2), 188-195
41. Santos RG (2013). Safety and side effects of ayahuasca in humans –an overview focusing on developmental toxicology. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(1), 68-78
42. Santos RG (2014). Immunological effects of ayahuasca in humans. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(5), 383-388
43. Santos RG, Grasa E, Valle M, Ballester MR, Bouso JC, Nomdedéu JF, Homs R, Barbanjo MJ, Riba J (2012). Pharmacology of ayahuasca administered in two repeated doses. *Psychopharmacology*, 219, 1039-1053
44. Santos RG, Valle M, Bouso JC, Nomdedéu JF, Rodríguez-Espinosa J, McIlhenny EH, Barker SA, Barbanjo MJ, Riba J (2011). Autonomic, neuroendocrine, and immunological effects of ayahuasca: a comparative study with d-amphetamine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31(6), 717-726
45. Schenberg EE, Alexandre JF, Filev R, Cravo A, Sato JR Muthukumaraswamy SD, Yonamine M, Waguespack M, Lomnicka I, Barker SA, Silveira X (2015). Acute biphasic effects of ayahuasca. *PLoS ONE*, 10(9): e0137202. doi: 10.1371/journal.pone.0137202
46. Schultes RE (1976). *Hallucinogenic Plants*. Racine, WI: Golden Press
47. Schultes RE, Hofmann A (2000). *Plantas de los dioses: orígenes del uso de los alucinógenos*. México DF: Fondo de Cultura Económica
48. Shanon B (2002). *The antipodes of the mind: charting the phenomenology of the ayahuasca experience*. Oxford: Oxford University Press
49. Shanon B (2010). The epistemics of ayahuasca visions. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 9, 263-280
50. Shanon B (2013). Momentos de "insight", sanación y transformación: un análisis fenomenológico cognitivo. En B.C. Labate & J.C. Bouso (Eds.), *Ayahuasca y salud* (pp. 348-376). Barcelona: La Liebre de Marzo
51. Shepard GH (2014). Will the real shaman please stand up? The recent adoption of ayahuasca among indigenous groups of the



- Peruvian amazon. En B.C. Labate & C. Canvar (Eds.), *Ayahuasca shamanism in the Amazon and beyond* (pp. 16-39). New York, NY: Oxford University Press
52. Smith RL, Canton H, Barret RJ, Sanders-Bush E (1998). Agonist properties of N,N-dimethyltryptamine at 5-HT<sub>2A</sub> and 5-HT<sub>2C</sub> serotonin receptors. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 61, 323-330
53. Sobiecki JF (2013). An account of healing depression using ayahuasca plant teacher medicine in a Santo Daimé ritual. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 13(1). doi: 10.2989/IPJP.2013.13.1.7.1173
54. Spruce R (1938). *Notas de un botánico sobre el Amazonas y los Andes*. Quito: Imprenta de la Universidad Central
55. Strassman RJ (2001). *DMT: the spirit molecule*. Rochester, VT: Park Street Press
56. Strassman RJ, Qualls CR, Uhlenhuth EH, Kellner R (1994). Dose-response study of N,N-dimethyltryptamine in humans: II. Subjective effects and preliminary results of a new rating scale. *Archives of General Psychiatry*, 51(2), 98-108
57. Szara S (1956). Dimethyltryptamine: its metabolism in man; the relation of its psychotic effect on the serotonin metabolism. *Experientia*, 12, 411-441



## PSICOANÁLISIS

# LA 'NOTA AZUL' EN LA SESIÓN ANALÍTICA

(Rev GPU 2016; 12; 3: 290-302)

Andrés Correa<sup>1</sup>, Andrés Muñoz<sup>2</sup>, Claudia Balbontín<sup>3</sup>

El que se encadena a una alegría destruye una vida libre, pero  
el que besa una alegría en su vuelo, vive el amanecer de la eternidad

WILLIAM BLAKE

Pues la belleza no es nada sino el principio de lo terrible,  
lo que somos a penas capaces de soportar...

RAINER MARÍA RILKE

En este artículo intentamos definir la actividad psicoanalítica como una actividad estética, aunque entendiendo el concepto de estética no tanto en un sentido práctico, sino que, fundamentalmente, en uno epistemológico. Retomando la metáfora del jazz propuesta por A. Correa (2008, 2009), establecemos una relación entre la estrategia de la adaptabilidad técnica de H. Thomä y H. Kächele (1985, 1988) con la noción de cambio que el Grupo de estudio del proceso de cambio de Boston (BCPSG, 2000) propone a través de su concepto de "momento de encuentro". Esta relación se iluminará estéticamente a través de un concepto musical que opera dentro de la música de jazz: la *blue note*. Pensamos que el significado operativo de este concepto puede usarse dentro del escenario analítico y entender su actividad como un importante agente mutativo dentro de este escenario. Para describir psicoanalíticamente el accionar técnico de este concepto examinamos y confrontamos su comportamiento a través del concepto de "cambio catastrófico" de W. Bion (1970) y el de "conflicto estético" de D. Meltzer (1988), que ambos autores, respectivamente, desarrollan dentro de su manera de entender la práctica psicoanalítica. Finalmente, después de definir el concepto estético de "lo sublime", utilizamos el concepto de shock de W. Benjamin (1939) para plantear que la introducción de las *blue note* dentro de la relación analítica puede llegar a tener un efecto sublimemente mutativo dentro de esta relación. A partir del concepto de "estética de la existencia" de M. Foucault (1982) y de "sensación de vida" de T. Ogden (1999), planteamos que este efecto sublimemente mutativo, si bien parece darse escasamente dentro de un tratamiento, cuando se da, deja una huella imborrable dentro de la experiencia del paciente y del analista.

<sup>1</sup> Psicólogo y Psicoanalista (Jacorreamo@gmail.com)

<sup>2</sup> Psicólogo y Psicoanalista (amunozalcaide@gmail.com)

<sup>3</sup> Psicóloga y Psicoanalista (claudiasbalbontin@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Generalmente se habla de la práctica psicoanalítica como si fuese una especie de arte, ya que se cree que al igual que lo que sucede en el trabajo del artista, la conducta técnica del psicoanalista no puede sistematizarse dentro de un marco estandarizado de procedimientos. Es decir, con esta comparación lo que comúnmente se busca es destacar la ineludible cualidad idiosincrática que tiende a presentar la conducta del analista. Freud (1913), aunque quizás no tenía en mente la imagen del artista, utiliza la imagen del ajedrecista para resaltar esta idea. En sus escritos técnicos equipara el trabajo de una sesión psicoanalítica al de una de ajedrez, ya que, según él, en una sesión psicoanalítica al igual que en una de ajedrez es tan variable lo que ocurre dentro que solo puede sistematizarse el comienzo y el final de esta. Si bien, al usar esta imagen, se aparta de la necesidad de tener que normar la conducta técnica del psicoanalista, Freud (1913) nunca llega a declarar que la singularidad de la conducta de este es una condición necesaria que debe estar presente en todo tratamiento para el óptimo desarrollo de su proceso. En este sentido, solo parece considerar esta cualidad como una variable inevitable que cada psicoanalista en su práctica tiene que asumir.

Correa (2008, 2009), asumiendo la máxima proveniente del mundo del *jazz* que llama al músico a esforzarse más en el “cómo” que en el “qué” de su interpretación musical, compara la sesión de psicoanálisis con una sesión de *jazz*. A través de esta comparación marca, a diferencia de lo que hace Freud (1913) a través del ajedrez, la singularidad del estilo que tiene el analista para trabajar con el paciente como un importante agente, que en forma paralela e independiente al contenido de sus intervenciones también puede producir cambio dentro del proceso analítico. De acuerdo con esta idea, declaramos que el factor de la singularidad es uno que debe estar siempre presente dentro del comportamiento del analista si es que este pretende generar cambio psíquico en la persona del paciente. Ahora bien, creemos que para que este factor se desarrolle cómodamente en la conducta del analista es necesario que otros dos factores intervengan en el despliegue de esta, nos referimos al factor de la libertad y al de lo indeliberado. Conforme con lo planteado por Symington (1983) y Muñoz (2008, 2009) decimos que un analista para ser creativo en sus intervenciones clínicas necesita antes sentir la libertad para pensar junto al paciente. En cuanto al segundo factor, siguiendo con la noción que Balbontín (2010) desarrolla acerca del *enactment* como una necesidad terapéutica, sostenemos que la genuina singularidad de la conducta

del analista solo es posible en el momento indeliberado de su acción. Pensamos que un adecuado engranaje entre estos tres factores se encuentra condensado dentro del concepto de estética, por tanto, consideramos lo estético como uno de los criterios hermenéuticos con el que una intervención analítica debiera intentar comprometerse para poder ser efectiva<sup>4</sup>.

En este artículo intentamos definir la actividad psicoanalítica como una actividad estética, aunque entendiendo el concepto de estética no tanto en un sentido práctico, sino que, fundamentalmente, en uno epistemológico, es decir, como una manera de reflexionar acerca de la intimidad inefablemente idiosincrática que se desarrolla dentro de la relación analítica. Luego, retomando la metáfora del *jazz* propuesta por Correa (2008, 2009), establecemos una relación entre la estrategia de la adaptabilidad técnica de H. Thomä y H. Kächele (1985, 1988) con la noción de cambio que el Grupo de estudio de Boston (BCPSG, 2000) propone a través de su concepto de “momento de encuentro”. Esta relación se iluminará estéticamente a través de un concepto musical que opera dentro de la música de *jazz*: la *blue note*. Pensamos que este elemento del *jazz* puede ser entendido como un importante agente mutativo si su significado se aplica dentro del escenario analítico. Para describir psicoanalíticamente el accionar técnico de este concepto examinamos su comportamiento a través del modelo ético - estético de W. Bion (1970) y D. Meltzer (1988), haciendo que su sentido se confronte específicamente con el que se desprende del concepto de “cambio catastrófico” y el de “conflicto estético” que ambos autores, respectivamente, desarrollan dentro de este modelo. Finalmente, a través de definir las dos categorías conceptuales de la experiencia estética, lo bello y lo sublime, utilizamos el concepto de *shock* de W. Benjamin (1939) para representar el efecto sublimemente mutativo que puede llegar a tener la intervención de las *blue notes* dentro de la relación analítica. A partir del concepto de “estética de la existencia” de M. Foucault (1982) y de “sensación de vida” de T. Ogden (1999), decimos que este efecto mutativo, por un lado, fortalece la noción de que la vida es en sí misma un arte

<sup>4</sup> La convergencia de estos tres factores en el concepto de estética fue lo que nos llevó a unirnos como un grupo de trabajo dedicado a investigar la fructífera relación que parece existir entre psicoanálisis y estética. Como grupo llevamos tres años dedicados a estudiar esta clase de relación. En la práctica nos reunimos con una frecuencia de una vez a la semana para discutir y comentar diversos artículos y libros que, directa o indirectamente, abordan esta temática.

y, por otro, amplifica la necesaria sensación de vitalidad que el sujeto debe experimentar para concretamente poner en práctica esta noción.

## LA ESTÉTICA Y SU RELACIÓN CON EL PSICOANÁLISIS

Si bien etimológicamente el concepto de estética deriva de la palabra griega *aisthesis* que significa impresión sensorial, este es un concepto que con el tiempo experimentó una transformación en el centro de su significado. Su más brusca transformación la experimentó a fines del siglo XVIII e inicios del XIX. Durante este periodo el concepto de estética se instala como un tipo de epistemología con normatividad propia (Menke, C., 2011), ya que, abandonando su condición de significado puramente sensorial, pasa a entenderse como un modo de reflexión que, sin dejar de ser racional, funda una forma de pensar que viene desde, y permanece dentro, de una experiencia emocional. Merced a este cambio se empieza a concebir a la estética como una perspectiva de comprensibilidad que puede ser utilizada para analizar fenómenos que van más allá de lo necesariamente artístico (T. Adorno, 1970, J. Derrida, 1972, G. Bataille, 1978). Adhiriendo a esta concepción, J. Rancière (2000, 2001, 2004) establece una relación entre la estética y el psicoanálisis, destacando la dependencia que tiene el desarrollo de la segunda sobre la primera disciplina.

En su libro *El inconsciente estético*, Rancière (2001) desarrolla la tesis de que el psicoanálisis como escuela de pensamiento encuentra sus condiciones de posibilidad y anclaje en la configuración ya existente de la estética como pensamiento inconsciente. La estética, dice él, no es una rúbrica para denominar aquello que trata sobre asuntos de arte, sino, más bien, es una manera de pensar el arte que, desde su momento fundacional, facilitó el desarrollo de un lugar donde se pudo constituir la idea de lo inconsciente, es decir, la idea de un saber que obligó al pensamiento racional a tener que sustraerse del mundo de lo visible para poder acceder a él. Este momento fundacional, según él, se ubica dentro de los siglos XVIII y XIX, especialmente en el pensamiento romántico-idealista alemán. Dentro de este pensamiento se pueden encontrar una serie de elementos conceptuales que anticipan y posibilitan el nacimiento del psicoanálisis. Por ejemplo, por nombrar algunos, se encuentra el concepto de "hacer oscuro" de A. Baumgarten (1750)<sup>5</sup> y el de "fuerza" de J. Herder

<sup>5</sup> Fue A. Baumgarten (1750) quien define por primera vez a la estética como un tipo de epistemología. Si bien, para

(1757)<sup>6</sup>, ambos pueden entenderse como conceptos pioneros de lo que más tarde, en psicoanálisis, se llamaría, respectivamente hablando, inconsciente y pulsión. Ahora bien, como no es la intención de este trabajo hacer una revisión histórica acerca del desarrollo del concepto de estética, nos limitaremos a analizar solo algunos elementos conceptuales que se pueden desprender a partir del proceso de formación histórica en el cual este se articula. En este sentido, pensamos que, tanto el concepto de libertad como el de lo sublime son dos conceptos claves que forman parte del trasfondo conceptual en que se sostiene la racionalidad estética y que, por tanto, penetrar analíticamente en ellos es esencialmente necesario si se quiere entender la particularidad de esta racionalidad.

## EL VALOR DE LA LIBERTAD POR SOBRE EL VALOR DE LA VERDAD

La noción de libertad recibe una atención y valoración específica a partir de Kant (1790). Al recoger y examinar la noción de lo sublime, planteada anteriormente por E. Burke (1757)<sup>7</sup>, Kant (1790) pasa a definir el placer de lo estético "ya no como un placer por lo bueno y perfecto del objeto sino que por el estado del sujeto que experimenta" (en Menke, C., 2011, p. 125). Este estado se traduce, según Kant (1790), en un sentimiento placenteramente reflexivo que el sujeto experimenta hacia sí mismo (en Menke, C., 2011). El ingrediente placentero de este sentimiento estaría específicamente asociado a la experiencia de autoconciencia que el sujeto vivencia cuando está frente a una obra de arte. Con este énfasis en la experiencia de autoconciencia Kant (1790), además de poner el acento en la parte experiencial de la definición que Baumgarten (1750) hace de la estética como un "conocimiento sensible", agrega a esta un elemento ético que, según él, se encarna en la experiencia de libertad. Para él la experiencia de libertad comporta la parte ética que está presente dentro de la reflexión

---

él, la estética es en sí misma un tipo inferior de epistemología, esta posee un estatuto propio dentro del ámbito del conocimiento, ya que, como disciplina epistemológica, representa a la "ciencia del conocimiento sensible".

<sup>6</sup> J. G. Herder (1744-1803) fue un filósofo, teólogo y crítico literario alemán cuyos escritos impulsaron el movimiento prerromántico alemán: "*Sturm und drang*" (tormenta e ímpetu).

<sup>7</sup> Edmund Burke (1729-1797) fue un filósofo irlandés que, a través de su fino análisis de lo sublime, tuvo una importante participación en el desarrollo del concepto moderno de estética.

estética (en Leyva, G., 2011, p. 19)<sup>8</sup>. Inspirados en este planteamiento de Kant (1790), nosotros decimos que es la ética de la libertad la que comporta la parte estética de la reflexión psicoanalítica. En este sentido, decimos que es en la experiencia de la libertad donde ambos tipos de reflexión, la estética y la psicoanalítica, se encuentran y con-funden entre sí mismas, ya que en ambas el sujeto puede llegar a experimentarse como un ser emocionalmente libre. En consecuencia, pensamos también que el elemento placentero que surge a partir de ambas reflexiones lo hace a partir de esta específica experiencia. Ahora bien, ¿en qué consiste esta experiencia de libertad que, según nosotros, la reflexión estética comparte con la psicoanalítica?

Pensamos que el concepto de libertad, implícito en el conocimiento estético, consigue su más refinado desarrollo en pensadores posteriores a Kant (1790). La definición kantiana al despojarse de la cualidad confusa, que Baumgarten (1750) anteriormente destaca en su definición de la racionalidad estética, pierde de vista la específica relación que, en la experiencia de lo estético, pareciera producirse entre el valor de la libertad y el de la verdad. La “inteligibilidad confusa” presente dentro de este tipo de experiencia aparece nuevamente incorporada dentro de la definición que los románticos conciben acerca de lo estético, especialmente en aquellos que aparecieron inmediatamente después de Kant (1790): Schiller (1795) y Hegel (1807). A través de estos pensadores el concepto de estética logra una síntesis entre, lo que en relación con este, plantean Baumgarten (1750) y Kant (1790), es decir, entre la idea del conocimiento confuso que destaca el primero y la del sentimiento de autoconciencia que enfatiza el segundo (Rancière, J., 2001). Para ellos, especialmente para Hegel (1807), la reflexión estética nace siempre desde el ángulo de la individualidad, es decir, desde el ángulo de la subjetividad, ángulo en que el sujeto puede pensarse a sí mismo libremente, sustrayéndose del peso que, sobre él, tiene el poder de la tradición. Este ángulo se forma a través del alzamiento de la libertad como el

nuevo valor dentro del campo de la actividad reflexiva. Se puede decir que este es el momento histórico en que lo estético hace que la racionalidad, en función de este elevamiento de “lo libre”, interrumpa su originario lazo con lo ético para crear uno nuevo. Si la racionalidad anteriormente se anudaba firmemente con lo ético para satisfacer la expectativa de una universalidad valórica, ahora lo hace de una manera laxa para facilitar un encuentro subjetivamente crítico con el mundo de los valores. Para los románticos este encuentro crítico representa un choque con la experiencia de la verdad, ya que para ellos la experiencia estética siempre porta dentro de sí un elemento de violencia. Este elemento de violencia artísticamente se personifica, según ellos, en la experiencia de lo trágico, es decir, en el ineludible desgarramiento que el sujeto, atrapado en su subjetividad, vive en su relación con la experiencia de la objetividad. Es por esta razón que la tragedia es, para ellos, por excelencia el género artístico donde se expresa mejor este elemento desgarrador que, en sí mismo, encierra la experiencia de lo estético.

La tragedia, al ligar la experiencia del saber a la experiencia del sufrimiento, llevó a que la estética, como conocimiento sensible, lentamente se dejara conducir por el pensamiento de la muerte. En una primera etapa este pensamiento se entendió, a través del examen de la tragedia griega, como un no saber, pero después, en una segunda etapa, pasó a interpretarse como el pensamiento del duelo<sup>9</sup>. Según Rancière (2001), el vínculo inicial, entre sufrimiento y no saber, se puede claramente observar en la paradigmática tragedia psicoanalítica: *Edipo*; específicamente en el momento en que esta tragedia alcanza su desenlace, cuando Edipo, después de saber lo que había hecho, se saca los ojos. De acuerdo con esta línea de interpretación, se puede decir que la estética es un nuevo régimen de pensamiento en que se radicaliza la “claridad confusa” de Baumgarten (1750), claridad que, según previamente declarara G. Leibniz (1684), constituye el propio modo con que el artista conoce la realidad. Desde el punto de vista de la tragedia griega, esta “claridad confusa” es producto de la unidad entre contrarios, es decir, entre un hacer y un padecer, entre un saber y un no saber o, dicho en términos psicoanalíticos, entre un hacer consciente y uno inconsciente. De acuerdo con esto, se puede decir que el rayo de claridad, que repentinamente atraviesa por entre medio de la oscuridad de la experiencia estética,

<sup>8</sup> La ética debe distinguirse de la moral, en el sentido de que la reflexión que se produce a través de ella carece del sentimiento de obligación o de deber que promueve la normatividad de la moral. En el contexto de la situación analítica, decimos que la moralidad del analista estaría representada por las reglas del encuadre, reglas a las que el analista muchas veces tiende a someterse irreflexivamente. Creemos que a través de su práctica el psicoanalista debe, siempre, estar éticamente cuestionando su modo de relacionarse con los reglamentos que encuadran su comportamiento práctico.

<sup>9</sup> Este vuelco lo genera fundamentalmente el trabajo interpretativo que J. F. Lyotard (1988) realiza en torno de la noción kantiana de lo sublime (en Rancière, 2000).

ilumina solo la certeza del límite, es decir, la certeza de la imposibilidad del saber acabado<sup>10</sup>. Pensamos que en este momento es cuando la fuerza que se vive a través de la experiencia de la libertad sobrepasa la que se vive a través de la experiencia de la verdad, en este sentido, decimos, parafraseando a Blake (1790), que “la razón no es más que la limitación, la circunferencia exterior de esa fuerza”<sup>11</sup> que se expresa a través de la experiencia de libertad. La energía de esta fuerza la produce la bella confluencia entre la sensación de vida con la de muerte, ya que, pareciera que es en esta confluencia cuando un sujeto parece sentirse, paradójicamente, más vivo. En términos estéticos, se ha intentado conceptualizar esta fuerza a través de la noción de “lo sublime”.

Situados en el escenario de un tratamiento psicoanalítico, decimos que esta experiencia de lo sublime se comporta como un importante agente mutativo dentro de la relación analista-paciente. En lo que sigue quisiéramos, a través de un breve análisis del concepto de *blue note* (comúnmente empleado en la música de jazz), mostrar cómo “lo sublime” produce una terapéutica mutación tanto en la relación analítica como en la persona del paciente y del analista.

### La nota azul y la estrategia de la adaptabilidad técnica

Thomä y Kächele (1985, 1988), analizando la metáfora del ajedrez utilizada por Freud (1913), señalan que, al contrario del ajedrez, “en el psicoanálisis las reglas del juego y las reglas estratégicas no están claramente separadas unas de otras” (p. 259). Ellos advierten que en el psicoanálisis, a diferencia del ajedrez, se hace difícil distinguir entre movimientos que transgreden las reglas y aquellos que no, ya que, dentro de su terreno de acción las reglas deben ser siempre tratadas como estrategias que permanentemente se negocian y confirman en cada relación individual. En este sentido, plantean que “la mantención estricta de los parámetros (encuadre) atribuible”, según ellos, “al error de entender

estos como reglas de juego y no como medios para facilitar una estrategia de tratamiento favorable, tiende a obstaculizar el proceso terapéutico” (p. 259). Comprometidos con esta concepción técnica, pensamos que la sesión de jazz funciona mejor que la del ajedrez para representar metafóricamente lo que, según nosotros, debiese ocurrir en la relación analítica. Dentro del variado repertorio de elementos musicales que posee el jazz quisiéramos destacar el de la nota azul (*blue note*), ya que, para efectos del desarrollo de este artículo, creemos que este específico elemento musical contiene, como concepto, una abultada y fecunda nube de significados.

Según revela una intensa investigación hecha por el psicoanalista francés Alain Didier Weill (1976), la nota azul hace referencia a un punto en que el músico, vulnerando las reglas de la armonía, produce un sonido musical nunca antes oído. Este sonido parece atrapar lo más íntimo y genuino de todo cuanto, en ese momento, hay alrededor de él, abriendo un espacio vivencial indescriptible que parece ir más allá de lo posiblemente explicable. Didier Weill (1976) señala que a través de este espacio vivencial se desarrolla en el oyente un específico estado de ánimo en donde parecen converger dos clases de sensaciones; “una de bienestar con una de nostalgia” (p. 58). En el contexto de la música de jazz se dice que la *blue note* es un concepto musical que originalmente deriva de la necesidad que sintieron los africanos, llevados desde África hasta el nuevo mundo, de tener que adaptar los sistemas tonales de su propia música (en su mayoría pentatónicos) a la escala musical heptatónica. Específicamente se dice que ellos tuvieron que bemolizar (hacer más bajo) el sentido musical del tercer y séptimo intervalo de la escala heptatónica para poder asimilarla dentro de su propio sistema tonal (Berendt, J., 1998). En este contexto, inicialmente aparecen las *blue notes*, las que corresponden, según señala Berendt (1998), a disminuciones microtonales que, a diferencia de las disminuciones propias de la armonía tradicional, son pequeñas y siempre distintas según el músico que las toca y el estado de ánimo en que este las produce. Como se puede ver, es en esta clase de notas donde parece instalarse una de las específicas propiedades que caracteriza a la música de jazz: el alto nivel idiosincrático que interviene a través de su producción improvisada.

Con el paso del tiempo, según cuenta Berendt (1998), las *blue notes*, tanto en el jazz como en el blues, pasaron a entenderse como notas extra (*outside notes*) que el músico, improvisando, intencionalmente introduce, dentro de la composición que musicalmente se interpreta, para hacerlas chocar con los acordes

<sup>10</sup> Esta idea de “claridad confusa” está en sintonía con la claridad difusa que se produce en la “zona texturada” que capta, según W. Benjamin (1936), el lente del “inconsciente óptico”. Para analizar con más detalle esta idea se recomienda revisar el artículo “Lo disociado; una leve vibración en el borde de la experiencia”, específicamente el capítulo “Blow Up; una ampliación del inconsciente óptico” (Correa A., et al., 2014).

<sup>11</sup> Esta cita se extrae de su poema “Las bodas del cielo y el infierno”. Este poema se puede encontrar en W. Blake: “Obra Poética”, Ed. 29, España.



armónicos de esta. De esta manera, estas notas lo que hacen, cuándo son introducidas, es aumentar, en sesión, la tensión entre los músicos. Este aumento tensional, a través de producir combinaciones musicales disonantes, no solo refleja la fricción histórica existente entre el sistema armónico europeo y el africano que desde el origen ha estado presente dentro de esta clase de música, sino, también, la fricción que pareciera estar implícitamente desarrollándose entre el sistema armónico que posee el tema en sí mismo y el específico sentimiento que, en el mismo momento en que este tema se interpreta, se mueve entremedio de los músicos. De este modo, se puede decir que la cadencia característica del *jazz* consiste en un encuentro de diferentes culturas (entendiendo estas tanto en un sentido micro como macro)<sup>12</sup>, que se desarrolla dialécticamente a través de una sucesión de tensión y resolución que se repite incesantemente.

Se puede decir que la estrategia técnica propuesta por Thomä y Kächele (1985, 1988), al ser una estrategia flexible que está orientada a buscar la mejor adaptación técnica para cada sesión en particular, es una estrategia que se abre con mayor facilidad al elemento de la improvisación combinatoria que propone el *jazz*. Dentro de este contexto metafórico, decimos que el analista debiese estar siempre dispuesto a transgredir su marco técnico para poder adaptarse a las diferencias culturales y, por tanto, “armónicas” que, en relación con él, presenta el paciente. En la relación analítica las *blue notes* podrían ser aquellas transgresiones armónicas que el analista hace para producir otro tipo de encuentro emocional con el paciente. Estas transgresiones, al igual que las *blue notes*, buscan aumentar la tensión relacional, por tanto, siempre implican un desafío para la relación. Pensamos que si analista y paciente logran, como pareja de trabajo, resolver armónicamente este desafío, podrán por un momento experimentar la belleza que implica la vivencia afectiva de lo sublime, experiencia que, creemos, es de vital importancia en el proceso de cambio terapéutico.

Con la redefinición de lo estético que se produce durante el siglo XVIII el significado de lo sublime emerge con un nuevo ímpetu. Este nuevo ímpetu nace a partir de una nueva concepción acerca del placer. Kant (1790), siguiendo a E. Burke (1757), J. Sulzer (1765)

y J. Herder (1768), describe este ingrediente de placer como un “incremento de la energía del alma” (en Menke, C., 2011), es decir, en términos psicológicos, como un incremento de la energía psíquica. Schiller (1795), por su parte, coloca este punto específico del que habla Kant (1790) en el centro de su estudio acerca de lo estético, tanto es así, que llama “estado estético” a este incremento de energía placentera que emerge a través de esta experiencia de libertad. Este estado, según él, es un estado lúdico en donde el sujeto se mueve desde una disposición anímica tensa a otra relajada y/o a la inversa (en Bayer R., 1961). La primera disposición habla de una belleza enérgica y la segunda de una relajada. En este sentido, lo bello para Schiller (1795), es una experiencia lúdica que se produce a través de este doble efecto de tensión y distensión (Oyarzún P., 2010)<sup>13</sup>.

Dentro del contexto del trabajo psicoanalítico, nosotros, coincidiendo con lo que el Grupo de Boston (2000) plantea acerca del cambio psicoanalítico, decimos que este “estado estético” del que habla Schiller (1795) se produce en los momentos en que la experiencia de libertad del analista se encuentra con la que, simultáneamente, vive el paciente. Según el grupo de Boston (2000), el centro desde donde se impulsa el cambio relacional, entre paciente y analista, se sitúa en los “momentos de encuentro”. Durante estos paciente y analista se ensamblan de una manera tal, que ambos tienen la experiencia de que el conocimiento de sí está estrechamente relacionado con la manera en cómo uno es conocido por el otro, disparándose, dentro y entre ellos, una genuina sensación de fertilidad psíquica en que se amplifican sus signos, aumenta su flujo de energía y se expanden sus capacidades. Ellos plantean que, durante estos momentos, no solo se reorganiza y revitaliza la experiencia relacional que se da entre ambos, sino también la experiencia del *self* que se vive dentro de cada uno de ellos (en Correa, A., 2008, 2009). Creemos que en esta clase de encuentros los roles de paciente y analista, desdibujándose, cambian continuamente entre sí para formar un espacio de diálogo fluido y mutuamente asociativo<sup>14</sup>. Estos momentos

<sup>12</sup> Una de las particulares propiedades que se encuentra dentro de la música de *jazz* es su tenencia al mestizaje. Merced a esta propiedad ha surgido dentro de su campo una serie diversificada de subestilos, tales como; *Latin jazz*, *Flamenco jazz*, *Tango jazz*, etc.

<sup>13</sup> Para Schiller (1795) el juego es un instinto que permite reconciliar los contenidos formales de la razón con los contenidos sensibles de los sentidos. Creemos que esta concepción de Schiller (1795) se puede tomar como un antecedente de la concepción psicoanalítica que Winnicott (1971) desarrolla en relación con el tema del juego.

<sup>14</sup> Para entender con más detalle el concepto de “diálogo mutuamente asociativo” se recomienda revisar el artículo de Correa A., (2011): “El diálogo psicoanalítico: Un



de encuentro son, a pesar de los intentos que se han hecho para poder capturarlos a través de las palabras, indescriptibles. Quizás el concepto más adecuado para describir esta clase de momentos experienciales es el de *swing*, concepto acuñado dentro del mundo del *jazz* para identificar y marcar, dentro del desarrollo de una pieza musical, el lapso de tiempo en que se asoma la inefable presencia de estos (Correa A., 2008, 2009). En el *jazz* la indescriptibilidad del *swing* no es solo una condición ineludible, sino también necesaria, ya que, cuando se le intenta representar dentro de una partitura solo se consigue “un miserable esquema de lo que se escucha en la realidad” (Berendt J., 1998, p. 338)<sup>15</sup>.

diálogo mutuamente asociativo”, en Rev. Chilena de Psicoanálisis, Vol. 28, N°1, p. 53-65.

<sup>15</sup> Creemos que una buena representación de estos “momentos de encuentro” entre analista y paciente se puede encontrar, metafóricamente hablando, en el video del tema musical “*Prism*” improvisado por el Trío de jazz compuesto por Keith Jarrett, Gary Peacock, Jack DeJohnette (1985). Este video se encuentra en “Standards VideoArts Music” o, también, en <https://www.youtube.com/watch?v=-M5oa4YuFYs>. Esta pieza musical, a través de la improvisación de este trío, aparece dividida en dos partes, una donde los músicos parecieran estar infructuosamente buscándose entre sí y, la otra, donde, ya encontrados, parecieran fusionarse en una especie de un lento y extraordinario orgasmo musical. De acuerdo con esta imagen, se podría pensar a Gary Peacock y a Jack DeJohnette representando al analista quien, a cargo de la sección rítmica de la banda, tiene que seguir la variación melódica que en algún momento propone Keith Jarrett quien, en este caso, representaría al paciente. En la primera parte se podría decir que G. Peacock aparece representando la parte racional del analista, ya que aparece apoyándose en una partitura que “encuadra” su oído y *performance* musical. J. DeJohnette, por su parte, aparece representando lo que podría ser la sensibilidad del analista. En esta primera etapa del tema ambas partes del analista parecen correr por líneas paralelas. En la segunda parte (desde 6’50” en adelante), G. Peacock soltándose de la partitura (encuadre), logra encontrarse con la propuesta musical de Jarrett (el paciente). En ese momento la parte sensible del analista (J. DeJohnette) aparece finamente sincronizada con la parte inicialmente racional de este (Peacock). De ahí en adelante la sesión se abre hacia un nuevo espacio musical, en donde los tres músicos, placenteramente compenetrados, se encuentran sorpresivamente dentro de un nuevo espacio de interconexión. Para una lectura más técnica acerca de lo que musicalmente sucede en este tema se recomienda leer el trabajo de Peter Elsdon (2013) “*Re-imagining improvisation: Listening, discourse and aesthetics*”, en “Keith Jarrett’s Köln Concert”.

Para nosotros esta inefabilidad, propia de estos “momentos de encuentro” entre paciente y analista, habla de la oscuridad que está intrínseca y necesariamente presente dentro de toda experiencia estética, específicamente, del punto emocional más alto que se vive a través de esta, es decir, en el punto en que esta se vuelve sublime. Retomando el concepto de *blue note* creemos que el analista contribuye en la creación de estos momentos cuando, dejándose llevar por su intuición, introduce una nota que parece quebrar la armonía del vínculo. Esta acción del analista no debe entenderse como una acción dirigida y controlada, sino, más bien, como un acto indeliberado. Es decir, como un acto que, liberándose de su compromiso con el actuar tradicional, se apropia, espontáneamente, de otros recursos técnicos y estilísticos que aparentemente rompen con el formato habitual. En este sentido, la conducta del analista, a través de este acto, parece entregarse a los oscuros dictámenes que emiten las fuerzas relacionales de su inconsciente. A pesar de sus esfuerzos teóricos, creemos que el analista nunca podrá, en sentido pleno, estar consciente de todos los elementos que, participando dentro de su comportamiento práctico, contribuyen en la producción de estos momentos. En consecuencia, decimos que el comportamiento práctico del analista, al igual que el del artista, nunca podrá cabalmente ser objeto de su saber teórico, ya que su movilidad siempre se anticipa al acto aprehensivo de este saber.

## LA NOTA AZUL Y LA EXPERIENCIA DEL SHOCK

Al asumir psicoanalíticamente el concepto de nota azul como una suerte de quiebre tensional que el analista provoca dentro de la relación con su paciente, se nos viene a la mente el concepto de “cambio catastrófico” de Bion (1970). Para Bion (1970) el cambio psíquico tiende inicialmente a actuar por medio de una turbulencia que ha sido provocada por una “idea que golpea a la mente como una catástrofe” obligándola a poner en movimiento su estructura para que esta sea asimilada (en Meltzer, 1988, p. 26). Bion plantea que esta clase de idea, antes de ser expresada, se presenta dentro de la mente del analista seguida de la sensación de que si esta es comunicada se generará una perturbación emocional dentro del paciente. Para él, quien sostiene que la intervención analítica siempre involucra un riesgo, esta sensación es la señal que llama al analista a intervenir.

El concepto de “cambio catastrófico” abre un camino, dentro del terreno psicoanalítico, para que se desarrolle una nueva perspectiva de estudio acerca del

efecto provechoso que parece tener, en el plano del desarrollo psicológico, la vivencia de dolor y de placer cuando estas se presentan inextricablemente unidas entre sí. Esta clase de unión productiva se produce, según Bion (1970), en el nivel de lo apasionado. Plantea que es en la vivencia de la pasión donde la tríada amor, odio y conocimiento se encuentran y resuelven armónicamente en el tercer elemento de esta tríada. Meltzer (1988), prolongando el desarrollo conceptual de esta nueva perspectiva, señala que es en esta unión donde se ubica el conflicto esencial que, si se resuelve bien, puede producir el cambio estructural en la persona del paciente. Plantea que el dolor que forma parte de este conflicto esencial, al que él llama “conflicto estético”; lo genera el enigma que dentro de sí encierra el objeto bello. Desde un punto de vista evolutivo, el prototipo originario de este objeto lo representa, según Meltzer (1988), el cuerpo de la madre. Durante el periodo de lactancia la guagua, en su interacción con la madre, al recibir el impacto de la belleza de su cuerpo, se siente impulsada a conocer lo que hay dentro de ese cuerpo. Para que este impulso pueda conducir hacia un aprender de la experiencia se requiere de una capacidad que le permita al yo del lactante tolerar y sostener la presión de este impulso sin la urgencia de tener que satisfacer su apetencia inmediatamente. Esta capacidad que Bion, siguiendo a Keats (1817), llama “capacidad negativa”, no es más que “la aptitud para mantenerse en la incertidumbre sin esforzarse irritablemente por llegar al hecho y a la razón” (en Meltzer, 1988, p. 26). Ahora bien, es en este punto donde el modelo estético de Meltzer (1988), quien, al igual que Bion (1970), sintiéndose empujado por la valoración del instinto epistemofílico, hace que su concepto de conflicto estético se distancie del elemento de la muerte, elemento que nosotros creemos está presente en la experiencia de lo estético. Al respecto, Meltzer (1988) dice: “El elemento trágico en la experiencia estética reside, no en la transitoriedad, sino en el carácter enigmático del objeto...”, por tanto, continúa diciendo, “el conflicto estético es diferente de la agonía romántica en este aspecto”, ya que, “su experiencia central de dolor reside en la incertidumbre...” (p. 27). En este sentido, Meltzer (1988), coincidiendo con Bion, señala que el *impasse* que se puede producir en la extraña interacción conflictiva que se da entre la alegría y el dolor se resuelve a través de la experiencia del entendimiento, momento donde, según él, se encuentra la experiencia de la verdad con la de la belleza.

Para nosotros el conflicto estético del que habla Meltzer (1988) no se puede resolver sino solo mostrarse y, en esto, reside su tragedia. Dicho esto, creemos que,

más que a la experiencia de entendimiento, a lo que el paciente y el analista pueden aspirar es a la experiencia de la libertad. Aceptada esta condición, la reflexión estética pasa a entenderse como una reflexión que no solo ayuda a tolerar, sino también, y en esto reside su particularidad, a gozar la extraña pero energizante sensación que la idea de la muerte y sus derivados produce dentro de la vivencia de vida, cuándo esta se infiltra dentro de ella.

Dentro de la estética se describen dos importantes categorías conceptuales para referirse a dos tipos de experiencia estética: lo bello y lo sublime. Pensamos que Meltzer (1988), a través de su modelo, utiliza el significado de estos dos conceptos como si entre sí formasen uno. En consecuencia, creemos que ubica el desarrollo de lo que él denomina “conflicto estético” en el nivel de lo sublime o, dicho en sus palabras, en el nivel de lo apasionado, y la solución de este en el nivel de lo bello, nivel que para él, fundamentándose en Keats (1819), se homologa con el de la verdad<sup>16</sup>. Para entender esta confusión en la que, pensamos, incurre Meltzer (1988), creemos conveniente entonces definir primero lo que en estética se entiende, por un lado, acerca de lo bello y, por otro, acerca de lo sublime. La signatura de lo bello lo constituye la presencia de la singularidad, una singularidad en donde el sentimiento y la imagen de este se encuentran de manera armónica, es decir, en donde el sentimiento y su entendimiento se unen simétricamente en un concepto. En lo sublime, en cambio, la presencia de lo singular sufre una inflexión peculiar; una suerte de negatividad cognoscente en donde el sujeto experimenta una especie de “elevación”<sup>17</sup> que transgrede los límites formales con que su entendimiento intenta enmarcar su vivencia de lo singular. En este sentido, el movimiento experiencial que se produce a través de lo sublime se aproxima a un lugar vivencial en donde lo particular y finito tiende a ser negado y superado por una suerte de placentera trascendencia que conceptualmente es inabarcable. Este lugar que representa lo sublime pareciera ubicarse en un momento vivencial que pareciera ser similar al que un sujeto vive cuando se sabe cerca de la muerte<sup>18</sup>, es decir, en un mo-

<sup>16</sup> John Keats (1795-1821), poeta romántico, quien plantea en su “oda a la urna griega” la famosa máxima: “la verdad es belleza, la belleza es verdad” (p. 52), en J. Keats. Sonetos, Odas y otros poemas, Ed. Visor, Madrid.

<sup>17</sup> El origen etimológico de la palabra sublime nace a partir del concepto griego de *hypsos* (altura) y del concepto latino *sublimis* (empinado, elevado).

<sup>18</sup> Edmund Burke (1757) parece haber sido el primero en señalar que la inminencia de la muerte es la sensación

mento donde la sensación de vida extrañamente parece alcanzar su punto cúspide. Esta proximidad que lo sublime parece tener con la idea de la muerte se refleja en la relación que esta vivencia necesariamente establece con la experiencia del riesgo y del peligro. Esta específica relación es la que lleva a que el sujeto, si es que busca experimentar por un momento lo sublime, se atreva a ir más allá de su lugar de seguridad, desafiando en cierta medida su instinto de conservación. En el terreno de la práctica analítica decimos que el analista y el paciente tienen posibilidades de acceder a esta clase de experiencia, siempre y cuando el analista esté dispuesto a abandonar, cada cierto lapso de tiempo, su asegurada posición de conocimiento. En el contexto del *jazz*, el músico debe, por normativa propia de esta música, cada ciertos momentos, dejar que su correcta interpretación musical, desprendiéndose de la sensación de seguridad que le provee la partitura, se abra a ser riesgadamente intervenida por lo que se está sintiendo en el momento<sup>19</sup>. En continuidad con esta normativa, creemos que el analista debe intentar, durante su práctica, desafiar ocasional y parcialmente su necesidad de autorresguardarse para intentar vivir, cada cierto lapso de tiempo, en la inseguridad del riesgo. En este punto es cuando nosotros, en oposición a la propuesta de Bion (1970) y Meltzer (1988), preferimos usar la palabra inseguridad en vez de la de incertidumbre, ya que esta última, al llevar dentro de sí la palabra certeza, parece tener una significación de resonancia más abstracta

---

fundamental desde donde se forma la vivencia de lo sublime (cf. Oyarzún P., 2010 p. 62). Ahora bien, esta sensación de inminencia para poder devenir en lo sublime debe permanecer, según Burke (1757), como tal, es decir, la seguridad vital del sujeto no puede encontrarse inmediatamente expuesta a la posibilidad de la muerte, sino que debe estar, en relación con esta, ubicada a una cierta distancia, de lo contrario, esta sensación en vez de devenir en experiencia sublime puede, más bien, devenir en terror.

<sup>19</sup> La partitura en el *jazz* es con frecuencia solo una leve descripción de una melodía y armonía que el músico usa como base para desarrollar y proyectar sobre ella su creatividad y forma particular de tocar. Ahora bien, en esta personal proyección, el músico de *jazz* tiene el desafío, salvo en el *Free jazz*, de mantener la individualidad de su interpretación musical dentro de las posibilidades armónicas que potencialmente posee la melodía descrita en la partitura. Es decir, su interpretación tiene que producirse dentro de un proceso de desviaciones que se desarrolla en torno a la melodía que marca la partitura, donde esta actúa como un centro al cual el músico cada cierto tiempo tiene que retornar.

que concreta, mientras que la palabra de inseguridad parece tener una resonancia de significados que tocan directamente la materia del ser, es decir, una resonancia con más carne. Dicho esto, sostenemos entonces, que lo sublime es una experiencia en donde su estética la marca una fuerza que conecta más con la vivencia de inseguridad que con la de incertidumbre<sup>20</sup>. Pensamos que esta fuerza es lo que distingue a la vivencia de lo sublime de la de la belleza, ya que, a diferencia de esta, “lo que sobresale en la manifestación de lo sublime no es una forma... sino una fuerza” (Oyarzún P., 2010, p. 14), una fuerza sin forma que se vive, positivamente hablando, como una magnitud o violencia que hace que el espacio de la interacción analítica se abra hacia lo desconocido.

Para entender esta noción de violencia que se desprende a partir de la vivencia de lo sublime recurrimos al concepto de *shock* que utiliza W. Benjamin (1939). Al igual que Bion (1970), Benjamin (1939) plantea que el ideal de experiencia es la catástrofe y esta, según él, se vive a través de la emoción del *shock*. Para él, el *shock* emocional representa un principio constructivo dentro del aprendizaje de la experiencia. Por medio de una interrupción (una cesura) en el curso del pensamiento la vivencia de *shock* induce al sujeto a detener su pensamiento en una particular constelación de tensiones. Esta constelación pareciera reunir en una misma vivencia la cualidad del espanto con la de la inspiración. Cuando la intensidad de la primera es superior a la de la segunda, la dirección de la vivencia tiende a apuntar hacia la experiencia de lo traumático, mientras que, cuando la segunda cualidad logra emerger por sobre la primera, la dirección de esta tiende a desarrollarse hacia la experiencia de lo iluminado. En el polo de lo traumático, la sacudida que conlleva el *shock*, hace que el juicio y la imaginación del sujeto se congelen, mientras que en el polo inspiracional hace que estas funciones reciban una carga de electricidad por medio de la cual estas, a su vez, hacen destellar una zona de la experiencia del sujeto que parece haber estado dormida, provocando, en él, una nueva percepción de sí mismo que aparece impregnada de asociaciones<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Utilizando el concepto de “baluarte” de M. y W. Baranger (1961) decimos que si el psicoanalista desea conectar verdaderamente con el paciente debe estar dispuesto a exponer la vulnerabilidad que pareciera mantenerse resguardada detrás de aquellos elementos de su personalidad que funcionan, dentro de él, como baluarte.

<sup>21</sup> Saint Girons (2013) para referirse a esto mismo habla de una “percepción de segundo grado”. Esta clase de percepción se produce a través de lo que ella llama “acto

En el contexto de la sesión analítica, decimos que este destello corresponde a lo que se entiende por *insight*. Inspirados en Benjamin, decimos entonces que la tradicional relación cognoscente que se establece entre el *insight* y la elaboración se puede respectivamente representar a través de la imagen del relámpago y el trueno. Parafraseando al mismo Benjamin (1983), decimos que en la sesión analítica se conoce “solo al modo del relámpago” y que todo el trabajo elaborativo que posteriormente sigue a este “es el trueno que después retumba largamente”<sup>22</sup>.

Conforme a esta concepción epistemológica que se cristaliza en la imagen del *shock*, Benjamin (1939), en su propia obra, utiliza una escritura de montajes, es decir, intencionalmente yuxtapone al eje central del texto una serie de notas o citas que no presentan correspondencias entre sí. A través de este estilo, Benjamin, quebrando la continuidad y linealidad del texto, busca golpear el curso del pensamiento del lector para dejar que el texto, innovándose, se abra a seguir por múltiples caminos asociativos. Creemos que esta estrategia de Benjamin (1939) entra en estrecha correspondencia operativa con la que implica el uso de la *blue note* dentro de la sesión de *jazz*, fundamentalmente por la íntima relación que ambas estrategias establecen con el fenómeno de la libertad. Lo que la *blue note* busca es quebrar la línea musical para que el texto de esta se abra a ser libremente intervenido por las múltiples resonancias musicales que, inmediatamente después de haber sido musicalmente ejecutada, vienen a la mente de cada uno de los miembros de la banda.

En este punto decimos entonces que la experiencia de libertad que reclamamos como esencial en la reflexión estética se alcanza en aquellos momentos en que el sujeto puede experimentar lo irresoluble del conflicto sin tener que tensionarse<sup>23</sup>. Esta condición de insolubilidad de un conflicto es una condición a la

---

estético”; acto más o menos consciente por medio del cual la persona, utilizándose a sí misma, se expone a la alteridad para profundizarla y re-trabajarla.

<sup>22</sup> En directa relación con esta idea Benjamin (1939) describe la posición que el artista tiene dentro de la sociedad a través de la imagen del pararrayos, es decir, lo define como alguien capaz de atraer hacia sí los rayos que caen sobre su entorno social para contener y tramitar su poderosa carga eléctrica.

<sup>23</sup> Esta idea recuerda el pensamiento del poeta Nicanor Parra (1914 -) quien, parafraseando a J. Keats (1817), plantea que hay que “aprender a vivir en la contradicción sin conflicto”. Esta cita se puede encontrar en el documental: “Retrato de un antipoeta” de Víctor Jiménez Atkin.

que está irremediabilmente sometida esta clase de reflexión (Adorno, 1970; Derrida, 1972; Menke C, 2011). Dada la similitud que nosotros planteamos entre la reflexión estética y la psicoanalítica, decimos que, en la relación analítica, cuando paciente y analista pasan de una manera tensa de vivir el conflicto a una distendida parecen desarrollar entre sí el estado estético que representa este específico tipo de libertad que, en términos vivenciales, es placentero y doloroso a la vez. Para nosotros es esta especial vivencia de libertad la que define la particular dimensión estética que implica la experiencia del duelo, específicamente esa que se desarrolla en el momento en que el sujeto en duelo, después de haber renunciado ante lo deseado, se siente tristemente alegre.

### LA FUNCIÓN PSICOANALÍTICAMENTE CURATIVA DESDE UNA PERSPECTIVA ESTÉTICA

Al igual que en una sesión de *jazz*, decimos que la relación analítica se desarrolla dialécticamente a través de este doble efecto de tensión y distensión que estéticamente se produce en relación con la experiencia de conflicto, entendiendo esta tanto intrapersonal como interpersonalmente. Creemos que esta sucesión de tensión y distensión que incesantemente se repite en torno a esta experiencia de conflicto cumple, en sí misma, una función curativa dentro del trabajo analítico. La especificidad curativa de esta función surge a partir de la nueva relación que, a través de esta repetitiva articulación tensión-distensión, empieza con el tiempo a desarrollarse entre la vivencia de libertad y la de la verdad. Creemos que esta nueva relación permite que los diferentes puntos de vistas que se abren a partir de la individualidad del paciente y la del analista, más allá de convivir, pueden confluír momentáneamente entre sí sin necesidad de tener que confrontarse. En este contexto relacional entendemos el fenómeno de la libertad como una vivencia vinculante (Muñoz A., 2008) en la que flexible y sueltamente la intimidad del paciente se une con la del analista creando una nueva forma de intimidad. Si bien esta nueva forma de intimidad aparece y desaparece durante el proceso analítico, creemos que en los momentos en que lo hace paciente y analista experimentan una sensación de profunda vitalidad.

Dentro de este marco de comprensibilidad, decimos que el sujeto y su verdad se anudan no desde un conocimiento sino desde una subjetivación, es decir, desde una experiencia afectiva. Creemos que esta forma de entender la verdad de un ser humano tiene directa relación con el concepto de verdadero *self* de

Winnicott (1965), donde la idea de verdad se entiende concretamente como un afecto, es decir, como una vivencia que le es particular a cada ser humano. Desde la perspectiva psicoanalítica de Winnicott (1965) esta vivencia de verdad que un paciente puede experimentar con respecto a sí mismo no es consecuencia de un descubrimiento de algo que previamente estaba oculto dentro de él, sino de un proceso de construcción intersubjetiva que se desarrolla afectivamente entre él y el analista.

Ogden (1999), queriendo acentuar aún más el énfasis que Winnicott (1965) coloca en la dimensión experiencial de la verdad del *self*, establece una interesante relación entre el fenómeno de la verdad y el fenómeno de lo vivo. Según él, "cada forma de psicopatología representa un tipo específico de limitación en la capacidad individual para sentirse completamente vivo como ser humano" (p. 26). Por tanto, sostiene que el trabajo sobre esta capacidad debiese entenderse como un objetivo terapéutico más amplio que el que se puede definir en torno a los objetivos representados en conceptos tales como; resolución de conflictos intrapsíquicos inconscientes, alivio sintomático o desarrollo de la función reflexiva. Si bien aclara que la sensación de sentirse vivo está íntimamente interconectada con cada una de estas maneras de conceptualizar el trabajo analítico, plantea que la experiencia de vitalidad representa, analíticamente hablando, una cualidad psicológica superior a las cualidades psíquicas que estos conceptos terapéuticos representan por sí mismos. Nosotros planteamos que esta concepción de Ogden (1999) induce a que el pensamiento se perciba como un afecto, invirtiendo, por tanto, el orden del tradicional binomio de Bion (1963) que, al definir al afecto como un pensamiento, reduce la naturaleza del primer elemento a la del segundo<sup>24</sup>. En consecuencia, decimos entonces que, a través de esta alteración, la natural búsqueda del "sentido" psicoanalítico cobra, dentro del contexto de su práctica, valor más por el significado sensorial que por el significado ideativo de este concepto. Con ello Ogden (1999) invita al psicoanalista a focalizar su trabajo en las sensaciones de vitalidad o falta de vitalidad que, en su relación con el paciente, presenta tanto su experiencia como la de este. Continuando con la idea del "tercer espacio experiencial" que conceptualiza

Winnicott (1971), Ogden (1999), define esta experiencia de vitalidad relacional a través de su concepto de "tercero analítico" para hacer referencia a una tercera subjetividad que parece crearse por medio del interjuego inconsciente que se produce entre las *reveries* del analista y las del paciente. La presencia de esta tercera subjetividad tiene un efecto vitalizante tanto en la relación paciente-analista como en el *self* de cada uno de ellos. De acuerdo con Ogden (1999), creemos que el paciente cuando termina un proceso de análisis debiese salir, experiencialmente hablando, con la sensación de encontrarse más "vivo" que con la de conocerse mejor a sí mismo. Pensamos que esta predilección estratégica de Ogden (1999) por el asunto de la vitalidad más que por el conocimiento de sí, tiene una conexión con el concepto de "estética de la existencia" que acuña M. Foucault (1982).

Foucault (1982) plantea su concepto de "estética de la existencia" después de realizar una meticulosa revisión de la relación que el ser humano occidental ha establecido, a lo largo de la historia, con el concepto de la verdad. A través de esta revisión describe dos formas que, en general, ha tenido el sujeto de relacionarse con su verdad; el *conócete a ti mismo* y el *cuidado de sí mismo*. Según él, estas dos formas de relacionarse con la verdad han recibido por parte de la humanidad una valoración distinta dependiendo del momento histórico en que esta se encuentra. Esta diferencia u oposición valorativa, Foucault (1982) la hace resaltar al contrastar lo que sucede dentro de dos periodos de la historia de occidente; la antigüedad grecorromana y la Modernidad. En la primera el principio del *cuidado de sí* primaba por sobre el conocimiento de sí, entendiéndose este segundo principio como una consecuencia natural que emergía a partir del trabajo que se hacía en torno al primero. En el mundo moderno, en cambio, debido al impacto que tuvo dentro de este la mirada cartesiana del sujeto, esta jerarquía, como sostiene Foucault (1982), se invierte y el principio del *conócete a ti mismo* pasa a instalarse como la única vía legítima que tiene el sujeto para acceder a su verdad. La práctica del psicoanálisis como una disciplina terapéutica que nace en la modernidad también, según Foucault (1982), tiende fácilmente a inscribirse dentro de la lógica del *conócete a ti mismo*. Dentro de este contexto de reflexión es que Foucault (1982), entonces, acuña su concepto de "estética de la existencia" como una forma de reivindicar el preciado valor que para los antiguos grecorromanos tenía el principio ético del *cuidado de sí*. A través de este concepto, él intenta hacer que la vida humana en sí misma aparezca como objeto de la estética pero no solo entendiendo

<sup>24</sup> Bion (1963), a través de su teoría del pensamiento, hace un reduccionismo que va desde el afecto al pensamiento. Merced a esta teoría, él entiende los afectos siempre como proto-pensamientos que, después de un trabajo de elaboración, pueden transformarse en pensamientos.



esta como materia de observación, sino que, principalmente, como materia de configuración. En otras palabras, lo que Foucault (1982) quiere plantear a través de este concepto es que la estética no es una disciplina que debiese tratar solo de los objetos, sino, también, de los sujetos. Mediante este planteamiento Foucault (1982), en continuidad con Baudelaire (1863), invita al ser humano a entender su propia manera de existir como un objeto de elaboración artística, es decir, no como algo a descubrirse en su verdad oculta, sino, como algo “que procura inventarse a sí mismo” (Foucault, 1969, p. 86). Con esta invitación, Foucault (1982) parece colocar el tema de la libertad por sobre el de la verdad, transmitiendo la idea de que la vida de un sujeto debiese ser una práctica en la que se juegue más por su sensación de libertad que por la de verdad. Esta práctica hace que la manera en cómo los sujetos construyen la conducción de su vida se inscriba dentro de la laxa normativa con la que se encuadra el contexto de la producción artística, facilitando así que esta manera se diversifique infinitamente entre sí para adaptarse cómodamente a la individualidad de cada uno de los sujetos.

En continuidad con esta idea de Foucault (1982) decimos que la experiencia estética que surge mediante la práctica psicoanalítica se desarrolla a través de un diálogo que se da entre dos modos de procedimiento: uno de tipo artesanal y otro de tipo artístico. El primero representa un modo tradicional de conducirse, al que de tanto en tanto, para autosostenerse, necesariamente recurren el analista (específicamente en lo que a su quehacer práctico corresponde) y el paciente (específicamente en lo que a su conocida pauta de conducta refiere). El segundo, en cambio, representa un modo de actuar que, arrojándose dentro de un espacio vivencial atravesado por la inestabilidad y el riesgo, incita a que la experiencia analítica se abra en dirección hacia lo inaudito y desconocido. Pensamos que cuando este modo artístico de actuar, al igual como lo hace la *blue note* dentro de una sesión de *jazz*, se empotra logradamente dentro del modo artesanal tocándolo hasta llegar a su centro, provoca, en la relación analítica, un remecimiento energético que la re-significa e impregna de vida. Si bien es cierto, que estos momentos, en general, se presentan escasamente dentro de un tratamiento, creemos que cuando se presentan lo hacen con la fuerza reflexiva que estéticamente caracteriza a lo sublime, dejando, por tanto, una honda resonancia que queda, indeleblemente, reverberando tanto en la experiencia del paciente como en la del analista.

## REFERENCIAS

1. Adorno T (1970). “Teoría estética”, Ed. Akal, España
2. Balbontín C (2010). “Encuentro y movimiento: cuando el crecimiento se pone en marcha”, en Rev. Chilena de Psicoanálisis, Vol. 27, N° 2
3. Baranger M, Baranger W (1961). “La situación analítica como campo dinámico”, Rev. Uruguaya de Psicoanálisis, Vol. IV, 1, 3-54
4. Bataille G (1978). “La conjuración sagrada: Ensayos 1929-1939”, Ed. Adriadna Hidalgo, Buenos Aires
5. Baudelaire C (1863). “El pintor de la vida moderna” en “Mi corazón al desnudo y otros escritos íntimos” (2015), Ed. Universidad Diego Portales, Santiago
6. Baumgarten A (1750). “Esthétique”, Ed. L’Herne, Francia
7. Bayer R (1961). “Historia de la estética”, Ed. Fondo de Cultura Económica, México
8. Benjamin W (1936). “La obra de arte en la época de su reproductividad técnica”, Ed. Taurus, Madrid
9. ——— (1939) “Sobre algunos temas en Baudelaire”, en “Ensayos escogidos” (1967), Ed. Filosofía y Cultura contemporánea, México
10. ——— (1983). “Libro de los pasajes”, Ed. Abada, Madrid
11. Berendt J (1998). “El Jazz, De Nueva Orleans a los años ochenta”, Ed. Fondo de Cultura Económica, México
12. Bion W (1963). “Elementos de psicoanálisis”, Ed. Paidós, Buenos Aires
13. ——— (1970). “Atención e interpretación”, Ed. Paidós, Buenos Aires
14. Blake W (1790). “Obra Poética”, Ed. 29, España
15. Burke E (1757). “Indagación filosófica sobre el origen de nuestras ideas acerca de lo sublime y lo bello”, Ed. Tecnos, Madrid
16. Correa A (2008). “El Jazz: Un modelo para examinar la práctica analítica”, en Gaceta de Psiquiatría Universitaria, Vol. 4, N° 4, pp. 430-439
17. ——— (2009). “Psicoanalizar: ¿movidas de ajedrez o notas de jazz?”, en Rev. Chilena de Psicoanálisis, Vol. 26, N° 2, pp. 183-195
18. ——— (2011). “El diálogo psicoanalítico: Un diálogo mutuamente asociativo”, en Rev. Chilena de Psicoanálisis, Vol. 28, N° 1, pp. 53-65
19. Correa A, Muñoz A y Balbontín C (2014). “Lo disociado; una leve vibración en el borde de la experiencia”, en Gaceta de Psiquiatría Universitaria, Vol. 10, N° 3
20. Derrida J (1972). “La disseminación”, Ed. Espiral, España
21. ——— (1972). “La escritura y la diferencia”, Ed. Anthropos, Barcelona
22. Didier-Weill A (1976) “Nota Azul, Freud, Lacan e Arte”, Ed. Contracapa, Río de Janeiro
23. Elsdon P (2013) “Re-imagining improvisation: Listening, discourse and aesthetics”, en Keith Jarrett’s The Köln Concert, Ed. OUP, USA
24. Foucault M (1969). “Sobre la ilustración”, Ed. Tecnos, España
25. ——— (1982). “La Hermenéutica del sujeto”, Ed. Fondo de Cultura Económica, México
26. Freud S (1913). “Sobre la iniciación del tratamiento”, en Obras completas Vol. XII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires
27. Hegel G (1807). “Fenomenología del espíritu”, Ed. Fondo de Cultura Económica, México
28. Herder JG (1784). “Ideas para una filosofía de la historia de la Humanidad”, ed. Espuela de Plata, España
29. Kant E (1790). “Crítica del juicio”, Ed. Losada, Buenos Aires
30. Keats J (1817). “Carta a sus hermanos” en “Lord Houghton: Vida y cartas de John Keats” (2002), Ed. Pre-textos, España
31. ——— (1819). “Oda a una urna griega”, en “Sonetos, Odas y otros poemas” (1982), Ed. Visor, Madrid



32. Leibniz G (1684). "Las observaciones sobre el conocimiento, la verdad y las ideas", en "Escritos filosóficos", Ed. Antonio Machado, Madrid
33. Leyva G (2011). "Introducción" en *Estética y negatividad* de C. Menke (2011), Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires
34. Lyotard JF (1988). "Lo Inhumano, Charlas sobre el tiempo", Ed. Manantial, Buenos Aires
35. Meltzer D (1988). "La aprehensión de la belleza", Ed. Spatia, Buenos Aires
36. Menke C (2011). "Estética y Negatividad", Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires
37. Muñoz A (2008). "La libertad para pensar en la relación analítica y los paradigmas que la gobiernan", en *Rev. Chilena de Psicoanálisis*, Vol. 25, N° 1, pp. 32-46
38. — (2009). "Sobre libertad, develaciones y otros artefactos", *Rev. Chilena de Psicoanálisis*, Vol. 26, N° 1, pp. 65-76
39. Ogden T (1999). "Reverie and interpretation", Ed. Karnac Books, London
40. Oyarzún P (2010). "Razón del éxtasis, estudios sobre lo sublime de Pseudo - Longino a Hegel", Ed. Universitaria, Santiago
41. Rancière J (2000). "El reparto de lo sensible, estética y política", Ed. LOM, Santiago
42. — (2001). "O inconsciente estético", Ed. 34, Sao Paulo
43. Rancière J (2004). "El malestar en la estética", Ed. Clave Intelectual, Madrid
44. Saint Girons B (2013). "El acto estético", Ed. LOM, Santiago
45. Schiller (1795). "Sobre poesía ingenua y sentimental", Ed. Verbum, Madrid
46. Symington N (1983). "The analyst's act of freedom as agent of therapeutic change", en *Int. Rev. Psycho-Anal.*, Vol. 10, pp. 283-291
47. Stern D, Sander L, Nahum J, Harrison A, Lyons-Ruth K, Morgan A, Bruschiweiler-Stern N And Tronick, E: (2000) "Mecanismos no interpretativos en la terapia psicoanalítica", en *Libro anual de Psicoanálisis*, 2000, XIV, pp. 207-225
48. Sulzer JG (1765). "Von der Kraft (Energie) in der Werken der Schönen Künste" en *Vermischte Philosophische schriften T 1*, Leipzig, 1773
49. Thomä H y Kächele H (1985). "Teoría y práctica del psicoanálisis I: Fundamentos", Ed. Herder, Barcelona
50. — (1988). "Teoría y práctica del psicoanálisis II: Estudios clínicos", Ed. Herder, Barcelona
51. Winnicott D (1965). "El proceso de maduración en el niño", Ed. Laia, Barcelona
52. — (1971). "Realidad y juego", Ed. Gedisa, Buenos Aires

## PSICOANÁLISIS

# CONTRATRANSFERENCIA: ¿HERRAMIENTA ÚTIL EN NUESTROS DÍAS?

(Rev GPU 2016; 12; 3: 303-308)

Lorena Pumarino,<sup>1</sup> Cristián Montes, Alejandra Ramírez, Antonio Menchaca,  
Carolina Zárate, Cecilia Fernández

En la Unidad de psicoterapia psicoanalítica de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile nos hemos interesado hace unos años en el estudio empírico de la contratransferencia (CT), lo que nos llevó a buscar una definición operacional de la misma. Esto no es simple dado el carácter polémico y controversial que ha tenido este concepto en la historia del psicoanálisis. La presente revisión corresponde a una parte del marco teórico de nuestro proyecto de investigación.

La CT ha tenido una evolución que ha sido considerada desde una obstrucción a una herramienta en el trabajo clínico. Su utilidad en psicoterapia sería a la comprensión que nos daría respecto del paciente y del vínculo terapéutico, así como también tendría un valor diagnóstico y pronóstico.

En este artículo, sin pretender hacer una revisión exhaustiva del tema, intentamos dar cuenta de aquellos hitos más relevantes en el desarrollo del concepto desde sus orígenes, pasando por las concepciones clásicas a las actuales.

## INTRODUCCIÓN

La contratransferencia es un concepto crucial en la historia del psicoanálisis, que ha sufrido desarrollos y que ha sido foco de discusión, tanto desde el punto de vista de la teoría como del de la técnica.

En la Unidad de psicoterapia psicoanalítica de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile estamos estudiando la CT. Esto nos ha conducido a discusiones teóricas y al desarrollo de una línea de investigación que permita la obtención de datos con mayor confianza

entre evaluadores y conclusiones susceptibles de ser generalizados. Revisando la literatura nos dimos cuenta que hay escasa investigación empírica generalizable que contribuya a los aportes entregados por los estudios de casos y por la abundante discusión teórica.

En el presente artículo tratamos de dar cuenta de las distintas propuestas conceptuales de la contratransferencia que nos han parecido relevantes a lo largo de la historia del psicoanálisis. Desde el concepto inicial restringido propuesto por Freud hasta la perspectiva más amplia aportada por los enfoques contemporáneos.

<sup>1</sup> Unidad de psicoterapia psicoanalítica. Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.

## EVOLUCIÓN HISTÓRICA

### Los orígenes

El estudio de la contratransferencia junto con la transferencia ha sido foco de interés desde los inicios del psicoanálisis.

Sigmund Freud planteó la transferencia a través del análisis con pacientes histéricas y la definió como un falso enlace que vincula el pretérito con el presente, así el paciente actúa en la situación analítica algo que corresponde a su pasado, lo que no puede recordar. Al comienzo, Freud consideró a la transferencia como una obstrucción al trabajo con pacientes ligado a la resistencia. No obstante, su pensamiento cambia a través del tiempo, considerándola como un aspecto útil debido a que el paciente al repetir con el analista sus conflictos, deseos y necesidades con figuras del pasado, tiene la oportunidad de reproducirla y elaborarla en la situación terapéutica, contribuyendo a la cura.

Años después Freud planteó la existencia de la contratransferencia del analista. Mencionó explícitamente el concepto en tres artículos. El primero fue en 1910 en un trabajo llamado "Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica"; posteriormente en 1912 en el artículo "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico"; y finalmente en 1914 en el escrito titulado "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia".

Freud, en el 2º Congreso Internacional de Psicoanálisis realizado en Nuremberg (1910), se refiere por primera vez a la contratransferencia, instalando un tema complejo. En su trabajo "Las perspectivas futuras sobre la terapia psicoanalítica" (1910) define Contratransferencia como "la respuesta emocional que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente... Desde que un número mayor de personas ejercen el psicoanálisis e intercambian sus experiencias, hemos notado que cada médico solo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores". El autor consideró la contratransferencia como un obstáculo pues incorpora la propia subjetividad del analista como presencia innegable en el tratamiento. Propuso el autoanálisis para poder dominarla y elaborarla. Esta definición en la actualidad es considerada como el sentido restringido de contratransferencia.

En el texto "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia" (1914), afirma que los efectos de la contratransferencia deben ser elucidados para que el trabajo analítico se desarrolle adecuadamente y luego recomienda el autoanálisis para clarificar los propios "puntos ciegos" y dominar la Contratransferencia. Así,

sostiene, "se evita un problema técnico y ético". "Si un médico se implica en las demanda de amor de sus pacientes poniendo en juego sus propios deseos, no ayuda a sus pacientes a resolver sus neurosis, sino que los empuja a actuar, repetir en la vida lo que solo debe recordar como material psíquico". Compara la posición del analista con la de un cirujano, destacando la no participación emocional. El médico tendría que ser como un espejo, que solo reflejaría la realidad del paciente. En esta época el énfasis era darle un carácter científico al psicoanálisis, por lo tanto la contratransferencia ponía en peligro la objetividad y neutralidad.

Hasta ese momento no se le había dado relevancia a la forma en que el analista puede involucrarse con sus propios afectos, ni cómo puede emerger su neurosis en el tratamiento con sus pacientes. Si bien el padre del psicoanálisis no elaboró una teoría sobre la contratransferencia, sí advirtió en "Las perspectivas futuras de la psicoterapia psicoanalítica" (1910) que más adelante la comprensión de la misma aportaría un gran progreso para la técnica psicoanalítica.

### CAMBIO DE PARADIGMA

Luego de la publicación del concepto de CT hecha por Freud, prácticamente no se escribió ni se investigó acerca de esta por varias décadas. Sin embargo hay escritos sobre la utilidad de la intuición del analista. Reich (1930) consideró que las reacciones afectivas del analista pueden contener información intuitiva de lo que le está pasando al paciente. Fenichel (1941) acuñó los conceptos de receptividad e intuición analítica. Por su parte, Reik (1933) elabora o elaboró una teoría del insight del analista basada en la sorpresa que se refiere al uso de la intuición como una herramienta para la captación del inconsciente del paciente. El autor afirma que "hay que dejarse sorprender por el propio inconsciente". Etchegoyen plantea que si bien Reik alcanza a esbozar postulados sobre la intuición del analista como un instrumento útil, no podrían estos considerarse una teoría propiamente tal sobre la CT.

A fines de la década de los años 1940, resurgen escritos sobre la CT, y entre los diversos autores que se refirieron a esta seleccionamos los que a nuestro parecer hicieron los aportes más relevantes.

Winnicott en su escrito *El odio en la contratransferencia* (1947) se inclinaría por un concepto amplio de contratransferencia, que engloba los conflictos no resueltos del analista, sus experiencias y personalidad y sus reacciones emocionales objetivas/reales. La entiende como la emergencia de ciertos sentimientos reales en el analista, especialmente el odio. El autor menciona

tres tipos de sentimientos contratransferenciales: 1) los Anormales, relacionados con identificaciones fijas en el analistas y evidencian la necesidad de ser analizado más en profundidad; 2) Los normales, que señalan identificaciones y tendencias propias de la experiencia y del desarrollo personal del analista, y 3) la Contratransferencia verdaderamente objetiva, vinculada con la reacción de amor y odio frente a la personalidad del analizado y que está sustentada en aspectos objetivos de este.

El autor hizo un gran aporte sobre el tratamiento de pacientes psicóticos y psicópatas, destacando que es especialmente necesario conocer la propia CT y saber diferenciarla de las reacciones más objetivas. En el tratamiento de psicóticos el analista correría el riesgo de quedarse sin recursos, por el incremento del odio. Advierte que debe estar preparado para enfrentar esto y que estos pacientes despiertan un “odio justificado”. La única forma que un psicótico tolere su odio hacia el psicoanalista, dice el autor, es que este pueda odiarlo también. La idea es que llegue un momento en el análisis en que el analista pueda decirle al paciente sobre el odio que en algún momento del tratamiento sintió hacia él (por ejemplo, cuando estaba más enfermo). Winnicott hace una analogía entre el odio que puede sentir el analista hacia su paciente y el odio que puede sentir la madre hacia su bebé. El analista debe ser capaz de mantener la objetividad ante el paciente, y parte de esto es aceptar el odio que suscita.

En su segundo escrito, *Contratransferencia* (1960), plantea una mirada más clásica del concepto, conceptualizándola como un obstáculo. Limita el término de CT a “...los rasgos neuróticos que malogran la actitud profesional y perturban el curso del proceso psicoanalítico tal como lo determina el paciente”. Winnicott aclara que la actitud profesional del analista es distinta de acuerdo al diagnóstico del paciente. A los pacientes neuróticos podría aplicárseles una técnica psicoanalítica clásica, sin embargo con los pacientes antisociales y psicóticos la técnica se modifica. En los antisociales el terapeuta tendría que funcionar como un yo auxiliar para compensar las deprivaciones ambientales. Con los últimos, dada su intensa regresión, es necesario acompañarlos desde una fase de dependencia absoluta para analizar qué o cuál etapa no fue manejada o atendida exitosamente. Para estos pacientes si recomienda análisis.

Si bien Winnicott no hace una revisión del concepto de CT, hace una conceptualización original, incorporando los sentimientos derivados del odio y observándola en la clínica de pacientes graves. Pensamos que otra contribución es que diferencia la CT del

analista según el diagnóstico del paciente, indicando las intensas emociones que generan los pacientes más perturbados.

Cercano a la década de los años 1950, dos autores desarrollan un planteamiento novedoso respecto a la contratransferencia, contribuyendo a la evolución del concepto. Paula Heimann y Heinrich Racker casi simultáneamente sostuvieron que la CT no constituía solo un escotoma sino que podía ser una herramienta útil en el trabajo terapéutico. Esto implicó controversias y oposiciones. La primera publicó su artículo en el *International Journal of Psychoanalysis* en 1950, mientras que Racker lo hizo tres años después en esa misma publicación. No obstante, en 1948, Racker había expuesto su trabajo en la Asociación Psicoanalítica Argentina. Al parecer, ninguno de los analistas supo del trabajo del otro cuando lo escribieron.

Heimann describe la contratransferencia como “totalidad de los sentimientos que el analista vivencia hacia su paciente” (Heimann, 1950). Adicionalmente la concibe como instrumento y no solo como un obstáculo, siendo esto revolucionario. En su artículo sobre la contratransferencia, que fue leído en el 16° congreso psicoanalítico internacional de Zurich, sostiene que entre los analistas existe el temor que la contratransferencia es solo fuente de problemas. Subraya que el encuentro analítico es una relación de dos personas, en que ambos vivencian emociones. Se diferencia de otras relaciones solo en el grado en que los dos participantes los experimentan y el uso que hacen de ellos. El analista, a diferencia del paciente, debe tolerar sus emociones y no descargarlas. Afirma que “el inconsciente del analista entiende el de su paciente” (Heimann, 1950). Sostiene que la respuesta del analista es una herramienta valiosa para su quehacer, “la contratransferencia del analista es un instrumento de investigación dirigido hacia el inconsciente del paciente”... “si el analista trabaja sin consultar sus sentimientos, sus interpretaciones son pobres” (1950).

Racker, en su libro *Estudios sobre técnica psicoanalítica* (1957), integró distintos trabajos que había desarrollado, señalando que tanto transferencia como contratransferencia son el eje del proceso analítico. Está en desacuerdo con que la situación analítica sea un asunto entre un enfermo y un sano, “La realidad es que es un asunto entre dos personalidades cuyo yo está presionado por el ello, por el superyó y el mundo externo, cada uno con sus dependencias internas y externas, angustias y defensas patológicas, cada uno también como un niño con sus padres internos y respondiendo toda esta personalidad tanto del analizado como del analista a cada uno de los acontecimientos

de la situación analítica" (1957) *óp. cit.*, pp. 243. Indica que el analista, igual que el paciente, debe dividirse en una parte observadora, racional y una que vivencia y es irracional. Señala que la transferencia y la contratransferencia son dos componentes de una unidad que se vitalizan recíprocamente y crean una relación interpersonal. Al aceptar la contratransferencia el psicoanalista debe ser capaz de conectarse y sentir emociones muy distintas. Para el autor, el aceptar estas vivencias contratransferenciales forma parte de un instrumento de comprensión de lo que le ocurre al analizado.

Una idea original de Racker es que como existe una neurosis de transferencia, también existiría una neurosis de contratransferencia, que sería una manifestación patológica y perturbadora en el análisis. Relaciona la neurosis de contratransferencia según la identificación del analista con el paciente; según quien la inicie (el paciente o un tercero) y observando si es algo temporal o permanente. Existiría un aspecto de la CT en que el analista se identifica con el yo del paciente, llamada identificación concordante, y otro aspecto que es el resultado de la identificación del analista con los objetos internos del analizado, llamada identificación complementaria. El analista diferencia entre reacciones contratransferenciales directas, que son las estimuladas por el analizado, y reacciones contratransferenciales indirectas, estimuladas por otros individuos o instituciones o quien las representa, como por ejemplo, supervisor, profesores, etc. Otro elemento que distingue dentro de las neurosis de contratransferencia son las ocurrencias y las posiciones contratransferenciales. Las primeras apuntan a algo que surge repentinamente, vinculándolas con asociaciones del paciente. En las segundas, lo que emerge en el analista es más profundo y dura más en el tiempo, relacionado con mayores áreas de conflicto. En síntesis, para Racker, dentro del proceso psicoanalítico, la transferencia y la contratransferencia tienen un papel fundamental, están siempre presentes, son normales y pueden ser perturbadoras en ocasiones. Ambas permiten acceder al inconsciente del analizado, pudiendo favorecer cambios. Enfatiza que la contratransferencia no habría que erradicarla sino hacerla consciente. Nos detuvimos más en este autor que en Heimann, pensando que fue una contribución importante en el contexto latinoamericano.

Thomä & Kächele (1986) en su artículo "La contratransferencia en una perspectiva histórica crítica", hacen una revisión evolutiva de la contratransferencia, destacando que esta tuvo por mucho tiempo una connotación negativa y que después de mucho tiempo pasó de ser "Cenicienta" a "Princesa".

Otro autor importante es Otto Kernberg, quien se interesó por el estudio de la contratransferencia desde los inicios de su obra. En 1965 realiza una revisión del concepto en un artículo que posteriormente incluirá en su texto (de 1975) sobre los *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico* (Kernberg,) (1975). Desde un comienzo el autor se adscribe al denominado enfoque "totalístico", que representa una mirada opuesta a la concepción original y restrictiva del término acuñado por Freud. El enfoque totalístico define a la contratransferencia en un sentido amplio del término, lo que implica la consideración de aspectos conscientes e inconscientes de la respuesta del analista. Desde esta perspectiva, la contratransferencia se refiere a la respuesta emocional global del analista, que incluye tanto a los conflictos inconscientes no resueltos o reactivados del analista; su realidad externa, la reacción a terceras personas, las contribuciones de la transferencia del paciente, como la realidad de la vida del paciente (Kernberg O, 2004). Una de las implicancias técnicas que derivan de la concepción totalística es el acento en la utilidad diagnóstica y clínico-terapéutica que se le asigna a la contratransferencia como herramienta. En este sentido Kernberg la considera como una de las tres fuentes de información más importantes en la situación analítica. Las otras dos serían la experiencia subjetiva del paciente, comunicada por medio de la asociación libre y la conducta no verbal (Kernberg, 2004).

Respecto a la definición del término, Kernberg (1984) apela al esquema de un diagrama, donde distingue diferentes dimensiones y niveles del fenómeno. En primer término se define una dimensión espacial o de campo, la que puede definirse como una "estructura" que se articula en base de una serie de círculos concéntricos que se van ampliando y que operan como niveles distintos de respuesta del analista. El primero de estos círculos se refiere a la definición clásica de contratransferencia, ligada a la concepción freudiana. El segundo círculo, más amplio que el anterior, se refiere a las reacciones conscientes e inconscientes del analista hacia el paciente, dentro de lo cual se incluye tanto a las "respuestas apropiadas a las transferencias del paciente y a la realidad de la vida del mismo", como a la propia realidad del analista que es afectada por las conductas del paciente, aludiendo específicamente a las regresiones, actuaciones y/o la autodestructividad. El tercer círculo se refiere a la reacción específica habitual de cada analista en particular a los distintos tipos de pacientes, respuesta que derivaría de sus propios rasgos o actitudes defensivas.

Una segunda dimensión, referida a la dimensión temporal de los fenómenos contratransferenciales, distin-

que entre reacciones “agudas o efímeras” y las distorsiones de “larga duración”. Mientras las primeras son más directamente determinadas por la transferencia del paciente, las manifestaciones de larga duración comúnmente solo quedan en evidencia una vez ocurridas, gracias a una mirada retrospectiva del proceso terapéutico. Por último, se distinguen los fenómenos derivados de lo que Reich denominó “Contratransferencia permanente” (Reich, A. 1951) y que aluden a aquellas manifestaciones más permanentes y difíciles de manejar, ya que derivan de la patología del carácter del analista, las que por tratarse de características reales de este no se podrían disimular ni con la neutralidad.

Desde un punto de vista teórico, su consideración sobre el fenómeno de la contratransferencia se ve influido por los aportes de Paula Heimann (1950) y Heinrich Racker (1957). De este último tomará los conceptos de identificación concordante y complementaria, así como el rol del mecanismo de identificación proyectiva como regulador de las interacciones entre analista y paciente (Gomberoff, L. 1999).

En el ámbito clínico Kernberg se ha centrado en el estudio de los fenómenos contratransferenciales en pacientes fronterizos y las dificultades en torno a su manejo. En este contexto adquieren relevancia fenómenos concomitantes a la contratransferencia y que caracterizan el trabajo con dichos pacientes, donde destaca el tema de las regresiones tanto del paciente como del analista y las distintas alteraciones a las que queda expuesto el vínculo terapéutico. Kernberg plantea que existen diferencias en cuanto a los fenómenos contratransferenciales, si se consideran variables tales como “el grado de gravedad de la patología del paciente” derivada de su organización estructural. Según este, mientras más grave o primitivo es el paciente, mayores serán los esfuerzos que el analista deberá desplegar para poder mantener el vínculo. Los pacientes más graves regresionan más en la terapia y por lo tanto esto determina que surgan las relaciones de objeto más agresivas y destructivas, que obligan al analista a responder desde su personalidad total, es decir, desde las capas más profundas. Para poder mantener el contacto con el paciente el terapeuta se ve obligado a reactivar rasgos regresivos en sí mismo (Kernberg, 1987).

### UNA PERSPECTIVA ACTUAL: LA CORRIENTE RELACIONAL

La perspectiva relacional aporta una visión distinta. Ya no entiende al psicoanálisis como una psicología individual, sino que no habría una mente aislada. Destaca que en la interacción entre las subjetividades

interactuantes que se influyen mutuamente se crea algo nuevo.

Tanto analista como paciente contribuirían a la creación común que genera un nuevo espacio. Este nuevo espacio creado y compartido por ambos es lo que se ha llamado tercero analítico (Ogden, 1986)

Siguiendo a Ogden (1994, subjects of analysis, p. 63), “...la contratransferencia (ampliamente conceptualizada como una manifestación de las estructuras psicológicas y la actividad organizadora del analista) tiene un impacto decisivo en modelar la transferencia y codeterminar cuál de sus dimensiones específicas ocupará el primer plano experiencial del análisis. Transferencia y contratransferencia forman juntas un sistema intersubjetivo de influencia mutua recíproca”.

Para Renik (1998, p. 111), la contratransferencia sería parte de la subjetividad del psicoanalista, difícil de pesquisar y de controlar por este. Aron (1991, 1996, en Sassenfeld) objeta el concepto de contratransferencia ya que no considera la influencia del psicoterapeuta sobre el paciente y el impacto de la influencia entre ambos.

Posterior a estos postulados surgió el concepto de Enactment, que va más allá de transferencia y contratransferencia. Estas últimas y enactment no pueden diferenciarse nítidamente (Ginot, 2009; Ivey, 2008; Lerverson, 206 en Sassenfeld). Estos autores reemplazían las ideas de transferencia y contratransferencia por la de escenificación que es construida por terapeuta y paciente, con influencias mutuas inconscientes. El enactment es inevitable y se reconocería siempre *a posteriori* (En Sassenfeld, p. 307).

### CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

Hemos revisado el constructo de contratransferencia desde la definición restringida que Freud le dio hasta las propuestas contemporáneas, seleccionando los aportes teóricos que nos parecieron más significativos para el desarrollo de nuestra investigación. Nos parece relevante cómo la CT pasó de considerarse un fenómeno que entorpecía el trabajo analítico a verla como un aporte en el entendimiento y tratamiento de los pacientes. Fueron Paula Heimann y Heinrich Racker quienes casi simultáneamente sostuvieron que era una herramienta útil en el trabajo terapéutico. Antes de ellos Reich, Fenichel y Reik hablaron de intuición y de la sorpresa del analista, que a nuestro parecer podrían ser consideradas un precursor de la concepción amplia de la CT. Finalmente Kernberg hace una integración de la CT describiendo los distintos matices tanto de la concepción clásica como de la amplia; pero adscribiendo



a la visión totalística (amplia). Esta última mirada de Kernberg tiene sentido para nosotros y nos parece útil porque incluye aspectos conscientes y medibles, permitiéndonos operacionalizar la CT en un nivel más empírico generalizable.

En la actualidad la CT se mantiene vigente en el trabajo clínico, habitualmente al servicio del diagnóstico, tratamiento y aproximaciones pronósticas del paciente. Pensamos que es necesaria más evidencia empírica para estudiar el concepto en mayor detalle y precisar su utilidad clínica, por ejemplo pesquisar posibles diferencias entre hombres y mujeres, dadas por la experiencia, por rasgos de personalidad, por edad, gravedad del paciente, etc. Nos parece que estos estudios podrían ser el contrapunto y así enriquecer las miradas teórica y clínica.

Esperamos que la investigación en curso en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile aporte en la concepción de la CT y estimule el surgimiento de otros estudios en el futuro.

## REFERENCIAS

- De León B, Bernardi R (2000) *Contratransferencia*. Bs. Aires: Editorial Polemos S. A.
- Etchegoyen RH (1986) Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. 2ª parte: cap. 10-21-22-23. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996
- Freud S (1910) "Las perspectivas futuras de la psicoterapia psicoanalítica". En obras completas Sigmund Freud, vol. XI: pp.129. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, 2ª edición
- (1912a) "Sobre la dinámica de la transferencia". En Obras completas Sigmund Freud, vol. XII: pp.93. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, 2ª edición
- (1912b) "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico". En Obras completas Sigmund Freud, vol. XII: pp.107. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, 2ª edición
- (1914a) "Repetir, recordar y elaborar". En Obras completas Sigmund Freud, vol. XII: pp.145. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, 2ª edición
- (1914b) "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia". En Obras completas Sigmund Freud, vol. XII: pp.159. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, 2ª edición
- Freud S (1932) "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis". 29ª conferencia. "Revisión de la doctrina de los sueños". En Obras completas Sigmund Freud, vol. XXII: pp. 7. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, 2ª edición
- Heimann P (1960) "Contratransferencia". Revista uruguaya de psicoanálisis, 1961-62, 4: 137-149
- Jacob T (1986) "On countertransference enactments". Journal of American Psychoanalytic Assessment 34: 289-307
- (1999) "Countertransference past and present: a review of de concept". International Journal of Psychoanalysis 80: 575-594
- Kernberg O (1975) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Cap. II "La contratransferencia". México, DF: Editorial Paidós, 1993
- (1984) *Trastornos Graves de la Personalidad*. Cap XVII "Contratransferencia, regresión en la transferencia y la incapacidad para depender". México, DF: Ed. El Manual Moderno, 1987
- Kernberg O *et al.* (1989) *Psychodynamic Psychotherapy of borderline patients*. Cap. II "The treatment approach". Cap V "Varieties of countertransference". New York: Basic Books
- Ogden T (1986) *La matriz de la mente*. Madrid: Tecnipublicaciones, S. A. (1994) *Subjects of Analysis*. Northvale, NJ: Jason Aronson
- Racker H (1957a) "Técnica clásica y técnicas actuales del psicoanálisis". Relato oficial del segundo congreso Latinoamericano de psicoanálisis. En Racker H. Estudios sobre la técnica psicoanalítica. Estudio II, cap. II y V. México, DF: Editorial Paidós, 1990
- (1957b) "The meaning and uses of countertransference". *Psychoanalytic Quarterly*, 26 (3): 303-357. En Racker, H. Estudios sobre la técnica psicoanalítica. Estudio VI, "Los significados y usos de la contratransferencia". México, DF: Editorial Paidós, 1990
- Renik O (1998) The role the countertransference enactment in a successful clinical psychoanalysis. En: *Enactment: Toward a new Approach to the Therapeutic Relationship*. Ed. S.J. Ellman & M. Moskovitz Northvale, NJ Aronson, pp. 111-128
- Sandler J, Dare C, Holder A (1993) *El paciente y el analista*. Buenos Aires Paidós, 2ª edición
- Thoma H, Kachele H (1989) *Teoría y Práctica del Psicoanálisis, Tomo I, Fundamentos*. Barcelona: Editorial Herder
- Winnicott, D. W.
- (1949) "El odio en la contratransferencia". *Revista de Psicoanálisis (APA)*, 1971, 28 (2): 433-447
- (1960) "Contratransferencia". En: *los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires, Paidós, 1999
- Sassenfeld A (2012) *Principios clínicos de la psicoterapia relacional*. Ediciones SODEPSI, 2012

## SALUD MENTAL

# INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL CON INMIGRANTES: CONSTRUCCIONES DISCURSIVAS Y LA PRODUCCIÓN DE PRÁCTICAS SITUADAS

(Rev GPU 2016; 12; 3: 309-315)

Margarita María Becerra<sup>1</sup>

**En este trabajo discuto acerca de las construcciones discursivas de los/as tratantes y de los/as inmigrantes acerca de las prácticas de intervención en salud mental en la Red Pública de Salud en Chile, y su eventual efecto en las prácticas de los/as tratantes y en la construcción de procesos de subjetivación. El marco teórico referencial aborda los conceptos de discurso, poder, resistencia y gubernamentalidad de Michel Foucault (1976, 1981, 1996, 1999, 2005), entendiendo los discursos en tanto productores prácticas situadas y las intervenciones en salud mental en la Red Pública como instrumentos de gobierno. Se integran a la reflexión el contexto de progresivo aumento de la migración en las últimas décadas, el restrictivo marco legislativo migratorio actualmente vigente y las características de la Red Pública de Salud en nuestro país.**

## INTRODUCCIÓN

Como muchos otros países en el contexto de la globalización, Chile se está convirtiendo en un actor importante dentro del fenómeno migratorio en la región. Con el aumento en los flujos migratorios, un grupo cada vez mayor y heterogéneo de personas se está estableciendo en nuestro país, predominantemente en la ciudad de Santiago (Organización Internacional para las Migraciones, 2011). De origen sudamericano y mayoritariamente femenino, se insertan de manera precaria y segmentada al mercado laboral (Martínez, 2007; Mora, 2008; Stefoni, 2009).

El ámbito de la salud se presenta como un campo particularmente interesante para el estudio de los procesos que se dan entre los/las inmigrantes y la sociedad de llegada, como un escenario privilegiado donde confluyen múltiples dimensiones: la subjetiva, por su carácter ineludible dentro de la historia vital de los individuos que conforman la sociedad, pero también dimensiones contextuales, estructurales, culturales, políticas, legislativas, de poder y de gobierno.

El aumento de la migración en las últimas décadas ha complejizado la prestación de servicios en la Red Pública de Salud en la medida en que se han agregado, a los requerimientos y tensiones propias del sistema,

---

<sup>1</sup> mbecerral@uc.cl

exigencias suplementarias relacionadas con el encuentro con un tipo de población y con situaciones en salud para los cuales el sistema y su personal no están necesariamente preparados, dificultando la incorporación de esta población en la prestación de servicios (Becerra y Altimir, 2012, 2013a; Martínez, 2007; Mora, 2008; Núñez, 2008; Vásquez-de Kartzow, 2009; Vásquez-de Kartzow y Castillo-Durán, 2012). En salud mental la situación es aún más compleja, ya que se agregan a lo anterior las insuficientes y precarias condiciones de servicios públicos psicológicos y psiquiátricos en nuestro país (Araya, Rojas, Fritsch, Frank y Lewis, 2006; Universidad Diego Portales, 2013).

La personas usuarias de la Red Pública de Salud se caracterizan por pertenecer al sector más pobre de la población (Araya *et al.*, 2006), y dentro de los usuarios de la red se encuentra, entre otros, un gran sector de la población de inmigrantes. Además, el proceso migratorio mismo introduce condiciones socioeconómicas y estructurales que empobrecen a dichos sujetos, deteriorando la salud, la salud mental y el bienestar psicosocial que tenían en el país de origen (Becerra y Altimir, 2012; Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, 2008; Demoscópica, 2009). Esta situación puede agravarse cuando se experimenta la enfermedad en un contexto ajeno, con insuficiente soporte social (Núñez, 2008), prejuicios y exclusión en el área de la salud (Liberona, 2012).

La actual segmentación del sistema, que acentúa la inequidad en la provisión de servicios (Araya *et al.*, 2006), tiene su origen en la introducción de la lógica de privatización en salud, a través de las reformas llevadas a cabo en Chile en el año 1979, las cuales alentaron el crecimiento del sector privado en desmedro del público (Organización Panamericana de la Salud, 2011). Sin embargo, la necesidad de garantizar los derechos fundamentales de equidad y de acceso para todos los residentes del país interroga las características estructurales de un sistema que, aunque se proclama como universal, no necesariamente está organizado desde una perspectiva de promoción universal de derechos que, en este caso, considere a la población inmigrante (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2011). Además, el aumento de esta población en particular requiere que la Red Pública incorpore la temática migratoria, tanto en la formulación como en la implementación de políticas y programas sanitarios (Vásquez-de Kartzow, 2009; 2010), considerando además que aun cuando ya contamos con aproximaciones al perfil migratorio (Organización Internacional para las Migraciones, 2011) la población inmigrante internacional no constituye un grupo uniforme ni homogéneo (Cabieses y Bustos, 2016).

Estos elementos de tipo estructural en salud se enmarcan además en la legislación migratoria vigente. La Ley de migración, formulada durante la dictadura militar e inspirada bajo el principio de seguridad nacional, se traduce en la definición de una serie de criterios que restringen el ingreso y el ejercicio de derechos de los extranjeros en el territorio nacional, por ser considerados como amenaza y competencia para los/as nacionales en la obtención de beneficios y servicios sociales, así como un problema social (Stefoni, 2011; Noy y Voorend, 2015) complejizando aún más la situación de esta población.

## SALUD, SALUD MENTAL Y MIGRACIONES

Explorando investigaciones a nivel regional y nacional en torno a la salud y las migraciones, se constata un acercamiento al tema particularmente en la última década. Aunque a nivel regional la tendencia muestra que a pesar de su relevancia la temática migratoria se encuentra menos explorada (Rey, Martínez y Guerrero, 2009), en Chile observamos que la investigación que vincula la salud, la salud mental y las migraciones se encuentra en desarrollo.

Estudios recientes en el ámbito de la salud abordan principalmente aspectos vinculados con la vulnerabilidad social y sus efectos en la salud de los/las inmigrantes, junto con obstructores en el acceso a servicios de la red que atañen a dicha población, principalmente vinculados a la insuficiente información acerca de los derechos a servicios por parte de los/las inmigrantes y funcionarios/as de la red (Cabieses y Bustos, 2016), junto con la aplicación discrecional de las normativas que regulan y aseguran dicho acceso, evidenciando incluso la presencia de tratos discriminatorios por parte de ciertos/as funcionarios/as y profesionales (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2011; Fundación Instituto de la Mujer, 2007; Liberona, 2012; Núñez, 2011). Otros estudios realizados en comunas que concentran gran cantidad de inmigrantes se han enfocado principalmente en la caracterización psicosocial y epidemiológica en salud y salud mental de dicha población (Becerra y Altimir, 2013b; Demoscópica, 2009; Rojas *et al.*, 2011; Universidad de Chile, 2008). Además, se observa en la producción científica la incipiente denuncia a una tendencia a la patologización del malestar expresado por los/as inmigrantes (Lara, 2010; Núñez, 2010).

En salud mental y tomando como referencia la producción científica Iberoamericana en psicología clínica, se destaca por su impacto el trabajo de Achtegui (2002, 2004), quien a través de la sistematización y clasificación de una serie de síntomas, propone

un síndrome asociado a la inmigración extracomunitaria (“Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple” o “Síndrome de Ulises”). El cuadro clínico referido por el autor combina síntomas depresivos, ansiosos, confusionales y somatizaciones, delimitando la configuración de un trastorno específico para los inmigrantes. Su trabajo es relevante ya que ha significado un esfuerzo por sistematizar y caracterizar cierta especificidad en los cuadros clínicos de estos pacientes. Sin embargo ha suscitado numerosas críticas, primero en reacción a la esencialización del sujeto inmigrante, lo que contribuye a la segmentación y a los estereotipos de dicho grupo social, y segundo, en relación a la naturalización de una patología como inscrita en la experiencia misma de la migración.

En síntesis, la revisión de la producción científica en salud y salud mental con inmigrantes revela numerosas iniciativas, con orientaciones epistemológicas y metodológicas diversas (Becerra y Altimir, 2013b; Becerra, Altimir y Solís, 2013; Cabieses, Tunstall, Pickett y Gideon, 2012; Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, 2008; Demoscópica, 2009; Lahoz, 2016; Liberona, 2012; Rojas, Castro y Fritsch, 2010; Rojas *et al.*, 2011; Sirlopú, Melipillán, Sánchez y Valdés, 2015; Núñez, 2008, 2010; Vásquez-De Kartzow, 2009; 2010; Vásquez - de Kartzow y Castillo-Durán, 2012). Sin embargo, a pesar de la variedad de orientaciones, y salvo excepciones, llama la atención que en numerosas iniciativas revisadas se evidencie una caracterización de la figura del inmigrante como descontextualizado y culturalmente esencializado. Además, la representación del/ de la inmigrante desde dificultades y descripciones situacionales, que solamente refuerzan el imaginario de este sujeto como problemático y por lo tanto susceptible de intervención, lo que concuerda con lo señalado por Galaz y Montenegro (2015) en su estudio realizado a mujeres inmigrantes en España, también representadas por los/as interventores/as como problemáticas.

Esta revisión permite además dar cuenta de una naciente línea de estudios críticos en salud (Liberona, 2012, Núñez, 2011), que ponen atención en las desigualdades de poder que ocurren en la Red Pública entre el personal y las personas inmigrantes, en los posicionamientos jerárquicos y en las diversas formas de dominación de unos con otros, las cuales se despliegan en el quehacer en salud con estos/as usuarios/as. Además se observan diversas estrategias de control, como la discriminación y la racialización del sujeto inmigrante por parte de profesionales y administrativos para con esta población.

El interés por estudiar en profundidad la atención en salud mental de los/las inmigrantes en la Red

Pública, desde una racionalidad crítica y contextualizada, problematiza lo que sucede en términos discursivos al interior de las intervenciones, lo que nos permite preguntarnos acerca de los efectos de las construcciones discursivas de los/las tratantes y los/las inmigrantes en las prácticas de intervención en salud mental de la Red Pública de Salud.

## INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL: DISCURSOS, PODER, RESISTENCIA Y GUBERNAMENTALIDAD

El autor de referencia para efectos de esta reflexión es Foucault (2005), quien concibe los discursos como prácticas discontinuas y dinámicas, relevando su carácter de acontecimiento. Así, concebiremos los discursos como prácticas discursivas que, desde una concepción situada y heterogénea, suponen su carácter productor y reproductor de realidad social. Foucault señala “por más que en apariencia el discurso sea poca cosa, las prohibiciones que recaen sobre él revelan muy pronto, rápidamente, su vinculación con el deseo y con el poder” (Foucault, 2005, p.14).

El planteamiento del discurso como estrechamente vinculado al poder implica el estudio de dichas prácticas discursivas entendiéndolas también como manifestaciones de relaciones sociales de poder (Foucault, 1981), entramadas en contextos amplios y complejos. Al respecto, Foucault refiere “(...) el discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que, y por medio de lo cual, se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse” (Foucault, 2005, p.15).

Siguiendo al autor para efectos de esta reflexión, podemos señalar que es a través de la relación directa de las atenciones en salud mental entre tratantes y usuarios/as inmigrantes, que serían vehiculadas formas políticas de mantener ciertos discursos con los saberes y poderes que estos implican. De esta manera las intervenciones en salud mental actuarían como marco disciplinario de control de la producción discursiva, que “fija sus límites por el juego de una identidad que tiene la forma de una reactualización permanente de las reglas” (Foucault, 2005, p.38), en la interacción de los/las tratantes con los/las inmigrantes insertos/as en la red.

Para Foucault (1976), el poder está presente en toda relación de un punto al otro, pero también es así con la resistencia. En ese sentido, la perspectiva relacional es esencial en esta propuesta reflexiva, ya que es en la relación donde se instala la dinámica de poder y de resistencia al poder. En efecto, las relaciones de poder “no pueden existir que en función de una multiplicidad

de puntos de resistencia los cuales toman, en las relaciones de poder, un rol de adversario, de objetivo, de apoyo [...] Estos puntos de resistencia están presentes en todas partes en la red de poder [...] son el otro término en las relaciones de poder [...]” (Foucault, 1976, p. 620).

Podemos plantear entonces la presencia de dinámicas discursivas de poder y resistencia entre los/as mismos/as tratantes, en relación con discursos predominantes vehiculados en la red de atención en la cual ellos están insertos. Pero también estas dinámicas discursivas constituyen las prácticas mismas de intervención en salud mental, y posicionan al/la tratante en relación al/la paciente inmigrante, en dinámicas perpetuas y múltiples de poder y resistencia (Foucault, 1976).

Otro elemento importante a considerar tiene relación con el contexto en el cual se sitúa esta reflexión, la Red Pública de Salud, la cual es financiada por recursos públicos estatales. Y cuando —entre otros— hay recursos en juego, también se infiltran objetivos de gobierno de la población. Es por esto que un concepto relevante que puede ayudar en la comprensión del poder de los discursos de los/las tratantes en las prácticas en salud mental con inmigrantes es el de gubernamentalidad (Foucault 1981; 1999; Grinberg, 2007; Rose, O’Malley, y Valverde, 2012), que ofrece un marco pertinente particularmente en el caso de la intervención en la red pública.

La gubernamentalidad es entendida como el conjunto de las relaciones de poder y técnicas que permiten a esas relaciones de poder de ejercerse (Foucault, 1981). Su estudio, como un modo específico de ejercicio de poder (Lascombes, 2004), permite a su vez el estudio de las prácticas de poder del Estado dentro del ámbito de la salud mental.

El concepto de gubernamentalidad de Foucault (1981, 1999) nos da la oportunidad de abordar los discursos de tratantes e inmigrantes acerca de las prácticas en salud mental de la red desde un marco conceptual comprensivo que involucra modos específicos de ejercicio de poder, trascendiendo la dimensión estrictamente subjetiva. La gubernamentalidad, definida como el conjunto de técnicas que permiten al poder de ejercerse en función de estrategias, aplicándose a la totalidad de la existencia (Foucault, 1981), permite entender el ejercicio del poder como una coerción sutil, de la cual las personas no se dan cuenta, y que va inmiscuyéndose a través de las normas que establece en la sociedad, y en donde el individuo va a su vez apropiándose de estas normas a través del continuo proceso de subjetivación (Berlivet, 2013).

La revisión de estudios internacionales en torno a la gubernamentalidad y diversas modalidades de intervención en salud y en el ámbito social nos entrega luces acerca de qué manera dichas modalidades implican nuevas maneras de pensar el concepto y su aplicación (Bresson, 2012), enfatizando que muchas veces las prácticas de intervención terminan generando dinámicas de normativización, de disciplinamiento y de control. Esto ocurre particularmente cuando están dirigidas a las personas inmigrantes (Galaz y Montenegro, 2015; Montenegro, Galaz, Yufra y Montenegro, 2011). Son los discursos como prácticas que actualizan la dominación, la normatividad y los valores los cuales son vehiculados a través de procedimientos sutiles de dominio encarnado en las prácticas de intervención. Estas prácticas pasan a través del conocimiento, desde los sujetos interventores hacia los/as inmigrantes como usuarios/as del sistema interventor. El interesante trabajo de Rose, O’Malley y Valverde (2012) aborda justamente la potencia normativa de las intervenciones particularmente en el ámbito de la seguridad social como una estrategia gubernamental, desde donde emergen prácticas y agencias de gobierno, y desde donde se inventan instrumentos de gobierno, tales como el trabajo social y las asignaciones familiares respectivamente.

La gubernamentalidad designa entonces la racionalidad propia al gobierno de la población, que se encuentra a la vez en las instituciones que gobiernan y en construcción del Estado administrativo que gestionan a esta población (Foucault, 1981). Esta racionalidad política se apoya principalmente sobre dos elementos, siendo el primero los aparatos específicos de gobierno y el segundo un conjunto de saberes (Lascombes, 2004).

En el caso de la salud mental, el encuadre de intervención con sus particulares características enmarca la relación entre el/la tratante y la persona inmigrante. El encuadre es constante y le otorga al/la tratante un marco de trabajo determinado que hace posible la observación de los fenómenos psíquicos del paciente. Este incluye aspectos formales como la modalidad de atención, los objetivos, el lugar y la duración de la sesiones, la frecuencia y el valor de las atenciones. Pero también define los roles de cada una de las partes, del/ de la tratante y del/de la “paciente”; el tipo de trato, la ética y el secreto profesional, y sobre todo el tipo de discursos que podrá ser vehiculado en ese espacio delimitado. Es en este punto en donde podemos vincular el sistema de conocimientos al poder ejercido por los/las tratantes a las personas inmigrantes en el ámbito de la salud mental. Este ejercicio de poder no releva del encierro o el control sino más bien de regulaciones sutiles relativas a las conductas y a la conducción de

las conductas (Grinberg, 2007) que se producirían, por ejemplo, en el espacio de la intervención, y estarían ancladas en la dinámica discursiva que se desarrolla entre los/las tratantes y los/las inmigrantes.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Rescatando el tratamiento de los discursos que hace Foucault (2005), como prácticas discontinuas y dinámicas, y particularmente su carácter de acontecimiento, y entendemos además el estudio de dichas prácticas como manifestaciones de relaciones sociales de poder (Foucault, 1976, 1981, 1994), entramadas en contextos otros, más amplios y complejos. En el caso de la Red Pública de Salud, los discursos vehiculan una forma política de mantener los saberes y poderes que estos implican a través de la relación directa del personal con los/las usuarios/as inmigrantes.

La comprensión del poder desde su perspectiva relacional es fundamental para efectos de esta reflexión. Para Foucault, si el poder está presente en toda relación de un punto al otro, también es así con la resistencia, la omnipresencia del poder va de la par con la omnipresencia de la resistencia, constatando que esta última nunca se encuentra en posición de exterioridad en relación con el poder (Davidson y Gros, 2004). El carácter estrictamente relacional entre poder, resistencia y libertad es abordado por el autor, quien señala “si hay relaciones de poder a través de todo el campo social, es porque hay libertad en todas partes” (Foucault, 1994, p.1539).

El análisis de las prácticas discursivas de profesionales y administrativos como productoras de discriminación, en el marco de la relación con las personas inmigrantes usuarias de la Red Pública (Liberona, 2012), relevan el poder del discurso en tanto que práctica productora –y reproductora– de discriminación y de dominación de unos/as sobre otros/as. En ese sentido, el sistema de salud, como institución, estaría vehiculando a través de ciertos discursos una forma política de mantener los poderes y saberes que estos implican. Sin embargo, es necesario intergrar a la reflexión las dinámicas de resistencia tanto en tratantes como en inmigrantes, ya que la omnipresencia del poder iría de la par con la omnipresencia de la resistencia, no pudiendo existir esta última fuera del campo de las relaciones de poder (Foucault, 1994).

Es así como la dinámica continua de discursos de poder y resistencia se daría tanto en los/as tratantes como en los/as inmigrantes como sujetos de atención. De esta manera, se fracciona el abordaje de las prácticas discursivas como estáticas y unísonas en relación con las prácticas en salud mental dentro de la red. El

posicionamiento discursivo en salud mental de los/as tratantes y de los/as inmigrantes, en relación con las prácticas de intervención se ofrece al estudio interesado, como prácticas continuas, pero a la vez discontinuas y dinámicas.

Además, la incorporación del contexto de producción de dichos discursos en el caso de la red como servicio público la vincula con objetivos de gobierno. Es por esto que en un segundo nivel reflexivo el concepto de gubernamentalidad de Foucault (1999) y su abordaje como un modo específico de ejercicio de poder (Lascombes, 2004), permitirá a su vez una aproximación a las prácticas de poder del Estado dentro del ámbito de las intervenciones en salud mental.

Los planteamientos de Foucault (1976; 1981; 1994; 1999), aplicados al campo de las intervenciones en salud mental en la Red Pública, nos permiten comprender cómo ciertos contextos pueden estar impregnando las construcciones discursivas de tratantes e inmigrantes en las intervenciones en salud mental de la red. Además, admite plantear la existencia de dinámicas discursivas entre tratantes inmigrantes en las intervenciones, donde las construcciones discursivas de los/las tratantes implicarían la expresión de ciertas prácticas y accionares técnicos, así bien las reacciones de los/las inmigrantes a dichas prácticas y accionares, ambos con efectos en dichas intervenciones.

La salud mental de las personas inmigrantes plantea escenarios complejos en salud mental, que requieren también de abordajes que integren una reflexión de alta complejidad. Para eso se hace necesario trabajar incorporando dimensiones múltiples: estructurales, contextuales, culturales, políticas, legislativas, de poder y de gobierno. En este marco de necesaria problematización, el aporte que puede realizar la psicología social crítica al tema de la salud mental y las migraciones es extremadamente relevante, particularmente desde la contribución teórica de Foucault. Lo anterior, tomando en consideración además una fuerte orientación investigativa en salud mental, la cual desde hace algunos años ha ido instalando discursos asociados a los sujetos inmigrantes en la línea de la naturalización de patologías asociadas a los procesos migratorios que no se detienen a interrogar los contextos de producción de dichos discursos.

El aumento en los flujos migratorios y del acrecentamiento de las presiones asistenciales en el ámbito de la salud mental, relevan la urgente necesidad de garantizar los derechos fundamentales de equidad y de acceso para todos los residentes, en una perspectiva de promoción universal de derechos que considere a la población inmigrante.



## REFERENCIAS

- Achotegui J (2002). La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Barcelona: Mayo
- Achotegui J (2004). Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*, 5(21), 39-53
- Araya R, Rojas G, Fritsch R, Frank R, Lewis G (2006). Inequities in Mental Health Care After Health Care System Reform in Chile. *American Journal of Public Health*, 96(1), 109-113
- Becerra M, Altimir L (2012). El derecho a la salud de los niños y niñas migrantes y refugiados, contextos y especificidad en salud mental. En ACNUR, OIM y UNICEF (Eds.), *Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile: Avances y desafíos* (pp.191-216). Santiago: Andros Impresores
- Becerra M, Altimir L (2013a). Salud mental y migración: el trabajo de PRISMA. *Revista Psicología Hoy, Universidad Alberto Hurtado* (15), 2-3
- Becerra M, Altimir L (2013b). Características y necesidades de las personas que consultan en salud mental: la emergencia del fenómeno de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural. *De Familias y Terapias*, 22(35), 101-118
- Becerra M, Altimir L, Solís A (2013). ¿Quién es el paciente migrante y cómo manifiesta su malestar? *Revista Psicología Hoy, Universidad Alberto Hurtado* (15), 6-7
- Berlivet L (2013). Les ressorts de la "biopolitique": "dispositifs de sécurité" et processus de "subjectivation" au prisme de l'histoire de la santé. *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 4 (60-4/4 bis), 97-121
- Bresson M (2012). La psychologisation de l'intervention sociale: paradoxes et enjeux. *Informations sociales*, 169, 68-75
- Cabieses B, Tunstall H, Pickett K, Gideon J (2012). Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *International Journal for Equity in Health*, 11: 68. doi: 10.1186/1475-9276-11-68
- Cabieses, B, Bustos P (2016). Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile. En Báltica Cabieses, Margarita Bernaldes, Alexandra Obach, Víctor Pedrero (Eds.), *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Santiago: Universidad del Desarrollo
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2011). Marcos institucionales, normativos y de políticas sobre migración internacional en Argentina, Chile y Ecuador. En Jorge Martínez (Ed.), *Migración internacional en América Latina y el Caribe. Nuevas tendencias, nuevos enfoques* (pp. 126-159). Santiago: Naciones Unidas
- Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile (2008). Informe final (versión abreviada). Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la Zona Norte de la Región Metropolitana. Santiago: Universidad de Chile, Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Recuperado del sitio web del MINSAL <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71821af88f6ffda7e04001011f0164f3.pdf>
- Davidson AI, Gros F (2004). Michel Foucault. *Philosophie Anthologie* (pp. 379-648). Paris: Gallimard
- Demoscópica (2009). Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la Zona Norte de la Región Metropolitana. Santiago: Demoscópica S.A., Ministerio de Salud, Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Recuperado del sitio web del MINSAL <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71841d2e91f518a1e04001011f015cc6.pdf>
- Foucault M (1976). *Histoire de la sexualité I, La Volonté de savoir*, Collection Bibliothèque des Histoires, Paris: Gallimard, "c'est le nom qu'on prête à une situation stratégique donnée" (p.617); "Omniprésence du pouvoir: non point parce qu'il aurait le privilège de tout regrouper sous son invincible unité, mais parce qu'il se produit à chaque instant, en tout point, ou plutôt dans toute relation d'un point à un autre" (p.617); "ne peuvent exister qu'en fonction d'une multiplicité de points de résistance: ceux-ci jouent, dans les relations de pouvoir, le rôle d'adversaire, de cible, d'appui, de saillie pour une prise. Ces points de résistance sont présents partout dans le réseau de pouvoir [elles sont l'autre terme dans les relations de pouvoir" (p. 620). Traducción propia
- Foucault M (1981). Entrevista realizada en una Universidad Católica de Lovaina. *France tv éducation*. Publicado el 9 de junio de 2012, actualizado el 4 de abril de 2015. Recuperado de <http://education.francetv.fr/philosophie/terminale/video/michel-foucault-le-pouvoir-comme-gouvernementalite>
- Foucault M (1994). *Dits et écrits (1954-1988)*, tome II: 1970-1975, Paris: Gallimard, "s'il y a des relations de pouvoir dans tout le champ social, c'est parce qu'il y a de la liberté partout" (p.1.539). Traducción propia
- Foucault M (1999). La gubernamentalidad. En Ángel Cabillon (Ed.), *Obras Esenciales*, vol. III: estética, ética y hermética (pp. 175-197). Barcelona: Paidós
- Foucault M (2005). *El orden del discurso*. 3ra. Barcelona: Tusquets Eds
- Fundación Instituto de la Mujer (2007). *Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva. Usuaris de consultorios de salud de la zona norte de la Región Metropolitana*. Santiago: Nuria Núñez y Carmen Torres. Recuperado de [http://insmujer.cl/Estudio\\_Mujeres\\_migrantes.pdf](http://insmujer.cl/Estudio_Mujeres_migrantes.pdf)
- Galaz C, Montenegro M (2015). Gubernamentalidad y relaciones de inclusión/exclusión: los dispositivos de intervención social dirigidos a mujeres inmigradas en España. *Universitas Psychologica*, artículo aceptado aún no publicado
- Grinberg S (2007). Gubernamentalidad: estudios y perspectivas. *Revista Argentina de Sociología* 5(8), 95-110
- Lahoz S, Forns M (2016). Discriminación percibida, afrontamiento y salud mental en migrantes peruanos en Santiago de Chile. *Psicoperspectivas*, 15(1), 157-168. doi: 10.5027/PSICO-PERSPECTIVAS-VOL15-ISSUE1- FULL- TEXT-613
- Lara A (2010). *Dislocación, subjetividad y migración*. Castalia, 12(18), 15-22
- Lascoumes P (2004). *La Gouvernamentalité: de la critique de l'État aux technologies du pouvoir*, Le Portique [En ligne], 13-14. Recuperado de <http://leportique.revues.org/625>
- Liberona N (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Revista de Ciencias Sociales*, 28, 19-38
- Martínez J (2007). Feminización de las migraciones en América Latina: discusiones y significados para políticas. En Conferencia Regional sobre Migración (CRM) (Ed.), *Memoria Seminario Mujer y Migración*. Recuperado de sitio web de la CEPAL [http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/3/36563/JM\\_2007\\_FeminizacionMigracionesAL.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/3/36563/JM_2007_FeminizacionMigracionesAL.pdf)
- Montenegro M, Galaz C, Yufra L, Montenegro K (2011). Dinámicas de subjetivación y diferenciación en servicios sociales para Mujeres inmigradas en la ciudad de Barcelona. *Athenea Digital*, 11(2), 113-132. Recuperado de <http://atheneadigital.net>

30. Mora C (2008). Globalización, género y migraciones. *Revista Polis*, 7(20), 285-297
31. Noy S, Voorend K (2015). Social Rights and Migrant Realities: Migration Policy Reform and Migrants' Access to Health Care in Costa Rica, Argentina, and Chile. *Journal of International Migration & Integration*. doi 10.1007/s12134-015-0416-2
32. Núñez L (2011). Necesidades de las Mujeres migrantes y la Oferta de Atención en Salud Reproductiva. Discrepancias y Distancias de una Relación no resuelta. En Carolina Stefoni (Ed.), *Mujeres inmigrantes en Chile: Mano de obra o trabajadoras con derechos?* Colección Sociología, Personas, Organizaciones y Sociedad. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado
33. Núñez L (2010). Migrantes urbanos y los lenguajes del malestar. En OIM, OPS, MINSAL (Eds.), *Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas* (pp. 159-177). Santiago: Biplano
34. Núñez L (2008). Living on the Margins: Illness and Healthcare among Peruvian Migrants in Chile; Doctoral Thesis, Faculty of Medicine, Leiden University Medical Center (LUMC), Leiden University, p. 1-10, 171-176 y 257-286. Recuperado de <https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/13105/front.pdf?sequence=25>
35. Organización Internacional para las Migraciones (2011). *Perfil Migratorio de Chile*. Santiago: Dra. Carolina Stefoni
36. Organización Panamericana de la Salud OPS (2011). *La Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile*. Serie Técnica de Análisis de Situación-PWR CHI/11/HA/01. Santiago: OPS/OMS. Recuperado del sitio de la OPS <http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20chile%202010.pdf>
37. Rey Anacona C, Martínez Gómez J, Guerrero Rodríguez S (2009). Tendencias de los Artículos en Psicología Clínica en Iberoamérica, *Terapia Psicológica Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 27(1), 61-71
38. Rojas G, Castro A, Fritsch R (2010). Salud mental de los inmigrantes en la comuna de Independencia, R.M. de Santiago, Chile: el caso del consultorio Dr. Agustín Cruz Melo. En Agar Corbinos L (coord.) *Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas*, Editorial Biplano, OIM/OPS/MINSAL, Santiago, pp. 115-129
39. Rojas G, Fritsch R, Castro A, Guajardo V, Torres P, Díaz B (2011). Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante, *Revista Médica de Chile*, 139: 1298-1304
40. Rose N, O'Malley P, Valverde M (2012). Gubernamentalidad. *As-trolabio*, (8), 113-152
41. Sirlopú D, Melipillán R, Sánchez A, Valdés C (2014). ¿Malos para aceptar la diversidad? Predictores socio-demográficos y psicológicos de las actitudes hacia el multiculturalismo en Chile, *Psykhé*, 24 (2), 1-13. doi: 10.7764/psykhe.24.2.714
42. Stefoni C (2009). Migración, género y servicio doméstico. Mujeres peruanas en Chile. En: María Elena Valenzuela y Claudia Mora (Eds.), *Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente* (pp. 191-232). Santiago: Organización Internacional del Trabajo
43. Stefoni C (2011). Ley y política migratoria en Chile. La ambivalencia en la comprensión del migrante. En Feldman-Bianco, Bela; Rivera, Liliana; Stefoni, Carolina y Villa, Marta (Comps.), *La construcción social del sujeto migrante en América Latina: Prácticas, representaciones y categorías* (pp. 79-110). Ecuador: Creaimagen
44. Universidad Diego Portales (2013). *Salud mental y derechos humanos: la salud de segunda categoría*. En Centro de Derechos Humanos Universidad Diego Portales. (Ed.) Informe anual sobre derechos humanos en Chile (pp. 187-221). Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales
45. Vásquez-de Kartzow R (2009). Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra. *¿Estamos preparados?* *Revista Chilena de Pediatría*, 80(2), 161-167
46. Vásquez-de Kartzow R (2010). Nuevos actores de la epidemiología en tiempos de globalización. En Lorenzo Agar (Ed.), *Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas* (pp. 25-36). Santiago: OIM, OPS, MINSAL
47. Vásquez-de Kartzow R, Castillo-Durán C (2012). Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago, Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(4), 366-370

## GÉNERO Y PSIQUIATRÍA

# INTRODUCCIÓN A LOS ESTUDIOS DE GÉNERO Y PSIQUIATRÍA

(Rev GPU 2016; 12; 3: 316-320)

Susana Cubillos<sup>1</sup>

**Con el objetivo de identificar el género sexual como un determinante social relevante en salud mental, se hace alusión al cambio de paradigma en que surgen los estudios de género y se especifican los conceptos del sistema sexo/género, se ejerce el uso de la perspectiva de género en salud mental y psiquiatría, a través de diferencias en patologías prevalentes y de problemáticas emergentes en la práctica clínica. Estudios en el ámbito de los trastornos del ánimo ofrecen preguntas de investigación que nacen de una heterogénea presentación de supuestos. Cada uno de ellos propone un intento por validar empíricamente una teoría que permita comprender de mejor forma la cascada de causalidad y procesos de la historia natural de la enfermedad, la mayoría de las veces, con la intención de ofrecer información para la formulación de intervenciones más precoces y efectivas.**

## INTRODUCCIÓN

**R**azones para relacionar los estudios de género con la psiquiatría:

- El desarrollo de la identidad de género es una dimensión central en la estructuración de la personalidad del sujeto en tanto opera como articulador de la pulsión, el lugar del otro y la adaptación a roles sociales
- Atravesamos un cambio de época que desafía los modos previos de existir el género e impacta las relaciones entre hombres y mujeres, mujeres y mujeres, hombres y hombres.
- Existen diferencias significativas en las frecuencias de patologías prevalentes que requieren de una

comprensión que integre tanto los determinantes sociales como biológicos.

- Los estudios de género advierten sobre sesgos en la práctica clínica que es necesario identificar.
- Un componente de la equidad en salud es tener acceso a los últimos conocimientos en una materia y los estudios de género cuentan con un conocimiento acumulado en psicología producido desde las propias mujeres y de estudios de las masculinidades, ocurrido a contar de las últimas décadas.
- Existe un subgrupo de la población que en función de su diferencia de género es discriminado y queda al margen de la atención en salud, teniendo una calidad y esperanza de vida muy por debajo del resto de la población.

---

<sup>1</sup> scubillosm@gmail.com

## ANTECEDENTES

De acuerdo con los estudios culturales son cuatro los hitos que hacen posible el cambio paradigmático en los modos en que se produce el conocimiento. Carlos Marx (1818-1883) y su aporte para develar el sistema de fuerzas de producción económico-sociales que determinan el sujeto, Frederick Nietzsche (1844-1900) y sus desarrollos filosóficos sobre la genealogía de la moral conducentes a la relativización de esta, Sigmund Freud (1856-1939) y el develamiento de las fuerzas-pulsionales inconscientes que subyacen las conductas humanas, y De Saussure (1857-1913), quien devela el origen de los absolutos en la estructura discursiva y el lugar del lenguaje en la creación de realidad que modela al sujeto. Esto cuestiona la neutralidad del observador cuando construye teoría y los absolutos universalizables. Ya no se puede afirmar la existencia de discursos verdaderos, se reconoce que la razón es solo un aspecto de la experiencia, que el sujeto es más que la suma de sus condicionantes y que existen múltiples sujetos e identidades.

Si entendemos el género sexual como una construcción cultural de la diferencia anatómica sexual y se estudian las condiciones en que ocurre la existencia de hombres y mujeres, se concluye que las mujeres cuentan con menos recursos materiales, sociales y políticos y tienen menos oportunidades. La causa es la organización social, no las diferencias biológicas. Las diferencias entre individuos son mayores que entre los sexos. Hombres y mujeres responden mejor en situaciones igualitarias.

Los modos de habitar un cuerpo femenino y uno masculino han sufrido modificaciones a partir de los grandes cambios económico sociales de la época precedente, enfrentando a hombres y mujeres a presiones y límites de una realidad diferente, la cual a partir de las tecnologías de la comunicación cambia aún más velozmente. De Beauvoir (Francia 1908-1986) propone entender la construcción del género como un proyecto permanente, de una elección que ocurre incesantemente, del modo como quiero ser una mujer o un hombre en la vida cotidiana. Sin embargo, la división dicotómica de los sexos según la anatomía ha resultado un obstáculo para dar cabida a las múltiples expresiones subjetivas de la identidad sexuada, requiriéndose en la actualidad de abordajes más amplios y complejos dentro de la disciplina. Siguiendo a Wilhelm Reich, quien ha sostenido que el amor, el trabajo y el saber son los pilares de nuestra vida y deberían gobernarla, analizar las relaciones de género como una herramienta hermenéutica en estas dimensiones de la vida resulta de gran utilidad para la práctica de la medicina y especialmente de la psiquiatría.

## Conceptos

Entender el concepto de género como herramienta teórica no resulta fácil en lengua española. En 1956 John Money (1921-2006) traslada el término género de la gramática a la medicina, al constatar reiteradamente que en recién nacidos con sexo ambiguo (antiguamente hermafroditas) a quienes se había asignado un sexo "equivocado" al nacer, al intentar posteriormente una re-asignación, tanto los padres como los niños mismos se negaban al cambio. Money consideró que no era posible seguir sosteniendo que la identidad del yo, el sentimiento de ser niña o varón, se basaba en la anatomía sexual sino que, por lo contrario, el referente era de carácter simbólico. Él adoptó la nominación gramatical que clasifica las palabras en femeninas y masculinas para definir la identidad; de ahí, el nombre y la concepción de identidad de género.

Robert Stoller (1925-1991) desde el campo de la psicología corrobora los hallazgos de Money y distingue que bajo el sustantivo GÉNERO se agrupan los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la femineidad-masculinidad, reservándose SEXO para los componentes biológicos, anatómicos y para el intercambio sexual en sí. Posteriormente se ha acuñado el término sistema sexo/género para comprender y estudiar en forma integrada las relaciones entre ambas dimensiones de la experiencia de habitar un cuerpo sexuado, que implican tanto una experiencia erótica, relaciones de apego y de poder.

Este primer paso en la distinción entre identidad de género y sexo anatómico generó estudios que pusieron en evidencia la centralidad cultural de la construcción del género sexual, de la desigualdad social entre hombres y mujeres y la construcción social de la discriminación.

John Stoller teoriza sobre la identidad psicológica de género sosteniendo que este está articulada por tres elementos básicos: la asignación de género, las relaciones tempranas y el rol social, siendo esto un hecho social de tanta fuerza que se piensa como natural. El género, dice Emilce Dío, "es una matriz significativa que articula los procesos narcisísticos del sentido de ser hombre o mujer, en un sistema de atribuciones, valoraciones y sentidos para lo masculino y lo femenino, categorías centrales del discurso cultural. Es un articulador o una estructura mayor a la cual tanto el ideal de yo como el super-yo se hallan subordinados. En el proceso de adquisición de un sentido de identidad de sí quedan articulados el deseo y las identificaciones, el sexo y el género. La identidad de género es una dimensión central de la personalidad del sujeto en tanto opera en su

desarrollo como articulador de la pulsión, el lugar del otro y la adaptación a roles sociales”.

Tanto la masculinidad como la femineidad normativas contienen un conjunto de reglas que tipifican y regulan las formas bajo las cuales hombres y mujeres pueden y deben reconocerse como sujetos de esa identidad. Es tanto un rol como una identidad, un conjunto de prescripciones y prohibiciones para el ejercicio de la conducta, así como un sentimiento del ser que se reconoce –masculino o femenino– por desempeñar las actividades y conductas propias de su condición. Es reconocido por los otros en tanto se ajusta a este desempeño esperado. La meta es ser autenticados como un hombre masculino y una mujer femenina. Extender la propia gestualidad más allá de tales límites expone al riesgo de la sanción social, la cual puede ser sorteada con éxito solo en un gesto de autoafirmación que se constituye en un acto de libertad y autorrespeto.

### Estudios de género y psiquiatría. Sesgos en patrones supuestos de normalidad y salud

La psiquiatra Ingrid Broverman y su equipo demostraron en los años setenta en USA el sexismo con que operaban los integrantes de un equipo de salud mental en sus juicios clínicos, quienes utilizaban como referente de persona adulta sana lo que correspondía a lo atribuido a un varón adulto sano, no así a una mujer adulta sana. Las características atribuibles a una mujer adulta sana, comparada al patrón de adulto sano, hacía aparecer a las mujeres al borde de la enfermedad. La investigación también demostró la presencia de estereotipos de género en las intervenciones, con una tendencia a desalentar iniciativas tendientes a alejarse de los roles clásicos.

Este estudio corroboró algo que ya se sabía. Que la ciencia adolece de un sesgo de género en la realidad que construye, en tanto ha sido producida casi exclusivamente por varones, desde una perspectiva androcéntrica y racionalista. Del mismo modo, desde la filosofía de la ciencia Evelyn Fox Keller demostró una sobrevaloración de la autonomía por sobre lo relacional en el constructo teórico psicoanalítico de las relaciones tempranas, señalándolo como un sesgo de raíz androcéntrica. En la actualidad ha ocurrido un cambio de paradigma en el psicoanálisis desplazando su foco hacia la intersubjetividad, en concordancia con la observación crítica de Fox Keller.

### Frecuencias diferenciales de patología prevalente

El interés por las distinciones de género no es nueva. Manuel Beca en un estudio realizado en la Casa de Orates de Santiago (1890) en una muestra de 328 hombres,

presentaba los siguientes diagnósticos: “Excesos de alcohol: 187 (57%), Excesos venéreos: 18, enajenaciones congénitas: 12, Reveses de fortuna y pesares: 11, Miseria: 7, Insolación, fiebres: 6, Epilepsia: 6, Continuación de la enajenación: 5, Sífilis: 5, Vejez: 5, Erisipela de la cara: 2, Parálisis agitante: 1, Corea: 1, Se ignora: 62.

En 185 Mujeres: Sentimientos morales, contrariedades, etc.: 28, Excesos alcohólicos: 14, Miseria: 12, Retención menstrual: 11, Epilepsia: 8, Histerismo: 6, Embarazos, partos: 5, Vejez: 5, Excesos venéreos: 4, Continuación de la enajenación: 4, Estados congénitos: 3, Derrame cerebral: 3, Sífilis: 2, Se ignora: 80”.

Respecto al sexo señala: “muy marcada es sin duda alguna, la influencia del sexo, en todos los países y en todos los manicomios, hay mas locos que locas... lo que en otros términos significaría que los hombres se exponen con más frecuencia a las causas de la enajenación, y que estas son realmente más eficaces en ellos que en la mujer”. Las estadísticas de Luengo en el estudio de la época informa que entre 1852 y 1902 ingresaron a la Casa de Orates de Santiago 8.952 hombres y 6.355 mujeres, apoyando las conclusiones de Beca.

Los estudios actuales señalan una prevalencia muy superior de depresiones en mujeres que en varones. Si bien la frecuencia de intentos de suicidio en mujeres es superior, la tasa de suicidios en varones es siete veces más alta. La primera causa de muerte en varones jóvenes son las muertes por accidentes y violencia. El abuso de alcohol y drogas ilícitas es una problemática prevalente en varones. El abuso de tranquilizantes es una situación que afecta preferentemente a las mujeres, al igual que la violencia de diferentes formas. Los estudios sistemáticos para desentrañar la génesis de la violencia masculina descartan el rol de la testosterona como elemento determinante y confirman el poder del aprendizaje social como modelador de conductas violentas, especialmente operantes dentro de la familia y a través de los medios de comunicación de masas. Exhibirse audaz y exponerse a conductas de riesgo es un valor cultural de lo masculino. La violencia sistemática contra las mujeres, por su parte, es una condición necesaria para sostener un sistema de dominio masculino como el que conocemos. Una de las reivindicaciones centrales de las luchas civiles de las mujeres es el derecho a una vida sin violencia.

### Rol de género como estresor y determinante social de salud

El cambio epocal económico y tecnológico impacta los roles de género existentes. La circulación del dinero y del deseo cambia con el acceso de las mujeres al trabajo remunerado y a la educación. Varones y mujeres

amplían sus deseos, gestualidades, intereses vocacionales, afectivos y sexuales, resquebrajando las tradicionales jerarquías masculinas y generando un proceso de cambio en las mentalidades sociales. Una ética de derechos presiona las políticas de seguridad social.

Se ha identificado estigmas asociados a la construcción cultural de la masculinidad tradicional y hegemónica, que son obstáculos para el avance en el desarrollo de sociedades humanizadas con logros en dimensiones de paz, equidad y justicia social, especialmente en áreas de salud reproductiva y sexual y el derecho a una vida sin violencia. Las políticas públicas emanadas del Programa de Acción de El Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing, buscan involucrar a los hombres en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y en la prevención de la violencia doméstica. De acuerdo con Bonino, el riesgo de primer nivel en salud es el adscribir fielmente al modelo tradicional de masculinidad hegemónica y no el solo hecho de nacer de sexo varón. De Keijzer, siguiendo los estudios de Kauffman en violencia masculina, señala que el varón construido en la estructura social patriarcal más apegado al estereotipo de tal virilidad, se constituye en un factor de riesgo de daño en al menos tres sentidos:

- hacia la mujer, a niñas y niños: a través de los diversos tipos de violencia y abuso, de la fecundidad impuesta y la paternidad ausente.
- entre hombres: por medio de accidentes, homicidios y lesiones.
- para el hombre mismo: mediante el suicidio, el alcoholismo y otras adicciones, así como las enfermedades psicosomáticas, incluidas diversas formas de descuido del cuerpo.

Garduño enfatiza las grandes diferencias existentes en las muertes violentas por género al conjuntar homicidios, accidentes y suicidios, encontrándose con unas tasas de 6 a casi 9 veces mayores (dependiendo del grupo de edad) en hombres que en mujeres en el contexto mexicano. A conclusiones semejantes llegan estudios realizados en España y Australia.

Tanto la ausencia del varón en los servicios de salud mental, como su invisibilidad en estudios clínicos, tiene que ver con las maneras cómo se construye la identidad de género masculina, con la estructura de la ciencia médica, los servicios de salud y el lugar de los varones dentro de ese espacio. Se agrega el fuerte tabú social que opera sobre la psiquiatría como el espacio propio de la “locura” o pérdida de la razón, o cuanto menos al espacio de las emociones, algo impropio de los varones.

La identidad masculina sostenida en principios de invulnerabilidad, “a los varones nunca les pasa nada”; valentía, con la búsqueda de riesgo como un valor cultural reforzado por los medios de comunicación, la creencia de que la “sexualidad de los hombres es instintiva y por lo tanto no es controlada” y de poco serviría tratar de normarla, encauzarla o de socializar a los varones en conductas preventivas a través de los servicios de salud, dan cuenta de las cifras y problemas de salud pública señalados anteriormente.

De Keijzer, en diez años de trabajo como médico en masculinidad y salud, ejemplifica la actitud de los hombres para con el cuidado de sí mismos: “hasta que el cuerpo aguante”. Valdés y Olavarría concuerdan en estas dificultades que tienen los varones de verbalizar sus necesidades de salud: los hombres, en general, no hablan de sus problemas de salud, porque constituiría una demostración de debilidad, propio de las mujeres. La imagen que tienen los hombres de los servicios de salud, según un estudio reciente, es que estos son para ancianos, mujeres, niños o para enfermos. Y los varones consideran que no caen en ninguna de esas categorías, por lo tanto, les son ajenos.

Por otro lado la construcción de la masculinidad no trata solo de la generación de representaciones y prácticas sino también de una serie de presiones y límites en ciertas manifestaciones de la emotividad, sobre todo relativas al miedo, la tristeza y, frecuentemente, los afectos blandos como la ternura, requiriendo de estructuras caracterológicas rígidamente contenidas y/o desbordadas en adicciones, violencia, impulsividad y torpeza afectiva con su consecuente impacto negativo en la reproducción, la sexualidad, las relaciones y economía familiar. Asistimos así a una suerte de cosecha tardía de problemas generados durante los procesos tempranos de socialización y cuya forma de abordar tiene distinciones generacionales e histórico-locales, según lo plantea Victor Seidler, quien tiene una mirada especialmente aguda en torno a estos conflictos en la emotividad en sujetos históricamente autoconsiderados como razonables.

### Sesgos de género no exentos de riesgo en la práctica clínica

Comprender el malestar de las mujeres y su origen pareciera estar aún lejos del alcance médico. Sin duda no es a través de la cantidad de serotonina o de estrógenos que podamos explicar las afecciones que padecen las mujeres. Un aspecto central del problema de las mujeres se localiza en la importancia de la vida cotidiana y las condiciones en que esta ocurre. La multiplicidad



de tareas y responsabilidades, de alimentación y cuidado de niños, ancianos y enfermos, aún no compartidas, en esta época implica una doble carga de trabajo para quienes acceden al trabajo remunerado. Si a esto se agrega una relación de pareja poco íntima, no satisfactoria, o ausencia de pareja, se entiende por qué el matrimonio suele aparecer como un factor que no protege la salud de las mujeres. El rol social así atribuido es origen de estrés sostenido. ¿Puede considerarse la prescripción extendida y sostenida de tranquilizantes una indicación adecuada para el malestar emergente de estas condiciones?

Otro riesgo observado en la práctica clínica es la tendencia a sobrenormalizar o naturalizar ciertas conductas nocivas en varones: consumo excesivo de alcohol, manifestaciones de ira y celos, por mencionar algunas. No problematizar los efectos de dichas conductas, tanto como no buscar el malestar subyacente, mantiene oculto el estresor y persiste el riesgo para la salud personal y colectiva. Acercarse a la subjetividad de los varones es un desafío necesario. ¿Como están enfrentando los varones los cambios sociales? ¿Cómo interpretar las altas tasas de suicidio?

En el presente siglo se reconoce progresivamente dentro del ámbito de la psiquiatría las limitaciones, por un lado, de los tratamientos de trastornos emocionales con base exclusiva en psicofármacos y, por otro, hay cada vez más evidencia disponible sobre la efectividad de la psicoterapia. En este contexto, incorporar los

modos cómo nos hacemos hombres y mujeres y problematizar las conductas y consecuencias asociadas es de suma importancia para la terapéutica y la prevención.

## REFERENCIAS

1. Broverman IK, *et al.* "Estereotipos de los roles sexuales y juicios clínicos sobre salud mental". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Febrero 1970-vol 34 N° 1.
2. Busto MA. "BDZ" La tranquila adicción de Santiago. Documento de Trabajo. Santiago: Corsaps, 1991.
3. Burin M. El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada. Paidós, Ibérica, 1990.
4. Burin M, Meler I. Varones, género y subjetividad masculina. Argentina: Paidós, 2000.
5. Coria C. El sexo oculto del dinero. Formas de la dependencia femenina. Bs. Aires: Paidós, 2004
6. Cubillos S. De la tristeza a la creación: taller de depresión. *Rev GPU* 2009; 5; 1
7. Cubillos S, Montañez M. Narcisismo masculino, narcisismo femenino: género y desencuentro. *Rev GU* 2006; 2; 2: 192-200
8. Cubillos S. Masculinidades desde la clínica. *GPU* 2007; 3; 4
9. Cubillos S, Loguercio G. "Rosadas, celestes, arcoíris: enfoque de género como política pública aplicada a un programa de salud". *Rev GPU* 2012; 8; 2: 202-214
10. Daskal A, Ravazzola C. El malestar silenciado. *La otra Salud Mental*. ISIS, 1991.
11. Marcusa,\* *et al.* Gender differences in depression: Findings from the STAR\*D study. *S. Journal of Affective Disorders* 87 (2005) 141-150.
12. Hinkle CE. "Reflexiones hermafroditas". Organización Internacional Intersexual. <http://www.intersexualite.org>
13. Observatorio de equidad de género y salud. Chile 2007-2008.
14. Olivier C. Los Hijos De Yocasta. La huella de la madre. México: Fondo de Cultura Económica, 5ª edición, 1991

## CASO CLÍNICO

# OTRO GALLO CANTARÍA... UN ESTUDIO SOBRE SOMATIZACIONES

(Rev GPU 2016; 12; 3: 321-325)

Liliana Messina Schwartz<sup>1</sup>

**En este trabajo se aborda la problemática de diferenciar los síntomas somáticos como conversivos o psicósomáticos y se propone la posibilidad de un lugar intermedio a estas formas de manifestación somática. ¿Cuál es la relación psique-soma que estamos considerando cuando tratamos los síntomas de un paciente como “psicósomático”? Para ello entramos en el complejo terreno de los procesos de construcción del psiquismo, en los procesos de simbolización primaria y secundaria. Se presenta un caso para contrastar con la teoría, en que la presencia de un evento traumático infantil es sintomatizado a través de una enuresis, la que vuelve en la adultez tras un evento que parece hacer retornar lo reprimido infantil. Si bien la forma orgánica del síntoma no es la misma, la forma “física” sí lo es.**

## INTRODUCCIÓN Y PROPUESTA

Muchos son los “síntomas somáticos” entendidos como el momento físico del proceso inconsciente (Assoun, 1998) difíciles de ubicar como conversivos o psicósomáticos. Algunas somatizaciones de nuestros pacientes se nos muestran como carentes de significado, desligadas de la trama conflictiva y simbólica, pero en el trascurso del análisis parecen irse articulando en simbolizaciones y adquiriendo un nuevo carácter que nos las transforma en conversivas; da la impresión que pueden “devenir significadas”.

Esta dificultad en la clasificación de las somatizaciones impulsa la idea de un lugar intermedio entre las somatizaciones portadoras de simbolización y aquellas

que parecen no tenerla. Podríamos pensar que este lugar intermedio no es otro que el tiempo en el que, gracias a su formulación en palabras dentro de un espacio tal que les permita adquirir consistencia, son simbolizadas y así hysterizadas, o sea, convertidas en una suerte de mensaje al otro (McDougall, 1995); quedando así abierta la posibilidad de su mejoría.

Nada que extrañarse si pensamos que una “somatización” no es tal sino en tanto es llevada al espacio analítico y puesta en palabras de alguna manera por el paciente a otro, el analista, que le escucha.

Así, cuando Freud estudia las parálisis para hacer la distinción entre las parálisis orgánicas y las histéricas (Freud, 1893) diferencia claramente las primeras, las orgánicas, refiriéndolas a un mal funcionamiento

<sup>1</sup> Psicóloga, Universidad de Chile, Psicoanalista ICHPA. 25 años de ejercicio en clínica de adultos. Coordinadora del Grupo de estudios e investigación en psicósomática, ICHPA. Mail: l-messina@hotmail.com

material, esto es orgánico; y la "forma física" por otro lado, histórica, que sobreinveste un órgano y lo saca de la cadena asociativa al mismo tiempo, lo disocia. Este segundo tipo de parálisis se delata por su hiperlocalización (no corresponde con una localización orgánica que para el cuadro) pero es "hiper" porque busca señalar un punto preciso, aquel asociativamente cargado, sobreinvestido; y por la intensificación de sus manifestaciones, pues requiere ser visto, o porque responde más a una representación fantasmática que a una lesión del órgano, sería esto una "captura del significante físico en el cuerpo", como lo denomina Assoun (1998, p. 41). En tanto que "significante físico" apunta a un espacio potencial de simbolización del conflicto, lugar que captura en el cuerpo el momento histórico, que disocia una parte del cuerpo del resto de las asociaciones.

Muchas somatizaciones en la práctica clínica parecen responder a este lugar intermedio entre la investidura y la inervación como lo observa Green (1998, p.50) o a un ir y venir, combinando ambos mecanismos. Expongo brevemente algunos ejemplos, que seguramente no resultan extraños y que parecen quedar en este terreno indefinido, porque no es fácil tener noticia de estas representaciones fantasmáticas o porque teniéndolas, hay también evidencia de lesión del órgano:

- a) Un hombre joven sufría repetidas bronquitis obstructivas cuando niño estando internado en un colegio. Estas crisis lo llevaban de vuelta a su casa. Durante el periodo que recuerda estos episodios en análisis retornan las bronquitis, ahora como adulto.
- b) A una mujer le da fiebre de heno en una primavera específica, nunca antes y luego nunca más, el año que su padre enferma gravemente; su padre siempre sufrió alergias en la primavera por lo que este síntoma es considerado como un rasgo identificatorio. Es este un "momento físico" del proceso inconsciente (Assoun, 1992).
- c) Hemorroides que aparecen justo cuando un gerente se siente cuestionado en su gestión por los altos mandos de la empresa. Su padre también tuvo hemorroides cuando su propia empresa quebró.
- d) Dos mujeres jóvenes con infecciones urinarias a repetición (más de 10 en el año) a lo que se le agrega incontinencia urinaria. En un caso, por esfínter hipertónico, de manera que no va al baño hasta que la vejiga se rebalsa. El otro se trata de vejiga hiperactiva que hace demasiadas contracciones, por lo que debe ir muchas veces al baño y todas con urgencia. Ambas sufrieron enuresis infantil en

el contexto de una separación traumática de los padres. Cuando nuevamente ocurre una situación de separación en la vida adulta aparecen estos síntomas. Relataré uno de estos casos:

## EL CASO

Raquel llegó a consultarme presentándose así: "Una amiga me dijo que tú me podías ayudar, estoy con un problema a la vejiga, una disfunción vesical". Se ha hecho pipí un par de veces en situaciones muy bochornosas, una de ellas en una reunión de trabajo. Ha tenido además infecciones urinarias a repetición, desde que comenzó su vida sexual, llegando a tener más de 15 al año. Dice: "siempre la vejiga como enojada", el urólogo se lo describió como "vejiga de lucha", o sea que para funcionar tiene que luchar, y recalca que nunca había visto una vejiga tan inflamada. Además está "con un colon del terror".

Tiene poco más de 30 años, viene de una provincia de Argentina y llegó a Chile con su marido y sus tres hijos por el trabajo de él; ella una vez instalados aquí tomó un trabajo como vendedora de seguros. En Argentina trabajaba como cantante en una escuela de música, sus estudios son de música y canto popular.

Por sus problemas urinarios intentó terapias alternativas y en su búsqueda llegó a la medicina china donde le preguntaron por su historia y ella misma quedó muy sorprendida cuando al contar que murió su padre a sus tres años, se deshizo en llanto; dice: "me salió como un tapón de pena".

Un segundo urólogo apunta a la necesidad de separar factores psicológicos, y le recomienda psicoterapia, sin dejar de hacer la investigación orgánica correspondiente. La investigación arroja el diagnóstico de vejiga espástica e hipertensión del esfínter uretral; esto se relaciona con la dificultad para orinar, con el resultado que al llenarse la vejiga se rebalsa, perdiendo entonces el control. Raquel casi no va al baño durante el día, se le olvida, no siente la necesidad; dice: "pobrecita mi vejiga, no le pongo atención, ya se acostumbró a que no voy al baño".

Por otra parte, se siente deprimida, llora todo el día, dice: "tengo miedo a dar jugo en el trabajo".

Parece haber comenzado todo cuando su madre se separó de su segundo marido, y padrastro de la paciente desde los 7 años. "Fue el año del alcachofazo" (dice). Raquel estuvo muy involucrada apoyando a la madre que quedó económicamente desprotegida. El que había sido un padre cariñoso en su infancia y un gran amigo para ella en la juventud, se le fue transformando en un hombre "libidinoso y patético"; sus acercamientos

tomaron otro cariz, o ella empezó a entender de otro modo sus demostraciones de afecto.

Raquel vivió con su madre y el padrastro hasta que se casó, con muchos deseos de salir de la casa, pues la madre se apoyaba mucho en ella a propósito de los conflictos que tenía con su marido.

Son cuatro hermanos en total, dos mujeres del primer padre, muerto en un accidente carretero; y dos hermanos menores del segundo matrimonio de la madre. El padre había sido un hombre atractivo, buen mozo, muy buen cantante y del cual la madre estuvo muy enamorada. Se deprimió profundamente cuando él murió y la pequeña Raquel de 3 años sintió que ahora tenía que cuidar ella a su mamá.

“Lo que más me golpeó, lo que me dio la patada en las canillas... Me tocó presenciar el atropello de un niño en la calle y lo fui linqueando con la muerte de mi papá. Ese es el gran tema. Venía bajando por Colón, el 14 de mayo, vi algo raro, me bajo del auto, bien irresponsable..., y vi un cuerpo dado vuelta y era un niño. No estaba muerto, traté de ayudar. Fue atroz, sangre, sangre, por todos lados. Este niño murió con fractura de cráneo, mi papá murió igual y en Colón. Veo el recorte del diario, que vi muchas veces, R. A..... en el km 76 de la ruta Colón, en mayo. No sé, tengo la sensación que mi papá me hizo presenciar su muerte, como para soltarlo”.

“El 31 de mayo fui a la curva donde murió el papá. Era una leyenda. Mi papá salió de la oficina, se quedó dormido, patinó el auto y salió volando...”. El mismo día al cumplirse 30 años de la muerte del papá fueron con sus hermanos a conocer el exacto lugar del accidente.

“Tengo la sensación que mi cuerpo se enojó, se bloqueó y empecé a no hacer pipí... me preocupaba tanto dar jugo porque estoy triste, cansada... este déficit atencional eterno, no soy capaz de nada ni de hacer pipí. Tal vez estoy llorando a mi papá”.

Tras la muerte del padre las dos hijas tuvieron enuresis. Pero la madre decía que Raquel solo lo hacía por copiar a su hermana, sin embargo la enuresis duró varios años. Se fueron del lugar donde vivían con el padre y nunca volvieron, hasta ahora cuando se cumplían 30 años del accidente e hicieron el trayecto a la hora que él lo hizo, “de niña tenía otitis y cuando fui allá a la curva (en que ocurrió el accidente) me empezó el dolor de oído”. (También este es un significante físico en el cuerpo.) Y continúa: “Si mi papá hubiera sido más previsor y hubiera tomado un seguro de vida, otro gallo habría cantado”. Es además del padre de quien ella heredó el canto, se dice que él cantaba muy hermoso, y ahora acá en Chile ella se ha dedicado a los seguros, dejando lo que más le gusta y la hace feliz, que es el canto.

Recuerda un sueño que se le repetía en la infancia hasta antes de que llegara el padrastro a vivir con ellos. Su madre está muy anciana y ella debe cuidarla: La madre está acostada y le dice “pásame la cantora para hacer pipí...”. Al oírse decir esto le da mucha pena, llora y llora, pero no sabe por qué llora. Se da cuenta lo que quedó cifrado en ese dicho y dirigiéndose a mí, dice “ahí está todo ¿verdad? De niña yo decía que quería ser cantora”.

## ANÁLISIS

Sí, yo también pienso que ahí está todo. Están las palabras que articulan el síntoma con la identificación al padre y, al mismo tiempo, al duelo por él –desde el punto de vista dinámico–. El duelo por el padre está asociado al hacerse pipí, y cantora es lo que ella quería ser de grande y lo fue (es decir cantante) y que era el signo distintivo de su padre, en lo que él era virtuoso. Pero también cantora –como aparece en el sueño– es el recipiente que se usaba para hacer pipí durante la noche y que se dejaba bajo la cama. Agreguemos como dice ella, que si su “padre hubiera tomado un seguro de vida...otro gallo cantarí”, quizá hubiera tenido vida para seguir cantando y todo esto podría haberse evitado; es la fantasmática infantil retornando lo que le hace decir esto.

Piera Aulagnier (1975) con el concepto de pictograma y René Rousillon (2015) estudian detalladamente los procesos de simbolización en la estructuración originaria del psiquismo, considerando el lenguaje como un gran proceso de integración psíquica. Rousillon lo describe conformado por tres tipos de trazas y dos procesos: las primeras impresiones son trazas mnémico perceptivas, que quedan registradas en el psiquismo como meras impresiones brutas, pasan a tener su primera inscripción gracias al proceso de simbolización primario (proceso primario en Freud) que las inscribe como representaciones-cosa, las que son inconscientes y conceptuales. Este segundo registro pasa, mediante el proceso secundario de simbolización (también proceso secundario freudiano) a inscribirse como representaciones-palabra, las que forman el preconsciente.

El primer proceso no es más que una reducción de cantidad, ya que con toda su carga de investidura la traza mnémica produce identidad de percepción y actividad alucinatoria. Al reducir la carga de investidura hay un efecto del duelo de la “identidad de percepción” en beneficio de la “identidad de pensamiento” (Rousillon, 2015). Considerado el sueño como caso ejemplar del proceso de simbolización, hace pasar las trazas de

las impresiones a una forma figurativa (representación-cosa) y luego con su relato a la representación palabra. Este último paso nada insignificante permite en el sueño de Raquel el juego con el significante “cantora”, que liga las experiencias de duelo, identificación y realización, que origina esta descarga de llanto y el paso al pensamiento sobre el sueño que de alguna manera indica un camino de reescritura para su historia.

Según la concepción de Rousillon (2015), la simbolización primaria ocurre nuevamente en la escena clínica del psicoanálisis, en el ir ‘narrando’ la propia historia y apropiándose de ella, o partes de ella por primera vez, el paciente hace de esta escena un nuevo encuentro con el objeto donde el sujeto es acompañado y reconocido en su proceso de simbolización. Si pensamos la somatización como espacios de la historia que no pasaron por este proceso primario de simbolización, en el trabajo analítico se abre la posibilidad de hacerlo, se hace muy comprensible entonces que esto facilite la remisión sintomática.

Las infecciones urinarias, cuando su ocurrencia es alta, cursan con incontinencia y con mucha frecuencia también aparecen en mujeres al comienzo de la vida sexual activa. Esto último se explica medicamente por los cambios que implica; pero también el enfrentamiento de la sexualidad adulta puede despertar –como de hecho lo hace– unos “símbolos mnémicos” (fórmula que propone Freud en “Inhibición, síntoma y angustia” para los afectos) de unas excitaciones difíciles de tramitar en su primer tiempo. Para el caso que presento y el otro relatado brevemente, muy semejantes en sintomatología, fecha de inicio y otros elementos, el diagnóstico médico describe un funcionamiento orgánico anómalo que facilita la contracción de infecciones urinarias. Pero es este funcionamiento el que no tiene etiología conocida. Son trastornos funcionales, no implican daño, por el momento, en el órgano implicado, por lo que se puede plantear, recordando a Assoun (1989), que observamos al inconsciente que traza sus movimientos en el plano físico y al mismo tiempo en el plano significativo; significativo como lo que hace de continente a una posible significación incluso venidera (nachtraglich). Se trata de un “doble juego de los órganos”: un suceder orgánico y un “resto” incomprensible por el nivel orgánico (Assoun, p.17).

En 1925 al corregir Freud su concepción sobre la angustia anuncia que esta es “reproducida como estado afectivo siguiendo una imagen mnémica preexistente” (Freud, p.89). Para explicar esta preexistencia, dice, requiere internarse en el campo de la fisiología abandonando el de la psicología, pues los afectos en general son “unas sedimentaciones de antiquísimas

vivencias traumáticas, y en situaciones parecidas despiertan como unos símbolos mnémicos” (p. 89).

Me parece sugerente este paso del campo de lo psicológico al de lo fisiológico, pues pensado así parece referirse a que las vivencias traumáticas dejan unas “sedimentaciones” o sea, unas huellas mnémicas en el cuerpo. Son estas sedimentaciones (no solo las traumáticas) las que de hecho van haciendo del cuerpo orgánico un cuerpo físico, a un cuerpo también erótico (McDougall, 1998; Aulagnier, 1975).

Una interesante idea en esta misma línea, sobre el funcionamiento psicósomático, propuesta por Assoun, es que las neurosis actuales generan complacencia somática para las psiconeurosis: “presentan el material de excitación que a continuación se selecciona y disfraz psíquicamente”; eso nos parece el lugar mismo de lo *somático* dice Assoun (p.46). Esa posibilidad de pensar un lugar intermedio, indefinido aún, como decía anteriormente, de un paso fluido entre un nivel fisiológico y nivel simbólico del cuerpo erotizado.

En el caso de Raquel el evento traumático, evidentemente convoca en las hijas un síntoma en el duelo. Las niñas que no logran elaborar lo ocurrido reaccionan con un síntoma de un cuerpo angustiado. Lo que queda como unas “sedimentaciones”, son huellas inscritas en el cuerpo. De modo que al momento de ocurrir un evento apenas cercano –la separación de la madre de su segundo marido– que además fue el sustituto paterno para Raquel, reaparece el síntoma, con la misma forma “física” podríamos decir, si bien no la misma forma orgánica. Lo que resulta traumático ahora es la transformación de este padre cariñoso en hombre “libidinoso”. Este segundo momento del síntoma, asociado al despertar de unos símbolos mnémicos, de hecho da existencia al primer momento (la enuresis infantil). La madre pudo tener mucha razón cuando decía que Raquel se hacía pipí por imitar a la hermana. Efectivamente, bien pudo ser que siendo Raquel más pequeña aprovecha el ejemplo de su hermana como forma de cursar angustias-excitaciones inabordables y no simbolizables.

El primer momento sintomático podríamos decir que se facilita por identificación con la hermana; el segundo como adulta, facilitado por la complacencia somática y reforzado por el nuevo duelo, parece hacer pasar al síntoma inicial de una forma somática de tramitación de excitaciones a una tramitación que agrega complejidad con el paso a la representación cosa, en un cuerpo ya totalmente colonizado por el discurso. Será tarea del análisis el proceso secundario que haga pasar estas representaciones a representación-palabra, ofreciendo otra forma de integración de la experiencia del duelo, en este caso, para pensar y hablar de él.

## REFERENCIAS

1. Assoun PL (1977) Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y síntoma. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1998
2. Aulagnier P (1986) Birth of a Body, origin of a history. The International Journal of Psychoanalysis. Vol 96, N° 5, Octubre 2015
3. Chiozza L, Green A (1989) Diálogo psicoanalítico sobre psicósomática. Buenos Aires: Alianza Editorial, 1998
4. Freud S (1893 [1888-93]) Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. Sigmund Freud Obras Completas, T. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990
5. — (¿1894?) Manuscrito E. Sigmund Freud Obras Completas, T. I. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990
6. Freud S (1917 [1916-17]) 23° Conferencia. De los caminos de formación de síntoma. Sigmund Freud Obras Completas, T.XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990
7. — (1926[1925]) Inhibición, síntoma y angustia. Sigmund Freud Obras Completas, T. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990
8. McDougall J (1995) Teatros del cuerpo. España: Julian Jebenes (ed)
9. Rousillon R (2015) Simbolizaciones primarias y secundarias. [apuruguay.org/sites/default/files/rousillon-simbolizaciones-primarias-y-secundarias-trad-elena-errandonea.pdf](http://apuruguay.org/sites/default/files/rousillon-simbolizaciones-primarias-y-secundarias-trad-elena-errandonea.pdf). Recuperado el 16/07/16
10. Winnicott D (1930) Breve comunicación sobre la enuresis. Recuperado el 8/6/16 de: <http://ivan-diariopsicoanalitico.blogspot.cl/2009/11/breve-comunicacion-sobre-la-enuresis-d.html>



## REFLEXIÓN

# SOBRE EL CASTIGO Y LA MISERICORDIA EN LA REHABILITACIÓN DEL DELINCUENTE

(Rev GPU 2016; 12; 3: 326-331)

Arturo Vásquez Fuchslocher<sup>1</sup>

## INTRODUCCIÓN

Leo en “El Mercurio” del día 16 de noviembre de 2015: “Por décima tercera vez el menor conocido como ‘el Cisarro’ fue detenido tras participar del robo de un vehículo. Durante la noche de este domingo, vecinos de la comuna de Las Condes alertaron a seguridad ciudadana de un auto sospechoso que transitaba por calle Zanzibar Oriente. Debido a esto personal de Carabineros de la prefectura Andes llega al lugar y determina que el vehículo estaba encargado por robo. Al darse cuenta de esto los delincuentes huyeron iniciándose una persecución que terminó en Bilbao con Duqueco cuando los sujetos impactaron con la patrulla de seguridad ciudadana. Ahí se logró detener a cuatro hombres, tres menores de edad y un adulto. Entre ellos estaba ‘El Cisarro’”. Informa también el diario citado que el recuento de detenciones es repetida trece veces en la historia reciente de este delincuente.

El Cisarro –durante el proceso de rehabilitación– tenía ya 24 detenciones entre los 7 y los 11 años. Luego de iniciada la fracasada rehabilitación del Cisarro, “la primera respuesta del Estado fue someterlo a tratamiento psiquiátrico. Durante siete meses permaneció internado en una pieza con cámara de vigilancia y escolta de Carabineros en el Hospital Calvo Mackenna”... “El Cisarro no sólo destruyó por completo la pieza, los muebles y todo cuanto pudo, sino que además agredió a enfermeras,

médicos, y auxiliares que intentaron controlarlo”. (Nota personal de Jaime Arriagada C., ex Subdirector del Hospital Salvador).

Hubo un relativamente corto periodo –con uso de psicofármacos– en que pareció de algún modo rehabilitado. Sin embargo, *es obvio que nunca lo ha estado plenamente ya que las detenciones son con una periodicidad regular, y se mantienen hasta la actualidad.*

No es la idea abocarnos aquí al análisis puntual de este caso. Ni siquiera a la revisión –menos a la crítica– de los esforzados procedimientos que el Sename mantiene con los menores que recibe. Fácil es criticar sin estar en la acción concreta. Lo sé por mi profesión.

Hay otras tantas historias semejantes con centenares de delincuentes más. Lo anterior, siendo “pan diario” en Chile hace muchos años. Y va “in crescendo”.

Lo que quiero en este artículo es ir a ciertos principios generales que se transparentan detrás de las rehabilitaciones y del fenómeno de la delincuencia.

Para ello nos remontaremos primero a la visión espiritual sobre el castigo y la misericordia. Ello por la reconocida relevancia moral del cristianismo –y de otras visiones espirituales– en la historia de la humanidad.

## CASTIGO Y MISERICORDIA

Desde hace años que percibo una contradicción –a mi juicio muy importante– en el planteamiento de la Iglesia

<sup>1</sup> Psiquiatra. Mail: arturo.vasquezf@redsalud.gov.cl

Católica sobre la justicia, el castigo divino, y la misericordia. Tan es así que hace 10 años escribí un artículo: "Castigo, Perdón, Misericordia" (no publicado).

Leyendo un libro sobre "El Hermano de Asís", se me ha hecho la luz sobre la importancia de la adecuada comprensión de dichos conceptos teológicos –y su importancia en la contingencia del Chile actual–. Incluso recordando un episodio vivido hace poco, que reproduzco a continuación.

Hará unos dos o tres meses un sacerdote franciscano –de Argentina– hizo una prédica muy paradójica en la iglesia donde asistí a Misa aquel día. Era sobre la base de un evangelio particularmente abocado al castigo. Aquel en que Cristo habla de las ovejas y los cabritos (Mt 25, 31-46). Pero el planteamiento del homileta fue que "ese enfoque era una antigüedad". Que Dios no podía castigar jamás. En ninguna circunstancia. Ante tan absoluta negación de la carta *Salvifici Doloris* de San Juan Pablo II –y de múltiples pasajes del mismo Cristo en los Evangelios, para no hablar del Antiguo Testamento–, decidí abordarlo a la salida. Fue amable conmigo. En suma, me dijo: "hay dos teologías en la iglesia: la de Santo Tomás, y la Franciscana. Yo sigo la Franciscana".

Pues bien, en las páginas 230-231 del libro "El Hermano de Asís" de Ignacio Larrañaga (1), hay una anécdota que creo que esclarece por completo el origen de este error sobre la Justicia y la Misericordia.

"En breve, tres 'asaltantes de caminos' llegan donde están los franciscanos y pretenden apoderarse de sus víveres. Pero uno de ellos había sido soldado y 'los aporrea con un palo', emprendiendo la huida los delincuentes. Al llegar poco después el Hermano Francisco donde ellos, –estaba fuera del lugar mientras ocurrieron los hechos descritos– ve toda esta acción como equivocada. Se propone a sí mismo –pero finalmente ello es ejecutado por el mismo franciscano que los castigó– ir donde los asaltantes, pedirles perdón por el maltrato de que fueron objeto, y llevarles una rica comida en mantel blanco, –'hasta que estén hartos'–, suplicándoles en ese momento de rodillas que no asalten a nadie más. Lo anterior se ejecuta. Lo restante 'lo hará la misericordia de Dios'."

Efectivamente, "diariamente subían los ex bandoleros al eremitorio cargando leña a hombros". Francisco les lavaba frecuentemente los pies y conversaba largamente con ellos. Una lenta y completa transformación se operó en ellos. Hasta ahí una síntesis de lo que encontramos –de este episodio– en el acucioso libro del P. Larrañaga (†).

Sostengo aquí que el Hermano Francisco no se da cuenta de que ambas acciones dan el resultado. Así, la Misericordia es esencial –Dios venda la herida (Job

5: 17-18)–. Pero también Dios manda la herida (Job 5: 18-20) al comienzo (el apaleo que les dio a los bandoleros el Franciscano soldado).

Es absurdo pensar en vendar una herida sin que esta se encuentre realmente presente. Entonces, esta anécdota es esencial para entender el error de interpretación franciscana que ha debilitado a toda la Iglesia. Este tema –sobre la misericordia y el perdón– lo expongo más a fondo en el trabajo ya citado, aquí solo abordaré lo relacionado con el tema del título del presente artículo.

## DELINCUENCIA Y CASTIGO

Así, la postura sostenida por *algunos* sacerdotes de la Iglesia Católica –en el sentido de privilegiar solo la misericordia– ha teñido a los movimientos humanistas con el mismo error: se pretende reformar a los preadolescentes delincuentes en el Sename solo con consideraciones racionales sobre dificultades familiares; a veces ofreciéndoles un trato muy considerado y casi amoroso *sin que previamente asome el arrepentimiento en ellos*. Parece que se quiere dar a entender que la pena de estar privado de libertad breve tiempo –a veces nada– es castigo suficiente.

Digamos, en un paréntesis, que el planteamiento de la necesidad de arrepentimiento para obtener perdón es mayoritario en la Iglesia Católica. Esto es: la necesidad de que el perdón más genuino y verdadero se produzca luego de que emerja el arrepentimiento. Antes de eso, el perdón no cala profundamente en el sujeto. Este perdón igualmente es otorgado en la Confesión por el sacerdote; pero solo cuando se trata de faltas menores. Si son de mayor envergadura, muchos sacerdotes solicitan una restitución del mal –o el esfuerzo de hacerlo– antes de conceder el perdón. Si se restituye todo lo robado –por ejemplo– se considera plausiblemente aquella conducta, como un arrepentimiento.

Volviendo al castigo a los delincuentes, la necesaria disciplina –una forma sublimada del castigo, es decir, que la orden dada puede ser regulada a través de una sanción– es ignorado por los movimientos humanistas. Se llega al extremo de no castigar –aparte de la pena de reclusión–. Es necesario subrayar que este trato –que ignora el castigo imprescindible– ha fracasado por completo.

En el caso del Cisarro, si este destruía muebles –no importa la patología probable de Cuadro Limítrofe Oposicionista, que tuviera– pudo disciplinarse por ejemplo restringiendo alimentos, o bebidas. Ahí es bueno ser detallista: darle en la partida buenos almuerzos; si continuaba la conducta de agresiones decirle

que no recibiría sino ensaladas o alguna legumbre –o quizá una comida que rechazara algunas veces– hasta que cambiara su conducta. Hay ciertamente muchas otras posibilidades de “castigo no cruento”. Premio y castigo es un tema conocido que puede desarrollarse creativamente de modo personalizado.

Los menores delincuentes se ríen de estos intentos, digo, de aquellos que son sin sanciones. Yo los he escuchado reírse. De hecho, están tan acostumbrados al trato rudo y contradictorio –a veces caótico– que les han dado los padres, que resulta ridículo hasta para ellos ser tratados con tanta consideración. Lo anterior, entre muchos motivos, porque la madre los sobreprotege en sus expresiones delinenciales al mismo tiempo que en otras circunstancias sin relevancia los descalifica. Son lo que puede llamarse “madres criadoras de psicópatas”. Un ejemplo a la pasada, es que la madre “los eleve y los baje” –y en la infancia, por cierto, los golpee– cuando rompieron algún plato casualmente. Pero cuando roban algo –o agreden a alguien– es típico que la madre no diga nada, o los justifique. El padre, generalmente o es ya un delincuente también, o no lo es formalmente, pero en realidad lo es subrepticamente porque actúa de modo deshonesto en múltiples planos –típico es no trabajar y conseguir dinero obteniéndolo ya sea mendigando con certificados de enfermedades falsas, o bien obteniendo pensiones fraudulentas–; o no devolviendo el dinero que se le ha prestado, o estafando de diferentes maneras a familiares o conocidos.

Respecto de la perspicacia de muchos delincuentes, me impresionó una entrevista en la TV a un delincuente menor que era microtraficante de marihuana y otras drogas. Cuando le preguntaron por la legalización de la marihuana contestó claramente: “Lo digo yo, a pesar de que trafico... si la legalizan, se va a consumir tres veces más que ahora”. Ello muestra la lucidez de muchos de los delincuentes –saben la verdad–. Entonces, se ríen de los intentos de la sociedad por rehabilitarlos. Es que son intentos con “poco corazón”, inauténticos; cascarientos. “Intentos ridículos”, a juicio de ellos mismos.

Lo anterior porque ellos nos encuentran a todos nosotros inconsecuentes. Incluso casi como una comparsa de hipócritas. “Roban igual que nosotros, y nos quieren rehabilitar” –se dicen–. Al acusarnos de ese modo ellos están pensando: en las triquiñuelas para pagar menos impuestos; en las boletas de servicios no prestados; en los engaños de los carteles de empresas coludidas para no competir y cobrar más; en las coimas; en el pago injusto –por reducido y magro– de trabajos independientes realizados por cualquier trabajador, etc.

O sea, no piensan principalmente en los sueldos muy dispares y desproporcionados. Respecto de esta

afirmación, en nuevo paréntesis, recuerdo la anécdota en un programa político reciente en la TV. Un personaje político de alguna de las Cámaras del Congreso dijo: “de qué se extrañan de mi sueldo, Arturo Vidal gana mucho más y nadie dice nada”. A continuación –algún adolescente en twitter, o al ser entrevistado en la calle mostrando esa escena del programa–, comentó: “¡pero es que él se lo gana de verdad, pues!”. Es decir, los muchos adolescentes pobres que rodean a Sánchez y Vidal –dado sus orígenes– no cuestionan los montos de dinero que cualquiera pueda ganar; se cuestiona la forma de ganarlo.

Entonces, volviendo a los delincuentes, en mucho de lo expresado no les falta razón. La “consecuencia” es esencial para educar de modo realmente efectivo. Y ahí estamos todos –o la mayoría– en clara falencia. Se sabe desde hace mucho tiempo que el ejemplo educa mucho más que las palabras bien intencionadas. Cristo lo recalzó indirectamente con “la paja en el ojo ajeno y no la viga en el propio” (Lucas 6, 41-42). Claro, acostumbramos a dar consejos o a criticar sin mirar lo que nosotros hacemos en similares circunstancias.

Muchas veces usamos palabras vacías –que más bien pretenden exculparnos– para inculcar lo que pretendemos enseñar. En mi profesión está el ejemplo clásico de muchos padres que han querido “enseñar” a los hijos a dejar de fumar, pero... ellos fuman. Y podría multiplicar los ejemplos. Los hijos más inteligentes se ríen (literalmente) de estos padres inconsecuentes.

Ahora bien, es bueno dejar claro que la mayoría de los delincuentes son muy perspicaces e inteligentes. Se suele pensar –equivocadamente– lo contrario.

Otro punto es la responsabilidad del menor delincuente. Es cuestión de ver la desfachatez con que se retira la familia de algún menor asaltante desde el juzgado, haciendo –la madre generalmente, o alguna hermana– gestos obscenos a la cámara de TV. ¿Se castiga eso? Nada. ¡Hacer gestos obscenos a todo Chile por la TV, cuando se retiran con la “detención a domicilio” de algún menor asaltante, no tiene sanción!

Pero, resulta que sabemos que la responsabilidad frente al delito es ya una responsabilidad familiar. Claro, la familia “saca las castañas con la mano del gato”: “el gato” es el hijo delincuente. Los familiares no solo son responsables: incluso, con frecuencia, lo son más que el hijo. Y no hay legislación que contemple este detalle. Pero los detalles son muy relevantes en el tema de la sanción a la delincuencia.

No planteo aquí que se encarcele a la familia o semejante. Pero, por qué no una legislación que –por ejemplo– los obligue a ir a plantar árboles por un par de días, o a sacar basura de un vertedero ilegal, cuando

se agrede a los funcionarios del juzgado, a los gendarmes; o se hacen gestos obscenos. Claro que si no cumplen, debe contemplarse otras sanciones más radicales.

En lo judicial, la Ley de Delitos de Menores está elaborada con una convicción unilateral y errónea: se supone que la delincuencia tiene por causa principal –o única– la condición de indigencia de la familia. Se renuncia a mirar los ejemplos –aún mayoritarios– de familias igualmente pobres que aquellas en que se han generado hijos delincuentes, pero en que hay hijos –y padres– que trabajan honradamente.

Sostenemos que lo principal, en las familias de delincuentes, no es la pobreza.

En cambio, sí lo es la forma de relacionarse al interior de la familia; o el que los padres estuvieron ausentes; o el uso de drogas; o las relaciones viciadas por la deshonestidad y la manipulación; el odio y descalificación –y no la solidaridad y compañerismo– entre ellos; la desconsideración con los vecinos; la falsedad general de actitud. Y la inconsecuencia de padres que pretenden enseñar lo que ellos no practican, antes ya señalando. La falta de orientación moral-espiritual, o religiosa.

¡Hasta cuándo se generaliza desde factores estadístico-sociales sin mirar el interior de la estructura de cada familia! En el bulto, la estadística muestra relación entre pobreza y delincuencia. Pero dentro del bulto hay diferencias cualitativas esenciales.

No estamos afirmando que la pobreza no juegue ningún papel, pero no es lo más importante. O, mejor dicho, no se debe pensar que reparada la pobreza, automáticamente la delincuencia cederá.

Los países desarrollados tienen políticas disciplinarias muy estrictas –muchas veces criticadas– pero que funcionan. Estoy pensando en EE.UU. (“tolerancia cero”) y China (disciplina con penas muy radicales –incluso de muerte– a quienes delinquen en tráfico de drogas, o robos menores), a pesar de ser ideológicamente opuestos.

Así, en EE.UU. el cacareado “factor económico” estaba ya resuelto en gran medida. Y la delincuencia continuaba. Vino la “Tolerancia Cero” que en New York ha bajado los índices de modo muy notorio. En China siempre lo han tenido claro. La filosofía religiosa del I-Ching –muy conocido Libro de Sabiduría Taoísta y oráculo, el cual era “tirado con las varillas de milenrama” incluso por Mao Tse Tung para tomar decisiones difíciles–, siempre ha planteado la necesidad de recurrir al “rigor” en ciertas circunstancias, sin opción alternativa.

La Cábala judía pone en el mismo nivel “la misericordia” y “el rigor”. Son opuestos dentro del árbol de la cábala. Esto significa que la “Unidad” se produce cuando ambas polaridades juegan un rol. Tiene clara la

antigua tradición filosófico-teológica judía que uno sin el otro no funciona.

¿O acaso el mismo Cristo, ejemplo extremo de mansedumbre y misericordia, no tiró monedas y mesas de los comerciantes del templo, blandiendo un látigo de cuerdas? (*Juan 2, 13-25*)

Y claro, es evidente y conocido que la cultura no es solo “mayor escolaridad”. Es también “vida espiritual”, entendiendo por ella no solo la vida religiosa, sino la real humanización de las relaciones. Ello a través de los “buenos valores”, tan desacreditados en el mundo contemporáneo.

Así, lo espiritual está también en las relaciones sinceras, es decir, en que se expresa de corazón lo que se dice. En que no se “murmura” o se descalifica a quienes no están presentes. En que se tiene la humildad de reconocer errores, y no de culpar de ellos a los demás. En que se perdonan las ofensas de quienes nos han ofendido o nos han faltado –perdonar las fallas de los padres es esencial para ir después perdonando a los demás–. En que la envidia no predomina –“cazándonos” nosotros mismos concienzudamente las expresiones disimuladas de esta, presentes en casi cada uno–. También, en que no se impone a los demás nuestras ideas, dejando libre al otro –aunque se siga luchando por llevar adelante aquello en lo que se cree–. En donde se agradece a Dios lo que se tiene –aunque sea poco–. Y –lo más importante– donde hay caridad y ayuda a los otros.

El no ser pobre, ¿automáticamente me dará todo lo anterior? Es obvio que no. ¿La pobreza me quitará todos los defectos arriba señalados?, tampoco.

## DELINCUENCIA Y MISERICORDIA

Pero luego de la disciplina y/o del castigo de la cárcel, debe venir la Misericordia. Esta es la clave de que se produzcan logros reales en la rehabilitación de los delincuentes. El Hermano Francisco nos deja un ejemplo contundente de ello (ver páginas anteriores).

Así, la misericordia debe traducirse aquí en la Caridad. Concretamente en la rehabilitación, y en la forma que esta rehabilitación toma.

Entonces: ¡De una vez por todas construyamos cárceles dignas y suficientemente espaciosas para que no predomine el hacinamiento! Donde la cantidad de personas que asistan la Terapia Ocupacional a los presos –y a la vida espiritual de los reos–, sea suficiente. Atender presos –violentos, desconsiderados– es enormemente desgastador. Lo será menos si los Gendarmes tienen espacios propios agradables. Espacios físicos y de autocuidado.

Pero lo principal es que el número de profesionales gendarmes, terapeutas ocupacionales, psicólogos, psiquiatras, asesores espirituales de las diferentes religiones, sea el necesario. Ese sí es un gasto justificado para un gobierno. Para poder abarcar los detalles necesarios, es decir, para personalizar los tratamientos, es necesaria una cantidad mucho mayor de profesionales.

El gasto en cárceles es indispensable. No para tenerlos ahí reclusos sino para rehabilitar en buena forma a los delincuentes.

También sugiero que hagamos tres o cuatro teletonnes dedicadas a este fin.

Efectuar lo anterior ya empieza a ser misericordia. Los presos aceptarán los castigos de mejor modo –¡que la mayoría de los reos entienden merecidos! Es lo que he escuchado en la atención de reos que me toca realizar–. Lo aceptarán mejor, porque verá el reo la intención organizada de rehabilitar.

Quizá no seremos capaces de la enorme humildad de San Francisco de lavarles los pies a los reos. Pero podemos tenerles un mejor lugar del cual no tengan ya tantas –y justificadas– ganas de escaparse.

## CONSIDERACIONES FINALES

Una última cuestión en torno a los diagnósticos y a la delincuencia.

Ya los psiquiatras hemos aprendido a separar la patología de la delincuencia propiamente tal. Para ponerlo en términos muy simples: Un paciente con esquizofrenia puede delinquir robando. Pero, por supuesto, otro paciente, con el mismo diagnóstico y con iguales o peores síntomas, no robará.

Por ello, la imputabilidad *no nace solamente del diagnóstico*, sino de la conducta específica. Lo mismo ocurre con la violencia.

Pero, del mismo modo, la inversa debe ser cuidadosamente examinada: Claro, la etiqueta diagnóstica soluciona engañosamente el problema; la misma etiqueta no da iguales personas. Un trastorno limítrofe opositor puede ser muy diferente de otro trastorno igual. Uno delinquirá, el otro no, como adelantamos en el ejemplo anterior. Entonces, no debe pensarse que con el diagnóstico psiquiátrico y la indicación del fármaco tenemos el problema resuelto.

De hecho, lo psicológico psicodinámico y estructural familiar tiene más relevancia que la etiqueta diagnóstica –que generaliza excesivamente–.

También, la desconsideración con el otro no es propia de la mayoría de las patologías mentales.

Es propia principalmente de las psicopatías. Cuando el psicópata se inclina al delito, el psiquiatra Armando

Roa (†) hablaba de Sociopatías. Estas últimas equivalen a los delincuentes.

La distinción entre el psicópata puro y el sociópata tiene en este caso cierta relevancia. Lo amoral está más comprometido –y consolidado– porque el delinquir es considerado un verdadero “trabajo” por el sociópata. Ya no hay trazas del cuestionamiento moral.

Las psicopatías pueden ser definidas como sigue –condensado desde el CIE-10, y DSM-4–. Son las de personalidades actualmente denominadas antisociales en el DSM-IV, y “disocial” en el CIE-10 arriba ya citado. El tipo de personalidad descrito para ambas está caracterizado (resumido de ambas fuentes) por: cruel despreocupación y falta de empatía por los sentimientos de los demás; deshonestidad indicada por mentir repetidamente; incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo; impulsividad; marcada predisposición a culpar a los demás, y a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo; baja tolerancia a la frustración; despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales; falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación de haber dañado, maltratado o robado a otros.

En la descripción se señala la incapacidad de aprender del castigo. Añadamos de inmediato que justamente el modo caótico en que le castigaba la madre y/o el padre deja dicho remanente. Pero –durante la rehabilitación– si al castigo sucede la misericordia, es decir, la consecuencia entre buena conducta y el levantamiento posterior de la sanciones, incluso con “el regalo” de darle atención personalizada de diferentes formas al delincuente, se re-aprende –por el delincuente– lo antes dañado en su aprendizaje en la historia en la familia de origen. Y se puede producir el milagro constatado en el relato de los franciscanos.

## EPÍLOGO

Se puede resumir todo lo anterior diciendo: sectores de la Iglesia Católica han ido demasiado lejos al plantear –al modo de la teología franciscana– una misericordia unilateral. Es decir, donde se prescinde del “dolor salvador” de una herida necesaria. Si se lo piensa bien, hasta “el infinito dolor del mismo Cristo en la Cruz” queda desacreditado tras esa misericordia famélica, por la prescindencia de su opuesto vitalizador: el castigo.

O, en una mirada más directa, es el “dolor” –el de Cristo, en su extremo– que merece su redención. Ese “dolor” lo da un castigo bien aplicado, siempre y cuando después ayudemos a “vendar la herida” (obviamente, no se habla aquí de castigos físicos).

Claro que la Misericordia es mayor que la Justicia –con Cristo, ya que él pagó por nosotros– pero no anula la necesidad de los *Salvifici Doloris* presentes a cada instante en la vida de cada uno de nosotros los seres humanos. Con ellos podemos medir el dolor que sufrió nuestro Cristo –siempre mayor y más injusto que cualquiera que podamos sufrir nosotros–. ¿Por qué más injusto? Porque Cristo tenía una santidad que nadie de nosotros puede ostentar. Era “el Santo de los Santos”. Solo vino a hacer el bien, y pese a ello lo escupieron, lo insultaron, lo golpearon, y lo mataron. Midamos la situación poniéndonos en su lugar aunque solo sea por un momento: ¿qué espero yo frente a una injusticia sufrida? –“injusticia” que será siempre menor que la de Cristo, ya que al suponerme pecador “merezo” de algún modo lo que me viene ocurriendo–. Lo que “espero” es esa “justicia inmanente” que me compense.

Esa “justicia inmanente” es la Justicia Divina, que muy en el fondo todos esperamos –incluso los que son muy ateos–. Pues bien, hasta esa justicia se le negó a Cristo. Si tenemos dolores, recordarlo ya nos alivia.

Busquemos entonces reproducir –en la justicia que aplicamos con los delincuentes– lo aprendido en el sacrificio de Cristo. O sea, intentemos lograr el milagro logrado por los Franciscanos con los delincuentes que quisieron asaltarlos.

## REFERENCIAS

1. El Hermano de Asís. Ignacio Larrañaga. Ed. Paulinas, 429 páginas, 2ª edición. Madrid 1980
2. Biblia de Jerusalén
3. I-Ching
4. Cábala Judía
5. Carta Apostólica “Salvifici Doloris”. 11 de Febrero de 1984. Juan Pablo II



