

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 4 DICIEMBRE 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 un 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

---

## 338 EDITORIAL

- 338 LA UNIDAD MENTE/CEREBRO EN LA PSIQUIATRÍA  
CONTEMPORÁNEA  
*Alberto Botto*

## 340 OBITUARIO

## 341 ESCRÍBANOS

- 341 EN NOMBRE DE LA INFANCIA  
*Susana Cubillos Montecino*

## 343 ACADÉMICAS

- 343 DOCTORADO EN PSICOTERAPIA

## 344 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

## 346 COLUMNAS DE OPINIÓN

- 346 LA MEMORIA Y EL TIEMPO  
*Hernán Villarino*

## 348 REVISIÓN

- 348 MARIHUANA, PSICOSIS Y ESQUIZOFRENIA  
*Felipe Marín Bahamondes*
- 353 CONTRIBUCIONES Y CONFUSIONES DE LA ESPIRITUALIDAD EN  
SALUD MENTAL  
*S. Gallego, F. de los Bueis, S. Prats, A. Ortega-Verdaguer, P. Antonín,  
M. Serra, C. Rossy, A. Revuelto, E. Ciudad, M. Álvarez-Segura*
- 359 APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA DE FORMULACIÓN CULTURAL  
DEL DSM-5  
*Saúl Gómez H., Valeria Astete I., Bárbara Infante V.,  
Carolina Muñoz M., Ramón Florenzano U.*

## 365 ENSAYO

- 365 ACCIÓN EN LAS CIENCIAS SOCIALES  
*Patricia Cordella*
- 374 BREVES REFLEXIONES SOBRE EL "OTRO" FREUD  
*Jaime Boetsch*
- 380 ELLO, SUEÑOS Y AGRESIÓN  
*David Ceballos*

## 391 PSICOANÁLISIS

- 391 LITERATURA Y PSICOANÁLISIS EN LOS ESCRITOS DE SIGMUND  
FREUD. TERCERA PARTE: EL CREADOR LITERARIO COMO OBJETO  
DE ESTUDIO PSICOANALÍTICO Y LA TRANSFERENCIA A LA  
LITERATURA  
*Juan Pablo Vildoso*

## 398 NEUROBIOLOGÍA

- 398 EL ROL DEL SISTEMA OPIOIDE ENDÓGENO EN LA CONDUCTA DE  
APEGO: EVIDENCIA EN PRIMATES Y HUMANOS  
*Yamil Quevedo*

## 406 SALUD MENTAL

- 406 PSICOTERAPIAS EN LA RED COMUNITARIA DE ATENCIÓN A LA  
SALUD MENTAL  
*Alberto Fernández Liria, Beatriz Rodríguez Vega*

## 413 INVESTIGACIÓN

- 413 SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA EN ADOLESCENTES CHILENAS  
HETEROSEXUALES Y HOMOSEXUALES  
*María José León, Sergio Chaigneau, Pilar del Río, Juliana Rodríguez*

## LA UNIDAD MENTE/CEREBRO EN LA PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA

Alberto Botto

Si a un médico que esté finalizando sus estudios de especialidad, por dar un ejemplo, en cardiología, se le pregunta en un examen acerca de la naturaleza de su objeto de estudio, es decir, el corazón y los vasos sanguíneos, seguramente le faltarán minutos para describir la fascinante anatomía y fisiología del aparato circulatorio. Además, es probable que la respuesta sea bastante acertada puesto que luego de al menos tres años de estudio es difícil que el examinado no se haya familiarizado con aquello que fue el centro de sus investigaciones. ¿Pero qué pasaría si un médico recién formado en psiquiatría fuera interrogado en su examen final acerca de la mente humana? Temo que la respuesta sería bastante menos clara e imagino al joven candidato sumido en múltiples cavilaciones a la hora de formular una definición consistente y precisa como la que podría dar el especialista en cardiología. ¿No resulta paradójico que los psiquiatras y psicoterapeutas trabajemos sobre algo que no podemos definir? Lo cierto es que hasta hoy no existe un consenso respecto a qué es la mente o la conciencia. Más aún, tampoco existe un acuerdo respecto a si aquello que llamamos *mente* es el objeto de estudio de la psiquiatría. Incluso algunos podrán argumentar –con buenas razones– que la afirmación anterior adolece de faltas en su formulación ya que la mente no es un objeto ni tampoco la materia de estudio de la psiquiatría. Para muchos el objeto de estudio de la psiquiatría es el cerebro, llegando a afirmar, en consecuencia, que todas las enfermedades mentales son en realidad enfermedades cerebrales. Es así como un ambicioso proyecto de investigación que busca construir un nuevo marco para la clasificación de las enfermedades mentales llamado Research Domain Criteria (RDoC) ha

encontrado su fundamento justamente en esta premisa (Insel *et al.*, 2010).

El estudio de la naturaleza de la mente humana y su vinculación con el cerebro se puede resumir en el denominado “problema mente-cuerpo”, que desde la antigüedad ha sido formulado de diversas maneras partiendo por el cuestionamiento acerca de la existencia del alma o el espíritu y su relación con el mundo de la materia. Rene Descartes (1596-1650) es, sin duda alguna, uno de los filósofos más importantes del pensamiento occidental. A él se le atribuye haber sido el fundador de la moderna subjetividad. Descartes planteó que el mundo está constituido por dos tipos de cosas o sustancias claramente distintas y que no pueden ser reducidas la una a la otra: la sustancia material (*res extensa*), que es parte del mundo físico y que puede medirse puesto que tiene longitud, anchura y profundidad, es decir, una extensión; y la sustancia pensante (*res cogitans*) que está constituida por el alma, las ideas, el pensamiento y la mente.

Desde entonces la solución al “problema mente-cuerpo” puede sintetizarse en dos grandes concepciones. Por un lado están las *monistas*, que sostienen que en el mundo solo existe un tipo de cosas, sean estas físicas (*materialismo*) o mentales (*idealismo*), y por otro lado están las *dualistas* que plantean la existencia de dos tipos de “realidades” coexistentes: una física y una mental. Entre ambas posturas (la monista y la dualista) han surgido otras como el *epifenomenalismo* (los estados mentales son producidos por eventos físicos, pero no tienen ningún efecto sobre estos), el *panpsiquismo* (todas las cosas materiales tienen asociadas propiedades mentales, esto es, algún grado de conciencia) o la más conciliadora del *monismo de doble aspecto* (una

misma cosa puede ser descrita utilizando términos físicos o mentales, lo que conduce a un *monismo ontológico* y un *dualismo epistemológico*).

El reconocido y polémico filósofo de la ciencia Mario Bunge defiende la tesis de la *identidad psiconeural* (Bunge, 2015), un derivado del monismo materialista, según la cual todos los procesos mentales son procesos neurológicos (distinto al epifenomenalismo que sostiene que la mente es un producto del cerebro, es decir, algo separable de aquello que lo originó). Para Bunge, la identidad psiconeural significa que la mente no es un *producto* ni un *efecto* del cerebro, sino solo *lo que el cerebro puede hacer*. A partir de esta idea se puede inferir –tal como efectivamente lo hace el propio Bunge– que las enfermedades psiquiátricas son enfermedades cerebrales y que, por lo tanto, debieran clasificarse en términos neurobiológicos, lo que se acerca mucho a la propuesta del RDoC. Evidentemente esta afirmación es bastante arriesgada y poco rigurosa ya que desconoce no solo la relevancia del diagnóstico fenomenológico sino que a la mente como un campo causal legítimo, transformando la *psicopatología* en una reducida *fisiopatología*. ¿Cuál sería, entonces, la diferencia entre la neurología y la psiquiatría? ¿Dónde queda la experiencia subjetiva? De hecho, la manera en que el cerebro da origen a la experiencia subjetiva o los mecanismos mediante los cuales el funcionamiento neuronal produce los fenómenos mentales constituye, según David Chalmers, el “problema difícil” de la neurociencia. Sin embargo, este enfoque unidireccional “del cerebro a la mente” le ha restado importancia al hecho de que los estados emocionales y, en consecuencia, la mente, también pueden provocar modificaciones en el sistema nervioso central. ¿Cómo, si no, podría explicarse el movimiento voluntario de una extremidad? ¿Mediante qué procesos el deseo de emprender una caminata –su imagen mental– se transforma finalmente en el acto físico de la marcha? Probablemente el ejemplo más impresionante se encuentre en los efectos que la privación emocional y el trauma tienen sobre el cerebro del

niño en desarrollo (Heim, Shugart, Craighead y Nemeroff, 2010). Las consecuencias del abandono y el abuso infantil sobre el sistema nervioso central muestran de manera inequívoca que la mente y los estados subjetivos también pueden producir cambios tanto en la estructura como en la función del cerebro. Los síntomas conversivos o el estrés postraumático son otro ejemplo del impacto que los estados emocionales tienen sobre el sistema nervioso central. Y lo mismo podría decirse sobre los efectos biológicos de la psicoterapia (Botto, 2016).

Por lo tanto, así como la digestión es un proceso que depende del funcionamiento del sistema digestivo, la mente no es una cosa que pueda definirse claramente sino un proceso vinculado con la particular organización de las células nerviosas que conforman el cerebro y que interactúan con el ambiente. En consecuencia, es posible plantear que los estados mentales efectivamente *son* estados cerebrales. Sin embargo, dada la bidireccionalidad de la relación mente-cerebro, es necesario considerar tanto los procesos que van “del cerebro a la mente” como aquellos que van “de la mente al cerebro”. Mediante esta concepción no solo se relativiza el supuesto “problema” sino que se supera el dualismo al constatar que finalmente el cerebro y la mente forman una unidad indivisible, íntimamente codeterminada.

## REFERENCIAS

1. Botto A (2016). El psicoterapeuta como neurocientífico. ¿Hacia un nuevo paradigma? Escorzo. Ensayos sobre psiquiatría y psicoterapia, pp. 243-268. Santiago de Chile: Sodepsi Ediciones
2. Bunge M (2015). El problema mente-cuerpo. Materia y mente. Una investigación filosófica, pp. 257-281. Pamplona: Laetoli
3. Heim C, Shugart M, Craighead WE, Nemeroff CB (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Dev Psychobiol*, 52(7), 671-690
4. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, ... Wang P (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751

## OBITUARIO



JORGE EDUARDO RIVERA CRUCHAGA

Jorge Eduardo Rivera Cruchaga falleció el 23 de Enero del presente año a la edad de 90 años. Tuve la fortuna de escribir un homenaje a su persona y una reseña de su trabajo filosófico en esta revista (GPU, 11; 3: 230-237) en el mes de septiembre de 2015. No repetiré lo allí dicho, pues está al acceso de quienes se interesen por su vida y su obra. Lo que sí deseo expresar es mi profunda tristeza. Fuimos amigos, conocí de su vida, de sus afanes y de sus reflexiones; admiré su capacidad de expresión lingüística en diversos idiomas, su convicción religiosa –a pesar de no ser yo una persona religiosa en ningún sentido– y su talento docente ejercido a lo largo de toda su vida. Pero también discrepé en materias filosóficas, y en especial, en aquellas referidas al pensamiento de Martin Heidegger. Me sentí con el derecho de discrepar, aunque dudo que exista alguien que haya conocido mejor al filósofo alemán. Su traducción de la obra capital de Heidegger “Ser y Tiempo” desde el alemán al castellano, en mi percepción, es magistral. ¿Cómo tuve la osadía de disentir? Porque con él, esa palabra no era aplicable: no eran discusiones, sino conversaciones auténticas, en las que el tema no era ni yo ni él, ni tampoco Heidegger. El tema era acerca de lo que ocupó y conmovió a Heidegger durante toda su vida: el sentido del Ser. Los años dan la capacidad de sentir nostalgia, que siempre es de aquello bueno, irremediablemente ido. Yo tengo nostalgia de los momentos vividos con él y no puedo dejar de sentirlo como parte de un grupo de personas a las que amé y con las cuales me sentí con la inefable felicidad de la reflexión compartida. Y deseo nombrarlos: Max Letelier, Armando Roa, Félix Schwartzmann, Humberto Giannini y Hugo Miller. Todos ellos ya no existen, pero están presentes y lo estarán en mí, profundamente, mientras yo exista.

CÉSAR OJEDA



# ESCRÍBANOS

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



## EN NOMBRE DE LA INFANCIA

“Enfrentando el riesgo biopsicosocial en la infancia: necesidades clínicas para la prevención temprana en salud mental” fue el título del póster presentado por el equipo de la neonatología del Hospital San José en la 40ª Reunión Internacional de la Sociedad para la Investigación en Psicoterapia realizada en Santiago en el año 2009. El trabajo mostraba resultados en cambios culturales protectores, y prevalencias de vulnerabilidad emocional en familias de recién nacidos hospitalizados, condicionantes de rezago para su desarrollo. Como da cuenta el libro de resúmenes de tan interesante evento de intercambio académico y clínico, la proporción de actividad en torno a la infancia alcanzó el diez por ciento del programa. Respecto a los contenidos, lo novedoso relevaba los avances tecnológicos que permitían acercarse en tiempo real a las interacciones de las madres con sus bebés y también con los terapeutas. Podríamos ahora comprender mejor los delicados pliegues del apego y mejorar las intervenciones para favorecer el desarrollo de un vínculo de apego seguro.

Desde los lineamientos del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo y en el escenario de los avances en materia de apego, nuestra propuesta clínica ha sido indagar en las condiciones de posibilidad para que ocurra la esperada vinculación, estudiando la

subjetividad, las condiciones emocionales y ambientales de la madre, que incluyen al padre y la realidad de la relación de pareja que viven los progenitores. Véase Rev. GPU 2012; 8; 2: 202-214.

Los primeros resultados de nuestras exploraciones clínicas nos alertaron sobre situaciones de extrema complejidad y de altísimo riesgo que enfrentan los hijos e hijas de madres y padres toxicómanos, por lo que intentamos estos años avanzar en mitigar el riesgo intentando poner a su alcance tratamientos para la rehabilitación. Frente a las dificultades de acceso a estos tratamientos para las mujeres con su bebé recurrimos a la protección de los derechos de niños y niñas a través del sector justicia con recursos de protección a la infancia y, además, agilizamos las medidas de anticoncepción de acuerdo con el mandato preventivo. Otro resultado del estudio es la visibilización de condiciones de descuido y abandono de un porcentaje significativo de mujeres jóvenes, con muy baja escolaridad y evidente privación sociocultural, entre las que se ubicaban las hijas de toxicómanos-as que habían vivido negligencia y crecido en hogares protegidos, encontrándose ahora de regreso al mismo entorno familiar del que habían salido y con uno o más niños-as a su cargo.

En el proceso, los equipos hemos corroborado que un subgrupo de mujeres toxicómanas fueron niñas con discapacidad cognitiva, quienes no pudieron avanzar en su desarrollo por falta de intervención oportuna y adecuada, padeciendo

discriminación, violencia, marginación e impacto emocional consiguiente. Para ellas, el grupo consumidor resulta el espacio de pertenencia donde la identidad integradora la concede la sustancia, sin discriminación. Hoy, intentando reconstruir canales de intervención intersectorial para disminuir los riesgos de estas madres y sus bebés, enfrentamos vacíos en los sistemas de atención donde los esfuerzos encuentran sus límites.

Gracias al compromiso entusiasta del experto Dr. Martín Arcila, en su breve paso por la dirección del equipo de estabilización de adicciones (SETA) del Instituto Psiquiátrico Horwitz, y a la colaboración de la E.U. Sra. María Ríos, hemos avanzado en establecer redes locales para la acción coordinada.

En esta búsqueda nos informamos que las autoridades sanitarias deslindaron su alcance en materia de drogas traspasándolo al Ministerio del Interior, y la discapacidad intelectual, por otra parte, al sector educación. Desmembradas las responsabilidades y los recursos técnicos disponibles, vemos que existen Guías emanadas desde un nivel central lleno de buenas indicaciones, además de mandos medios cuya tarea se limita a recoger registros de acciones para construir indicadores estadísticos, y luego un gran vacío de equipos clínicos y recursos para la acción directa. En el área norte la unidad SETA mencionada no dispone de camas para la internación de mujeres gestantes o púerperas, y desconocemos cuáles evaluaciones de resultados

---

manejan los expertos, sobre efectividad de tratamientos efectuados por prestadores externos de rehabilitación en drogas, existiendo un vacío de desarrollo en programas especializados para este grupo de enfermas. Esta fragmentación de programas y recursos significa que no haya, así, salud para ellas ni para estos infantes.

Hace unos días falleció una menor de once años en un hogar del SENAME. Dicen que tenía, entre otros problemas, una discapacidad intelectual que no le permitió integrarse.

En estos siete años de trabajo del equipo Chile Crece Contigo del Servicio de Neonatología del Complejo Hospitalario San José se han conocido dos muertes de

mujeres toxicómanas con estas características, totalmente abusadas y violentadas. De los niños... desconocemos su destino. De cifras exactas no disponemos, por pertenecer a un equipo que es clínico y que reclama de las autoridades la revisión de las responsabilidades sanitarias que les caben.

SUSANA CUBILLOS MONTECINO  
Otoño 2016

Postulaciones abiertas  
hasta el viernes  
14 de octubre  
a las 13:00 hrs.

Doctorado en

# Psicoterapia

Más Información aquí

i

Karla Romero A., Secretaria Docente  
Secretaría de Programas de Grados Académicos  
(56-2) 29789589  
karlaromero@med.uchile.cl

Escuela de Postgrado (Pabellón F, 3º piso),  
Facultad de Medicina, Universidad de Chile  
Av. Independencia 1027, Independencia,  
Santiago de Chile



UNIVERSIDAD DE CHILE



Acreditado  
CNA-CHILE  
5 Años  
(Jul 2012-Jul 2017)



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

## 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



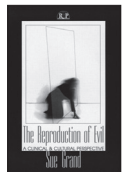
### PRINCIPIOS CLÍNICOS EN PSICOTERAPIA RELACIONAL

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



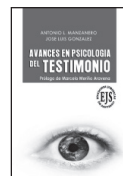
### PSIQUIATRAS CHILENAS: PIONERAS EN LA LOCURA

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



### CEROCEROCERO

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



### MELANCOLÍA

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



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

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



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

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



### LA PLASTICIDAD EN ESPERA

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



### HISTORIAS DE PSIQUIATRAS. TESTIMONIOS DE PSIQUIATRAS CHILENOS

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



### EMPATÍA CERO. NUEVA TEORÍA DE LA CRUELDAD

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



### LECTURAS AL ATARDECER: OCHO TEMAS ACERCA DEL ENVEJECIMIENTO

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



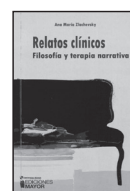
### FRITZ PERLS EN BERLÍN (1893-1933). EXPRESIONISMO, PSICOANÁLISIS, JUDAÍSMO

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



### LEER AL ENFERMO. HABILIDADES CLÍNICAS EN LA FORMACIÓN PSIQUIÁTRICA

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



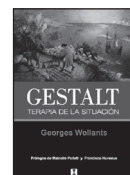
### RELATOS CLÍNICOS: FILOSOFÍA Y TERAPIA NARRATIVA

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

Esta Sección tiene como objetivo publicar opiniones breves sobre temas psiquiátricos, psicológicos, artísticos, políticos, etcétera. Esperamos lograr un interesante intercambio de opiniones con esta modalidad.

# LA MEMORIA Y EL TIEMPO

(Rev GPU 2016; 12; 4: 346-347)



**Hernán Villarino**

Ahora estoy viendo este lápiz pasta. También lo vi ayer, y antes de ayer, en fin, desde que lo compré lo veo diariamente, es decir, lo percibo. Pero el lápiz que veo y el que recuerdo parecen ser el mismo. Tienen la misma marca, forma y color, y el uso diario aún no me permite notar la lenta disminución en la carga de tinta, por eso digo que son el mismo, aunque en realidad, como algo lo he gastado, no son idénticos. Pero si son o me parecen el mismo lápiz, ¿por qué digo que a uno lo percibo y al otro lo recuerdo? Percibir y recordar son dos cosas distintas: ¿en qué consiste su diferencia si digo que en la percepción y en el recuerdo veo lo mismo?

Estas preguntas que la humanidad se ha hecho desde siempre (Aristóteles las expuso en su tratado de Física y Agustín en sus *Confesiones*), son hoy materia para la neurobiología. Al percibir, dice más

o menos esta joven y prometedora ciencia, se activan ciertas neuronas, redes y centros, pero al recordar se activan otras. Ahora veo el lápiz, los centros perceptivos están activos, pero simultáneamente recuerdo haber visto antes el mismo lápiz, luego también están activas las neuronas del recuerdo. La percepción, el presente, se activan aquí y el recuerdo allá, por lo tanto, ahora mismo y simultáneamente hay distintos lugares activados del cerebro, unos percibiendo y otros recordando el mismo objeto. Aquí, en algún lugar del cerebro, unas neuronas me indican lo presente, pero un poco más allá hay activadas otras que me indican lo pasado, es decir, el problema del tiempo se ha transformado en uno de espacio. ¿Esto responde la pregunta por el tiempo, el pasado y el recuerdo? Antes de la intervención de la neurociencia teníamos un enigma, ahora tenemos un absurdo. El

lápiz percibido y el recordado son el mismo objeto; la única diferencia es la referencia temporal, pero el tiempo no es el espacio, y de puras diferencias de lugar en el cerebro, ¿cómo establecer diferencias temporales?

¿Qué es el tiempo? Según la neurociencia, es el lugar de actividad de neuronas o redes neuronales que están activas en el presente, porque es ahora que recuerdo lo pasado. Pero entonces, ¿cómo es que aluden al pasado si el objeto percibido del recuerdo está en el presente? ¿Y cómo es que distingo entre percepción y recuerdo, cuando los objetos de la una y del otro son los mismos y ambos están en el presente? ¿Cómo es que no nos hacemos un lío y podemos del mismo objeto predicar con claridad y sin ningún error que ahora mismo lo percibo y que ahora mismo lo recuerdo? Ahora bien, yo recuerdo que vi el lápiz ayer, antes de ayer y así hasta hace un mes

atrás. Como recuerdo haberlo visto cada día, ¿hay un solo recuerdo del lápiz, o muchos? ¿Cada día tiene su impresión en el cerebro y deja su propia engrama? Pero no solo lo he visto cada día, sino que en cada día lo he visto muchas veces, desde esta posición o desde esta otra, con esta luz o con esta otra (que le comunica diversos matices al color que tiene), lo he visto aquí y allá, etc. ¿Cada avistamiento es conservado en el recuerdo? ¿Cómo no revienta el cerebro almacenando una información al mismo tiempo infinita e inútil como la que tiene que conservar para poder recordar un simple lápiz?

El tiempo neurobiológico, dijimos, es espacial, es un lugar de actividad cerebral, pero también, y por lo mismo, es subjetivo, quizá una sensación, como un dolor de muelas p. ej. Lo recordado, el objeto recordado, sin duda que es subjetivo, lo recuerdo como un recuerdo mío, no de ningún otro, y si yo no lo cuento nadie sabe que lo recuerdo. Pero el tiempo, aquello a lo que alude el recuerdo, ¿es también subjetivo? ¿Corre y pasa el tiempo solo para mí? ¿Lo puedo anular como a un dolor? Si puedo acallar un dolor, ¿por qué no podría librarme del tiempo como de tantas otras sensaciones desagradables? Así como hay pastillas que nos devuelven la alegría de vivir, ¿no debemos esperar otras que nos curen del tiempo?

Pero no, no es verdad que se pueda aniquilar el tiempo, y quizá la industria farmacéutica ha encontrado aquí su límite, porque el tiempo no es una sensación ni un sentimiento: es objetivo. El cerebro tiene memoria, por eso aprehende y conoce la objetividad del tiempo compuesta de un pasado objetivo (que recuerdo mejor o peor), de un presente objetivo (que me enfrenta) y de un futuro objetivo (que aguardo). Ahora bien, el pasado ya no es, es decir, es nada,

el futuro todavía no es, también es nada, y el ahora es un perpetuo desmoronarse, no es un ser sino un dejar de ser. ¿Dónde, entonces, está la objetividad del tiempo si detrás del término tiempo no hay nada? No hay ningún objeto, ningún ente llamado tiempo, porque a lo que así llamamos está hecho de nada y de algo, el instante, cuya esencia inasible es un pasar y dejar de ser. En realidad, no hay ningún tiempo objetivo. Mejor volvamos atrás, el tiempo parece ser realmente subjetivo, pero así entendido es un absurdo no menor que tenerlo por objetivo. El tiempo no es objetivo ni subjetivo, este tipo de distinciones no sirven para hablar de él. Pero entonces, ¿cómo debemos hablar del tiempo?, porque lo que parece evidente es que a pesar de todo no es una nada.

Si el futuro ni es ni ha sido, es decir, es absolutamente nada (y nadie puede decir que ahora o algún día será algo), ¿cómo es que el cerebro puede conocerlo si conocer nada es una nada de conocimiento? Pero parece que algo sabe de él, lo espera y se afana por que sea así y no asá. No obstante, es más fácil postular centros de la memoria que del futuro, porque aquella retiene lo que ha sido real; en cambio ¿cómo podría haber neuronas del futuro cuando de él nadie ha tenido nunca ninguna experiencia? Quizá para salir del paso en este enredoso asunto todo consista en dar con el nombre justo, y un buen nombre es el de neuronas, centros o redes de expectativa. Pero, aunque ese nombre nos deja muy tranquilos y ahora todo ha de ser buscar esas dichas redes a través de experimentos muy bien diseñados ¿cómo podríamos tener expectativas si no sabemos ya, si no conocemos *a priori* el futuro? Del mismo modo, ¿cómo podríamos tener memoria si no sabemos ya, *a priori*, del pasado, y en ambos

casos de la existencia y realidad del todo del tiempo que bien visto es una nada?

La solución podría venir de un centro temporal único, un reloj y un calendario cerebrales que informaran del tiempo en segundos, minutos, semanas, etc., dividido a su vez en subcentros del pasado, del presente y del futuro. Pero a este centro temporal le caben las mismas objeciones realizadas a un centro del recuerdo o del futuro. Además, hay en todo este asunto una circularidad insoluble. Yo no podría, p. ej., disponer las cosas recordadas en el pasado si no tuviera previamente y *a priori* una noción del tiempo, pero no puedo tener ninguna noción del tiempo si no he conocido ya el pasado como pasado.

El tiempo, dijimos más atrás, no es un asunto físico ni psicológico, no es objetivo ni subjetivo, pero sin su noción, o su vivencia, es imposible tener y conocer algo físico o psicológico. Del tiempo cabe decir que excede de ambos, es más bien su condición de posibilidad; misteriosamente lo abarca y lo determina todo. Pero entonces, el cerebro, al decir de Heidegger, es intratemporal, y en él es imposible hallar el tiempo original y el origen del tiempo con los que ya siempre cuenta. La neurociencia escamotea el problema, todo lo subjetiviza, también al tiempo. Habla de centros y lugares neuronales, distingue esta memoria de esta otra, etc., pero en cualquier clasificación de la memoria siempre tiene ya que estar supuesto el tiempo. No es la memoria la madre del tiempo, sino el tiempo el padre de la memoria. Leyendo los estudios neurocientíficos en estas materias no se puede dejar de recordar al médico de Racine, aquel que cuando le preguntaban cómo es que el opio dormía, respondía: pues muy simple, el opio tiene una irresistible *virtus dormitiva*.

## REVISIÓN

# MARIHUANA, PSICOSIS Y ESQUIZOFRENIA

(Rev GPU 2016; 12; 4: 348-352)

Felipe Marín Bahamondes<sup>1</sup>

**La marihuana corresponde a la droga ilegal más ampliamente usada alrededor del mundo. Su consumo en población adolescente es un fenómeno creciente. La asociación entre el consumo de marihuana y distintos trastornos psiquiátricos es conocida. Especial interés han cobrado, durante las últimas décadas, hallazgos que demuestran que el consumo de cannabis constituye un factor de riesgo para el desarrollo de psicosis crónicas, específicamente esquizofrenia, así como también su asociación a un debut más precoz de la enfermedad. Estudios epidemiológicos, así como hallazgos neuroanatómicos y funcionales dan cuenta de una estrecha relación entre cannabis y desarrollo de psicosis. Durante las últimas décadas la descripción y progresivo mayor conocimiento del sistema endocannabinoide han permitido comprender de mejor forma dicha relación desde una perspectiva del neurodesarrollo. A lo largo de este documento se detalla la distinta evidencia disponible al respecto. Parece este un tema de gran interés para los profesionales dedicados a la salud mental del niño y el adolescente, por ser esta una población especialmente susceptible.**

## INTRODUCCIÓN

La marihuana corresponde a la droga ilegal más ampliamente usada alrededor del mundo. Su consumo en población adolescente es un fenómeno creciente asociado, entre otros factores, a la idea extendida dentro de la población de que correspondería a una droga que produce bajo daño.

En nuestro país el Observatorio Chileno de Drogas, organismo dependiente del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), reporta que la prevalencia año de consumo de marihuana en jóvenes que cursan

entre octavo básico y cuarto año de enseñanza media aumentó de 14,8% en 2001 a 30,6% en el año 2013. Estudios realizados por la misma entidad indican que la percepción de riesgo asociado al consumo de marihuana en esta misma población ha decrecido durante igual periodo (1).

La asociación entre el consumo de marihuana y distintos trastornos psiquiátricos es conocida. Dicha relación puede corresponder a comorbilidad, como ocurre con los trastornos de personalidad o en los trastornos afectivos monopolares y bipolares (2). Así también, el uso de cannabis puede actuar como inductor de cuadros definidos en sujetos susceptibles. Respecto

<sup>1</sup> Médico psiquiatra, Universidad de Chile. COSAM de Ñuñoa.



a este último punto, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª edición) de la Asociación Americana de Psiquiatría (3) reconoce las entidades de intoxicación, delirio por intoxicación, trastorno psicótico, trastorno de ansiedad y trastorno no especificado, inducidos por cannabis.

Especial interés ha cobrado durante las últimas décadas la posibilidad de que el consumo de cannabis pueda constituir un factor de riesgo para el desarrollo de psicosis crónicas, específicamente esquizofrenia. En el presente artículo se intenta abordar y sistematizar la evidencia relevante y actualmente disponible respecto de este último punto.

## CANNABIS Y SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Síntomas psicóticos asociados al uso de cannabis pueden presentarse de diversas formas. Un estudio que analizó el uso de cannabis como antiemético en pacientes que recibían quimioterapia reportó un 6% de alucinaciones y 5% de ideas paranoides en los pacientes que recibieron cannabis, frente al 0% en el grupo que recibió placebo (4). Por otro lado, el trastorno psicótico agudo inducido por cannabis puede presentarse en el contexto de la intoxicación o hasta un mes después de la misma. Este último, fenomenológicamente correspondería a episodios en que, además de la presencia de alucinaciones y/o ideas delirantes de tipo paranoide, predominarían la angustia, labilidad afectiva, despersonalización y amnesia posterior del mismo (5). Aunque se ha postulado la existencia de una *Psicosis cannabica* que tendría características clínicas distintivas que permitirían delimitarla como una entidad diferente de otros cuadros, investigaciones al respecto no han logrado confirmar este planteamiento (6). Las características más útiles al momento de diferenciar un episodio psicótico inducido por cannabis de un brote esquizofrénico serían los antecedentes familiares de drogodependencia y la personalidad previa (7, 8) mas no las características clínicas sintomáticas.

## ESQUIZOFRENIA Y CONSUMO DE CANNABIS

En cuanto a su relación con la esquizofrenia, se ha observado que los pacientes con dicho diagnóstico tendrían prevalencias más altas de consumo de cannabis que la población general, lo que redundaría en menor respuesta al tratamiento antipsicótico y menor adherencia a tratamiento. El subgrupo de pacientes esquizofrénicos consumidores de marihuana tiene mayor prevalencia de síntomas positivos. En este mismo grupo existen reportes que sugieren menor presencia de sintomatología

negativa, sin embargo no se ha podido establecer la dirección de dicha relación, es decir, si es que efectivamente el consumo de marihuana disminuye la presencia de sintomatología negativa o es que aquellos pacientes con menor presencia de síntomas negativos y, por tanto, mejor funcionamiento psicosocial presentan un mayor riesgo para el consumo de cannabis (9).

Así también, la evidencia acumulada durante los últimos años sugiere que el consumo de marihuana actuaría como factor de riesgo para el desarrollo de esquizofrenia (10-12). Recientes investigaciones han demostrado que el consumo de marihuana se asocia a un inicio más precoz de la esquizofrenia (13). Dicha relación sería directamente proporcional con la intensidad del consumo (14).

## HALLAZGOS NEUROANATÓMICOS

Dentro de las distintas aproximaciones a la relación cannabis y psicosis, una línea de investigación dice relación con las posibles alteraciones estructurales presentes en estos pacientes. Una revisión realizada al respecto analizó los estudios publicados sobre esta materia entre 2001 y 2011. Ellos reportaron que el consumo de cannabis en pacientes con psicosis se asocia a menor volumen cerebral global y disminución del tamaño de áreas particularmente densas en receptores para cannabinoides tipo 1 (CB1) como el cíngulo, la corteza prefrontal dorsolateral y cerebelo. Dicha relación no estuvo presente en consumidores sanos (15).

Otros estudios han reportado la reducción de la materia gris del hipocampo, amígdala y también del cerebelo (16).

## SISTEMA ENDOCANABINOIDE Y PSICOSIS

Varios modelos etiológicos han sido propuestos a través del tiempo para explicar las bases biológicas de la esquizofrenia, incluidas alteraciones en el neurodesarrollo y la alteración en la neurotransmisión de circuitos cortico-subcorticales. Durante mucho tiempo se ha considerado que el sistema dopaminérgico desempeña un papel importante en los trastornos psicóticos, sin embargo hoy disponemos de cada vez más indicios de que el sistema cannabinoide también puede estar implicado. Como se ha mencionado anteriormente en este artículo, la intoxicación por cannabis es capaz de producir cuadros psicóticos de características esquizomorfos. La administración de delta-9-tetrahidrocannabinol ( $\Delta^9$ -THC) de manera endovenosa a pacientes sanos provocaría la aparición de síntomas positivos (alucinaciones y delirio) y negativos (aplanamiento afectivo y

retramiento social), así como también alteraciones cognitivas. Se propone entonces que los efectos del consumo de cannabis constituirían un buen modelo de psicosis de tipo esquizofrénico (17).

El sistema cannabinoide incluye aquellas sustancias estructuralmente relacionadas con cannabis. Tras el descubrimiento del primer receptor de cannabis en la década de los años 1980, los científicos se abocaron a la búsqueda de algún ligando endógeno. En la actualidad son varios los denominados endocannabinoides y corresponden principalmente a moléculas derivadas del metabolismo de los ácidos grasos de la membrana celular.

Dos tipos de receptores de cannabinoides han sido caracterizados a la fecha: CB1 y CB2. El primero se localiza mayormente en el sistema nervioso central incluyendo corteza, hipocampo, ganglios basales, amígdala y cerebelo, con una densidad varias veces mayor a la de receptores de dopamina u opiodes. CB2 presenta una distribución periférica, principalmente en células del sistema inmune (17-19).

A nivel del sistema nervioso central, el sistema endocannabinoide interactúa directa o indirectamente con distintas vías de neurotransmisión implicadas en el desarrollo de síntomas psicóticos, tales como las vías dopaminérgicas, gabaérgicas y glutamatérgicas. En estas, el sistema endocannabinoide actuaría como mediador de la neurotransmisión a nivel local, de manera similar que el sistema de prostaglandinas. Los ligandos endógenos (endocannabinoides) se producirían en la membrana post sináptica como respuesta a la liberación de neurotransmisores. Así, al ser liberados los endocannabinoides al espacio sináptico estos se unirían a CB1 ubicado a nivel presináptico y se produciría una modulación en la liberación del neurotransmisor correspondiente.

Existe variada evidencia que muestra la relación entre la alteración del sistema endocannabinoide y la esquizofrenia. Se ha reportado, por ejemplo, una regulación al alza (*up regulation*) de CB1 en corteza prefrontal dorsolateral y corteza cingulada anterior y posterior en pacientes esquizofrénicos. Estudios posmortem han sido consistentes, mostrando un incremento en la densidad de CB1 en la corteza prefrontal dorsolateral (17). Un estudio que utilizó PET (Positron emission tomography) y radioligando mostró también una unión aumentada a CB1 a nivel global en pacientes con esquizofrenia comparado con controles sanos.

Desde el punto de vista genético, algunos polimorfismos en el gen que codifica para CB1 se ha relacionado con mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia de tipo hebefrénica en una población japonesa (17, 19).

A nivel funcional, existen datos que muestran que la estimulación de CB1 asociada a neuronas gabaérgi-

cas se traduciría en una disminución de la actividad inhibitoria GABA a nivel de la corteza cerebral. La pérdida de dicha inhibición asociada al consumo de cannabis daría como resultado una hiperactivación de regiones sensoriales y límbicas, lo que se traduce en mayor distractibilidad y, teóricamente, en la disminución de la capacidad para distinguir entre estímulos internos y externos. En el largo plazo, esta alteración neurobiológica podría estar en la base de la aparición de las alucinaciones y otras alteraciones del pensamiento (5)(20). Dado que los pacientes esquizofrénicos tienen un déficit basal en la neurotransmisión gabaérgica, serían más sensibles a los efectos inhibitorios del sistema cannabinoide, lo que explicaría la mayor sensibilidad de estos pacientes a los efectos de cannabinoides exógenos.

Varios estudios han demostrado que los cannabinoides reducen la neurotransmisión glutamatérgica en distintas áreas del cerebro. Es conocido que el antagonista del receptor NMDA, phencyclidina (PCP) es capaz de producir síntomas similares a la esquizofrenia en humanos. En este sentido, la disminución en la liberación de glutamato, mediada por la activación del sistema endocannabinoide, representa una vía por la cual los cannabinoides exógenos pudieran producir psicosis (20).

Alteraciones a nivel del funcionamiento del sistema endocannabinoide propiamente tal también se han reportado. Al respecto, se ha observado niveles periféricos disminuidos de anandamida (cannabinoide endógeno) en pacientes con síntomas positivos de esquizofrenia. Se postula que el sistema cannabinoide endógeno tendría un rol regulador y compensador sobre la hiperactividad de los sistemas de neurotransmisión implicados en la psicosis, de modo que la falencia en este sistema posibilitaría la aparición de los síntomas psicóticos. En este sentido, existe evidencia que demuestra niveles aumentados de anandamida en pacientes en periodo prodromico para esquizofrenia. Este mismo estudio relacionó niveles más bajos de anandamina con la transición más precoz al episodio psicótico agudo. Los datos mencionados anteriormente contrastan con la evidencia que demuestra la inducción de síntomas psicóticos secundarios a la administración de cannabinoides exógenos como  $\Delta^9$ -THC. (17), lo que da luces sobre la complejidad del funcionamiento del sistema.

## SISTEMA ENDOCCANNABINOIDE, NEURODESARROLLO Y ESQUIZOFRENIA

Hasta aquí hemos revisado cómo la interacción del sistema endocannabinoide con la neurotransmisión dopaminérgica, gabaérgica y glutamatérgica podría generar

síntomas psicóticos, sin embargo es difícil explicar cómo la exposición repetida a cannabis podría generar cuadros psicóticos persistentes como la esquizofrenia. Una posible aproximación surge si se considera a la esquizofrenia como una enfermedad principalmente del neurodesarrollo.

Se ha descrito que el sistema endocannabinoide jugaría un rol importante en varios procesos del neurodesarrollo, incluidos neurogénesis, maduración y especificación neuronal, migración, elongación axonal y formación de la glía.

Aunque por largo tiempo subestimadas, hoy sabemos que la adolescencia y juventud temprana constituyen un periodo crítico para el neurodesarrollo. Es durante este periodo que estructuras límbicas como el hipocampo y principalmente la corteza prefrontal presentan notables cambios madurativos. En concordancia, la adolescencia representa un periodo “ventana” en que el sistema nervioso central está particularmente vulnerable a los efectos de estímulos o noxas ambientales.

Estudios experimentales en ratas expuestas a un agonista cannabinoide muestran como resultado una alteración persistente de la capacidad motora, actividad exploratoria, mayores niveles de ansiedad y fallas en la memoria de trabajo. Dichos efectos fueron observados en ratas adolescentes mas no en las ratas adultas expuestas al mismo agonista (21, 22).

En humanos, el patrón en la expresión de CB1 se incrementa dramáticamente desde la infancia a la adultez en regiones como la corteza frontal, cuerpo estriado e hipocampo. Durante la adolescencia la variación en la expresión de CB1 sería también específica en ciertas regiones; por ejemplo, se incrementa en la corteza y decrece en el centro del núcleo acumbens (22).

Hallazgos epidemiológicos en este sentido muestran que aquellos pacientes que iniciaron consumo de cannabis más precozmente se relacionaron con mayor riesgo de presentar síntomas psicóticos y desarrollar esquizofrenia (22), aunque otros estudios no han encontrado dicha diferencia (23). Así también, el inicio precoz se relaciona con mayor probabilidad de desarrollar dependencia y mayor prevalencia de alteraciones cognitivas.

A nivel neuroanatómico, aunque los hallazgos no son consistentes, varios estudios han mostrado que los pacientes que inician consumo antes de los 17 años presentarían mayores alteraciones a nivel de la sustancia blanca que los esquizofrénicos que inician consumo posteriormente. Lo anterior, sumado a la conocida presencia del receptor CB1 en células gliales, permite postular probables alteraciones en la migración de conexiones a través de la sustancia blanca (22)

Se propone que, a nivel funcional, el sistema endocannabinoide jugaría un rol crucial en la maduración de las sinapsis glutamatérgicas, principalmente a nivel de la corteza prefrontal durante la adolescencia. La exposición sostenida a cannabinoides exógenos como  $\Delta^9$ -THC durante este periodo produciría alteraciones a nivel del funcionamiento del receptor CB1, ya sea por regulación a la baja (*down regulation*) o por desacoplamiento de este a proteína G. De este modo se vería entorpecido el normal proceso de eliminación selectiva o “poda” de sinapsis exitatorias (24), fenómeno también propuesto como subyacente a la esquizofrenia.

## DISCUSIÓN

Aunque el uso de marihuana y sus distintos derivados ha acompañado el desarrollo del hombre durante cientos de años, los datos epidemiológicos disponibles actualmente nos advierten sobre un consumo cada vez más extendido y precoz. Por otro lado, las psicosis crónicas, especialmente esquizofrenia, constituyen patologías psiquiátricas asociadas a altos niveles de discapacidad.

Aunque los factores ambientales que han demostrado influir en el desarrollo de la esquizofrenia son varios y diversos, los datos que apuntan al consumo de marihuana, sobre todo aquel de inicio precoz, como un factor de riesgo para esquizofrenia son cada vez más consistentes y parecen de especial interés pues se trataría del único factor ambiental susceptible de ser controlado.

En contraste, se encuentra cada vez más extendida dentro de la población general la idea de que el consumo de marihuana sería inocuo o estaría asociado mínimamente a efectos negativos sobre la salud. En concordancia con lo anterior, cada día cobran más fuerza los movimientos ciudadanos que abogan por mayores libertades para su consumo recreacional.

A juicio del autor, esta temática no solo es contingente, sino que reviste la máxima importancia para los profesionales dedicados al área de la salud mental, sobre todo para aquellos que trabajan con adolescentes.

A la luz de las distintas evidencias expuestas a lo largo de este texto, y a modo de resumen, podemos decir que la adolescencia corresponde a un periodo crítico y especialmente vulnerable dentro del neurodesarrollo humano. Importantes procesos madurativos parecen estar mediados por el sistema endocannabinoide durante esta etapa. El normal funcionamiento de este sistema puede verse alterado de manera secundaria a la exposición sostenida a cannabinoides exógenos como  $\Delta^9$ -THC presente en la marihuana de uso recreacional.

Es así que tanto áreas específicas del sistema nervioso central como sistemas de neurotransmisión conocidamente relacionados con el desarrollo de la esquizofrenia pueden verse afectados por el consumo de cannabis al punto de gatillar la emergencia de un cuadro procesal, con las conocidas repercusiones en la funcionalidad y calidad de vida del individuo.

El mayor conocimiento del sistema endocannabinoide ha abierto un nuevo flanco para el entendimiento de los cuadros psicóticos agudos y crónicos. Parece necesaria mayor investigación en esta área que, sin duda, seguirá dando nuevas luces sobre los sustratos neurobiológicos de una de las patologías más ampliamente descritas en la historia de la psiquiatría moderna.

## REFERENCIAS

1. Observatorio nacional de Drogas, Noveno estudio nacional de drogas en población escolar en Chile, Santiago, Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile, 2012
2. Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G, Munk-Jorgensen P. Psychopathology among cannabisdependent treatment seekers and association with later substance abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 2007, 32: 113-119
3. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author
4. Tramer MR, Carroll D, Campbell FA, Reynolds DJ, Moore RA, McQuay HJ. Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review. *British Medical Journal*, 2001, 323, 16-21
5. Tziraki S. Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis, *Revista de Neurología*, 2012, 54: 750-760
6. McGuire PK, Jones P, Harvey I, Bebbington P, Toone B, Lewis S, *et al.* Cannabis and acute psychosis. *Schizophrenia Research*, 1994, 13, 161-167
7. Caton CL, Drake RE, Hasin DS, Dominguez B, Shrout PE, Samet S, *et al.* Differences between early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychoses. *Archives of General Psychiatry*, 2005, 62: 137-145
8. Núñez LA, Gurpegui M. Cannabis-induced psychosis: a cross sectional comparison with acute schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2002, 105: 173-178
9. Arias F. Revisión sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo de la esquizofrenia, *Adicciones*, 2007; 19: 191-203
10. Andreasson S, Engstrom A, Allebeck P, *et al.* Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1987; 2: 1483-6
11. Moore T, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes T, Jones P, Burke M, *et al.* Consumo de cannabis y riesgo de efectos psicóticos o sobre la salud mental afectiva: una revisión sistemática, *Revista de Toxicomanías*, 2008, 54: 3-17
12. Schlosser DA, Pearson R, Perez VB, Loewy RL, Environmental Risk and Protective Factors and Their Influence on the Emergence of Psychosis, *Adolescent Psychiatry*, 2012, 2: 163-171
13. Large M, Sharma S, Compton MT, Slade T, Nielssen O. Cannabis use and earlier onset of psychosis. A systematic meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 555-61
14. Sungranyes G, Flamarique I, Parellada E, Baeza I, Goti J, Fernández-Egea E, *et al.* Cannabis use and age of diagnosis of schizophrenia, *European Psychiatry*, 2009, 24: 282-286
15. Rapp C, Bugra H, Riecher-Rössler A, Tamagni C, Borgwardt S. Effects of Cannabis Use on Human Brain Structure in Psychosis: A Systematic Review Combining In Vivo Structural Neuroimaging and Post Mortem Studies, *Current Pharmaceutical Desing*, 2012; 18: 5070-80
16. Gururajan A, Manning EE, Klug M, Van den Buuse M. Drugs of abuse and increased risk of psychosis development, *The Australian and New Zealand journal of Psychiatry*, 2012; 46: 1120-35
17. Desfossés J, Stip EL, Ait Bentaleb L, Potvin S. Endocannabinoids and Schizophrenia, *Pharmaceuticals*, 2010; 3: 3101-26
18. Martinotti G, Di Iorio G, Sepede G, De Berardis D, De Risio L, Di Giannantonio M. Cannabis Use and Psychosis: Theme Introduction, *Current Pharmaceutical Desing*, 2012; 18: 4991-98
19. Marco EM, García-Gutiérrez MS, Bermúdez-Silva FJ, Moreira FA, Guimaraes F, Manzanares J, *et al.* Endocannabinoid system and psychiatry: in search of a neurobiological basis for detrimental and potential therapeutic effects, *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 2011; 5: 63
20. D'Souza DC, Sewell RA, Ranganathan M. Cannabis and psychosis/schizophrenia: human studies, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 259: 413-31
21. Fernández-Espejo E, Viveros MP, Núñez L, Ellenbrek BA, Rodríguez de Fonca F. Role of cannabis and endocannabinoids in the génesis of schizophrenia, *Psychopharmacology*, 2009; 206: 531-49
22. Malone DT, Hill MN, Rubino T. Adolescent cannabis use and psychosis: epidemiology and neurodevelopmental models, *Britisho journal of Pharmacology*, 2010; 160: 511-22
23. Stefanis NC, Dragovic M, Power BD, Jablensky A, Castel D, Morgan VA. Age at Initiation of Cannabis Use Predicts Age at Onset of Psychosis: The 7- to 8-Year Trend, *Schizophrenia Bulletin*, 2013; 39: 251-54
24. Bossong MG, Niesink RJ. Adolescent brain maturation, the endogenous cannabinoid system and the neurobiology of cannabis-induced schizophrenia, *Progress in Neurobiology*, 2012; 92: 370-385

## REVISIÓN

# CONTRIBUCIONES Y CONFUSIONES DE LA ESPIRITUALIDAD EN SALUD MENTAL

(Rev GPU 2016; 12; 4: 353-358)

S. Gallego<sup>1</sup>, F. de los Bueis<sup>2</sup>, S. Prats<sup>3</sup>, A. Ortega-Verdaguer<sup>4</sup>, P. Antonín<sup>5</sup>, M. Serra<sup>6</sup>,  
C. Rossy<sup>7</sup>, A. Revuelto<sup>8</sup>, E. Ciudad<sup>9</sup>, M. Álvarez-Segura<sup>10</sup>

La literatura científica evidencia actualmente un creciente interés sobre la relación entre espiritualidad y psicología. En la presente revisión se exponen las principales contribuciones y confusiones de la espiritualidad en la salud mental. Numerosos estudios han demostrado que la espiritualidad es un factor protector pues promueve una mejor recuperación y pronóstico en trastornos afectivos, de ansiedad, psicóticos y adicciones, así como reducción de la tasa de suicidios. Sin embargo existe una confusión en la conceptualización del término espiritualidad, ya que generalmente se estudia al margen de cualquier fundamentación antropológica y tradición religiosa. Esto puede llevar a concepciones parciales ya que reducen la vivencia espiritual a sus consecuencias psicológicas positivas promoviendo a la larga un repliegue narcisista.

<sup>1-9</sup> Grupo de estudio e investigación *Psykhé*. Universitat Abat Oliba CEU, Barcelona.

<sup>10</sup> Grupo de estudio e investigación *Psykhé*. Universitat Abat Oliba CEU, Barcelona. Psiquiatra Infanto-Juvenil del Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. Profesora del departamento de psicología de la personalidad de la Universidad CEU Abat Oliba. Mail: Malvarezs@uao.es

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad se está despertando un creciente interés por el estudio de la incidencia de la religión y espiritualidad en la salud y cómo ayudan a afrontar ciertas situaciones negativas. Así, ha aumentado considerablemente el número de artículos sobre espiritualidad y psicología publicados en revistas indexadas (Yoffe, 2007). Existen estudios que han explorado los beneficios que promueven la dimensión espiritual, religiosa o trascendental en la persona. El aumento de los estudios señala el especial interés en la psicología por considerar al ser humano desde una perspectiva antropológica más integradora, que logre abarcar la naturaleza espiritual de la misma. Esta necesidad de considerar la espiritualidad como una parte esencial e integral en el desarrollo de la personalidad del individuo ya fue señalada por varios autores (Corey, 1996; Richard y Bergin, 1997). Son numerosos los estudios que constatan el beneficio de la espiritualidad. Se ha demostrado que ofrece un sentido de propósito, esperanza y apoyo emocional así como un marco moral claro (Dull y Skokan, 1995; Maton y Pargament, 1987), aumentan la capacidad de perdonar (Rye *et al.*, 2001), disminuyen la actividad antisocial en niños y adolescentes (Johnson, Larson, Li y Jang, 2000), promueven un mayor bienestar físico y psicológico (Krause, 1997; Levin, 1997), disminuyen la ansiedad y motivan los comportamientos pro-sociales, además de incrementar el control, el sentimiento de seguridad y la confianza en uno mismo (Koenig, McCullough y Larson, 2001).

A partir de todos estos resultados se ve un interés creciente por la práctica espiritual, pero se trata de una práctica centrada en la persona y que promueve exclusivamente su autorrealización. Tiene su origen en corrientes psicológicas humanistas que sitúan al propio *self* como fin de la espiritualidad.

En la historia de la psicología no han faltado autores que han considerado la espiritualidad y la religión como algo muy importante dentro del campo de la psicología y la psicoterapia. Así Carl Jung (2008) planteó que las psicoterapias, al no tener raíces espirituales, no servían para entender y explicar la realidad de la naturaleza humana. Y Viktor Frankl (1974) afirmaba que el componente espiritual es un complemento necesario al enfoque tradicional de la psicoterapia porque toda persona, sea consciente o no de ello, constituye un "algo" espiritual.

Los primeros que aportaron una visión que considerara la trascendencia en la psicología fueron Friedrich Schleiermacher con su obra *Psychology* (como se citó en Quinceno y Vinaccia, 2009) y William James en

su obra *La variedad de la experiencia religiosa* (1902). Este último habla de la diferencia existente entre la religión como institución y la religión como práctica personal, así como las discrepancias entre la religiosidad sana y patológica.

El objetivo de este artículo es mostrar las contribuciones más importantes de la espiritualidad como factor protector de la salud mental. Además se pretende también destacar el riesgo que puede conllevar el estudio de concepciones parciales de la espiritualidad en psicología, especialmente en la promoción del egocentrismo.

## DEFINICIÓN DE ESPIRITUALIDAD

En el campo de la psicología encontramos una dificultad a la hora de definir y comprender el término de espiritualidad, puesto que existen numerosas definiciones.

Pargament (2007) define dicho concepto como *la búsqueda de lo sagrado*, una definición bastante apropiada pero insuficiente para entenderla y aplicarla inmediatamente al ámbito psicoterapéutico, pues nos encontramos secundariamente con la dificultad de describir qué es lo sagrado. Otros autores como Seligman (2002, p. 2691), fundador de la psicología positiva, definen la espiritualidad como el conjunto de "fortalezas emocionales que van más allá de la persona y nos conectan con algo más elevado, amplio y permanente: con otras personas, con el futuro, la evolución, lo divino o el universo"<sup>11</sup>. Piedmont (1999), paralelamente, la definió como la capacidad del individuo de situarse fuera de la propia percepción inmediata de tiempo y lugar y ver la vida desde una perspectiva más amplia y más objetiva.

Como puede observarse, no se trata de una cuestión sencilla, por lo cual existe un debate acerca de la distinción entre los términos espiritualidad, trascendencia y religiosidad, prevaleciendo la idea de que la trascendencia incluye lo espiritual, pero lo espiritual puede ser independiente de la religiosidad. Podríamos decir que la espiritualidad se refiere a la misma búsqueda de algo que va más allá de nosotros mismos e intenta acercarse y encontrar lo que Pargament (2007) denomina "sagrado", tratando de establecer una relación entre

<sup>11</sup> Cita en texto original: "By transcendence, I mean emotional strengths that reach outside and beyond you to connect you to something larger and more permanent: to other people, to the future, to evolution, to the divine, or to the universe".

nosotros mismos y lo divino, entre la realidad inmediata que percibimos y Dios.

Por otro lado, la religiosidad se refiere más al sistema de creencias tomadas con valor de verdad absoluta (Nervi Vidal, 2011) que permiten y marcan una forma concreta de vivir la espiritualidad. Es un camino concreto de relacionarse con Dios y, por lo tanto, debería llevar implícito el carácter espiritual. El problema que contemplan autores como Nervi Vidal es que uno puede quedar atrapado en unos esquemas de conocimiento que le vienen dados y dejar de lado el carácter de la búsqueda espiritual, pudiendo suponer una limitación que impida desarrollar la trascendencia si solo se vivencia formalmente pero no esencialmente.

Koenig *et al.* (2001) definen la espiritualidad como la búsqueda personal para entender las respuestas a las últimas preguntas sobre la vida, su significado y la relación con lo sagrado o lo trascendente, que puede, o no, conducir al desarrollo de rituales religiosos y a la formación de una comunidad. Sin embargo, según Hood (2003), la religión es definida como un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales y símbolos diseñados para facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendente.

King (2014), uno de los autores más destacados en el ámbito, pone de manifiesto la necesidad emergente de conceptualizar la noción de espiritualidad. Para ello opta por una definición multicomponente basada en cuatro factores: creencia, práctica, conciencia y experiencia. En primer lugar espiritualidad como creencia, es decir, el asentamiento o convicción de un dominio o existencia que va más allá del mundo material; segundo como práctica espiritual; tercero como conciencia, refiriéndose a la conmoción intelectual o emocional y, por último, como experiencia, entendida como la pérdida de los límites del yo y del sentido de una mente delimitada, dándose un cambio en la orientación desde uno mismo hacia Dios, los demás o un más allá del mundo material.

Si bien se observa una mejor conceptualización de la espiritualidad, se ve que todas estas definiciones solo tienen en cuenta las consecuencias psicológicas de estas experiencias. De alguna forma la búsqueda de un lenguaje inteligible para la ciencia conlleva una pérdida de riqueza y profundidad en el intento de ganar una mayor comprensión. Sin un diálogo adecuado con las tradiciones religiosas y espirituales, la complejidad y hondura de estas experiencias pueden quedar reducidas al estudio de diversidad de fenómenos que solo tienen "aparición de", pero que son opuestas a la espiritualidad por estar centradas solamente en aspectos subjetivos, egocéntricos y sensoriales.

## Contribuciones de la espiritualidad a la psicología

Si bien la práctica religiosa ha disminuido, la creencia en "algo" superior no deja de ser elevada. En una encuesta del año 2004 realizada en Gran Bretaña se afirma que un 67% de la población cree en Dios, o al menos en algo superior (King, 2014). Además, aproximadamente un 90% de la población mundial está involucrada en algún tipo de práctica religiosa (Koenig, 2009). Sigue siendo frecuente recurrir a la espiritualidad para afrontar el estrés, pues permite dar un significado al sufrimiento, así como una mejor integración psicológica, mayor optimismo y esperanza (Pargament, 1997).

Para apreciar la contribución de la espiritualidad en la psicología debemos recurrir a los estudios científicos más relevantes que han identificado vínculos significativos entre la espiritualidad y la salud (Hill y Pargament, 2003), mencionando en este apartado los más relevantes con consecuencias positivas que se han llevado a cabo en el área de los trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos y adicciones.

En los trastornos afectivos Koenig (2009) encontró que hay menor sintomatología depresiva en personas religiosas. Además, esta sintomatología se reduciría un 50% más rápido comparado con las personas no religiosas. En cuanto al suicidio, en dos revisiones sistemáticas se encontró que hay una relación inversamente proporcional entre religiosidad/espiritualidad y tasa de suicidio (Koenig, 2009). En el ámbito de los trastornos de ansiedad encontramos que la religiosidad previene la ansiedad y la sensación de miedo (Koenig *et al.*, 2001). Por lo anteriormente mencionado, se establece una relación proporcional entre religiosidad y sensación de control, seguridad y autoconfianza. Resaltamos el estudio publicado a raíz del atentado del 11S, en el que se observó que el 90% de los estadounidenses que lo sufrieron habían recurrido a sus creencias espirituales para afrontar el estrés (Schuster *et al.*, 2001).

El campo de los trastornos psicóticos es complejo, ya que en ocasiones se confunden los delirios religiosos con creencias religiosas normales de la propia cultura del sujeto. Así, por ejemplo, según Koenig (2009) un 25-39% de personas que padecen esquizofrenia y el 15-22% de personas que padecen trastorno bipolar tienen delirios religiosos. Parece ser que este tipo de delirios sí que están relacionados con un peor pronóstico. Autores como Koenig (2009) proponen que la religión puede influir negativamente en los trastornos psicóticos cuando está mal integrada en la vida. A pesar de estos hallazgos, está demostrado que la espiritualidad en pacientes con esquizofrenia está relacionada con mayor integración social (Mohr, Brandt, Borrás, Gilliéron y Huguélet,

2006), menor tasa de suicidio (Huguelet *et al.*, 2007), y menor consumo de sustancias. Además está asociado a una mejor calidad de vida (Cohen, 2010) y una mejor recuperación (Mohr *et al.*, 2011).

En el área de las adicciones también se muestra que el porcentaje de consumo de sustancias es menor en las personas religiosas (Koenig, 2001). Además, se ha visto que la espiritualidad no solo previene el abuso de sustancias sino que promueve un mejor pronóstico en los pacientes que ya presentan adicciones y están en tratamiento (Koenig, 2009).

Son menos los estudios que señalan la relación negativa entre la espiritualidad y la ansiedad, haciendo hincapié en el mayor sentimiento de culpa y sufrimiento en los pacientes con creencias religiosas. Así, un estudio realizado en los últimos años con mujeres aquejadas de cáncer ginecológico mostraba que las mujeres que experimentan luchas espirituales, es decir, la percepción de que Dios las ha castigado y abandonado y se cuestionan su poder (Koenig, 2010), padecen niveles de ansiedad significativamente superiores en comparación con aquellas que no las tienen (Boscaglia, Clarke, Jobling y Quinn, 2005).

A pesar de todos estos hallazgos aparecen autores como King (2014) que sostienen la necesidad de acotar mejor el concepto de espiritualidad a la hora de realizar estudios para evitar sesgos importantes. Además, es necesario llevar a cabo estudios longitudinales porque la gran mayoría hasta el momento son estudios transversales.

Se aprecia que las limitaciones no son solo metodológicas. Hay incluso confusiones antropológicas que hacen que algunos estudios señalen de modo equívoco como algo negativo cualquier vivencia que aumente el malestar. Sin una adecuada distinción del tipo y calidad del malestar es fácil equiparar la vivencia de tristeza vivida a lo largo de una etapa vital de crecimiento que comporta cierto sufrimiento, con, por ejemplo, el sentimiento de culpa neurótico que en ningún caso conlleva un crecimiento personal. Esta falta de distinción en los estudios científicos señala la importancia de ahondar en las vivencias interiores, no solo desde una perspectiva cuantitativa sino también desde una fundamentación antropológica que nos haga entender la profundidad, significado y manifestación de las propias experiencias.

### Confusiones en el estudio de la espiritualidad en psicología

Con los estudios previos se confirma que en psicología hay un retorno a lo espiritual. Sin embargo, esta

búsqueda en ocasiones anhela exclusivamente el potencial integrador y curativo de la espiritualidad, lo que puede conllevar otros riesgos para el verdadero crecimiento y madurez personales. El aparente bienestar conseguido a corto plazo queda patente en algunos estudios, pero pueden repercutir negativamente en las relaciones interpersonales si la espiritualidad no está fundamentada en una auténtica relación con Dios.

El doctor Gérard Dorsaz (2009) lo explica en su libro *La psico-espiritualidad: la alianza que cura*. Afirma que muchas de las espiritualidades que se ofrecen desde la psicología están arraigadas en una metafísica emocional que, más allá de un auténtico crecimiento espiritual, promueven una autorrealización basada exclusivamente en la propia satisfacción. Describe claramente cómo desde las psicologías humanistas, en muchas ocasiones, se han propuesto modelos de espiritualidad que no pueden abarcar por completo ni el fenómeno de la espiritualidad ni la naturaleza humana en su totalidad. Estos modelos de espiritualidad se fundamentan en modelos psicológicos que consideran al hombre esencialmente bueno y poseedor en sí mismo de todos los instrumentos para lograr la plenitud del propio desarrollo. Se trata de una concepción inmanentista que niega lo sobrenatural, poniendo el fin de la existencia en el propio hombre. Al entender la espiritualidad con este fundamento fácilmente se puede llegar a dos posturas complementarias. O bien acabar proponiendo un "optimismo *naïf*", que exalte exageradamente lo bueno que le ocurre al hombre y la posibilidad de conseguirlo por el propio esfuerzo, o bien optar por un "pensamiento positivo", que niega cualquier sentido al sufrimiento, incluso aquel necesario para superar las dificultades.

Toda esta tradición ha llevado al estudio de la espiritualidad, distanciándolo de cualquier fundamentación antropológica y tradición religiosa. Se ha sustituido por una corriente *New Age*, que confunde fácilmente las necesidades afectivas con el sentido de la vida del hombre y de sus aspiraciones metafísicas. Y en última instancia sacraliza la psicología y la psique humanas (Dorsaz, 2009).

Los riesgos de la promoción de esta espiritualidad inmanentista han sido muy bien descritos por Paul Vitz (1994) en su libro *Psicología como religión: El culto de sí mismo*. Plantea la hipótesis de que en las últimas décadas el modelo humanista de la conducta humana ha sido impregnado con un enfoque egocéntrico que ha tenido un gran atractivo en nuestra cultura: "La economía de consumo, combinada con el orgullo humano, ha creado una psicología que se centra en



la glorificación del individuo, de su propio ser" (Vitz, 1994, p. 124)<sup>12</sup>.

Esta actitud generalizada de autoadoración conduce a una dolorosa realidad que es la ruptura de las relaciones interpersonales. La distancia y el consiguiente alejamiento de los demás bajo la lógica de la autorrealización es lo que Vitz (1994) nombra "narcisismo existencial". Este proceso distancia a las personas y fue descrito por Herbert Hendin (1975) en su libro *la Era de la sensación*, donde hace una exploración psicoanalítica de los jóvenes de varias universidades norteamericanas:

Esta cultura está marcada por un interés propio y un egocentrismo que reduce cada vez más las relaciones a la pregunta: "¿Qué consigo de esta relación? ... La fascinación de la sociedad por la autoadoración hace que muchos jóvenes juzguen todas las relaciones únicamente en términos de ganar o perder puntos (Hendin, 1975, p.13)<sup>13</sup>.

Nuestra cultura actual, en lugar de ofrecer medidas adecuadas para superar esta tendencia egocéntrica y promover relaciones saludables y comprometidas, favorece y reafirma este pseudovalor que condena a los seres humanos al aislamiento bajo la ilusión de una autorrealización a cualquier precio. También las propuestas de espiritualidad desarraigadas de tradiciones y religiones han podido caer en la misma tendencia egocéntrica, en especial en el campo de la salud mental.

## CONCLUSIONES

Con esta revisión se constata que la espiritualidad ha tomado mucho relieve en la psicología. Además, numerosos estudios han demostrado que la espiritualidad ofrece un beneficio patente promoviendo una mejor recuperación y pronóstico en trastornos afectivos, de ansiedad, psicóticos y de adicciones. También se ha concluido que reduce la tasa de suicidios.

Al ahondar más en la relación de la espiritualidad y la psicología se verifica una importante confusión en la

conceptualización del término, llegando a descripciones poco concisas, como la "búsqueda de lo sagrado"; o excesivamente pragmáticas, que solo promueven la autorrealización. Estas concepciones pragmáticas tienen el riesgo de desplazar el protagonismo de lo divino en la experiencia espiritual, quedando la misma reducida a la propia voluntad y el bienestar personal. Bajo este encuadre es fácil entender que pueda interpretarse como negativo cualquier malestar o sufrimiento detectado en algunos de los estudios sobre psicología y espiritualidad.

Pensamos que sin un diálogo adecuado con las tradiciones religiosas y espirituales, la complejidad y riqueza de estas experiencias puede quedar reducida al estudio de diversidad de fenómenos que solo tienen "aparición de". Estas, sin embargo, son opuestas a la espiritualidad por estar centradas solamente en aspectos subjetivos, egocéntricos y sensoriales. En consecuencia, esta pseudoespiritualidad no promueve en la persona compromisos ante los cuales acepta tener que responder. Existe así el riesgo de sustituir la relación con lo divino por un repliegue narcisista que promueve un cierto bienestar, pero que distancia cada vez más a las personas unas de otras (Vitz, 1984).

Esta realidad señala la importancia de ahondar en las vivencias interiores, no solo desde una perspectiva cuantitativa, sino también desde una fundamentación antropológica que nos haga entender la profundidad y calidad de las propias experiencias espirituales y sus manifestaciones psicológicas.

## REFERENCIAS

1. Boscaglia N, Clarke DM, Jobling TW, Quinn MA (2005). The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *International Journal Gynecologic Cancer*. 15(5), 755-61
2. Cohen CI, Jiménez C, Mittal S (2010). The role of religion in the well-being of older adults with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 61, 917-922
3. Corey G (1996). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (5th ed.). New York: Brooks/Cole
4. Dorsaz G (2009) *Psico-espiritualidad. La alianza que cura*. Burgos: Editorial Monte Carmelo
5. Dull VT, Skokan LA (1995), A Cognitive Model of Religion's Influence On Health. *Journal of Social Issues*, 51, 49-64
6. Frankl V (1974). *La presencia ignorada de Dios* (2ª Ed.) Barcelona: Herder
7. Hendin H (1975). *The age of sensation*. New York: Norton & Company
8. Hill PC, Pargament KI (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58(1), 64-74. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.64>

<sup>12</sup> Cita en texto original: "The consumer economy, combined with natural human pride, has created a psychology that is focused on the individual's glorification of his or her own self"

<sup>13</sup> Cita en texto original: This culture is marked by a self-interest and egocentrism that increasingly reduces all relations to the question: What am I getting out of it?... Society's fascination with self-aggrandizement makes many young people judge all relationships in terms of winning and losing points.

9. Hood RW (2003). The Relationship between Religion and Spirituality. En A. L. Greil & D. Bromley (Ed.) *Defining Religion: Investigating the Boundaries between the Sacred and the Secular*: Vol. 10. Religion and the Social Order (pp. 241-265). Amsterdam: Elsevier Science
10. Huguelet P, Borrás L, Gillieron C, Brandt PY, Mohr S (2009). Influence of spirituality and religiousness on substance misuse in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Substance Use & Misuse*, 44, 502-13
11. Huguelet P, Mohr S, Jung V, Gillieron C, Brandt PY, Borrás L (2007). Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. *European Psychiatry*, 22, 188-94
12. James W (1902). *Varieties of Religious Experience, a Study in Human Nature*. New York: Philosophical Library
13. Johnson B, Larson D, Li S & Jang S (2000). Escaping from the crime of the inner cities: Church attendance and religious salience among disadvantaged youth. *Justice Quarterly*, 17, 377-391
14. Jung CG (2008). *Obra completa de Carl Gustav Jung*. Vol. 11: *Acerca de la psicología de la religión occidental y de la religión oriental*. Madrid: Editorial Trotta
15. King M (2014). El desafío de las investigaciones sobre la religión y la espiritualidad. En Isabel Rodríguez (Ed). *Espiritualidad y Salud Integral* (pp. 189-204), Burgos: Editorial Monte Carmelo
16. Koenig HG (2009). Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291
17. Koenig H G, McCullough ME, Larson DB (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
18. Krause N (1997). Religion, aging, and health: Current status and future prospects. *Journals of Gerontology*, 52, 291-293
19. Levin J (1997). Religious research in gerontology, 1980-1994: A systematic review. *Journal of Religious Gerontology*, 10, 3-31
20. Maton K, Pargament K (1987). The roles of religion in prevention and promotion. *Prevention in Human Services*, 5, 161-205
21. Mohr S, Brandt PY, Borrás L, Gilliéron C, Huguelet P (2006). Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1952-1959.
22. Mohr S, Perroud N, Gilliéron C, Brandt PY, Rieben I, Borrás L, et al. (2011). Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry Research*, 186, 177-182.
23. Nervi Vidal MA (2011). *Espiritualidad, Religiosidad y Bienestar. Una aproximación empírica a las diferencias entre espiritualidad y religiosidad y su relación con otras variables. Reduciendo la controversia*. *Psicología.com*, 64(15), 1-15. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/4709>
24. Pargament K (1997). *The Psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. New York: The Guilford Press
25. Pargament K (2007) *Spiritually integrated psychotherapy*. New York: The Guilford Press
26. Piedmont RL (1999). Does spirituality represent that sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five factor model. *Journal of Personality*, 67, 985-1013
27. Quinceno M y Vinaccia S (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas*, 5(2), 321-336
28. Richards PS, Bergin AE (1997). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association
29. Rye MS, Loiacono DM, Folck CD, Olszewski BT, Heim TA, Madia BP (2001). Evaluation Of The Psychometric Properties Of Two Forgiveness Scales. *Current Psychology*, 20(3), 260-277
30. Schuster MA, Stein BD, Jaycox L, Collins RL, Marshall GN, Elliott MN, Zhou AJ, Kanouse DE, Morrison JL, Berry SH (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*. 345(20),1507-1512. doi: 10.1056/NEJM200111153452024
31. Seligman M (2002). *Authentic happiness. Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Recuperado de [http://www.amazon.com/Authentic-Happiness-Martin-E-P-Seligmanebook/dp/B004HYH7KG/ref=tmm\\_kin\\_swatc\\_0?\\_encoding=UTF8&sr=8-1-fkmr0&qid=1430080895](http://www.amazon.com/Authentic-Happiness-Martin-E-P-Seligmanebook/dp/B004HYH7KG/ref=tmm_kin_swatc_0?_encoding=UTF8&sr=8-1-fkmr0&qid=1430080895)
32. Vitz PC (1994). *Psychology as religion. The cult of self-worship*. Grand Rapids: Eerdmans Publishing Company
33. Vitz PC, Gartner J (1984). Christianity and psychoanalysis, part 2: Jesus the transformer of the super-ego. *Journal of Psychology and Theology*, 12, 82-90
34. Yoffe L (2007). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicodebate*, 7, 193-205

## REVISIÓN

# APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA DE FORMULACIÓN CULTURAL DEL DSM-5

(Rev GPU 2016; 12; 4: 359-364)

Saúl Gómez H.<sup>1</sup>, Valeria Astete I.<sup>1</sup>, Bárbara Infante V.<sup>2</sup>, Carolina Muñoz M.<sup>3</sup>, Ramón Florenzano U.<sup>2</sup>

La composición étnica global ha cambiado a lo largo de los últimos siglos, en una tendencia a una creciente globalización (1). En lo que va corrido del siglo XXI la disposición a las migraciones ha sido creciente, lo que ha conllevado a un aumento de la diversidad cultural de los territorios que reciben migrantes. Lo anterior hace que hoy día, para evaluar clínicamente a los consultantes, se deba integrar los aspectos culturales en la entrevista clínica (2,3). En el caso de la psiquiatría, desde 1994 el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) en su cuarta versión incluyó una "Formulación Cultural", para permitir organizar los aspectos socioculturales relevantes para el diagnóstico y la formulación de un plan de tratamiento (4).

## INTRODUCCIÓN

La entrevista clínica en psiquiatría es un acto de doble interpretación: el paciente interpreta su problema narrándolo al clínico, quien interpreta las experiencias del paciente (7). Con el fin de mejorar la habilidad de interpretación del clínico, psiquiatras y antropólogos desarrollaron un nuevo instrumento, la Entrevista de Formulación Cultural (EFC), incluida en la quinta versión del DSM (8). Esta entrevista ordena la experiencia clínica en cuatro dominios: la identidad cultural del individuo, la explicación cultural de la enfermedad, los niveles culturales de soporte y funcionamiento psicosocial, y por último los elementos culturales de la

relación médico paciente. A estos se agrega un quinto dominio donde se encuentra la información que influiría en el diagnóstico y tratamiento a modo de síntesis. Esta clasificación nos permite entender cómo la cultura influye en los hábitos y expresión emocional de los pacientes (5, 6).

Los dominios de la Formulación Cultural del DSM-5 se entrelazan entre sí en la EFC, utilizando 16 preguntas abiertas que abordan "el problema" del paciente, para identificar el impacto de la cultura en él, su motivo de consulta y sus manifestaciones clínicas. La EFC está dividida en ocho secciones temáticas y cuenta con instrucciones y guías para el entrevistador, para facilitar su aplicación.

<sup>1</sup> Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador.

<sup>2</sup> Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría Campus Oriente, Universidad de Chile.

<sup>3</sup> Escuela de Psicología, Universidad de los Andes.

**Tabla 1**  
ARTÍCULOS SELECCIONADOS, PAÍSES Y MUESTRA DE CADA ESTUDIO

Autor	Año	Título	Países y ciudades	Tipo de muestra y n del estudio
Hinton <i>et al.</i> (9)	2015	Perspectives of family members participating in cultural assessment of psychiatric disorders: findings from the DSM-5 International Field Trial	India (Nueva Delhi, Pune); Kenya (Nairobi); Países Bajos (La Haya, Beilen, Oegstgeest)	Pacientes mayores de 18 años, de cualquier etnia o raza. Se analizan 71 entrevistas en las que hay al menos un acompañante del paciente.
Aggarwal <i>et al.</i> (10)	2015	Does the Cultural Formulation Interview for the fifth revision of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) affect medical communication? A qualitative exploratory study from the New York site	Estados Unidos (Nueva York)	Pacientes entre 18 y 80 años de cualquier etnia o raza. Se estudian 64 entrevistas, con 32 pacientes y 7 clínicos.
Ramírez <i>et al.</i> (11)	2016	Evaluating the utility of the Cultural Formulation Interview in a Mexican outpatient setting	México	Pacientes mayores de 18 años, de cualquier etnia o raza. Se analizan 19 entrevistas hechas por 11 clínicos.
Aggarwal <i>et al.</i> (12)	2013	Barriers to implementing the DSM-5 Cultural Formulation Interview: a qualitative study	Estados Unidos (Nueva York)	Pacientes entre 18 y 80 años de cualquier etnia o raza. Se estudian 32 entrevistas, con 32 pacientes y 7 clínicos.
Paralikar <i>et al.</i> (13)	2015	Clinical value of the Cultural Formulation Interview in Pune, India	India (Pune)	Pacientes entre 18 y 80 años de cualquier etnia o raza. Se realizan 36 entrevistas, 12 de ellas con presencia de al menos un acompañante del paciente. Participan 10 clínicos.
Callegari <i>et al.</i> (14)	2016	The Cultural Formulation Interview (DSM-5) used in two clinical cases: The interference of spirituality and religion in the onset of psychopathological disorders	Italia (Varese)	Pacientes migrantes africanos. n=2
Aggarwal <i>et al.</i> (15)	2014	The development of the DSM-5 Cultural Formulation Interview-Fidelity Instrument (CFI-FI): a pilot study.	Estados Unidos (Nueva York)	Pacientes entre 18 y 80 años de cualquier etnia o raza. Se estudian 23 entrevistas realizadas por 7 clínicos.
Aggarwal <i>et al.</i> (16)	2015	How Do Clinicians Prefer Cultural Competence Training? Findings from the DSM-5 Cultural Formulation Interview Field Trial.	India (Nueva Delhi, Pune); Kenya (Nairobi); Países Bajos (La Haya, Beilen, Oegstgeest); Perú (Lima); Canadá (Montreal, Toronto); Estados Unidos (Nueva York)	75 clínicos que aplicaron EFC.

Dada su reciente introducción y relevancia en el encuentro clínico, se hace necesario revisar la información disponible en la literatura sobre la aplicación de la EFC.

## OBJETIVOS GENERALES

Revisar y analizar los estudios cualitativos y cuantitativos sobre la aplicación de la Entrevista de Formulación Cultural del DSM-5 en la práctica clínica.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar la literatura disponible acerca de la aplicación de la EFC del DSM-5;
- Conocer las bases teóricas y prácticas de la EFC del DSM-5 para la creación de un proyecto piloto donde se aplicará este instrumento en un centro con diversidad cultural en Santiago de Chile.

## MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de artículos publicados en las bases de datos PubMed, SciELO y LILACS en los últimos diez años. En primer lugar se realizó una revisión sistemática con los términos MeSH "Cultural", "Formulation", "Interview" y "DSM-V" en PubMed. Luego, se realizó una búsqueda en la misma base de datos con términos libres utilizando los descriptores mencionados. En total, se encontraron 13 artículos en PubMed. Además, se realizó una búsqueda en SciELO, sin encontrar publicaciones al buscar por términos; al buscar con palabras clave libres se encontraron 77 artículos en inglés y 235 en español. Por otra parte, en LILACS se encontraron 12 trabajos más.

En total, se seleccionaron 337 artículos. Se leyeron los resúmenes y se seleccionaron los trabajos que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: a) Lenguaje español o inglés; b) Que la población estudiada sea de un origen cultural distinto al lugar de aplicación de la misma; c) Corresponder a trabajos originales y no revisiones bibliográficas ni metaanálisis. Finalmente se seleccionaron 13 artículos para revisar en profundidad. En la lectura detallada se eliminaron cinco artículos porque no aportaban información específica respecto a la aplicación de la EFC incorporada en el DSM-5, quedando un total de 8 estudios.

## RESULTADOS

Los artículos seleccionados en la revisión incluyeron ocho países: Estados Unidos, México, Perú, Canadá, Países Bajos, Italia, Kenya e India. El detalle respecto al tipo de población evaluada de cada estudio se resume en la Tabla 1.

## Características clínicas de los pacientes

La totalidad de los pacientes de las investigaciones seleccionados en esta revisión tienen edad entre 18 y 80 años, cuentan con un diagnóstico psiquiátrico según criterios del DSM-4, aceptaron la aplicación de la EFC en un contexto clínico ambulatorio y fueron excluidos si presentaban psicosis, ideación suicida u homicida, intoxicación o privación de sustancias o cualquier condición que afectara la entrevista y la comprensión del consentimiento informado, como demencia, retardo mental o sintomatología psicótica activa (9-16).

La mayoría de los trabajos tiene como población de estudio tanto pacientes nuevos como de seguimiento, siendo siempre mayor la cantidad de mujeres que la de hombres. Dentro de los diagnósticos más frecuentes de los pacientes a los cuales se les aplicó la EFC están el Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Afectivo Bipolar, Esquizofrenia y Trastornos de ansiedad.

Respecto a los idiomas de los pacientes de los estudios seleccionados, se encuentran mayoritariamente el español e inglés, aunque también se mencionan hablantes de francés, mandarín, alemán, hindi, hmong, marathi, portugués y swahili (12). En todas las entrevistas el clínico conocía y usaba fluidamente la lengua hablada por el paciente.

## Características de los entrevistadores

En todos los artículos los entrevistadores fueron profesionales graduados del área de la salud, tales como médicos generales, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas con grado académico de maestría, siendo la mayoría psiquiatras o residentes de la especialidad, y del sexo femenino. En términos de experiencia clínica, más de la mitad de los entrevistadores tenía al menos 5 años de ejercicio profesional.

En los trabajos que se especifican se realizó previamente una sesión de dos horas de entrenamiento en EFC, que incluía revisión de aspectos teóricos de la entrevista, demostraciones en video y *role-playing* (10, 12, 15, 16). En un estudio mexicano, en cambio, se les entregó la EFC a los clínicos y se les pidió revisar el instrumento para responder dudas con el equipo investigador previa aplicación (11).

## EFC y comunicación médica

Aggarwal *et al.* (10) aplicaron la EFC en 32 pacientes y realizaron posteriores sesiones de recuento o *debriefing*, mediante entrevistas semiestructuradas, tanto a pacientes como a clínicos, con el fin de estudiar cualitativamente

el impacto de la EFC en la comunicación médica. Tanto pacientes como clínicos señalaron en un 73,4% de las entrevistas que la EFC mejora la alianza terapéutica a través de la satisfacción con la entrevista.

Otros tópicos de la comunicación que tanto entrevistadores y pacientes señalaron mejorar al usar la EFC fueron la facilitación en la entrega de información al médico por parte del paciente (71,2%), obtención de la perspectiva del paciente en relación con la enfermedad, mecanismos causales, miedos, expectativas y metas (68,8%), percepción de la información en múltiples niveles (67,2%) y la comunicación de soporte, apoyo y empatía desde el clínico hacia el paciente (54,7%). Además, se concluyó que las funciones comunicativas de la EFC caen bajo las definiciones de *utilidad clínica* y *aceptabilidad* del instrumento (10).

En Varese, Italia, ante un aumento de migrantes africanos en la región y la observación recurrente de factores espirituales al comienzo de la enfermedad en su práctica clínica, un grupo de investigadores aplicó la EFC a dos pacientes migrantes. Concluyeron que las problemáticas religiosas y espirituales se reconocen como factores importantes en la EFC, demostrando ser un buen método para el diagnóstico y la relación terapéutica con el paciente, permitiendo una mejor comunicación y, en consecuencia, mayor adherencia a tratamiento (14).

### Barreras en la implementación de la EFC

En otro estudio cualitativo (12), Aggarwal *et al.* también utilizaron el contenido de las sesiones de *debriefing* posterior a la aplicación de la EFC. Su principal objetivo fue buscar cuáles eran las posibles barreras mencionadas tanto por entrevistadores como por pacientes en relación con la implementación del instrumento. Para los pacientes, los principales factores que influyeron negativamente para implementar la intervención fueron la falta de diferenciación de otros tratamientos previos (37,5%), baja motivación (25%) y ambigüedad del diseño de la entrevista (12,5%). Por otra parte, para los clínicos, las principales barreras para la implementación que surgieron luego de realizar al menos tres EFC fueron la falta de relevancia conceptual entre la intervención y el problema (68,8%), repetición (46,9%), desvío en su correcta aplicación (40,6%) y severidad de la enfermedad del paciente (31,3%) (12).

### Familiares y acompañantes de pacientes y su relación con la EFC

De los ocho artículos seleccionados solo dos analizaron la presencia de familiares y acompañantes al momento

de aplicar la EFC (9,13). Paralikar *et al.* (13), en Pune, India, estudiaron cómo los acompañantes pueden influir en la valoración subjetiva de la EFC por parte de pacientes y clínicos. En las 12 entrevistas en las que hubo un familiar acompañante, el puntaje global dado a la EFC, tanto por pacientes como por clínicos, fue menor que en las entrevistas en las que el paciente asistía solo ( $p < 0.05$ ). Sin embargo los investigadores concluyen que si bien la presencia de acompañantes puede afectar negativamente la EFC, también puede añadir información clínica adicional útil.

Por otro lado, Hinton *et al.* (9) estudiaron 71 aplicaciones de EFC con presencia de familiares, incluyendo las entrevistas realizadas en Pune, India. Este es el primer estudio comparativo y transnacional que examina cómo los familiares participan y experimentan una evaluación cultural psiquiátrica. En primer lugar se encontró que los índices de aceptabilidad y utilidad clínica de la EFC dados por los familiares fueron generalmente favorables (es decir, puntuaciones medias superiores a 1 en una escala de -2 a 2, siendo 2 la más favorable). Además, también hubo diferencias significativas entre los sitios en las puntuaciones medias para cada índice, teniendo Nairobi puntuaciones más positivas para cada índice en comparación con los dos sitios de la India (Pune y Nueva Delhi). Los autores sugieren que también hay importantes diferencias interculturales en cómo los familiares perciben la EFC (9).

### Entrenamiento en competencias culturales de los clínicos

Los métodos de entrenamiento culturales en la sesión previa a la EFC fueron evaluados en un estudio en el cual se entrevistó a 75 clínicos posterior a una sesión de capacitación y su primera aplicación de la EFC (16). Un 33% de ellos señaló al *role-playing* como el método más útil, seguido de la demostración en video, con un 14,7%. Por otra parte, un 50,8% de los pacientes no mencionó ningún método como menos útil.

Al relacionar estadísticamente las características sociodemográficas de los entrevistadores con sus preferencias en métodos educativos para la EFC, la edad del clínico fue el único factor significativo. Con cada año adicional de edad las chances que un clínico prefiera métodos activos de enseñanza (como *role-playing* y sesiones de preguntas y respuestas) aumentan en un 5,4% ( $p = 0.025$ ) (16).

### DISCUSIÓN

La EFC contiene 16 preguntas que son parte de cuatro dominios culturales vinculados a la definición del pro-

blema, identidad del paciente, modelos explicativos y de búsqueda de ayuda (8). De esta forma esta entrevista es un instrumento factible, aceptable y clínicamente útil que puede ayudar a obtener información culturalmente relevante. Con el objeto de evitar o prevenir estereotipos la EFC se centra en el paciente individual y puede extenderse a otros informantes; se recomienda su uso en todo tipo de pacientes psiquiátricos.

Mediante la revisión de literatura disponible acerca de la aplicación de la EFC del DSM-5 se conocieron las bases y términos en los que la población de distintos países fue estudiada: toda colaboración internacional propone el uso del mismo idioma que el paciente en conjunto con el entrenamiento de los clínicos entrevistadores; los pacientes estudiados padecen de una enfermedad del DSM-4, en su mayoría Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Afectivo Bipolar, Trastornos ansiosos y Esquizofrenia (4).

Los datos aportados anteriormente son de suma importancia, porque nos ubican en el contexto de un paciente con una patología de salud mental diagnosticada, quien es entrevistado por un clínico con formación especial sobre entrevista cultural, que se comunica en el mismo idioma de origen del paciente y que mediante la EFC puede revisar el motivo por el cual el paciente se encuentra en tratamiento, su problemática y relación con su identidad cultural.

Si observamos la utilidad de la Entrevista de Formulación Cultural, nos encontraremos con beneficios tales como la mejoría en la comunicación médico-paciente, además de índices de aceptabilidad y utilidad clínica favorables referidos por familiares de pacientes que participan de la entrevista. Por otra parte, la EFC favorece la integración del contexto sociocultural de la experiencia de enfermar del paciente realizándose una evaluación del contexto psicosocial que es esencial para un diagnóstico psiquiátrico válido y que no se realiza comúnmente en una entrevista de salud mental.

En cuanto a la EFC y su futuro, visualizamos distintas barreras que dificultan su uso en la práctica profesional diaria, tales como la falta de motivación y aceptación tanto de clínicos como de pacientes (12), presupuestos bajos para Salud Mental versus el tiempo prolongado en el que se desarrolla la entrevista, pocas instancias formativas sobre la Entrevista Cultural y la existencia de 12 módulos suplementarios oficiales que si bien complementan la EFC en casos de adolescentes, migrantes o pacientes de mayor complejidad, resulta en una entrevista de mayor duración y menos reproducible en la práctica clínica.

En suma, existe un gran desafío pendiente para incluir la EFC en la práctica profesional diaria psiquiátrica,

donde el foco de trabajo es la diferenciación con otras intervenciones y la duración de la aplicación del instrumento. Para lograr lo anterior necesitamos más investigaciones locales e internacionales para finalmente obtener su aceptabilidad global.

## REFERENCIAS

1. Migration in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region>, acceso en septiembre de 2016)
2. U.S. Office of the Surgeon General; National Institute of Child Health and Human Development; Centers for Disease Control and Prevention. Closing the Gap: A National Blueprint to Improve the Health of Persons with Mental Retardation: Report of the Surgeon General's Conference on Health Disparities and Mental Retardation. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services; 2002
3. Institute of Medicine. Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington, D.C.: National Academies Press; 2003
4. Mezzich JE, Kirmayer LJ, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL, Good BJ, Lin K-M, K-M, Manson S. The Place of Culture in DSM-IV. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1999; 187(8): 457-464. [PubMed: 10463062]
5. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc; 2000
6. Mezzich JE. Cultural Formulation: Development and Critical Review. In: Mezzich, JE.; Caracci G, editors. *Cultural Formulation: A Reader for Psychiatric Diagnosis*. Lanham: Jason Aronson; 2008. p. 87-92
7. Kleinman A. *Rethinking Psychiatry*. New York: The Free Press; 1988b
8. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc; 2013
9. Hinton L, Aggarwal N, Iosif AM, Weiss M, Paralikar V, Deshpande S, ... Lewis-Fernández R (2015). Perspectives of family members participating in cultural assessment of psychiatric disorders: Findings from the DSM-5 International Field Trial. *International Review of Psychiatry*, 27(1), 3-10. DOI: 10.3109/09540261.2014.995072
10. Aggarwal NK, Desilva R, Nicasio AV, Boiler M, Lewis-Fernández R (2015). Does the Cultural Formulation Interview for the fifth revision of the diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) affect medical communication? A qualitative exploratory study from the New York site. *Ethnicity & health*, 20(1), 1-28
11. Ramírez Stege AM, Yarris K (in press). Cultura in La Clínica: Evaluating the utility of the Cultural Formulation Interview (CFI) in a Mexican outpatient setting. *Transcultural Psychiatry*
12. Aggarwal NK, Nicasio AV, DeSilva R, Boiler M, Lewis-Fernández R (2013). Barriers to implementing the DSM-5 cultural formulation interview: a qualitative study. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 37(3), 505-533
13. Paralikar VP, Patil KV, Nulkar AD, Sarmukaddam SB, Weiss MG (2015). Clinical value of the cultural formulation interview in Pune, India
14. Callegari C, Diurni M, Bianchi L, Aletti FA, Vender S (2016). The Cultural Formulation Interview (DSM-5) used in two clinical

- cases: The interference of spirituality and religion in the onset of psychopathological disorders. *EVOLUTION PSYCHIATRIQUE*, 81(1), 191-201
15. Aggarwal NK, Glass A, Tirado A, Boiler M, Nicasio A, Alegría M, Lewis-Fernández R (2014). The development of the DSM-5 cultural formulation interview-fidelity instrument (CFI-FI): a pilot study. *Journal of health care for the poor and underserved*, 25(3), 1397
  16. Aggarwal NK, Lam P, Castillo EG, Weiss MG, Diaz E, Alarcón RD, Aguilar-Gaxiola S (2015). How do clinicians prefer cultural competence training? Findings from the DSM-5 cultural formulation interview field trial. *Academic Psychiatry*, 1-8



## ENSAYO

# ACCIÓN EN LAS CIENCIAS SOCIALES

(Rev GPU 2016; 12; 4: 365-373)

Patricia Cordella<sup>1</sup>

**En las conversaciones y supervisiones psicoterapéuticas a menudo hay referencias al mundo de significados a través de la unidad relacional observable de un sistema comunicacional humano que nominamos como interacción. Tal como sugiere la palabra, se trata de acciones conjuntas, superpuestas, en turnos, de al menos dos sujetos realizadas a través de sus aparatos motores con la intención de coordinarse para sintonizar y actuar siguiendo un objetivo, en el mejor de los casos, consensuado. Para el análisis de la interacción, sin embargo, es necesario comprender la acción, y especialmente la acción que realiza un sujeto con fines sociales. Con este propósito se presenta un mapa de reflexión sociológico que nos asistirá en la distinción de la acción social y que nos permite hacer un traslado de conceptos útiles a la hora de analizar y dar sentido a una interacción en el contexto psicoterapéutico.**

## INTRODUCCIÓN

Anfang war die Tat!  
(En un principio fue la Acción)  
GOETHE, FAUSTO

La acción es una manifestación motora del cuerpo en respuesta a estímulos internos o externos que se desliza por la línea horizontal del tiempo en movimientos y pausas novedosas o repetitivas. Existen diferentes formas de acción que corresponden tanto a los esquemas sensoriomotores descritos por Piaget como al *habitus* descritos tanto por Habermas como por el semiótico Peirce.

La tipificación de la acción facilita reconocer sus complejidades y describiremos en estas (Berger y Luckmann 1968) su objetivo, motivación y pertinencia.

En psicoterapia lo que nos interesa es la capacidad de construir significado que puede tener la acción especialmente cuando es acción con otro. Interacción. Acción social básica.

La acción es por esencia sintagmática y será interpretada por el observador en el eje paradigmático como un modo de reconocer su intención. Si el observador es parte de la interacción, le servirá para facilitar la elección de la acción que sigue.

Para Max Weber se comprende como acción social aquel comportamiento humano que su propio agente o agentes entienden como subjetivamente significativo, y puede consistir en que el agente haga algo, se abstenga de hacerlo o permita que se lo hagan (Weber M, 2014).

Por otra parte, Talkott Parsons (1949) propone comprender el funcionamiento social a través de un

<sup>1</sup> Dpto. Psiquiatría Pontificia Universidad Católica. Ph.D Semiótica Universidad de Bologna.

orden estructural y funcionalista basado en la acción y no en la conducta que considera de naturaleza etológica. La acción sería por esta razón social: una integración entre la cultura (general) y la biología (particular).

Habla de "actores sociales", "situaciones" y "fines" como el triángulo primordial donde se daría la acción social. Para Parsons, tres sistemas estarían en juego: el individual (actor) el cultural (comunidad en la que participa el actor) y el social (el más amplio). Solo después agrega el "ambiente", el medio físico-natural, como parte del orden. El actor sería quien realiza el acto y el acto sería la acción con sentido.

Su "acción" es eminentemente teleológica y se desliza entre valores antitéticos: objetivo/subjetivo; normativo/voluntarista. El actor circularía entre los pares complementarios de afectividad versus neutralidad afectiva; interés privado versus interés colectivo; universalismo versus particularismo, adquisición versus adscripción, especificidad versus difusividad. La interacción por lo mismo se podría analizar desde un modelo dialéctico si queremos generar significado.

Parsons nos presenta un modelo aún más complejo cuando supone el juego de dos pares de opuestos jugando a significar entre lo horizontal y lo vertical (véase Figura 1). El modelo cuatripartito es una forma de entender el espacio conceptual donde se realiza la acción.

Esto facilita y multiplica el análisis; propone posiciones y desplazamientos además de traslados a lo largo de las líneas trazadas. Las dimensiones que utiliza Parsons en su modelo corresponden a las siguientes funciones donde: Las letras vienen del inglés de la siguiente forma (A): adaptation; (G): goal-attainment; (I): Interacción integrativa; (L): pattern maintenance, la L no corresponde pero se refiere a "latencia" como el sistema normativo imperativo de la socialización (Almaraz, 1979).

**ADAPTACIÓN (A):** relativa al nivel del mínimo sustrato organizativo o infraestructural.

**LOGRO DE METAS (G):** referida al nivel de las personalidades presentes en la acción.

**INTEGRACIÓN (I):** o propiamente social, que alude a los marcos de la interacción.

**MANTENCIÓN DE PAUTAS (L):** institucionalización de valores.

Una vez instaurado el nuevo ángulo cuatripartito Parsons precisará que el objeto específico de la sociología está constituido por las funciones I (integración) y L (institucionalización). Las otras dos dimensiones

quedan fuera de tal campo sociológico: la una (A) por remitirse a una zona que puede contar con elementos no solo no asociados, sino incluso no humanos como la tecnología; y la otra (G) por estar referida al mundo estrictamente intrapersonal o psíquico y no al escalón de intercambio de conductas (I), que es lo genuinamente social para Parsons (Almaraz, J, 1979)

Cuando Luhman hace un análisis de Parsons en las lecciones (1993) grabadas en Bielefeld a propósito de la teoría de sistemas (Pérez Nafarrate, J 1995), propone un esquema en el cual la acción es cruzada por el control de la acción. La acción es vista como instrumental (dirigida a fin) o consumatoria (que ha sido producida). Por otra parte, el control de la acción ocurre desde el interior de quien la realiza o desde el exterior a través de condiciones y normas sociales. Por esto cuando la acción es controlada desde el interior y se dirige al objetivo, lo hace en un cierto equilibrio (homeostasis). Cuando en cambio está regida por normas, debe adaptarse a ellas (adaptación). Si la acción ha sido consumada con control externo entonces ha cumplido con los fines para lo cual fue planteada (obtener fines). Si por otra parte lo hizo con control interno es porque ha sido integrada, asimilada en el operar de ese actor (asimilación, que Parson llama integración).

COMPONENTES BÁSICOS PARA LA ACCIÓN SEGÚN PARSONS

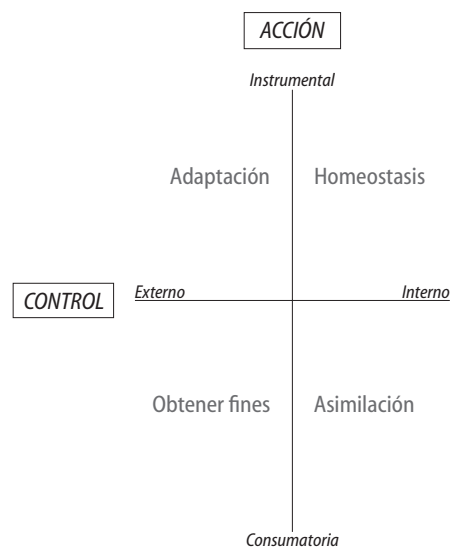


Figura 1. Componentes básicos para la acción según Parsons

Para que la acción se lleve a cabo Parsons imagina que deben existir cuatro componentes que definiremos con detalle a continuación:

**En la vertical (eje de la acción):**

**INSTRUMENTAL** es todo aquello que debe ser concebido como medio que conduce al actuar. Se dirige al futuro.

**CONSUMATORIO** no es solo el fin sino además la satisfacción adquirida y el perfeccionamiento del estado del sistema al que se llega cuando se actúa. Se dirigen al presente. Este estado del acto ocurre al momento de realizarlo.

**En la horizontal (eje de las relaciones):**

**LO INTERNO y EXTERNO** son las relaciones del sistema con su propia estructura.

Se forman así cuatro cuadrantes en los que es posible distinguir resultados de la acción:

**ADAPTACIÓN:** es el proceso a través del cual el sistema toma los medios del entorno para alcanzar un estado en que satisface necesidades. Tal es el caso de la economía en una sociedad.

**HOMEOSTASIS:** es el proceso a través del cual el sistema dispone su medio interno para disponerse a actuar. Son las estructuras que se mantienen latentes hasta el momento de ser actualizadas; por ejemplo, retomar la democracia que sigue presente en forma latente dentro de un régimen autoritario.

**ALCANCE DE FINES:** es el proceso a través del cual el sistema toma del entorno los valores que lo conducen al objetivo.

**INTEGRACIÓN:** es el proceso a través del cual el sistema dispone su medio interno para alcanzar sus fines. Es el acto mismo realizado que satisface propósitos. Integra en los actores aquello que se actúa. Va sumando en la estructura lo que alcanza sus propósitos.

Como podemos colegir, Adaptación corresponde a (A) mencionada en las funciones; Homeostasis corresponde a (L); Alcance de fines a (G) e Integración a (I).

Las acciones, por lo tanto, forman parte de su sistema que como tal mantiene sus límites en relación con un medio y mantiene su equilibrio gracias a los principios de inercia, fase, interdependencia y acoplamiento. De esta manera una acción pasa a estar “entramada” en el sistema donde esta acción es realizada. No solo se trata de ajustarse al interlocutor de la acción sino de rendirle cuentas al sistema social completo. La acción se entenderá dentro de marcos regulatorios. El

más externo de estos marcos de control es la ética de la cultura donde se produce dicha acción, luego dentro de los valores de la sociedad donde se está realizando, más internamente en la familia donde se da y más aún en la relación diádica con la madre. Cada uno de estos sistemas opera como subsistema del otro y enmarca la acción haciendo que el niño aprenda qué acciones son “válidas” y pueden ser replicadas, cuáles son proscritas y tendrán que ser reprimidas y cuáles serán aprendidas como consigna social de pertenencia a un grupo. Todo lo anterior combina con un modelo sistémico de comprensión de la realidad.

El movimiento se presta a la acción. La acción es un movimiento que sigue ciertas reglas preestablecidas articuladas con un todo que las trasciende: las acciones son realizadas mediante movimientos del cuerpo. El actor co-realiza esos movimientos cuando sigue una regla de acción, técnica o social. Co-realización significa que el fin del actor es la ejecución de un plan de acción, y no de los movimientos corporales con cuya ayuda realiza las acciones (Habermas J, 1999)

Con esto nos quiere advertir que el movimiento corporal es elemento de una acción, pero no una acción. Es decir, los movimientos corporales al igual que el habla se co-realizan en otras acciones. De este modo Habermas le da a la acción un estatuto de sistema de acción y no de simple movimiento del sujeto en un espacio cruzado por el tiempo

Para poder analizar las acciones, Parsons distingue la unidad de proceso concretamente observable, que es el acto. El acto está referido tanto al que lo realiza como al que lo recibe. El acto es por lo mismo la “unidad de observación” del proceso de interacción.

El acto es la manifestación de los patrones de interacción que ese sistema ha organizado para formalizar su estructura. Esta estructura se define por las funciones que cumple cada actor, la que es llamada rol. El rol está definido por permisos y restricciones, deberes y derechos, facultades e incompetencias, y está integrado a lo que Parsons llama “necesidad-disposición”

Además de la personalidad del actor, el rol asegura la satisfacción del deseo y la necesidad de un sistema que va más allá del individuo que lo corporiza.

El acto como unidad de análisis será el lugar donde los fenómenos emergen como una integración de dimensiones.

Quien realiza un acto cambia algo en el mundo, y como tal es un agente activo. Esta actividad puede ser instrumental o comunicativa.

Esta última es la que encarna un significado. En ambos casos la actividad produce cambios físicos –continúa Habermas– ya sea que se levante un brazo

o se exhale aire desde su laringe produciendo fonemas. Estas serían acciones básicas y se discutiría si forman parte de una dotación biológica de esquemas de ejecución básica. La neurociencia evolutiva ha propuesto que existirían circuitos cerebrales preestablecidos que ejecutan acciones más complejas y relacionales desde el nacimiento (Panksepp J, 1982), por ejemplo, las relacionadas con la filiación, el apego, la sexualidad, las que serían circuitos cerebrales precableados que la especie ha seleccionado en la evolución como necesarios para la supervivencia.

Esto remite a pensar en las reglas de funcionamiento de dichos sistemas. Si de acciones y reglas hablamos, podemos pensar entonces estas acciones como en sistemas o juegos. Para Bourdieu hay una diferencia esencial entre las estrategias de un juego y las de la acción social ya que esta no tiene necesariamente intención estratégica (Bourdieu P, 1997).

Porque la acción humana, que es la “condición primera de un conocimiento científico del mundo social” (Bourdieu P, 1997) se presenta como un saber-hacer incorporado al que accedemos también para comunicar si lo ejecutamos o lo dejamos de ejecutar. Cada miembro de la comunidad reconoce en ese saber práctico la construcción de la intersubjetividad que lo ha constituido como el sujeto que es.

El *habitus* es esa especie de sentido práctico de lo que hay que hacer en una situación determinada –lo que, en deporte, se llama el sentido del juego, arte de anticipar el desarrollo futuro del juego que está inscrito en punteado en el estado presente del juego (Bourdieu P, 1997). Este *habitus*, que es acción organizada y significada.

El cuerpo a fuerza de mimesis, a fuerza de repetición y llevado por el deseo de aceptación y economía de la acción esquematizada, va incorporando estas formas de acción que son también una forma de entendimiento y de comunicación, verdaderos signos que requieren para constituirse de un movimiento observable; un interpretante competente y la elección de una hipótesis que le dé sentido al futuro movimiento. El *habitus* es como un guion que se presenta cómodo tanto para el lector del movimiento como para el ejecutante del movimiento, pues el *habitus* es un protocolo preestablecido y en ese sentido es como un saber *a priori*, es como una conciencia que trasciende al sujeto y que antecede a la acción determinando su sentido: El *habitus* cumple una función que, en otra filosofía, se confía a la conciencia trascendente: es un cuerpo socializado, un cuerpo estructurado, un cuerpo que se ha incorporado a las estructuras inmanentes de un mundo o de un sector particular de este mundo, de un campo, y que

estructura la percepción de este mundo y también la acción en este mundo (Bourdieu, P 1997)

El campo donde se desarrollan estas formas de acción aparece como un lugar de límites, incluso perceptuales, una matriz que organiza la información que llega y la que sale de los sujetos participantes de modo de hacerlas complementarias en un juego aprendido que asegure la coordinación necesaria para alcanzar fines, incluso si estos fines no tienen los resultados esperados se puede considerar que saber hacer lo que hay que hacer dadas ciertas variables contextuales es ya un buen resultado. Bourdieu lo expresa de la siguiente forma:

“La teoría de la acción que propone Bourdieu (1997) (con la noción de *habitus*) equivale a decir que la mayor parte de las acciones humanas tienen como principio que hacen que (...) disposiciones adquiridas (...) tras haber interiorizado profundamente las normas de un juego, hace lo que hay que hacer en el momento en que hay que hacerlo, sin tener necesidad de plantear explícitamente como fin lo que hay que hacer.

No hemos hablado aún del capital simbólico, que Bourdieu (1974) define como “un capital de base cognitiva, que se apoya en el conocimiento y el reconocimiento”. Es justamente este capital, siguiendo la analogía económica, el que se invierte, con el cual se especula, intentando poco a poco tomar ventaja y con el cual se seduce (engaña). Todo esto porque el capital tiene un valor, valor con el cual se compran las expectativas sociales y con ellas los efectos del símbolo. Este capital corresponde a la habilidad semántica del juego social, donde a un significante le corresponderá un significado. Y aunque con la experiencia comunicativa los sujetos vamos aprendiendo que no son siempre planos correspondientes los de la expresión (acción) con los del contenido (acto), igualmente nuestro primer impulso es creer que así sea. Ingenuos por aprendizaje temprano, desconfiados por capital perdido.

### LA ACCIÓN EN HABERMAS Y OTROS QUE LO VIENEN A VISITAR (RICOER, GOFFMAN, GARFINKEL, GIDDENS)

Hasta aquí hemos dado algunas ideas acerca de las diferencias entre acción, movimiento, acto y hábito que ampliaremos revisitando parte de los conceptos sociológicos de Habermas expuestos en su obra *Teoría de la Acción Comunicativa* en que hace aportes importantes a la comprensión de la acción social.

La obra de Habermas es extensa y nutrida, y sobrepasa los objetivos de esta comunicación examinarla por completo. Haremos uso utilitario de sus categorías

de modo de ir organizando este mapa de los estudios de la acción.

Primero diremos que para Habermas los movimientos corporales no son acciones, ya que la acción es de una categoría más compleja que implica haber agregado al movimiento significado, finalidades y reglas. Un movimiento corporal es una acción que devela un modo de hacer. Lo que Habermas entiende por "Competencia" es la capacidad de añadir a la maestría técnica de los recursos biológicos una intencionalidad auténticamente intersubjetiva y la voluntad de pretender, con el solo fenómeno de la comunicación, una transformación del orden simbólico y, a la larga, de las relaciones sociales.

Tres mundos se encuentran anudados en la acción (Habermas J, 1999):

- el mundo objetivo (como conjunto de todas las entidades sobre las que son posibles enunciados verdaderos);
- el mundo social (como conjunto de todas las relaciones interpersonales legítimamente reguladas), y
- el mundo subjetivo (como totalidad de las vivencias del hablante, a las que este tiene un acceso privilegiado)

Habermas integra filosofía y ciencias sociales desde una teoría crítica de la sociedad y divide la acción en cuatro subtipos.

Conservaremos la denominación utilizada por él e iremos integrando a las categorías propuestas los saberes de otras disciplinas y los pensamientos de otros autores.

## Categorías de la Acción

### *La acción teleológica*

También llamada estratégica o instrumental, está orientada al éxito; pretende ser eficaz y se relaciona con el mundo objetivo del cual quiere obtener un resultado. Es teleológica porque da cuenta de una causa y un motivo. Se orienta al fin por un motivo, una razón de actuar.

La acción teleológica se amplía y convierte en acción estratégica cuando el agente se da cuenta que para alcanzar su fin requiere de la colaboración del oponente. Es decir, hace de la relación un medio para su fin. En este sentido, la estructura teleológica es fundamental para todos los conceptos de acción. Presupone un mundo objetivo logocompartido en su hacer y en su

interpretar. El mundo de la acción teleológica es uno en que se transmite un saber tecnocientífico.

La acción teleológica se amplía y convierte en acción estratégica cuando en el cálculo que el agente hace de su éxito interviene la expectativa de decisiones de a lo menos otro agente que también actúa con vistas a la realización de sus propios propósitos.

La acción es también impulso, esfuerzo, repetición de actos que delimitan una práctica social. Se trata de una operación en el mundo, de una intervención (Ricoeur P, 1986) destinada a cambiar el contexto.

### *Acción estratégica*

Cuando en el cálculo que el agente hace de su éxito interviene la expectativa de decisiones de otro agente para conseguir sus fines tomando en cuenta (Habermas J, 1981) que el otro tiene sus propios propósitos. La acción estratégica maximiza la utilidad. Bajo este modelo de acción está la teoría de juegos tan utilizada en Economía, Sociología y Psicología Social.

La acción estratégica define al otro como un colaborador para conseguir nuestros fines. En sí misma no es una comunicación directa, sino más bien parte de un juego de reglas que incluye al otro en la estrategia de lograr lo que se desea.

El concepto de acción estratégica ha sido utilizado por las ciencias económicas y fueron Neumann y Morgenstern, 2007, quienes desarrollaron la teoría de juegos, como método de análisis matemático que ha sido muy útil en la resolución de problemas.

Un juego estratégico se compone de los cuatro elementos siguientes: (HOFFE, O Strategien der Humanität, Munich, 1975; en Habermas J, (1999).

1. Los jugadores: unidades soberanas de decisión que persiguen sus fines y actúan conforme a sus propias consideraciones y directrices.
2. Las reglas, que fijan las variables a controlar por los jugadores: condiciones de información, recursos y otros aspectos relevantes del entorno. El sistema de reglas fija el tipo de juego, la totalidad de las posibilidades de comportamiento y, al final, la ganancia o pérdida de cada jugador; un cambio de las reglas crea un nuevo juego.
3. El resultado final o play-offs: la utilidad o el valor que hay que asignar a los resultados alternativos de las partidas (plays).
4. Las estrategias o planes globales de acción alternativamente posibles: se construyen tanto considerando y explotando las reglas como teniendo en cuenta las posibles respuestas alternativas del

contrario; las estrategias representan un sistema de instrucciones y determinan de antemano y a menudo de forma muy global, cómo se elige en cada posible situación de juego una jugada del conjunto de jugadas permitidas por las reglas de juego. El patrón básico a utilizar sería: “Elige la estrategia que en el marco de las reglas de juego y en vista de los oponentes prometa el resultado más favorable”.

### *Acción regulada por normas*

Es aquella orientada por valores comunes. La acata o viola y con esto cumple con la expectativa de comportamiento. El sentido normativo es el de que los integrantes del grupo tienen derecho a esperar un determinado comportamiento. Este modelo normativo de acción es el que subyace a la Teoría del rol social. Las normas están basadas en cierta racionalidad que se mide por su capacidad de fundamentar sus manifestaciones o emisiones en las circunstancias apropiadas. Con estas acciones se establecen las relaciones interpersonales y se relacionan con el mundo social.

El concepto de acción regulada por normas adquirió una significación paradigmática en el desarrollo de la teoría sociológica tanto de Durkheim como de Parsons. Este concepto de “regulación” presupone dos mundos: un mundo objetivo y un mundo social en el que el agente social puede distinguir las normas y legitimarlas al seguirlas.

### *Acción dramática*

Uno y otro actor son en esa interacción también su propio público ante el cual se ponen a sí mismos en escena. Estas determinadas impresiones revelan el propósito a su propia subjetividad. Hay una autoescenificación, es decir, más que espontáneo es un comportamiento estilizado pensando en lograr cierto efecto en los espectadores.

La acción dramática es definida por Goffman E (1982,2006), como una con enfoque teatral. Así aparecen los conceptos de representación, máscara, backstage, público, espectador, rol. También usa metáforas del juego: competidor, estrategia, fin. Y del cine: como foco, imagen. Con estas metáforas intenta dar cuenta de la estructura de las experiencias humanas en la vida social cotidiana, más que de la estructura social misma.

El individuo se presenta y presenta sus actividades ante otros controlando las impresiones que los otros se forman de él. Así decide qué puede y no puede hacer delante de ellos. La acción dramática puede adoptar

rasgos estratégicos latentes en cuanto el actor considere a los espectadores, no como público, sino como oponentes. A través de microseñales corporales se genera información transmitida involuntariamente.

Goffman no se deja atrapar por los dilemas de la estructura y el proceso, más bien analiza un momento en el que participan seres humanos, más que los seres humanos que participan en el momento (Goffman E, 1982, 2006). Al autor le parece que la interacción cara a cara, cuerpo a cuerpo, es en sí misma una estructura del orden social. Siendo autónoma de la estructura ambiental y psicológica de los participantes, tiene sus propias formas de proceder y por consiguiente puede colarse a través de las estructuras más duras e institucionalizadas como la sociedad, la familia o incluso el aparataje mental de los individuos. Puede intervenir así sus formas de ser y hacer, posibilitando aberturas a la novedad y haciendo posible cambios en el sistema social y psicológico. Es entonces un sistema comunicacional que representa un nuevo territorio de análisis y no se confunde con los estudios psicológicos ni con las acciones sociales estratégicas.

La co-presencia le entrega una dinámica particular en su operar. Se trata de fracciones de segundo donde se negocia la sintonía; se advierte la intención del otro; se decide la próxima acción.

El encuentro cara a cara es parte del sistema de comunicación empática, muy básico y constitutivo de la subjetividad de ambos. Intersubjetivo.

Para Goffman el encuentro tiene dos facetas: una que es técnico-sistémica. Son las condiciones que hacen posible una interacción técnicamente eficaz (por ejemplo respetar turnos) y otra, ritual-moral, donde el rito se entiende como sostén del hacer-ser, donde más que juego y estrategia hay repetición y control, donde la confianza construye la seguridad que nos protege en la interacción.

En resumen la acción dramática es la que pone en escena el cuerpo para causar una impresión en el otro y Goffman (1971) la describe centrándose en un momento interactivo más que en las características de los individuos por separado.

### *Acción comunicativa*

Son las acciones habladas. Ocurren cuando por lo menos dos entablan una relación interpersonal. Se busca entender al otro para coordinarse en un plan común de acción. Lo central en la acción comunicativa es la interpretación, es decir, la negociación de la definición de la situación. Se trata entonces de cómo se produce el proceso de consenso. En la acción comunicativa se

construyen los procesos cooperativos de interpretación. Estos procesos siguen ciertas reglas que llevan al acto de entendimiento, efectuado en términos de interpretación. Habermas los utiliza para referirse a los actos del habla descritos por Austin y por Searle (2003) como actos locucionarios y actos ilocucionarios.

El concepto de acción comunicativa fue desarrollado desde la etnometodología primero por Mead y después por Garfinkel. Como contraparte de las teorías de Parsons estructuralistas y funcionalistas, Garfinkel propone volver a tierra y estudiar al hombre común haciendo sus actividades cotidianas. Toman importancia el asearse, comer, conversar, trabajar. Para esto hace registros en videos o audio de situaciones habituales y centra su interpretación en aquello que los individuos dicen. Propone dos tipos de saberes interpretativos: los del hombre común y los del saber científico. Ambos saberes se enmarcan en modelos interpretativos diferentes. La etnometodología propone reposicionar al individuo en sus particularidades, rescatarlo de las teorías sociológicas que lo piensan como una especie de ente abstracto en el espacio teórico de los sistemas donde cumple roles y normas para lograr sostener la sociedad en la que vive. Para Garfinkel (1967) es necesario recuperar el sentido y comprender al individuo donde realmente habita en su vida diaria.

La etnometodología propone una perspectiva de análisis que trata de darle visibilidad a los procedimientos que los individuos utilizan para razonar sus acciones cotidianas. A Garfinkel le interesa también la reflexión, asunto que será tomado luego por Giddens (1987) y llamado reflexividad. La reflexividad es la capacidad de tomar conciencia de qué y cómo se está haciendo la acción para intervenirla. Es el modo como utilizamos permanentemente la información acerca de uno mismo, la vida y el mundo. Es un asa, un feedback perenne que va ajustando la acción (estimula o inhibe) desencadenando con esto procesos novedosos. Es decir, la reflexividad es un fenómeno causado por la capacidad intelectual del ser humano que tiene repercusiones prácticas. La reflexividad ocurre sin que sea necesario para eso la intención, la voluntad o la conciencia del sujeto. La reflexión, en cambio, es consciente e intencional incluida en la anterior.

Pero sea cual sea el modo en que opera la reflexividad en cada caso, es más bien un "reflejo" de los efectos colaterales latentes producidos por la dinámica social; y en este sentido ocurre compulsivamente, se la desee o no, y de forma manifiesta o invisible. Esta "explicabilidad" de la acción, esta capacidad de analizar, requiere de un proceso interpretativo que al ser realizado sobre la acción ejecutada la convierte en un objeto entramado en lo que se llama la vida familiar. Por intermedio

de la explicitación de la acción los miembros convierten en familiares actividades cotidianas reconocidas como familiares (Garfinkel H, 1967).

Lo cotidiano suele estar organizado en actividades que se repiten con idénticos procedimientos dispuestas a ser explicadas desde esta doble hermenéutica de lo científico (valido por su carácter de verdad) y lo doméstico (valido por su carácter de veracidad). Dirá el propio Habermas de Garfinkel que este persigue cumplir el programa proyectado por la sociología fenomenológica, de una aprehensión de las estructuras generales del mundo de la vida, buscando en las actividades interpretativas que caracterizan a las actividades rutinarias cotidianas los procedimientos con que los individuos renuevan en cada sazón la apariencia objetiva de un orden social.

Una teoría de la construcción y reproducción de las situaciones de acción ha de tener por objeto los rasgos constantes de los procedimientos de interpretación de que los miembros se sirven en la acción comunicativa. El interés se centra principalmente en las características universales del sistema de referencia que subyace a las relaciones hablante/oyente, es decir, en la organización narrativa de las secuencias temporales, en la organización interpersonal de las distancias espaciales, en la objetividad de un mundo común, en las expectativas básicas de normalidad, en la sensibilidad para la dependencia contextual y para la necesidad de interpretación de las manifestaciones comunicativas, etc. (Habermas J, 1981).

Giddens (2006), en cambio, propone salir del funcional estructuralismo donde el sujeto es un objeto social a través de la teoría de la estructuración hacia el estudio de las prácticas sociales ordenadas en el espacio tiempo. Estas actividades son recursivas, lo que equivale a decir que se recrean a través de los mismos medios por los cuales se expresan. Los actores o agentes reproducen las condiciones que hacen posible esas actividades. Ahora, si las prácticas ocurren de forma continua, entonces es posible que se dé la reflexividad que no es solo la autoconciencia de la práctica sino cómo esta afecta la práctica creando un fluir con ellas. La acción cotidiana tiene como característica que se asienta en el cuerpo y que fluye en el tiempo en esta repitencia rítmica que le da el carácter justamente de cotidiano. Casi imperceptible, que solo cuando se pregunta por la intencionalidad, entonces viene la reflexión y la racionalización de una rutina que bien puede darse sin conciencia de la competencia de este saber. Se trata de un saber práctico que se aprende en los encuentros y que parece estar en lo que Freud llamaría el preconscious. En la teoría de la estructuración esto se llama conciencia

práctica. Podemos distinguir entre una conciencia discursiva y una conciencia práctica, aunque entre ellas no hay separación, sino barreras represivas entre las motivaciones inconscientes y la conciencia práctica. Ciertas motivaciones no pueden ser expresadas con la razón porque estarían en el mundo de la sinrazón.

Giddens hace una diferencia entre estructura-reglas más recursos implícitos en la producción, y reproducción de sistemas sociales con propiedades estructurales, que son los aspectos institucionalizados que ofrecen solidez por un tiempo y un espacio, y que son tanto medio como resultado y estructuras que son los conmutadores de circuito con los que se alcanzan relaciones de transformación. La estructura está fuera del tiempo y del espacio.

Dicho de otro modo: (Giddens, 1987) distingue entre la estructura como: regla y recursos o conjunto de relaciones de transformación que se organizan como propiedades de sistemas sociales y los sistemas (s) como relaciones reproducidas entre actores y colectividades organizadas como prácticas sociales regulares.

Además Giddens distingue cinco temas que resultan de relevancia para nuestro análisis:

1. La trascendencia de la noción de acción.
2. La reflexividad de los actores sociales, dada por la doble hermenéutica (la que hace el propio sujeto con su saber cotidiano y la que hace el investigador con sus teorías).
3. El lenguaje, entendido en su uso social y como el pasaje hacia la comprensión del material de estudio.
4. La contextualización espacio-temporal de la acción.
5. La vinculación con la fenomenología al recoger la experiencia cotidiana como lo dado de lo humano.

En resumen, la acción comunicativa se propone el entendimiento usando para ello actos del habla y actos del cuerpo, los que no quedan exentos de la acción reflexiva sobre ellos que los ajusta a su fin.

Otros estudiosos aportan a la comprensión de la comunicación social con conceptos como los de "imagen", "territorio", "ritual comunicativo" (Goffman); "competencia comunicativa "evento comunicativo" (Gumperz y Hymes); "inferencia"(Gumperz); "juegos de lenguaje" (Wittgenstein); "acto de habla" (Austin, Searle); "principio de cooperación" e "implicatura" (Grice, 1975); el análisis de la conversación Sacks, Schegloff, Jefferson (Schegloff, 2006). Más contemporáneo aún es Goodwin (reflexión filosófica acerca de la visión, percepción y conciencia) y Latour (ciencia, tecnología y sociedad). Gumperz (1993) habla de "contextualización" como el uso que hablantes y oyentes hacen de los

signos verbales y no verbales para relacionar lo que se dice en cualquier momento y en cualquier lugar con el conocimiento adquirido a través de la experiencia del pasado, con el fin de recuperar las presuposiciones sobre las que se tiene que basar para mantener su involucración en la conversación y evaluar las intenciones que se pretende comunicar (Gumperz, 1993); Implicatura: operación lógica que se realiza para comprender el sentido de una Conversación. Por ejemplo con ironías o tautologías. Las interpretaciones son locales y situada; no convencionales y conversacionales; Imagen efecto de sentido que la presencia actuada de un sujeto produce sobre otro. Esta imagen asociada al rol se cuida en la conversación para sostener el equilibrio interaccional; Territorio: pequeño espacio de la interacción cara a cara acordado entre las partes y que se respetará y reificará durante la interacción; Competencia Comunicativa: se refiere a la expertiz adquirida en la comunicación; Evento Comunicativo: Unidad de sentido en sí misma; Cooperación: principio regulador de la actividad conversacional, que se despliega en cuatro máximas que dan cuenta de cómo los seres humanos tendemos a actuar de forma racional o razonable y esperamos que los demás actúen del mismo modo. Las cuatro máximas son las siguientes: A. Cantidad: No es ni más ni menos información que la necesaria. B. Calidad: Di la verdad; no digas algo sobre lo que no tienes suficiente evidencia. Relación: Sé pertinente. Manera: Sé claro y ordenado (Grice, 1975) Ritual comunicativo: se refiere al carácter rígido y repetitivo de ciertas actuaciones; Juegos de Lenguaje (Wittgenstein); Actos del Habla (Searle y Austin 2003); Análisis Conversacional: Método que estudia los modos en que se produce la conversación (actividad verbal oral, interactiva y organizada en turno) para determinar cómo los participantes realizan y coordinan actividades hablando-en-interacción.

Todos ellos van contribuyendo a conformar las bases teóricas de una nueva mirada hacia la acción comunicativa).

Ya Habermas anticipaba algo de lo que ocurre a propósito de la necesidad de coordinarnos; sin embargo, como veremos en lo que sigue, no se trataba solo de coordinarnos entre nosotros sino con los objetos de la evolución, no ya habilis sería el homo sino cognitivus.

Como conclusión general citaremos a Habermas (Habermas J, 1981).

### *La acción social*

Se distingue por la forma en que se plantea la coordinación de las acciones teleológicas de los diversos participantes en la interacción: como engranaje de



cálculos egocéntricos de utilidad (en los que el grado de conflicto y de cooperación varía en función de los intereses que están en juego); como un acuerdo sobre valores y normas regulado por tradición y socialización, que asegura la integración social; como relación consensual entre un público y unos ejecutantes; o como, y este es el caso de la acción comunicativa, entendimiento en el sentido de un proceso cooperativo de interpretación. En todos los casos se presupone la estructura teleológica de la acción, ya que se supone a los actores la capacidad de proponerse fines y de actuar ideológicamente y, por tanto, también un interés en la ejecución de sus planes de acción. Pero solo el modelo estratégico de acción se da por satisfecho con la explicación de las características de la acción directamente orientada al éxito, mientras que los restantes modelos especifican condiciones bajo las que el actor persigue sus fines –condiciones de legitimidad, de autopresentación o de acuerdo comunicativamente alcanzado–, bajo las que *ego* puede conectar sus acciones con las de *alter*.

## REFERENCIAS

1. Almaraz J (1979). La transición del modelo interactivo al sistémico en Parsons. *Reis*, (8): 5-32
2. Austin J, Searle J (2003). *Actos de habla*. Editorial Paidós
3. Berger PL, Luckmann T, Zuleta S (1968). *La construcción social de la realidad* (Vol. 975). Buenos Aires: Amorrortu
4. Bourdieu P (1974). O mercado de bens simbólicos. *A economia das trocas simbólicas*, 2
5. Bourdieu P (1997). 1994: *Razones Prácticas. Sobre la Teoría de la Acción*, Barcelona, Anagrama
6. Garfinkel H (1967). 1984. *Studies in ethnomethodology*
7. Giddens A (1987). *Las nuevas reglas del método sociológico* (p. 16). Buenos Aires: Amorrortu
8. Giddens A, (2006). *La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración*
9. Goffman E (1971). *La presentación de la persona en la vida cotidiana* (Vol. 60). Buenos Aires: Amorrortu
10. Goffman E, Cabrini D, Evangelisti A, Mortara V (1982). *Modelli di interazione. Il mulino*
11. Grice HP, Cole P, Morgan JL (1975). *Syntax and semantics. Logic and conversation*, 3, 41-58
12. Gumperz JJ, Berenz N (1993). *Transcribing conversational exchanges. Talking data: Transcription and coding in discourse research*, 91122
13. Habermas J (1981). *Historia y crítica de la opinión pública: la transformación estructural de la vida pública* (pp. 1-171). Barcelona: Gustavo Gili
14. Habermas J (1999). *Racionalidad de la acción y racionalización social. Habermas, Jürgen, Teoría de la Acción Comunicativa*, 1
15. Panksepp J (1982). *Toward a general psychobiological theory of emotions. Behavioral and Brain sciences*, 5(03), 407-422
16. Parsons T (1949). *The structure of social action: A study in social theory with special reference to a group of recent European writers*. Glencoe, IL: Free
17. Ricœur P (1986). *Del texto a la acción: ensayos de hermenéutica II* (P. Corona, Trad.; Título original: *Du texte à l'action: Essais d'herméneutique II*)
18. Schegloff EA (2006). *Interaction: The infrastructure for social institutions, the natural ecological niche for language, and the arena in which culture is enacted. Roots of human sociality: Culture, cognition and interaction*, 70-96
19. Von Neumann J, Morgenstern O (2007). *Theory of games and economic behavior*. Princeton University Press
20. Weber M (2014). *Economía y sociedad*. Fondo de Cultura Económica

## ENSAYO

# BREVES REFLEXIONES SOBRE EL “OTRO” FREUD

(Rev GPU 2016; 12; 4: 374-379)

Jaime Boetsch<sup>1</sup>

## ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS DE FREUD

Freud fue un hombre extremadamente complejo y en muchas ocasiones se ha destacado su brillantez intelectual. Pero, como todo ser humano, tuvo muchas imperfecciones.

Fue un gran seductor y un genio del marketing. Tal como los grandes militares y conquistadores antiguos, que él tanto admiraba, se las arregló, magistralmente, para expandir su Imperio Psicoanalítico (incluyendo a su despreciable Norteamérica), y sin contar con respaldo científico alguno logró “inocular” hábil y masivamente la idea de que el psicoanálisis era la única forma de psicoterapia verdaderamente profunda, transformadora y sanadora. Cualquiera otra forma de psicoterapia, en cambio, era esencialmente superficial y no curativa.

Este calculado y exitoso expansionismo ideológico y territorial, a mi entender, forma una parte esencial de su obra, aunque nunca se lo haya mencionado como tal. Y, hasta dónde yo sé, constituye un caso único en la historia de la ciencia.

Un ejemplo notable, y que muestra a Freud como un gran estratega militar y político, es lo ocurrido con Jung. Para Freud el suizo tenía tres grandes cualidades: era muy inteligente, imaginativo y tenía “olfato” analítico. Además era extranjero y, por último y, algo esencial para él, no era judío. Jung fue designado por Freud, nada menos que el primer Presidente de la recién formada Asociación Psicoanalítica Internacional, y las razones que tuvo para hacerlo son más que obvias desde un punto de vista expansionista y propagandístico

(pese a la airada protesta del círculo judío vienés, durante años, leal al maestro).

Pero hay otras situaciones menos conocidas de su vida. En 1912 se creó un Comité (secreto) conformado, inicialmente, por cinco fieles discípulos y cuyas funciones eran, entre otras, delatar y neutralizar a cualquier miembro que disintiera del maestro. Y los disidentes “refractarios” eran excluidos con toda clase de interpretaciones y de diagnósticos psiquiátricos (los casos de Rank y Ferenczi, miembros originales del Comité y leales discípulos durante muchos años, son los más llamativos e, incluso, patéticos).

En otras palabras, Freud era muy autoritario, y cuando él lo consideraba necesario no vacilaba en aplicar toda su fuerza. Percibía la independencia teórica y/o técnica de sus seguidores cercanos como un peligro y nunca como un aporte, menos aún como un desarrollo personal sano y creativo. Para Freud la independencia respecto a él no tenía nada de positivo, siempre era una amenaza o una rebelión encubierta y homicida en contra de la figura paterna que él representaba. Toda evolución en el campo psicoanalítico debía ser producida por él, aunque fuese algo insólito y sin base ninguna (como, por ejemplo, la pulsión de muerte).

El famoso sofá le servía muchísimo ya que –más allá de las razones teóricas para usarlo– él necesitaba controlarlo todo: en este caso, el poder ver sin ser visto. Y la otra cara de la moneda era que “no puedo soportar el hecho de que otras personas me miren durante ocho horas (o más) al día” (Roazen). Pero este encuadre físico podía facilitar otro hecho: que el terapeuta se pudiese

<sup>1</sup> Psicólogo Clínico. Terapeuta y Supervisor Acreditado.

quedar, ocasionalmente, dormido. Appignanesi y Forrester mencionan que esto lo vivió, en carne propia, la psicoanalista Helene Deutsch: “Es verdad, Freud se quedaba dormido durante el análisis de Helene mientras ella hablaba de sus problemas con el amamantamiento...”.

Según Freud, jamás había que psicoanalizar a nadie que uno conociese. Sin embargo, y durante un total de más de cuatro años el padre del Complejo de Edipo y de la Transferencia lo hizo con su hija Anna. Ella, literalmente, lo adoraba y era muy posesiva y celosa con él. Freud, por su parte, alejó de Anna a todos sus pretendientes, entre ellos a Ernest Jones, que con los años se transformaría en su biógrafo “oficial”. Con el tiempo se hicieron inseparables, intelectual y emocionalmente y esto duraría para siempre.

Anna estableció una relación, tal vez de carácter amoroso, con la millonaria norteamericana Dorothy Burlingham, a cuyos 4 hijos había analizado desde su niñez. Por su parte, Dorothy, había sido psicoanalizada por Freud. Además, Dorothy se fue a vivir al mismo edificio donde residían los Freud, en la calle Berggasse 19, y en 1938 se trasladó con ellos a Londres. Después del fallecimiento del vienés, Dorothy, quien vivía en la misma calle, se fue a vivir con Anna en la famosa residencia de los Freud, en Maresfield Gardens 20 (actualmente, el “Freud Museum”).

Young-Bruehl, en su biofrografía sobre Anna, relata una tragedia que durante algunos años permaneció oculta. La hija mayor de Dorothy, Mabbie, se suicidó en 1974, a los 57 años. Dorothy quedó devastada (“Mabbie” había viajado ese año a Londres para continuar su análisis con Anna).

En el documental de la BBC: “The Century of Self” (2002), el sobrino de Mabbie –Michael John Burlingham– confirma este hecho y señala, además, que su tía ingirió una sobredosis de somníferos en la misma casa que Anna y su madre compartían.

En su biografía, Peter Gay señala que en los históricos clínicos de Freud “las madres ocupan un rol marginal”. Y más adelante agrega “...como si hubiese cosas sobre las mujeres que él no quería saber”. En mis términos, Freud tendía a “salvar” a las mujeres. Y no es de extrañarse: nunca pudo admirar a su padre, pero, literalmente, idolatró a su madre, Amalia Freud.

Según Martin, hijo de Freud, su abuela “no era en modo alguno lo que nosotros llamaríamos una “dama”, tenía un temperamento enérgico y era impaciente, obstinada, de ingenio agudo y sumamente inteligente”. Y su gran amor fue su “Sigi dorado”. Gay relata que esta descripción fue confirmada por Judith Bernays Heller, sobrina de Freud y nieta de Amalia. Judith, quien la

conoció mucho en sus años jóvenes, resalta el carácter dominante, temperamental, inflexible y ególatra de su abuela. También escribió: “Se mostraba encantadora y sonriente cuando había extraños, pero yo por lo menos siempre sentí que con los íntimos era una déspota, y una déspota egoísta”. Por otro lado, Amalia no acostumbraba a quejarse y “tenía sentido del humor, era capaz de reírse de sí misma y a veces incluso de ridiculizarse”.

Gay señala con razón que “era difícil sustraerse al efecto de una madre así, incluso después del autoanálisis más completo”.

Causa extrañeza que los biógrafos de Freud la mencionen solo al pasar y que no profundicen en su personalidad y, sobre todo, en la relación y en el efecto que tuvo sobre su hijo mayor. Amalia vivió hasta los 95 años y falleció en 1930, nueve años antes que Freud. Hubo tiempo de sobra para que muchas de sus amistades y discípulos la hubiesen conocido demasiado bien. Pero Amalia, siguiendo los dictados de su hijo, continúa siendo un personaje misterioso e “intocable”.

Parece mentira que a los 74 años y con una enorme experiencia como hombre y como terapeuta, Freud escribiera esta insólita frase autorreferente y como un postulado general: “El instinto agresivo [...] constituye el sedimento de todos los vínculos cariñosos y amorosos entre los hombres, quizá con la única excepción del amor que la madre siente por su hijo varón” (las cursivas me pertenecen).

Pero, ¿se sintió Freud realmente amado por su madre? ¿Lo habrá contenido Amalia cuando siendo un niño él estaba angustiado, inseguro, triste y muy necesitado de protección y consuelo? ¿O desde muy temprano él “percibió” las necesidades de su madre y, sin darse cuenta, se transformó en el “cartel publicitario” y en el gran apoyo que ella necesitaba y anhelaba? Frente a su débil y fracasado padre ¿acaso no fue un niño parentalizado?

Freud escribió: “Cuando un hombre ha sido el favorito indiscutido de su madre, logra conservar durante toda la vida un sentimiento de vencedor, esa confianza en el éxito que a menudo conduce realmente al éxito”. Esta frase siempre me incomodó: todo gira en torno a la competencia y al triunfo, primero en el hogar y luego en la adultez. Y el amor ni siquiera se menciona.

Personalmente creo que Freud necesitó desesperadamente “salvar” a su madre y que se culpó totalmente a sí mismo al descubrir con pavor sus impulsos incestuosos. Nunca sabremos hasta qué punto, y tal como lo hacen muchas madres, Amalia fomentó, sutil o no tan sutilmente, esos deseos “impuros”.

Indudablemente que Freud, como todo ser humano, sufrió de profundas inseguridades: no podía ser de

otra manera. Por su propia decisión, se demoró 3 años más de lo habitual en egresar como médico, y posteriormente hizo una práctica de 3 años en el Hospital. (Este exagerado retraso se hace aún más llamativo y extraño cuando uno recuerda que su familia era pobre. Freud pasó hambre en su estadía en el Hospital y muchas veces debió pedir dinero prestado para subsistir.) ¿Estaría el joven Sigmund aterrado de abandonar la protección que le brindaron primero la Universidad y luego el Hospital y de "lanzarse a la vida" como un adulto?

Estando de novio y habiendo terminado con su práctica en el Hospital, continuó siendo estudiante al irse becado, por unos meses, a Francia para estudiar con Charcot y a su regreso pasó unas semanas en Berlín "para aprender algo sobre las enfermedades de los niños". Y todo lo anterior sin contar en lo absoluto con el dinero necesario para hacerlo. No es de extrañar que su noviazgo durase 4 largos años.

Tanta preparación, a mi juicio, encubre una evitación. Mal que mal, el pobre Sigmund tenía una ardua tarea por delante: no fracasar nunca económicamente como su padre y, además, realizar algo notable.

El mismo Jones hace mención también a las inseguridades del joven Freud como médico y le llama la atención el curioso día elegido por este para publicar en la prensa el inicio de su práctica profesional: un domingo de Pascua en que toda Viena estaba cerrada (cuando a Jones le conviene, no interpreta absolutamente nada).

En todas las biografías se hace mención a la intensa y dependiente amistad de Freud con su colega berlinés Wilhelm Fliess. Curiosamente, Gay se torna exigente y responsabiliza directamente a Martha: "Su mujer hizo a Fliess prácticamente necesario". También señala que: "Martha Freud no fue una compañera para su marido en su largo y solitario avance hacia el psicoanálisis".

Si bien Gay reconoce todo lo que ella hizo por Freud, a lo largo de más de medio siglo, lo anterior no basta: ella, además, debería haber tenido una buena mentalidad analítica y haber acompañado y ayudado a su marido en este plano. ¡Como si Freud no la conociese y la hubiese elegido para esos fines!

El hogar de Freud siempre giró en torno a él y Martha dedicó toda su vida a facilitarle las cosas. Nadie menciona lo difícil que debió ser para ella el haber estado casada con un hombre tan difícil, complejo y atormentado como él. Y de las necesidades de Martha y de la capacidad de su marido para percibirla, contenerla y consolarla no se dice absolutamente nada. Con ella no hay empatía: solo importan las necesidades y los sufrimientos de su esposo.

Su apasionada amistad y su enorme dependencia de Fliess coincidió no solo con el desarrollo de muchas

de sus ideas en el plano teórico –como generalmente se ha enfatizado– sino que, también, con el crecimiento continuo de su numerosa familia (Martha tuvo a sus 6 hijos en el lapso de solo 9 años). Además, y siendo Freud el hijo mayor y un profesional debía ayudar económicamente a su familia de origen, compuesta mayoritariamente por mujeres. (Su padre era 40 años mayor que él y el único otro hijo hombre en la familia, Alexander, era 10 años menor que Sigmund). Las inevitables Adulterio y Responsabilidad se le habían venido encima con toda su exigencia, aridez y frialdad. Freud no solo estaba intelectualmente inseguro, también lo estaba profesional y emocionalmente. Y esta inseguridad "global" y envolvente explica algo mejor su gran necesidad de Fliess.

Con frecuencia se habla de este último en forma despectiva. Sin embargo, fue Freud quien lo buscó y fomentó activamente la amistad entre ambos. Tal vez el médico berlinés fue capaz de darle algo muy importante en esos años de tormento: lo apreciaba, lo respetaba, lo escuchaba con real interés –tanto en el área científica como personal–, entendía sus ideas y le era aportativo. Y nada de lo que Freud dijese lo encontraba bizarro o lo escandalizaba.

El "periodo Fliess" me recuerda una frase que Freud escribió, en su vejez, sobre el desamparo infantil: "[...] y de la nostalgia por el padre que aquel suscita, tanto más cuanto que este sentimiento no se mantiene simplemente desde la infancia, sino que es reanimado sin cesar por la angustia ante la omnipotencia del destino. Me sería imposible indicar ninguna necesidad infantil tan poderosa como la del amparo paterno". No cabe duda que él conocía demasiado bien el desvalimiento profundo, y que lo experimentó en diversas ocasiones a lo largo de su vida (como en sus años junto a Fliess). Llama la atención que Freud en este pasaje se refiera solo al padre, y que no mencione en lo absoluto a la madre (como si pensase que el desamparo del niño solo pudiese ser apaciguado por la figura paterna).

Freud tuvo serios conflictos y rupturas, después de años de amistad, con algunos representantes del género masculino. Los ejemplos más destacados son los de Breuer y Fliess. Con las mujeres, en cambio, nunca se dio este patrón de una prolongada e intensa amistad seguido, finalmente, de un rompimiento completo. Tuvo excelentes relaciones y por muchos años, tanto en el plano personal y psicoanalítico, por ejemplo, con sus ex pacientes Lou Andreas-Salomé y con la princesa Marie Bonaparte.

Pienso que su tan elogiado autoanálisis –"la hazaña más heroica de su vida"– según Jones, ha sido muy sobrealorado en cuanto a su eficacia terapéutica. Y no

queda muy claro la razón que tuvo el creador del psicoanálisis para no haberse sometido nunca él como paciente a su gran descubrimiento (en el cual la presencia de un otro y la relación transferencial son de una importancia crucial). Me impresionan su falta de humildad o su gran desconfianza para recurrir a algunos de sus discípulos, ya formados, y con una extensa experiencia psicoterapéutica. O tal vez realmente pensaba que no lo necesitaba, por ser él quien era, recurrir al análisis. Es curioso que ninguno de sus biógrafos haya mencionado explícitamente esta flagrante contradicción: el aparente logro, en su persona, de un gran cambio terapéutico en ausencia de psicoanálisis. Jones considera su autoanálisis todo un éxito y señala con orgullo que a los 45 años su maestro había alcanzado “una completa madurez que rara vez se da en las personas”.

En términos modernos Freud habría sido un caso de la (mal) llamada “remisión espontánea”, que se observa, por ejemplo, en los grupos control o en las listas de espera. Y, si realmente tuvo tanto éxito consigo mismo, entonces sí hay pacientes que pueden mejorar considerablemente sin psicoanalizarse.

Él se consideraba y declaraba ser un científico. Pero, contradiciéndose a sí mismo, se opuso a toda investigación científica sobre la eficacia del psicoanálisis. Dio toda clase de razones, algunas muy burdas, y no hizo nada al respecto. Para mí la razón es una sola: él sabía demasiado bien que su creación terapéutica era claramente imperfecta en cuanto a sus resultados, y que además presentaba abundantes abandonos por parte de los pacientes (ambas cosas ocurren en todos los enfoques psicoterapéuticos).

Hoy es de sobra conocido lo que la evidencia empírica señala: la eficacia de las psicoterapias de orientación analítica no se diferencia de la de otras modalidades psicoterapéuticas.

Además, jamás se ha comprobado, científicamente, que el psicoanálisis sea el único enfoque terapéutico capaz de lograr los supuestos cambios estructurales en la personalidad de los pacientes y, que yo sepa, ningún otro enfoque lo ha logrado. Una cosa son los síntomas y otra muy diferente las estructuras de personalidad.

Con el paso del tiempo y, posiblemente en parte porque la potentísima “presencia” de Freud dejó de ser un obstáculo, el psicoanálisis ha sufrido una profunda y sana transformación, y el tratamiento típicamente freudiano ha pasado a formar parte de la historia.

Hasta hace unos años cualquier libro serio sobre los diferentes enfoques terapéuticos incluía un solo capítulo dedicado a la creación del maestro vienés. Los actuales, en cambio, incluyen dos: Psicoanálisis Freudiano y Psicoanálisis Relacional.

Los escritos sobre psicoanálisis relacional tratan con demasiado respeto a Freud, pese a las enormes diferencias que plantean respecto a su enfoque. Son la mejor demostración de lo profundamente equivocado que él estuvo en aspectos esenciales. Pero, de alguna forma Freud continúa siendo una figura intocable y venerada. Me da la impresión de que en el círculo psicoanalítico criticarlo abiertamente y sin tapujos es el equivalente a profanar una tumba.

Freud lo hizo muy bien desde un punto de vista económico: literalmente, les “arrendaba” varias horas semanales a sus pacientes y les cobraba una mensualidad asistiesen o no a las sesiones.

No sé cuántos pacientes estarán dispuestos, hoy en día, a someterse a una terapia con varias sesiones semanales, que puede durar años, con inciertos resultados, y que además tienen un costo mensual fijo y desmesurado.

Cabe señalar que, cuando gozó de fama, Freud recibió sin ningún problema a muchos pacientes millonarios norteamericanos. Y les cobraba una suma considerable por sesión. De acuerdo con el psicoanalista y biógrafo, Louis Breger, Freud cobraba, a comienzos de la década de 1930 US \$25 por hora. Estos asistían a terapia 6 veces a la semana. Tomando como base el año 2000 –hace 16 años– Breger calcula que Freud cobraba, en aquel entonces, más de US \$300 por sesión, o sea, más de US \$7.200 mensuales a cada paciente (suponiendo que todos los meses se componen solo de 4 semanas). En una época, de acuerdo con Breger, solo 3 pacientes norteamericanos le aseguraron el 60% de sus ingresos mensuales. Hoy en día, y con estos honorarios, cualquier terapeuta se las arreglaría demasiado bien económicamente y trabajando solo 6 horas a la semana (según pude ver en Internet, en el año 2015, US \$300 del año 2000, equivalían a más de US \$400. Pero no tengo la completa seguridad de esta última cifra. Si fuese cierta, ¡estaríamos hablando de casi US \$10.000 mensuales por 6 horas de terapia a la semana!). Lo anterior ocurrió en los años de la Gran Depresión, la que también había golpeado a Viena. Freud los pudo sortear muy bien gracias a sus pacientes norteamericanos ya que no solo le pagaban muchísimo sino que, además, lo hacían en moneda “dura”.

El “Conquistador” (así se catalogó a sí mismo en una ocasión y utilizando la lengua española) tuvo un reinado menos prolongado de lo que él esperaba. A partir de la segunda década del siglo pasado el Imperio Psicoanalítico comenzó a enfrentarse a cuatro novedades catastróficas: la revolución farmacológica, la aparición de nuevos enfoques terapéuticos –mucho más breves–, la exigencia de demostrar, científicamente la eficacia terapéutica, y unido a lo anterior el surgimien-

to de las aseguradoras de salud que costeaban gran parte de la psicoterapia. (Y, todo esto, sin considerar el continuo aumento de profesionales y de personas no profesionales que practican diversas formas de psicoterapia y de terapias alternativas.)

Lo anterior contribuyó al surgimiento de enfoques psicodinámicos breves, con una o dos sesiones semanales, sin diván y que Freud habría considerado superficiales y, por consiguiente, ineficaces.

La "sequía", en cuanto a pacientes es algo generalizado y afecta todo el campo psicoterapéutico. Y los artículos y capítulos publicados en USA son alarmantes al respecto: ser terapeuta, desde un punto de vista económico, está y sigue siendo algo crecientemente menos rentable e, incluso, peligroso. Puedo equivocarme pero creo que el terapeuta tradicional, y que cobra sus honorarios privadamente, está en un progresivo e inevitable camino hacia la extinción.

Freud confundió su personalidad controladora e impersonal con "la" forma "objetiva" de captar, relacionarse, y ayudar a los demás. En la obra de Jones, la psicoanalista, admiradora, traductora y ex paciente de Freud, Joan Riviere, se refiere a su "tono imperativo" y a su interés "curiosamente impersonal" tanto en el análisis como fuera de él.

Posiblemente no fue un buen terapeuta. El caso de Dora es una buena demostración de su total racionalidad y falta de empatía, aunque él muy hábilmente lo utilizó para "demostrar" que no es el ambiente el causante de las neurosis, sino que los conflictos intrapsíquicos. Pero hoy día sabemos que la calidad de la alianza terapéutica es un buen predictor del éxito terapéutico, sobre todo cuando esta es medida por los pacientes (¿Qué habrían medido la pobre Dora y otros pacientes del maestro respecto a esta variable?).

Además, siempre le interesó mucho más conocer que sanar: todo indica que para él los pacientes eran antes que nada objetos de estudio. Gay señala que en 1909 escribió: "los pacientes son desagradables" y "me dan la oportunidad de realizar nuevos estudios técnicos". Según Gay, a Ferenczi le habría manifestado: "Los neuróticos son chusma solo buenos para mantenernos económicamente y para aprender con sus casos".

Su imagen del ser humano no era de las mejores. Concordaba plenamente con la locución latina: *Homo homini lupus*. Y a Arnold Zweig le escribió en año 1927: "...una vez dicho todo, en promedio, consideradas ya todas las cosas, los seres humanos son una gentuza miserable".

El ego de Freud era sorprendente: se comparó con Copérnico y con Darwin y, según él, le infligió un tercer golpe a la humanidad. Muchos de sus partidarios

lucharon, sin éxito, para que se le confiriese el premio Nobel. El que sí obtuvo fue el Premio Goethe en 1930, y Anna fue la encargada de ir a recibirlo y de pronunciar el discurso escrito por su padre para la ocasión. Pero este premio es de literatura; no es un premio científico. En todo caso se lo merecía plenamente, ya que Freud –y en esto sí hay consenso– escribía como los dioses.

Tal vez si adoptamos una perspectiva histórica más amplia, mucho de lo escrito anteriormente puede adquirir un mayor sentido y puede ser mejor comprendido.

El mismo año que Freud publicó el caso "Dora," 1905, un físico de 26 años, absolutamente desconocido, aparentemente fracasado y obligado a tener que trabajar como empleado en una oficina de patentes en Suiza publicó 4 artículos geniales en la revista más prestigiosa de Física en Alemania: Albert Einstein. Por uno de esos artículos recibió el premio Nobel (1921). Y, otro (Relatividad Especial), produjo un cambio profundo en la Física.

Judío como Freud, jamás se sintió perseguido ante sus escritos y no movió un solo dedo para hacerse famoso mundialmente. Solo esperó y esperó hasta que el físico más renombrado de la época en Europa, Max Plank (no judío), tomó muy en serio, supo valorar su aporte y lo catapultó en el mundo científico.

Einstein debió esperar años, hasta que, en 1919 –Freud falleció 20 años después– se confirmó su predicción (esta vez, de la Relatividad General) respecto a la desviación de la luz de las estrellas cercanas al Sol. La noticia, comprobada después de terminar la Primera Guerra Mundial y por Eddington –un "enemigo" inglés y no judío–, dio la vuelta al mundo y Einstein se hizo famoso de un día para otro.

La diferencia entre ambos hombres no puede ser más notable: Einstein jamás se hizo propaganda, no hizo nada para atraer discípulos, nunca formó un Comité secreto ni luchó desesperadamente para que los astrónomos de la época se movilizaran para confirmar o rechazar una de sus predicciones más importantes: en otras palabras, lo arriesgó y lo apostó, literalmente, todo. Pero, para él sin evidencia empírica, su teoría era una mera conjetura sin validez alguna.

Ambos hombres se conocieron personalmente e intercambiaron algunas cartas (las misivas más extensas, entre ambos, se refieren a la guerra y a cómo poder evitarla).

Como era de esperarse, su comprensión mutua –respecto a sus respectivas creaciones– no fue de las mejores. Freud escribió sobre la "absoluta incompreensión del psicoanálisis" por parte del físico. Y, con un dejo de envidia, escribió que Einstein, en oposición a él, no tuvo que partir desde cero: "[...] A este hombre

afortunado todo le resultó más fácil que a mí. Contó con el apoyo de una larga serie de precursores a partir de Newton..."; ¡Cómo si Einstein hubiese sido un mero continuador en la construcción de la catedral newtoniana y no un gran revolucionario en el campo de la física!

Está claro que Freud nunca tuvo la menor idea de que Einstein había terminado con el reinado de más de 200 años de Newton: el tiempo y el espacio, de ser dimensiones separadas y absolutas pasaron a ser un espacio-tiempo indisolublemente unido y relativo, y la gravedad newtoniana dejó de ser una atracción entre las masas y se transformó en una curvatura del tejido espacio-temporal. Y del aporte einsteniano a la mecánica cuántica –mecánica que posteriormente el físico habría de rechazar– mejor ni hablar. (Este aporte inicial consistió en su explicación del misterioso "Efecto Fotoeléctrico", por el que recibió el Nobel. En su artículo, y yendo en contra de lo que se pensaba en su época, respecto a la luz, Einstein planteó que esta última, siendo una onda, también podía comportarse como partícula: la famosa y misteriosa dualidad onda-partícula).

Después de un siglo, y a diferencia del psicoanálisis freudiano, la teoría de la Relatividad goza de muy buena salud y, recientemente, y después de 100 años, se comprobó otra de sus predicciones (esta vez relacionada con las ondas gravitacionales).

Freud nunca supo, y menos entendió, que Einstein había producido y también iniciado un doble cambio

paradigmático en la Física. Esta hazaña la logró absolutamente solo y jamás se quejó de ningún "espléndido aislamiento".

Para Einstein la obra y la fama de Freud no significaron nada. Pero para Freud, el reconocimiento mundial de Einstein, sumado a su Premio Nobel, debió haber sido, al menos, agrídulce.

## REFERENCIAS

Esta reflexión está basada principalmente en los datos aportados por los siguientes biógrafos:

1. Appignanesi L, Forrester J (1994). *Las Mujeres de Freud*. Planeta: B. Aires
2. Badou G (2007). *Martha Freud*. El Ateneo: B. Aires
3. Berthelsen D (1995). *La Vida Cotidiana de Freud y su Familia*. Ediciones Península: Barcelona
4. Breger L (2000). *Freud. El genio y sus sombras*. Javier Vergara: España
5. Breger L (2009). *A Dream of Undying Fame: How Freud Betrayed His Mentor and Invented Psychoanalysis*. Basic Books: N. York
6. Clark RW (1980). *Freud. The Man and The Cause*. Granada: G. Britain
7. Gay P (1989). *Freud. Una Vida de Nuestro Tiempo*. Paidós: España
8. Gay P (1993). *Un Judío sin Dios*. Ada Korn Editora: B. Aires
9. Gay P (1994). *Freud, Otra Vez*. Ada Korn Editora: B. Aires
10. Jones E (1960-1962). *Vida y Obra de Sigmund Freud* (3 Volúmenes). Nova: B. Aires
11. Roazen P (1986). *Freud y sus Discípulos*. Alianza: Madrid
12. Rodrigué E (1996). *El Siglo del Psicoanálisis*. (2 Volúmenes). Editorial Sudamericana: B. Aires
13. Young-Bruehl E (1991). *Anna Freud*. Emecé: B. Aires

## ENSAYO

# ELLO, SUEÑOS Y AGRESIÓN

(Rev GPU 2016; 12; 4: 380-390)

David Ceballos<sup>1</sup>

*"Pero mi realidad cotidiana, Señor, es que despierto soy un cobarde y en mis sueños que dicen la causa. He perdido la dirección, estoy confundido."*

PAUL GOODMAN, 1974.

**Se retoma la teoría de los sueños esbozada en *Gestalt Therapy* (Perls, Hefferline y Goodman, 1951), a partir de la cual se propone una teoría de las perturbaciones del sueño. Asimismo, se analiza la estructura de la experiencia perturbada del bruxismo del sueño.**

## INTRODUCCIÓN

Uno de los temas que ha sido abordado con mayor amplitud en la literatura de la terapia gestalt es el sueño; infortunadamente, gran parte de esta se ha enfocado al desarrollo y divulgación de la metodología del trabajo con sueños, dejando a un lado el avance teórico, a tal grado que hoy por hoy la terapia gestalt aún no cuenta cabalmente con una teoría de los sueños; mucho menos con una teorización de las perturbaciones del sueño, ya que ha sido poco el interés que se le ha prestado a este tipo de experiencias, exceptuando las pocas referencias al insomnio y las pesadillas. De igual forma, el concepto de "agresividad

dental" ha tenido un lugar privilegiado dentro de la teoría de la terapia gestalt, debido a que esta se originó en un modelo basado en el instinto del hambre, y a pesar de ello, no se ha escrito prácticamente nada sobre el bruxismo del sueño<sup>2</sup>. A fin de aportar algunas ideas en torno a estas cuestiones, en las próximas páginas se presentará una propuesta inicial de las perturbaciones del sueño, seguida de una exposición conceptual del bruxismo y de la estructura de la experiencia perturbada del bruxismo del sueño, basadas en la teoría de los sueños delineada en *Gestalt Therapy* (Perls, Hefferline y Goodman, 1951), la cual será explicada, pormenorizando su función y relación con la teoría del self.

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

<sup>2</sup> La única referencia sobre esta perturbación relacionada con el dormir es la tesis de Solmi (2015); no obstante, las opiniones aquí presentadas son distintas a las expuestas por esta autora.



## LA TEORÍA GESTALT DE LOS SUEÑOS

En el ámbito de la terapia gestalt existen diferentes concepciones teóricas sobre los sueños<sup>3</sup>. Las principales son: (a) la que considera al sueño como una proyección y (b) la que lo entiende como una retroflexión inconsciente. Una perspectiva adicional (c) es la bosquejada por Paul Goodman, la cual extrañamente ha pasado inadvertida entre los profesionales de la gestalt pese a que esta es, en sentido estricto, la única teoría con la que se cuenta en este enfoque. A continuación se hará una exposición sucinta de las dos primeras, ya que han sido las más divulgadas, y se dedicará mayor atención a la propuesta de Goodman por ser la más adecuada para los propósitos aquí perseguidos.

### El sueño como proyección

La perspectiva sobre los sueños que Perls (1974) enseñó en la década de los años 1960 es la más difundida tanto dentro como fuera de la terapia gestalt. Según esta, todas las partes del sueño son una proyección de la personalidad, son una parte que se ha rechazado (amor, resentimiento, conflictos, etc.). Por consiguiente, el sueño es visto como un mensaje existencial porque este “es la expresión más espontánea de la existencia de un ser humano... [y en el cual] está más claramente expuesta la existencia y los problemas de la existencia” (p. 78). En consecuencia, el objetivo terapéutico consiste en asimilar o reidentificarse con las proyecciones, a fin de reposar las partes alienadas de la personalidad; no radica en analizar sino en integrar. Razón por la cual Perls consideró los sueños como “el camino real hacia la integración” (p. 78).

En *Yo, Hambre y Agresión* (1975) el planteamiento que Perls tuvo sobre los sueños fue un tanto distinto a como lo hizo posteriormente. Vistos en la esfera de las proyecciones, estos son conceptualizados como un

punto cero entre las proyecciones ordinarias y las intraorgánicas, ya que si bien estos se realizan dentro del organismo, al mismo tiempo tienen la cualidad de realizarse en el mundo exterior. El siguiente párrafo ayudará a comprender mejor la perspectiva que Perls tuvo en esta época:

Hay una esfera en la que no resulta difícil descubrir las proyecciones: el mundo de los sueños. Los sueños agradables son consumaciones directas o indirectas de situaciones incompletas: coinciden con la realización de los deseos en la terminología de Freud. Los sueños desagradables contienen invariablemente proyecciones, su prototipo mejor conocido es la pesadilla. La persona o animal que predomina en la pesadilla es siempre una parte no deseada de uno mismo. Cuando usted sueña que lo muerde una serpiente venenosa, podía ser correcto interpretar la serpiente como un símbolo fálico agresivo, pero resulta más útil buscar la serpiente venenosa escondida en su propio carácter (p. 310).

En este párrafo Perls (1975) plantea dos ideas fundamentales: (a) los sueños agradables son la compleción de situaciones inconclusas (la teoría freudiana de los sueños) y (b) los sueños desagradables son proyecciones; distinción que es importante pero que, como se verá más adelante, él mismo perdió de vista. Aquí la meta terapéutica también residía en asimilar las proyecciones.

### El sueño como retroflexión inconsciente

Una segunda aproximación a los sueños es la desarrollada por Isadore From (1978, 1988). De acuerdo con él, los sueños son una “retroflexión inconsciente [*unaware*], una perturbación importante en la frontera contacto” (From, 1988). Esta hipótesis se fundamenta en la premisa de que “el dormir es la condición óptima para retroflectar, debido a que el único contacto que el soñador tiene con el entorno es a través de su respiración” (From, 1978). Tales proposiciones están enunciadas en el contexto de la relación paciente/terapeuta y, principalmente, aluden a los sueños que preceden a la sesión de terapia y los de la noche siguiente que serán contados al terapeuta; de esta manera los sueños son vistos como retroflexiones que “reflejan las perturbaciones en la frontera-contacto con su terapeuta” (1988), son una “comunicación retroflectada” (1978). Desde esta perspectiva el trabajo terapéutico está encaminado a deshacer la retroflexión a fin de conseguir el contacto entre paciente y terapeuta.

<sup>3</sup> En inglés existen términos diferentes para designar el sueño (*dream*) –el fenómeno onírico– y el acto de dormir o estado de reposo (*sleep*), aunque en la lengua española contamos con términos apropiados para cada uno es común que en su traducción se emplee el término sueño para referir ambos conceptos. En la edición española de *Gestalt Therapy* se traducen los términos *sleep* y *dream* de manera indistinta como sueño, perdiéndose el significado de la función del self en el acto del dormir y los sueños referida a lo largo del volumen teórico. En este escrito se ha puesto especial énfasis en esta distinción por lo que en los casos necesarios se ha incluido en las citas una pequeña nota aclaratoria entre corchetes.

Aunque estas perspectivas son relativamente novedosas en comparación a la forma de trabajo con los sueños desde el psicoanálisis clásico, cuando se contrastan con la teoría trazada en *Gestalt Therapy* (Perls *et al.*, 1951) y se observan con mayor detenimiento presentan una serie de inconvenientes de orden lógico y teórico.

### El sueño como función en el campo

La teoría de los sueños presentada en el Volumen Dos de *Gestalt Therapy* (Perls *et al.*, 1951) es, en principio, la teoría freudiana de los sueños articulada en términos funcionalistas. En este orden de ideas, el sueño es una función y evento en el campo organismo/entorno, cuya temporalidad se circunscribe al pasado y futuro en la realidad presente –aunque Freud señaló en sus escritos la relación que desempeña la frustración y la búsqueda del contacto en el entorno sobre la génesis del deseo y del sueño, esta noción no fue de las más acusadas por él ni por la mayoría de sus seguidores, salvo por miembros de la escuela de Budapest.

De acuerdo con Goodman (1960), el organismo requiere de objetos adecuados en el entorno para completar sus funciones (comer, amar, comunicarse, etc.). A fin de preservarse y crecer el organismo interactúa en el entorno hasta que alcanza un equilibrio relativo entre sus necesidades dominantes y la presión de los estímulos del entorno. Si el equilibrio se establece fácilmente “el animal vive bien y es como si durmiera” (Perls *et al.*, 1951, p. 260); sin embargo, el equilibrio no siempre se establece de manera expedita, por lo general es difícil terminar el proceso. En una situación así es necesario un retraso en la interacción: una intensificación de la conciencia (*awareness*), experimentación y deliberación para resolver el problema y conseguir la relajación, acabando nuevamente “en una pérdida del interés y en el sueño [*sleep*]” (p. 261); esta es la función primaria de la conciencia (*consciousness*).

La situación extrema ocurre cuando el problema no puede ser resuelto, el equilibrio no puede ser alcanzado y las tensiones continúan excitando al organismo; en este caso se establecen funciones temporales<sup>4</sup> que amortiguan la tensión agotando una parte de la energía por medio de la: “alucinación y el sueño, la imagi-

nación vívida, el pensamiento obsesivo, la melancolía, acompañados de agitación motora” (p. 261). En este escenario el retraso provee, por el bien del organismo, un periodo de “descanso y retirada, cuando el problema no puede resolverse de otra manera” (p. 262); esta es la función de emergencia de la conciencia (*consciousness*).

Esta fase de “descanso y retirada” acontece, esencialmente, en la etapa del dormir. En este estado de reposo, la manipulación y la exploración del entorno están suspendidas, no hay contacto –hay una frustración de la solución física del problema–, algunas pulsiones propioceptivas (el contenido latente) y los fragmentos de los últimos acontecimientos del día (contenido manifiesto) continúan creando tensión y agitando al organismo, respectivamente. Esta distinción implica que la cualidad de la formación figura/fondo durante la experiencia del sueño es disconforme con la que tiene lugar en la vigilia; aquí las pulsiones propioceptivas (deseos) son figura sobre un fondo de inactividad motora. Bajo estas condiciones los sueños son “la clase de deseos que pueden ser gratificados solamente en su alucinación inmóvil; el inicio del movimiento muscular hace huir al sueño” (Perls *et al.*, 1951, p. 436). En tanto que función de la conciencia, el sueño implica un aislamiento del entorno y del organismo, inconsciencia propioceptiva (*unawareness*) –pero no de los contenidos manifiestos–, para poder conseguir el equilibrio mediante el agotamiento de la energía; de lo contrario, las relaciones funcionales estarían definidas, se daría el contacto y el organismo despertaría.

A primera vista esta no es una idea del todo distinta a la que Perls (1975) tuvo en sus inicios pero sí más elaborada y con una metodología de trabajo diferente, incluso en Perls *et al.* (1951) no existe alusión alguna sobre la naturaleza proyectiva de los sueños, ni mucho menos retroflectiva. Para ellos el sueño es deseo, excitación, que acaece en un estado alterado de conciencia; en cierto grado se encuentra relacionado con la alucinación, pero sobre todo “es concreto, no verbal, sensorial –‘eidético’” (p. 437). Aún más, se puede señalar que la diferencia crucial entre estas perspectivas –inclusive la hipótesis de From en la cual el “sueño es un intento por deshacer las retroflexiones que han ocurrido durante una sesión de terapia” (1988)– reside en lo que entienden por deseo: para Perls (1975) los deseos “son consumaciones directas o indirectas de situaciones incompletas” (p. 310); en contraste, para Goodman (1966) este es:

...de una naturaleza diferente a la necesidad, el apetito, el ansia y el interés. Este no es estimulado inmediatamente por la escasez sentida que se apropia o que busca satisfacción en el entorno,

<sup>4</sup> De acuerdo con Perls *et al.* (1951) en situaciones de peligro y frustración se establecen dos funciones temporales para detener el peligro y proteger al organismo: el borrado y la alucinación. En este escrito únicamente se hace alusión a la segunda.

sino por una imagen externa o interna o un ideal que puede ser cumplido. A veces es introducido por la iniciativa del self previa a la necesidad sentida (p. 92).

De esta manera los deseos (las pulsiones propioceptivas) en el sueño no son la compleción de una situación inconclusa, la satisfacción de una necesidad; sino una representación, una imagen mnémica de una percepción asociada con la excitación que produjo la necesidad, la cual se realiza por su reproducción inconsciente y alucinatoria. En palabras de Delacroix (2001), el sueño es “un intento de autorregulación orgánica [cursivas añadidas] emitida por el propio organismo” (p. 151). Esto es indiscutible ya que la experiencia de satisfacción solo sobreviene por el contacto recíproco. Empero, el sueño agota las tensiones interiores y el organismo permanece dormido, es una satisfacción meramente alucinatoria.

Por consiguiente, desde la teoría goodmaniana las formulaciones gestálticas de los sueños como proyección y retroflexión revelan más un valor práctico que teórico, esto en razón de que, últimamente, tanto Perls como From convienen en decir que el sueño es una “consumación indirecta de una situación inconclusa”, “un intento por deshacer”, a saber, un deseo. La denominación del sueño como una proyección se debe a que Perls (1974) erróneamente generalizó la concepción temprana que tuvo de las pesadillas como prototipo de los sueños: “la pesadilla es siempre una parte no deseada de uno mismo” (Perls, 1975, p. 310), dejando a un lado los sueños agradables (los deseos); así era comprensible que pensara en estos como un medio de defensa, la proyección –el mismo Freud observó que el sueño tenía esta función pero solo ante la perturbación del dormir. La designación del sueño como una retroflexión inconsciente, puesto que el sueño es inconsciente (*unaware*), guarda un significado más cercano con el deseo y la acción, “es un intento por deshacer las retroflexiones”; es un “reflejo de las perturbaciones” y hasta este punto es una formulación correcta; sin embargo, el error de From radica en confundir el sueño con una retroflexión, si bien la retroflexión implica “recrear en la fantasía el objeto inalcanzable” (Perls *et al.*, 1951, p. 455) esta es por definición un “acto de autocontrol deliberado durante un compromiso difícil” (p. 455) pero el “sueño es espontáneo y no deliberado” (p. 265), si en función de una situación difícil y frustrante mas sobre un fondo de relajación e inmovilidad, en contraste, la retroflexión se lleva cabo sobre un fondo de control y movilización de las energías contra el cuerpo. De la misma manera, aunque en la proyección hay

deseo, las imágenes se producen en un “marco de rigidez muscular, por lo que las imágenes que llegan son las más atractivas y llenas de sensación y llegan a estar más coloreadas de dolor y amenaza” (p. 454) pero el sueño no acontece así. Todavía se puede agregar que estos mecanismos se producen en el estado de vigilia, son las ensoñaciones diurnas en las que se impide deliberadamente el movimiento, cuando hay contacto y self, pero “el contacto más simple... excluye espontáneamente el sueño” (p. 436) entonces ¿cómo es posible que la proyección y la retroflexión sean el sueño si estos son “modos de contacto”? Esta cuestión denota la naturaleza aporética de las proposiciones teoréticas perlsiana y fromniana.

Continuando, lo hasta ahora expuesto concierne a las funciones temporales sanas de la conciencia en una interacción complicada entre el organismo y el entorno. Ahora es momento de ver el funcionamiento de esta en una situación neurótica y cómo se ve afectada pero antes es necesario puntualizar el papel del self en los sueños.

## EL SELF Y LOS SUEÑOS

Toda interacción del organismo en el entorno, todo contacto, implica un proceso unificado de las funciones perceptivas y motoras y las necesidades orgánicas. Este proceso es una secuencia continua, en la cual el self integra las funciones del organismo y los objetos del entorno formando figuras y fondos en el campo de manera dinámica a medida que la situación inacabada se completa. A lo largo del proceso de contacto, de la actividad del self, se pueden distinguir las siguientes etapas: precontacto, toma de contacto, contacto final y poscontacto. En la etapa de precontacto el cuerpo representa el fondo y la necesidad, el apetito o el estímulo en el entorno es la figura; en la toma de contacto la energía ligada al apetito se convierte en el fondo y el conjunto de posibilidades ambientales son ahora la figura; posteriormente, en el contacto final un objetivo vivo se destaca como figura y es contactada, el Yo se convierte en Tu, el entorno y el cuerpo son el fondo; finalmente, en el poscontacto la figura de contacto desaparece en el fondo para ser integrada y asimilada al organismo.

Durante este proceso el self “crea estructuras especiales” (Perls *et al.*, 1951, p. 378) para ajustarse creativamente a las situaciones cambiantes hasta alcanzar el equilibrio o el reposo. Perls *et al.* describen tres sistemas parciales: Ello, Yo y Personalidad, los cuales representan las etapas principales del ajustamiento creativo –aunque referidas como estructuras no suponen una definición topográfica sino funcional. En la fase de

precontacto el self funciona en su modalidad Ello; en la toma de contacto y contacto final en su función Yo; y por último, en el poscontacto en la función Personalidad<sup>5</sup>.

Lo anterior pertenece a la interacción del organismo en el entorno en el estado de vigilia, en el transcurso del cual se completan las funciones, se consigue el equilibrio, se asimila lo tomado del entorno (poscontacto) y, finalmente, se llega a un estado de reposo. El despliegue de la secuencia sucede indeterminadamente varias veces durante la vigilia; la duración de cada una de estas puede ir desde unos minutos (al saciar la sed), horas (como en el proceso de digestión de los alimentos o al realizar una tarea escolar) e inclusive años (al estudiar un curso universitario). Pero de manera unívoca la fase de reposo y crecimiento es por excelencia el estado del dormir.

Ahora es momento de ver con mayor detalle qué sucede durante el dormir y cuál es la función del self y sus estructuras en el sueño y cómo difiere en la etapa de vigilia.

### La experiencia del dormir y del sueño

De acuerdo con Perls *et al.* (1951) el self existe como un ajustamiento a las situaciones difíciles pero cuando estas “están en reposo o se acercan al equilibrio, el

self disminuye. Así ocurre en el dormir o en cualquier crecimiento cuando se produce la asimilación” (p. 374). Consiguientemente, el dormir es un proceso de crecimiento, el cual se lleva al cabo con un self disminuido (p. 235) y en algún momento sin self (p. 374), es una función que tienen lugar en la etapa de poscontacto, es inconsciente (*unaware*) y pertenecen a la autorregulación fisiológica, no es una función-contacto, por lo tanto no hay self; no obstante, teóricamente es susceptible de contacto. En cuanto al self, este actúa en su modalidad Ello y Personalidad.

Según los autores de *Gestalt Therapy* (Perls *et al.*, 1951) el crecimiento sobreviene durante la etapa de poscontacto, en la cual la novedad contactada (un alimento o algún aprendizaje) es integrada al organismo. En general, el resultado del contacto o crecimiento toma dos formas: asimilación e identificación. En esta etapa la figura de contacto que llenaba el campo desaparece progresivamente en el fondo para ser integrada al organismo. El self “es la figura creada [en la cual] se convierte y asimila al organismo, uniéndola con los resultados del crecimiento anterior” (p. 378), esta es la función Personalidad. Este proceso de crecimiento, en el cual se da el paso del contacto consciente a la asimilación inconsciente, esto es, de la autorregulación psicológica a la fisiológica, se lleva al cabo de la siguiente manera: después del contacto un flujo de energía añade los nuevos elementos asimilados provenientes del entorno al organismo; este se re-forma incluyendo la energía y los hábitos nuevos a su “naturaleza”, de qué modo lo asimilado viene a formar parte de la autorregulación fisiológica y ya no se contacta sino de manera aperiódica. A lo largo de la etapa de crecimiento “el self continúa de manera espontánea y [después en algún momento determinado] se extingue a sí mismo” (p. 422).

Esto es válido tanto para el estado de vigilia como para el dormir, con la excepción de que el crecimiento (poscontacto) presenta cualidades especiales durante el dormir –diferentes estudios muestran la relación entre el dormir y la liberación de la hormona del crecimiento, el aprendizaje y la memoria. En contraste, el sueño deviene durante la etapa de precontacto y el self funciona primordialmente en su función Ello y Yo<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> A estas alturas es necesario hacer las siguientes aclaraciones: primero, aunque en *Gestalt Therapy* se bosqueja el despliegue del self a través de la secuencia de contacto, aparentemente, de manera lineal e inclusive pudiera articularse circularmente, so pena de una lectura sistémica, no es el caso. Para Perls *et al.* (1951) el self es un flujo estético, emergente y complejo, entre el organismo y el entorno que difiere en grado, en un extremo “la relajación y... la libre asociación [el Ello]”, en medio, “la organización deliberada con el propósito de establecer las identificaciones [el Yo]” (p.143), y en el otro extremo la espontaneidad [Personalidad]. Segundo, la denominación frecuente de la secuencia de contacto como “ciclo de contacto” o “proceso de contacto” resulta innecesaria; de un modo cierto la palabra secuencia ya designa un proceso temporal independientemente de su duración, de manera que intercambiar una por otra es tautológico; inclusive, su adjetivación secuencial obedece más a su carácter teleológico unitario que temporal, por lo que prescindir de esta la despoja de su cariz esencial. Por otra parte, el apelativo “ciclo” además de aludir a la temporalidad tiene una connotación recursiva (p. ej. los ritmos biológicos) que obedece mayormente a la organización interna del organismo, la cual infelizmente es tomada como la totalidad de la autorregulación orgánica dejando a un lado a su forma psicológica; sin embargo, la primera es más bien un indicio de la experiencia.

<sup>6</sup> En fechas recientes algunos expertos en materia de sueños dentro de la terapia gestalt han relacionado al fenómeno onírico –dadas sus características– con algunas de las etapas de la secuencia de contacto. Partiendo de la hipótesis de que los sueños son un intento de asimilación de la experiencia, resultado de una tendencia

Después que el self ha disminuido en el poscontacto, porque ha dejado de actuar en la regulación consciente y se ha convertido en la figura que se asimila inconscientemente, el organismo llega a un estado de reposo o de equilibrio (trasponiendo la secuencia de contacto a la estructura del dormir, la etapa de poscontacto corresponde a las fases del sueño no-MOR, algunas de las cuales se hallan vinculadas con la consolidación de la memoria, el aprendizaje, el crecimiento y la restauración del cuerpo), entonces el “self parece disperso y está, de hecho, desintegrándose y desvaneciéndose en una mera potencialidad” (Perls *et al.*, 1951, p. 381), luego para poder descansar “suspende su disposición sensorial y afloja los músculos”, es la función Ello que aparece como algo “pasivo, disperso e irracional; su contenido es alucinatorio y el cuerpo ocupa un lugar preponderante” (p. 381) –para ser precisos esta panorámica es la misma que la de la fase no-MOR, sin embargo la etapa de precontacto pertenece a la fase MOR, ya que en esta la regulación homeostática está suspendida y reaparece inmediatamente después de que esta termina (Parmeggiani, 2011), esto es, no hay asimilación porque no es la etapa de poscontacto; por lo que ha de entenderse que las singularidades compartidas obedecen a que estas etapas están entrelazadas.

Entre ambas etapas en transición “las imágenes que se producen tienden a ser de objetos reales, alucinatorios e incidentes completamente dramáticos contactados con una inversión mínima de esfuerzo” (p. 381), son las alucinaciones hipnagógicas y los sueños de las fases 1 y 3 del sueño no-MOR, respectivamente. Según refieren Perls *et al.* (1951):

Su energía proviene de situaciones inacabadas de una clase que pueden ser satisfechas por la agitación de la frontera-contacto misma.... Ya que, si

---

integradora y de la capacidad de autorregulación orgánica, Crocker (2007) deduce que estos suceden en la etapa de poscontacto, donde la asimilación se da de menara inconsciente; por su parte, bajo la premisa de que los sueños son trozos de nuestra vida que buscan ser completados y asimilados, Etienne (2014) los relaciona con la etapa de “contacto pleno [sic]... donde la espontaneidad integra a la configuración FF un movimiento fluido consecuente y propicia la asimilación de la experiencia” (p. 159), lo cual explica la energía profusa experimentada durante el sueño. Aunque suscribo gran parte de las excelentes ideas de estos autores disiento de estas proposiciones en particular, que, si bien describen peculiaridades de este fenómeno, son incongruentes con la teoría propuesta por Perls *et al.* (1951).

las situaciones inacabadas orgánicas son urgentes, entonces el descanso es imposible: intentar imponerse a ellas resulta en insomnio, agitación, etc.; pero si son débiles (en relación con la fatiga del día), pueden ser más o menos satisfechas por la alucinación (p. 381).

Más tarde acaece la fase MOR (movimientos oculares rápidos) caracterizada por el movimiento aleatorio de los ojos, tono muscular reducido en todo el cuerpo, y sueños vívidamente alucinatorios, extraños y memorables (Hobson, 2009); por las similitudes fisiológicas que guarda con la vigilia también es conocido como sueño paradójico. A causa de su naturaleza, Perls *et al.* (1951) le dedican especial atención atribuyéndole la función exhaustiva de la energía. Según refieren durante esta fase del dormir, la orientación sensorial y la manipulación motora están suspendidas; asimismo algunas pulsiones propioceptivas continúan creando tensión mientras que la superficie sensorial se encuentra agitada, esto último implica que “la conciencia [*consciousness*] en el sueño está aislada tanto del entorno y el organismo; el ‘self’ del que el soñador es consciente [*aware*] es en gran parte simplemente la superficie-frontera (Perls *et al.*, 1951, p. 262). Lo cual indica que los fondos de la experiencia del sueño son distintos a los de la formación figura/fondo durante la vigilia. En el sueño hay una suspensión de la exploración y manipulación del entorno con una conciencia doblemente aislada, en contraste, en la vigilia el self que funciona en su modalidad Yo “es deliberado, en modo activo, *sensorialmente alerta y agresivo en el plano motor* [cursivas añadidas], y consciente de sí mismo en cuanto aislado de su situación” (p. 379).

Nótese bien que la diferencia entre sueño y vigilia también se encuentra aunado al grado de confinamiento de la conciencia, en el fondo de relajación muscular en el cual acontece el sueño. Ya que, por definición, la conciencia es aislamiento, al respecto Goodman (1966) dice:

La conciencia es la limitación de la presencialidad en las percepciones sub-vocales y seguras, y el confinamiento de la respuesta motora por la liberación y el retraso, con exclusión de las pasiones más fuertes que son motoras. La fantasía y el sueño son en gran medida pura conciencia (p. 19).

Pero sobre todo la distinción está en que “el soñador es espectacularmente inconsciente [*unaware*] de los contenidos propioceptivos que le dicen que está soñando... [pero] paradójicamente... es completamente

consciente [*conscious*]” de estos (Perls *et al.*, 1951, p. 262). Puesto que si la gestalt en formación asumiera las pulsiones propioceptivas esto involucraría ajustes prácticos, a saber los de los músculos motores, y entonces se despertaría, se establecería el contacto y sobrevendría la satisfacción. Parafraseando al estagirita, *el sueño es una afección del contacto*; y su contenido producto de la creatividad del self.

La descripción antes proporcionada corresponde a un periodo del sueño de una duración aproximada de 90 minutos, conocido como ciclo ultradiano del dormir, el cual incluye las fases no-MOR y MOR del sueño. Este ciclo se repite 4 o 5 veces durante la noche; usualmente la fase no-MOR abarca un 75-80% del dormir mientras que la fase MOR lo hace entre 20-25%.

Con base en lo anterior se puede concluir lo siguiente: (a) el dormir transcurre entre las etapas de post y precontacto; (b) el sueño deviene principalmente en la etapa de precontacto y (c) es la expresión de las funciones del self: Ello, Yo y Personalidad (Etienne, s.f.), pero en gran medida es “pura conciencia” (Goodman, 1966) o una especie de estado alterado de conciencia, desde que Perls *et al.* (1951) lo describen como *dreaming consciousness*; (d) el dormir y el sueño acontecen en un estado de confluencia sana, sin contacto ni frontera, con asimilación y a la vez con un self disminuyendo (véase Perls *et al.*, 1951, p. 451); (e) los fondos en la experiencia del sueño se encuentran “alterados” e implican una especie de escisión mente-cuerpo en un funcionamiento sano, es una imagen semejante a la de la neurosis –recuérdese que en *La Interpretación de los Sueños* Freud dejó entrever la similitud entre los mecanismos del sueño y los de la neurosis–, tema que se abordará en breve.

## LA ESTRUCTURA DE LA EXPERIENCIA PERTURBADA DEL SUEÑO

Los trastornos del sueño o somnipatías son condiciones caracterizadas por patrones anormales del dormir que interfieren con el funcionamiento físico, mental y emocional. Estos comprenden una gama extensa de perturbaciones –en el ICSD-3 sesenta diagnósticos específicos divididos en siete categorías–, por lo que elaborar un marco referencial que dé cuenta de tan amplio espectro es casi imposible. Una limitación adicional se encuentra en la teoría de la enfermedad esbozada en *Gestalt Therapy* (Perls *et al.*, 1951), la cual se orienta particularmente al análisis de la estructura y tratamiento de la experiencia neurótica. Si bien los trastornos neuróticos muestran afectación en los patrones del sueño y establecen un nexo con los trastornos del sueño, no

confiere razones suficientes para desarrollar una teoría de la disfunción del sueño basada exclusivamente en las interrupciones del proceso del ajuste creativo, excepto en casos específicos. Sin que esto represente un impedimento, desde la terapia gestalt los trastornos del dormir pueden ser vistos como una necesidad urgente de atención que el organismo está tratando de resolver con el fin de crear homeostasis dentro de su estado perturbado de funcionamiento (A. Leach, comunicación personal, 23 de junio, 2016).

Partiendo de estos argumentos, se consideran dos escenarios posibles en los que puede acontecer este tipo de disfuncionalidad: (a) la situación neurótica o pérdida de las funciones del Yo, y (b) la perturbación de la función Ello.

De acuerdo con Perls *et al.* (1951), la neurosis es una “situación de urgencia crónica de baja intensidad”, que se distingue por un desequilibrio de las funciones temporales de urgencia ocasionado por una “irritación constante de peligro y frustración, entremezclada con crisis agudas ocasionales, que nunca se relajan totalmente” (pp. 263-264). En este escenario la conciencia (*awareness*) de las excitaciones propioceptivas se encuentra disminuida ya que la atención se intensifica para evitar el peligro en el entorno, aun y cuando este no exista; con el tiempo este estado de alerta se convierte en un estado de preparación muscular. En estas condiciones, la función exhaustiva de la conciencia incrementa a su máximo posible “sueños, deseos, ilusiones inútiles (proyecciones, prejuicios, pensamientos obsesivos, etc.)” (Perls *et al.*, 1951, p. 265) acompañada de “actitudes sensoriales y motoras [neuróticas] cuando la situación no lo justifica o incluso *cuando no existe una situación-contacto en lo más mínimo, como una mala postura que se mantiene durante el dormir*” [cursivas añadidas], (p. 432), lo cual afecta la autorregulación fisiológica y genera dolor, cansancio, susceptibilidad y enfermedad. Evidentemente, en la situación de neurosis el sueño y el dormir ocurren sobre un fondo de tensión muscular, es una sensación dolorosa del cuerpo, y con una excitación inhibida como figura; esta es la estructura de la experiencia perturbada del sueño y del dormir en la neurosis.

En el lado opuesto, las perturbaciones del sueño devienen por reajustes en la fisiología conservadora relacionada con el dormir, ocasionados por un entorno extremadamente frustrante o por la presencia de sustancias y agentes patógenos en el organismo. En este contexto las tensiones originadas por los apetitos y deseos insatisfechos no pueden ser equilibradas vía la función-de-urgencia del sueño y la función fisiológica del dormir o reposo (*rest*) porque estas se

hallan perturbadas y no pueden operar normalmente. No obstante, estas funciones intentan establecer “un nuevo conservadurismo inconsciente [*unaware*] en las nuevas condiciones” (Perls *et al.*, 1951, p. 402); vienen a formar parte de la fisiología secundaria, pero debido a que son incompatibles con la fisiología heredada causando dolor, enfermedad y malfuncionamiento. Empero, ahora son parte de la fisiología y, al igual que esta, son inconscientes y autorreguladas, aunque pobremente. “No siendo ya novedades, estas estructuras no aparecen en el self, en el contacto, pero son evidentes... en los defectos y fijaciones del funcionamiento del self” (p. 402). De modo que la necesidad de descanso (*rest*) se convierte en una situación inconclusa más, que no puede ser satisfecha porque la función del soñar está perturbada: “la función del sueño es mantener al animal dormido” (p. 262). En consecuencia, los trastornos del sueño, en tanto que suceden durante el dormir y el soñar, son una perturbación de la función Ello, cuyos efectos también se manifiestan en la vigilia.

Es evidente que estas condiciones se agravan mutuamente puesto que en su funcionamiento sano tanto la función Ello y Personalidad están presentes en la función Yo, lo cual también es aplicable al funcionamiento perturbado de estas estructuras-funciones. Por ende, la función Ello perturbada contribuye en los trastornos del sueño y del dormir en la neurosis (insomnio, hipersomnia, pesadillas, etc.), y viceversa. De este modo *las perturbaciones del sueño son la expresión de las disfunciones del self*. Esto está acorde con las teorizaciones recientes que plantean un modelo de relación bidireccional compleja entre los trastornos psiquiátricos y del dormir, así como un cambio en la perspectiva del tratamiento de ambas condiciones (Krystal, 2012).

Habiendo esbozado los rudimentos de la experiencia perturbada del sueño y del dormir desde la teoría trazada por Perls *et al.* (1951) únicamente resta mostrar en qué forma se aplica al bruxismo del sueño, por lo que es necesario describir las características de este trastorno.

## BRUXISMO DEL SUEÑO

El término bruxismo (del griego *brychein*, que significa rechinar los dientes) fue descrito por primera vez en la literatura científica a comienzos del siglo XX; posteriormente fue adaptado para describir el acto de rechinar y apretar los dientes durante el día y/o la noche.

En *The International Classification of Sleep Disorders – ICDSD-3* (AASM, 2014) el bruxismo relacionado con el sueño o bruxismo del sueño (BS) es definido como un movimiento orofacial estereotipado caracterizado por

el rechinar o apretar de los dientes durante el sueño, acompañado por sonidos producidos por la fricción de los mismos. Otros síntomas asociados incluyen microdespertares, dolores de cabeza, dolor facial atípico y sensibilidad en varios músculos y dientes.

Mientras en la medicina del sueño el BS es clasificado como un trastorno del movimiento relacionado con el sueño –otrora una parasomnia– en odontología el bruxismo es considerado como una actividad parafuncional mandibular. En este ámbito, generalmente, el paciente reporta o es consciente del sonido producido por el rechinar de los dientes o de apretar los dientes durante el dormir. Entre los síntomas que son tomados en cuenta están: desgaste anormal de los dientes, dolores de cabeza al despertar, molestias en la articulación temporomandibular, fatiga, apertura bucal limitada por la mañana, desplazamiento de los meniscos, dolor en la mandíbula al despertar e hipertrofia del músculo masetero.

En la *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision – ICD-10* (WHO, 2016) el bruxismo se encuentra clasificado como un trastorno somatomorfo. Los criterios diagnósticos descartan su etiología debida a trastornos físicos y del sistema nervioso autónomo, enfatizando su asociación estrecha con eventos o problemas estresantes.

El BS puede ocurrir en todas las etapas del sueño, pero es más común en las etapas 1 y 2, y en los minutos previos al sueño MOR (movimientos oculares rápidos) y no durante este como antes se pensaba. Si bien el bruxismo puede suceder en la vigilia, es importante distinguir entre este y el relacionado con el sueño (BS) ya que a pesar de que sus efectos sobre la dentición son similares, etiológicamente son diferentes. Aunado a la distinción entre bruxismo del sueño y de la vigilia, en el campo de la medicina del sueño, este suele clasificarse en dos tipos: primario (idiopático) y secundario (iatrogénico). En ausencia de una causa médica, la forma primaria del bruxismo incluye el apretar de los dientes durante el día y el BS. La forma secundaria está asociada con trastornos neurológicos, psiquiátricos, del sueño o por el uso o retirada de medicamentos.

La etiología del bruxismo del sueño (BS) no se conoce por completo y en algún grado es controversial, pero se piensa que es multifactorial y, probablemente, el producto de influencias biológicas y psicosociales, por lo que en la actualidad resulta más apropiado hablar de factores de riesgo en lugar de factores etiológicos. Históricamente, el BS ha sido asociado con tres dominios principales: anatómico, psicológico y del sistema nervioso central. En el pasado los factores periféricos o morfológicos tales como cambios craneofaciales y la maloclusión eran vistos como las principales causas

del bruxismo primario; sin embargo, la falta de buena evidencia no apoya la relación entre los factores de oclusión ('contacto entre los dientes') o la morfología craneofacial y el BS, debido al mal diseño de los estudios. Por otro lado, diferentes factores psicosociales han sido asociados con el bruxismo, tales como la ansiedad, la sensibilidad al estrés, la depresión y características de la personalidad, y si bien los diferentes estudios evidencian la relación entre estos y el bruxismo de la vigilia, no hay evidencia concluyente con respecto al BS. Finalmente existen otras asociaciones entre el BS y diversas condiciones neurológicas y trastornos psiquiátricos con distintos grados de evidencia.

### La estructura de la experiencia perturbada del bruxismo del sueño

Los fundamentos teóricos de la terapia gestalt se encuentran en *Yo, Hambre y Agresión* (Perls, 1975). Uno de los conceptos capitales, ahí introducidos, fue el de "agresión oral"; el cual pese a su inconsistencia y confusión terminológica (Staeemler, 2009), tuvo la virtud de plantear una perspectiva sobre la agresión distinta a la que se tenía en esa época. Enmarcado en un modelo instintivo del hambre este concepto desempeñaba una función al servicio de la vida. Básicamente, este modelo fue ideado no como una metáfora de la relación del organismo con el entorno sino como un isomorfismo entre el proceso de alimentación y la personalidad; y como un modelo genético, en el cual la inhibición de la agresividad dental suscitaba una serie de caracterologías y resistencias orales, según la etapa de desarrollo oral en que esta se hubiera producido.

La visión de la agresión desarrollada por Perls *et al.* (1951) es un tanto diferente a la que concibió originalmente. En *Gestalt Therapy* la agresión es relacional aunque, según refiere Lichtenberg (2012), es explicada inadecuadamente; con todo, el concepto de agresión introducido por Perls *et al.* no deja de ser útil pero se sugiere al lector tener presente el artículo de Lichtenberg como una base para esta sección del presente ensayo.

Recapitulando, para Perls *et al.* (1951) la agresión es una acción dirigida hacia el encuentro *con* la alteridad en un sentido amplio, con lo animado e inanimado, es "dar un paso hacia' el objeto del apetito o la hostilidad" (p. 342). Las dificultades emergen no cuando el apetito es frustrado por la presencia de un obstáculo, en esta situación difícil la tensión estalla y surge la ira para trascender el obstáculo y alcanzar la meta, sino cuando las distintas formas de agresividad son inhibidas y se vuelven contra el self. Esto guarda coherencia con los resultados de algunas investigaciones que

relacionan la agresión en personas con bruxismo del sueño, las cuales señalan su incapacidad para demostrar la autoasertividad en situaciones de estrés (baja extraagresión), por lo que la agresión está dirigida a sí mismo (intraagresión) (Takemura *et al.*, 2006); sin embargo, como ya se ha mencionado, la etiología de este trastorno continua siendo discutible.

Esto permite ubicar las inhibiciones de la agresión en el proceso de ajustamiento creativo. Debido a que conductualmente esta se expresa, característicamente, mediante el cierre de la boca apretando o enseñando los dientes (p. 341) y otras conductas, es posible mostrar cómo esta actitud se manifiesta a lo largo de la secuencia; situación inconclusa que luego se manifestará mientras se duerme y en el contenido de los sueños. A continuación se ilustra la estructura del BS mediante el análisis de una pequeña viñeta clínica.

*Confluencia.* Una mujer de 27 años, trabajadora social, acude a consulta referida por el odontólogo por BS. La paciente ignora la causa del desgaste dental, el cual lo atribuye a la caries, así como el hábito mandibular durante la noche. Por este motivo acude al odontólogo para someterse a una operación cosmética, quien le indica que el desgaste se debe al apretar de la mandíbula mientras duerme ocasionado por el estrés, ante lo cual expresa sorpresa. Perls *et al.* (1951) refieren que la confluencia insana es "la actitud de -no reconocer la nueva tarea en absoluto- agarrarse a la inconsciencia, como si se aferrara al comportamiento acabado para encontrar la satisfacción" (p. 451) es evitar que este "sea arrebatado (por el destete)... [mediante la fijación de la mandíbula] en un morder-aferrar" (p. 452). Especialmente la confluencia insana ocurre mientras se duerme. Mientras el sueño acontece en un estado de confluencia sana, las perturbaciones del dormir y el BS ocurren en un estado de confluencia insana, "en el marco de la parálisis muscular y de la desensibilización, la satisfacción [alucinatoria del deseo y la expresión de la agresión reprimida en la vigilia] solo es posible en la espontaneidad aleatoria [de los movimientos de la mandíbula en el dormir u otras conductas si esta se despliega en la vigilia], independiente de la vigilancia-del-yo" (p.452).

*Introyección.* Al inicio de la intervención la paciente no se percibe estresada. En el transcurso de la sesiones refiere que siente desagrado por su trabajo (labora en el área de recursos humanos en una clínica particular), "no es lo que quisiera estar haciendo"; pues en realidad "me gustaría dedicarme al trabajo comunitario." Lo cual ha causado un sentimiento de conformismo, llevándole a pensar que quizás es una meta muy alta, "esto no se



puede hacer aquí." Al respecto Perls *et al.* (1951) dicen: "el introyector ha llegado a aceptar su apetito frustrado invirtiendo su afecto antes de que pueda reconocerlo. Esta inversión se lleva a cabo simplemente por la inhibición del mismo. Lo que uno quiere se siente como inmaduro, desagradable, etc." (p. 453). Es un claro ejemplo de formación reactiva. La satisfacción se consigue en el masoquismo de la inhibición de la náusea y el cierre hermético de la mandíbula (pp. 445, 453).

*Proyección.* La paciente refiere dificultades en sus relaciones interpersonales en su entorno laboral, no expresa directamente su opinión y descontento en las situaciones de trabajo o en los conflictos con sus colegas. Esta interrupción sobre todo ha sido observada en la paciente como una ideación de lo que hubiera dicho o hecho en tales situaciones y como queja, mas no como un pensamiento de tipo paranoide. De acuerdo con Perls *et al.* (1951), en la proyección la persona "se comunica 'manteniéndose a la espera', en silencio, refunfuñando o rumiando" y su agresividad y frustración únicamente se satisfacen en "el *acting-out* de la escena dramática temida como en un sueño" (p. 454).

*Retroflexión.* La retroflexión es probablemente la manifestación más patente del bruxismo de la vigilia; no obstante, es de suponer que dicha interrupción también ocurre en quienes padecen durante años el BS. La paciente reporta que actualmente es consciente del cierre de la mandíbula mientras está llevando a cabo actividades que requieren de un grado de esfuerzo físico o concentración y, en ocasiones, cuando comienza a dormir. Este mecanismo también guarda relación con la falta de autoasertividad y expresión de la agresión, presentes en la interrupción anterior. Perls *et al.* (1951) señalan que si el individuo emprende la acción y está comprometido con la situación "ya sea en el amor, la ira, la pena, el dolor, etc., pero no puede hacerle frente y debe interrumpirla, porque tiene miedo de hacer daño (destruir) o ser herido, necesariamente se va a sentir frustrado: entonces las energías comprometidas se vuelven contra los únicos objetos seguros disponibles en el campo, su propia personalidad y el cuerpo" (p. 455).

*Egotismo.* Poco se puede decir sobre este "mecanismo" en relación con el BS, en el caso en particular no está presente esta forma de evitación. De manera hipotética se puede sugerir que es propia del bruxismo que ocurre en la vigilia, donde se es consciente del hábito durante el día y existe hipertrofia de los músculos masticatorios. Es decir, hay "una confluencia con la conciencia [*awareness*] deliberada y un intento de aniquilación

de lo incontrolable... [y] exigencias imposibles... [a la] fisiología" (Perls *et al.*, 1951, pp. 456-457). Aunque también esto es posible en casos de BS ya que a menudo coexiste con el de la vigilia, y también a que un porcentaje de quienes padecen BS son conscientes de la conducta mandibular durante el día.

Con relación a los sueños de la paciente se ha observado que estos son de contenido agresivo (no pesadillas). Molina, Santos, Sobreiro y Cano (2015) han encontrado un alto nivel de contenido agresivo en las pesadillas y sueños de sujetos con bruxismo y trastornos craneomandibulares; sin embargo, en la práctica no ha sido posible establecer una correlación entre el apretar de los dientes y el sueño de tipo agresivo, ya que la paciente no siempre tiene sueños de este tipo y porque el apretar de los dientes no ocurre todos los días. No obstante, las situaciones inconclusas emergen en el sueño; de acuerdo con Delacroix (2001) el sueño es un revelador del estado del self en el campo –tanto en su funcionamiento sano o perturbado– de este modo:

El organismo va a suscitar distintas categorías de sueños... [ofreciendo] indicaciones sobre la disposición de los mecanismos de interrupción del ciclo, y el acceso puede realizarse a veces ya sea mediante la retroflexión, a veces mediante la proyección, y a veces también mediante la confluencia o la introyección [o el egotismo] (p. 149).

Resumiendo, se ha revisado la estructura de la experiencia del bruxismo del sueño, mostrando los diversos momentos de interrupción de la agresión y frustración del apetito. Por absurdo que parezca, se han enlistado todos los "mecanismo" lo que es incuestionable ya que toda perturbación contiene algo de inconsciencia, hay una falsa identificación, un rechazo de la emoción, una vuelta de la agresión contra el self y presunción (Perls *et al.*, 1951). Se ha aludido a la experiencia durante la vigilia porque ineludiblemente esta influye o co-crea la perturbación del sueño, el cual es una función en el campo social. Finalmente, es necesario señalar que las opiniones aquí vertidas son meramente descriptivas y relativas al caso estudiado, ya que las interrupciones de la agresión admiten otras formas de expresión, por lo que no habrá que tomarlas como normativas.

## CONCLUSIÓN

Este ensayo ha surgido a partir de una serie de reflexiones en torno a la intervención clínica en los trastornos del sueño y en los vacíos teóricos encontrados en la

terapia gestalt que no permiten “conceptualizar” este tipo de experiencias perturbadas. Sucintamente, he expuesto la teoría de los sueños trazada por Perls *et al.* (1951), agregando una propuesta inicial de las perturbaciones del sueño. Otros tópicos han quedado en el camino, que por motivos de espacio no han sido revisados; por ejemplo, traigo a colación algunas de las preguntas hechas por Delacroix (2001): cómo crea el organismo el sueño, por cuáles mecanismos la retroflexión –u otra interrupción– suscita imágenes en el estado alterado de conciencia del sueño, o cómo son posibles los sueños lúcidos, etcétera. Al igual que él, no tengo respuestas a dichas preguntas, su contestación incumbe a los terapeutas gestalt para consolidar una teoría gestalt de los sueños coherente con su corpus teórico.

## REFERENCIAS

1. American Academy of Sleep Medicine (2014). International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. Darien, IL. AASM
2. Crocker SF (2007). Dramatic Gestalt Dreamwork. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, 4(1), 67-84
3. Delacroix JM (2001). Cette nuit j'ai rêvé pour le groupe ou Le rêve en tant que phénomène de champ. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 2, 139-168
4. Etienne A (s.f.). Hacia una clasificación de sueños. Recuperado de <http://psicologia.gestaltentuvvida.com.mx/wp-content/uploads/2014/05/03-hacia-una-clasificacion.pdf>
5. Etienne A (2014). Sueños: trozos de vida por asimilar. *Revista Figura Fondo*, 35, 159-162
6. From I (1978). Dreams: contact and contact boundaries. E. Mark Stern and Don Lathrop Interview Isadore From. *Voices* 14(1), 14-22
7. From I (1988). An oral history of Gestalt therapy, part 2: A conversation with Isadore From/Entrevistador: Edward Rosenfeld. An oral history of Gestalt therapy: Interviews with Laura Perls, Isadore From, Erving & Miriam Polster, and Elliott Shapiro Highland, NY; The Gestalt Journal Press
8. Goodman P (1960). *Growing Up Absurd. Problems of Youth in the Organized System*. New York: Random House
9. Goodman P (1966). *Five Years*. New York: Brussel & Brussel
10. Hobson JA (2009). REM sleep and dreaming: towards a theory of protoconsciousness. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(11), 803-813
11. Krystal AD (2012). Psychiatric disorders and sleep. *Neurologic clinics*, 30(4), 1389-1413
12. Lichtenberg P (2012). Inclusive and exclusive aggression: Some (gestalt) reflections. *Gestalt Review*, 16(2), 145-161-
13. Molina OF, Santos ZC, Sobreiro MA, Cano ML (2015). Anger held inward, aggressive dream content in craniomandibular disorders and bruxers. *Revista Neurociencias*, 23(4), 522-529
14. Parmeggiani PL (2011). *Systemic homeostasis and poikilostasis in sleep*. London: Imperial College Press
15. Perls FS (1974). *Sueños y Existencia*. Chile: Cuatro Vientos
16. Perls FS (1975). *Yo, Hambre y Agresión*. México: FCE
17. Perls FS, Hefferline RF, Goodman P (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York: Delta Publishing Co
18. Staemmler FM (2009). *Aggression, time and understanding: Contributions to the evolution of Gestalt therapy*. New York: GestaltPress/Routledge, Taylor
19. Solmi (2015). *L'adattamento creativo del digrignare: una lettura Gestaltica del bruxismo (Tesis de especialización inédita)*. Istituto di Gestalt Therapy-H.C.C. Kairòs, Venecia
20. Takemura T, Takahashi T, Fukuda M, Ohnuki T, Asunuma T, Masuda Y, Shimizu T (2006). A psychological study on patients with masticatory muscle disorder and sleep bruxism. *Cranio: the journal of craniomandibular practice*, 24(3), 191-196
21. WHO (2016). ICD-10 Online Version (Versión 2016). Recuperado de <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>

## PSICOANÁLISIS

# LITERATURA Y PSICOANÁLISIS EN LOS ESCRITOS DE SIGMUND FREUD. TERCERA PARTE: EL CREADOR LITERARIO COMO OBJETO DE ESTUDIO PSICOANALÍTICO Y LA TRANSFERENCIA A LA LITERATURA

(Rev GPU 2016; 12; 4: 391-397)

Juan Pablo Vildoso<sup>1</sup>

En esta tercera entrega, enmarcado en una investigación mayor sobre el valor de la literatura y otros discursos para el psicoanálisis, continúo con una aproximación que intenta situar dicho valor más allá del psicoanálisis aplicado, revisando críticamente los denominados textos literarios de Freud. He agrupado estos textos en tres categorías: trabajos en los que Freud buscó ejemplificar y reafirmar experiencias analíticas; textos en los que se adentra en las preguntas sobre la creatividad y la experiencia estética; y finalmente trabajos en los que la literatura constituye un objeto para la aplicación empírica de conceptos psicoanalíticos en dos vertientes, el trabajo con una obra, o bien el trabajo con un autor. En esta entrega analizo y discuto sobre la tercera categoría, específicamente sobre los trabajos que Freud desarrolló con Goethe y Dostoievski, concluyendo que: Freud desarrolló intensas transferencias hacia la literatura en general y hacia algunos autores en particular y que esta transferencia a la literatura probablemente formó parte importante de su autoanálisis. La transferencia con un texto es que algo nos sucede con él, pero al ser un fenómeno de orden inconsciente no podemos precisar qué; un afecto, un desencadenamiento asociativo, un recuerdo, algo emerge, algo difícil de metabolizar, hasta que lentamente y *a posteriori* experimentamos algo similar a un *insight*. La transferencia a un autor constituye un caso más específico e intenso de transferencia a la literatura, ya que probablemente implique una carga mayor de: idealización y de elementos identificatorios.

---

<sup>1</sup> Psiquiatra, psicoterapeuta. Mg. en Psicología Universidad de Chile. Alumno Doctorado en Filosofía Universidad de Chile (becario CONICYT). Instituto Psiquiátrico José Horwitz. [juanpablovildoso@gmail.com](mailto:juanpablovildoso@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Como he señalado en dos artículos previos (Vildoso 2015, 2016), el psicoanálisis ha transitado siempre de la mano de las producciones culturales, al punto que parece ser indisoluble de estas. Este vínculo fue iniciado por Freud, quien tempranamente mostró un intenso apasionamiento por la antropología, el folclore, la mitología y la literatura (Anzieu 1993). Posteriormente, numerosos psicoanalistas, filósofos, críticos literarios y teóricos del arte han vuelto a transitar por este derrotero con intereses, propuestas y resultados diversos.

De acuerdo con el mismo Freud, ya con la interpretación de los sueños el psicoanálisis traspasó las fronteras de una ciencia puramente médica (Freud 1925 [1924]) y toda la obra freudiana se encuentra habitada por innumerables referencias a la literatura (Bayard 2009) superando estas a las referencias filosóficas y científicas. La pregunta a trabajar entonces es, si lo que Freud realiza con la literatura es solo una aplicación del psicoanálisis, o si, por el contrario, más bien se trata de un diálogo, de una construcción (Aceituno 2013) o composición (Le Poulichet 1998), de un ir y venir desde el psicoanálisis hacia la literatura y viceversa (Vildoso 2015). Esta misma pregunta podría ampliarse luego, a cómo interactúa el psicoanálisis con otros discursos; literario, filosófico, historiográfico, antropológico, etc., tensionando sus bordes, aportando pero también nutriéndose de otros dominios discursivos.

En consecuencia con la primera pregunta, y con la segunda como horizonte más amplio de trabajo, he indagado en los inicios de la cuestión revisando los textos literarios de Freud (Strachey 1966), sistematizándolos en función del tipo de relación que el padre del psicoanálisis establecía con la literatura. Las categorías derivadas fueron: 1. Trabajos en los que buscó ejemplificar, reafirmar (y complejizar) experiencias analíticas; 2. Textos en los que se adentra en las preguntas sobre la creatividad y la experiencia estética; y 3. Trabajos en los que la literatura constituye un objeto para la aplicación empírica de conceptos psicoanalíticos en sus dos vertientes, el trabajo con una obra, o bien el trabajo con un autor.

En esta entrega abordo tres textos de esta última categoría, en los que Freud toma a dos autores literarios como objetos, aplicando los conceptos psicoanalíticos para investigar el nexo entre la infancia del artista y su obra en una aproximación que anteriormente había denominado como psicobiográfica (Freud 1913) y ejercitado a propósito de Leonardo da Vinci. Los grandes maestros son nada menos que Goethe y Dostoievski.

En torno a Goethe (la idealización): Un recuerdo de infancia en *Poesía y verdad* (1917) y premio Goethe.

Cuando queremos recordar lo que nos sucedió en la época más temprana de la niñez, tantas veces damos en confundir lo que hemos escuchado decir a otros con lo que efectivamente poseemos por experiencia propia, habiéndolo contemplado nosotros mismos (Freud 1917, p. 141).

Con esta cita textual de la autobiografía de su admirado Goethe, Freud comienza este artículo en que nuevamente articula material clínico con elementos literarios, esta vez tomados de un relato biográfico. Se trata de uno de los primeros recuerdos del poeta, precisamente el único que puede situarse en la época más temprana de la niñez (antes de los cuatro años).

El recuerdo, una historia de travesura infantil en la que Goethe instigado por unos amigos de infancia destroza, una por una, diferentes piezas de vajilla arrojándolas por la ventana, es utilizado para abrir la reflexión sobre el primer recuerdo que un paciente trae a análisis, portador de la llave de los armarios de la vida anímica del sujeto. Fiel a su estilo, Freud se apresura a descartar la posibilidad de articulación de este recuerdo con memorias anteriores. Sin embargo, un recuerdo de similar contenido aportado por un paciente lo ubicó de nuevo sobre la pista. El paciente de Freud había cometido el mismo acto, pero por la misma época también había perpetrado un atentado contra un hermanito recién nacido.

A continuación Freud realiza un concienzudo análisis de las fechas de nacimiento y muerte de los hermanos de Goethe, las coteja con información obtenida de un doctor que a su vez había recibido información de una mujer que trató directamente con la madre del creador literario, para concluir finalmente que el acto de eliminar la vajilla es una acción mágica (simbólica), mediante la cual el niño expresa el deseo de eliminar a su hermanito (que falleció a la edad de seis años, cuando Wolfgang tenía diez). La hipótesis es reafirmada posteriormente con tres viñetas clínicas, una del mismo Freud y dos de una colega. La manía destructiva, el arrojar objetos pesados por la ventana (que también pueden simbolizar a la madre embarazada), corroboran el encono del niño por la aparición esperada o ya consumada de un competidor. Freud continúa reformulando el texto-recuerdo de Goethe: "He sido un afortunado, el destino me conservó con vida aunque me consideraban muerto al llegar al mundo. En cambio eliminé a mi hermano, de suerte que no tuve que compartir el amor de mi madre con él" (Freud 1917, p. 149). El artículo finaliza con la puntualización de que los que han sido los predilectos de sus madres conservarán toda su vida un sentimiento de conquistador, una confianza en el éxito,

Goethe podría haber comenzado su biografía con esta frase; “Mi fuerza tiene sus raíces en la relación con mi madre” (Freud 1917, p. 150).

Posteriormente, a los setenta y cuatro años, Freud fue el cuarto galardonado con el premio Goethe instituido por la ciudad de Fráncfort (Strachey 1966). Sin embargo no pudo asistir a la ceremonia de entrega, y su discurso, que trataba sobre las relaciones de Goethe con el psicoanálisis, a la vez que defendía el tenerle por objeto de estudio, fue leído por su hija Anna (Freud 1930), veamos los elementos centrales de este:

Inicialmente retoma la proposición de El creador literario y el fantaseo señalando que el poeta, en este caso Goethe, ya se había aproximado a muchas concepciones y descubrimientos del psicoanálisis tales como; las inclinaciones amorosas iniciales hacia los miembros del grupo familiar, el estatuto de la vida onírica, y el mismo método psicoanalítico sustentado en el amor de transferencia.

A continuación responde al reproche que aduce cierta degradación de la figura del poeta al tomarlo como objeto de estudio para el psicoanálisis. Primero se pregunta por la función de la biografía de un hombre cuyas obras nos son significativas; esta respondería a la necesidad de generar un vínculo afectivo con el personaje, integrarlo en la serie de padres y maestros, pero también cumpliría la función de acercarnos a él, disminuyendo la distancia y en ese sentido operaría como una degradación (rebajamiento). Tras esta necesidad subyace en último término el conflicto de ambivalencia veneración/rebelión, que se extiende desde las figuras parentales hacia estos personajes. Entonces el psicoanálisis puesto al servicio de la biografía permitiría abrir nuevos nexos en la obra maestra de un artista o creador, aunque Freud concluye afirmando que con Goethe, dada su virtud como ocultador, no se ha logrado avanzar mucho, y finaliza citándolo: “Lo mejor que alcanzas a saber no puedes decirlo a los muchachos” (*ibidem*, p. 212).

### LA AMBIVALENCIA: DOSTOIEVSKI Y EL PARRICIDIO (1928 [1927]).

Este tardío ensayo fue escrito por encargo para una edición de material relacionado con *Los hermanos Karamasov*. De acuerdo con Strachey (1966), se divide en dos partes, la primera que trata sobre el carácter de Dostoievski y el esclarecimiento de su supuesta epilepsia, y la segunda, en la que se analiza su relación con el juego, citando para ello la novela *Veinticuatro horas en la vida de una mujer*, de Stefan Zweig. Antes de comenzar la síntesis es preciso señalar que Freud consideró a

Dostoievski como una de las principales figuras de la literatura universal, y a *Los hermanos Karamasov*, como una de las tres obras cumbres de esta (junto con *Edipo rey* y *Hamlet*) y como la mejor novela de la historia. También es conveniente (y tal vez más importante para este trabajo), citar la réplica de Freud (1930 [1929]), a T. Reik, quien rebatió sus juicios sobre los sentimientos morales de Dostoievski:

Usted también está totalmente en lo cierto al suponer que a mí no me gusta Dostoievski, a pesar de toda mi admiración por su fuerza y nobleza. Esto proviene del hecho de que mi paciencia con los caracteres patológicos se ha agotado en mi trabajo diario. En el arte y en la vida yo no los tolero. Este es un rasgo personal, que en nada compromete a los demás (Freud 1930 [1929], p.193).

Freud comienza señalando que el psicoanálisis no puede ocuparse del problema del creador literario (talento artístico), pero sí del carácter es este. Pese a su tortuosa biografía, Freud de entrada rechaza la posibilidad de que Fiódor sea un criminal, ausente están en él las dos características de estos: la intensa tendencia destructiva y el egoísmo sin límites, reflejos ambos de la falta de valoración afectiva de los seres humanos. Antes bien, Dostoievski estaba sujeto a una intensa necesidad de amor y poseía una gran capacidad de amar. Sin embargo Freud no desmiente las inclinaciones destructivas del ruso, manifiestas en: su manía por el juego, la irritabilidad, la manía martirizadora, la intolerancia hacia las personas, la comisión de un abuso sexual, los personajes que creó (seres violentos, asesinos y egoístas), y la manera en que trataba a los lectores como autor. Para Freud: “en las pequeñas cosas era sádico hacia afuera; en las cosas mayores, sádico hacia adentro, y por lo tanto masoquista” (Freud 1928 [1927], p. 177). De acuerdo con su disposición pulsional perversa y la altitud de su afectividad, Freud clasifica a Dostoievski como un “carácter apasionado”.

A continuación pasa a cuestionar el diagnóstico de epilepsia del escritor, señalando que esta podría haber sido en realidad un síntoma de su neurosis (una histeroepilepsia) y advirtiendo que posee pocos elementos biográficos, procede a argumentar a través de estos su planteamiento. Inicia destacando el carácter ambivalente de mucha de la sintomatología adjudicada a la epilepsia, concibiéndola ésta como una afección funcional en lugar de orgánica; “como si la descarga pulsional anormal tuviera un mecanismo orgánicamente preformado, puesto en acción por las más diversas constelaciones: tanto perturbaciones de la actividad

encefálica... como un insuficiente gobierno de la vida anímica..." (Freud 1928 [1927], p.178). Sería entonces válido distinguir una epilepsia orgánica de una afectiva (síntoma de la neurosis), y la de Dostoievski pertenecería a esta última. Freud propone que los ataques de Fiódor Mijailóvich se remontarían a su más temprana infancia y habrían devenido fenomenológicamente epilépticos hacia los ocho años, tras el asesinato de su padre. La pieza comprobatoria definitiva sería la suspensión de los ataques durante su exilio en Siberia (castigo), pero los testimonios oficiales señalaban que estos persistieron; pese a esto Freud sigue firme en su hipótesis restándole valor a dichas comunicaciones (del propio escritor). Los primeros ataques de Dostoievski consistían en un dormir letárgico y eran introducidos por una angustia de muerte. Freud recuerda que estos ataques de muerte corresponden a una identificación con un muerto, o bien con alguien cuya muerte es deseada: "El ataque tiene así el valor de una punición, uno ha deseado la muerte de otro, y ahora uno mismo es ese otro y está muerto... ese otro es por lo general el padre, y el ataque (que se denomina histérico), es entonces un autocastigo por haber deseado la muerte del padre odiado" (Freud 1928 [1927], p.180). Freud continúa remarcando que el parricidio, crimen principal y primordial de la humanidad y del individuo, es la principal fuente del sentimiento de culpa (el deseo parricida conservado en lo inconsciente). Los dos factores que reprimen el odio al padre son, entonces, la angustia directa frente al castigo (factor normal), y la angustia ante la actitud femenina (que también exige la castración para ser amado por el padre) que suplementaría el refuerzo patógeno. La disposición bisexual sería entonces la condición de la neurosis y habría estado presente en Dostoievski, cuya evidencia sería el valor que tuvieron para él (al igual que para Freud) sus amistades con los hombres. Para el yo, el síntoma de la muerte sería una satisfacción masoquista y para el superyó una satisfacción sádica, la relación entre padre e hijo se ha transmutado entonces en la relación entre yo y superyó. El aura del ataque, un instante de éxtasis, representaría entonces un breve momento de triunfo y liberación antes del castigo. Esta culpa, según Freud, determinó también su actitud sumisa ante la autoridad política, su decantación a favor de la religión y la pasión por el juego que lo arrastró a contraer un cúmulo de deudas, el juego fue para él ante todo una forma de autocastigo. Es más, aparentemente solo cuando el sentimiento de culpa era satisfecho cedía su inhibición y podía entregarse al impulso creador.

Freud compara *Los hermanos Karamasov*, con *Hamlet* y *Edipo Rey*: en este último la figuración del pa-

rricidio es directa y sus consecuencias radicales; en el segundo es indirecta (es otro quien comete el crimen), y la consecuencia es la inhibición de origen inconsciente. En *Los hermanos Karamasov* es un hermano del héroe Dimitri quien comete el asesinato. Dostoievski atribuye entonces su propia enfermedad a otro. De este texto y de otros, Freud deduce la gran simpatía de Fiódor por el criminal y le recuerda el horror sagrado con que en la antigüedad se consideró al enfermo mental, el mecanismo subyacente sería una identificación con los mismos impulsos asesinos.

Finalmente sobre los orígenes de la ludopatía, y apoyándose en la mencionada novela de su amigo Zweig (en la que una mujer mayor no escapa a la transferencia amorosa sobre un joven, sustituto de su hijo), Freud aporta un esclarecimiento adicional: la manía del juego, con el consecuente autocastigo y las luchas por deshabituarse, no es otra cosa que el sustituto del onanismo, presente por lo demás en toda neurosis grave.

## DISCUSIÓN

En estos textos Freud realiza una aproximación psicobiográfica hacia dos escritores que ubicó en la cumbre de la literatura universal. En cuanto a la metodología, esta sigue direcciones opuestas. En el caso de Goethe, parte de un recuerdo narrado por el mismo poeta para, pasando por una digresión clínica universalizante (el rencor hacia un hermano menor), terminar en una apreciación sobre el carácter de este: la notoria autoconfianza y un temple de conquistador.

En el caso de Dostoievski el recorrido sigue un camino inverso: comienza por describir el carácter patológico de este, su reprochable conducta que bien podría haberlo llevado a la categoría de criminal, y sus ataques epilépticos, que cuestiona para situar su psicopatología en el campo de las neurosis. Luego de realizar el análisis psicopatológico del hombre adulto, investiga la aparición de dicha psicopatología en la temprana infancia, e interpreta los ataques como síntomas histéricos en los que se discierne una formación de compromiso entre el deseo de asesinar al padre y el sentimiento de culpa concomitante. Tras aclarar el origen de los ataques de Dostoievski desde el punto de vista dinámico, vuelve hacia el adulto para explicar otros rasgos del novelista: su sumisión a la ley y conversión a la religión, su compulsión por el juego (rasgo para el cual acude a una referencia literaria auxiliar), la inhibición y posterior eclosión del impulso creador, e inclusive las características psicológicas y psicopatológicas de los personajes criminales de Dostoievski, todo ello apuntalado en el

sentimiento de culpa inconsciente anudado al complejo de Edipo.

En cuanto a la justificación del estudio psicobiográfico de estas personalidades, Freud apela a la necesidad humana de insertarlos en la serie de hombres amados (con los que por lo tanto nos identificamos), tras lo cual se discierne el conflicto de ambivalencia veneración/rebelión. Retomaré este punto cuando discuta acerca del concepto de transferencia a un autor.

Resulta interesante notar que este conflicto de ambivalencia se expresa de manera bastante radical en Freud mismo respecto a la figura de Dostoievski. Mientras que para Goethe solo tiene palabras de elogio, celebrando su anticipación de las intuiciones psicoanalíticas, ubicándolo en el lugar del ideal del yo, a Dostoievski le dirige expresiones tan contradictorias como que admira su nobleza, así como el reconocimiento por haber escrito la mejor novela de la historia, y al mismo tiempo afirmar tajantemente que no le gusta Dostoievski. Otro aspecto digno de destacar es la notable similitud entre la interpretación de la neurosis de Dostoievski y la de Sergéi Pankéyev, su paciente ruso, el hombre de los lobos. Incluso se permite en los primeros párrafos realizar una generalización sobre el carácter de los rusos, más precisamente sobre su eticidad. Pienso que la ambivalencia de Freud para con el ruso, así como su interpretación de la neurosis, podría haber estado atravesada por sus propios fantasmas neuróticos.

Más allá de la diferencia en la relación transferencial de Freud para con Goethe y Dostoievski, lo importante es precisamente el establecimiento de esta entre el escritor analista y el autor literario para que pueda establecerse un diálogo entre la literatura y el psicoanálisis. Esta relación transferencial es el motor para que un determinado analista pueda investigar e investigarse a sí mismo en profundidad con-y-en la obra de un determinado autor, independiente de cuál sea la dirección que adopte esta investigación. De acuerdo con Marthe Robert, comentada por Le Rider (1968), Freud se dedicó a trabajar sobre las obras y escritores que le revelaron una parte de sí mismo; yo agregaría que dichas revelaciones fueron dadas en la transferencia con los textos y autores. Lo central en este punto es que, gracias a su propio trayecto de análisis, el analista puede recostarse en el diván de un escritor y esto podría generar *a posteriori* repercusiones en su escucha.

En este punto resulta conveniente especificar la propuesta de una transferencia a la literatura que vengo mencionando. ¿De qué clase de transferencia estoy hablando? ¿Cómo puede pensarse una transferencia de

puertas afuera que ayude a pensar la transferencia, u otros constituyentes del proceso, que emergen con un paciente de puertas adentro? (Le Poulichet 1998). Para aclarar este punto tal vez sea necesario distinguir, en primer lugar, qué estoy entendiendo por transferencia, y segundo, diferenciar la transferencia a un determinado texto o bien a un autor, entendiendo esta última como una variante más compleja y profunda de la primera.

Siguiendo a Etchegoyen, podemos decir que en su concepción clásica la transferencia es:

un fenómeno general, universal y espontáneo, que consiste en unir pasado con el presente mediante un enlace falso que superpone el objeto original con el actual... es una peculiar relación de objeto de raíz infantil, de naturaleza inconsciente (proceso primario), y por lo tanto irracional... perteneciente a la realidad psíquica, a la fantasía... (Etchegoyen 2009, p. 110).

Examinaré brevemente la definición. Por general y universal entendemos que esta es la misma fuera y dentro del análisis, es por lo tanto inherente a la neurosis y de manera general al ser humano y no es generada por el tratamiento analítico (Freud 1912), aunque este último punto merece ser revisado y discutido, es por lo tanto susceptible de ser detectada en otros campos como el del arte y la literatura. En segundo lugar, gracias a la condición de atemporalidad de lo inconsciente, es a la vez pasado y presente, por lo que recuerdo, transferencia e historia serían inseparables. Finalmente, al ser de naturaleza inconsciente, se diferenciaría de la experiencia (recuerdo), que está disponible para la conciencia y contribuye a nuestro diario vivir (Etchegoyen 2009).

Tomaré a continuación algunos elementos destacados por Etchegoyen, que permiten delimitar mejor el tipo de transferencia en el que estoy pensando. En primer lugar, y siguiendo a Ferenczi, la transferencia se realiza por introyección, operación mediante la cual el sujeto-neurótico incorpora elementos a su yo para transferirles sentimientos. Ahora bien, sin ir en desmedro de la definición aportada por Etchegoyen y tomando lo señalado en su mismo texto, podría plantearse que la transferencia, además de ser transferencia de objetos, incluye una dimensión de transferencia de significantes. De acuerdo con Lacan, el sujeto de análisis está siempre en transferencia, ya que el analista se ofrece para que el sujeto encuentre los significantes con los cuales representarse como sujeto de la transferencia. Algo similar fue señalado por Kohut, para quien el

analista se ofrece como soporte preconsciente en el que se va a asentar la estructura inconsciente (objetal o narcisista), de un paciente. Finalmente para Klein, quien se apoya en la existencia de un mundo interno de objetos, la transferencia sería la externalización del presente de la situación interior y no una repetición del pasado.

Pienso que todos estos elementos pueden estar presentes en la transferencia a un texto o de manera más general, a la literatura. Aquí es pertinente tomar las ideas de Normand Holland (1975, 1975b), para quien la experiencia literaria es un gran interjuego que implica: proyección, introyección, regresión y establecimiento de un espacio transicional. La experiencia literaria, tal y como lo señala Holland, consta de aspectos conscientes (recuerdos y atribución de significado) y de aspectos inconscientes que pueden ser denominados de manera general como transferencias.

## CONCLUSIÓN

Anteriormente señalé que una experiencia afectiva con una novela o un texto, que desencadena un devenir asociativo, facilitado por un trayecto de análisis previo, podría ser llamada transferencia con el texto. Ahora agrego que esta dimensión es mayoritariamente del orden de lo inconsciente y está mediada por ciertos mecanismos. Ahora bien, ¿cómo se pone en juego esta transferencia? Pienso que en el caso de Freud esta experiencia transferencial con la literatura formó parte importante de su autoanálisis, que se atribuye fundamentalmente a la correspondencia con Fliess, pero no podemos obviar el papel que desempeñaron en él las lecturas que ya he comentado con detalle y otras que he omitido. Del mismo modo, la importancia de la lectura de Sade y Joyce para Lacan también podría estar subestimada, en desmedro de las más reconocidas influencias filosóficas de Hegel y Heidegger (el análisis con Löwenstein pareciera ser una contribución más bien anecdótica a su pensamiento y obra).

En los términos más simples, la transferencia con un texto es que algo nos sucede con él, muchas veces y tal vez la mayoría, al ser una experiencia del orden inconsciente, no podemos precisar qué; un afecto, un desencadenamiento asociativo, un recuerdo, algo emerge, algo difícil de metabolizar, hasta que lentamente y *a posteriori* experimentamos algo similar a un *insight*, es aquí donde el análisis previo o intercurrente mantiene su importancia capital para el analista.

La transferencia a un autor constituye un caso más específico e intenso de transferencia a la literatura, ya que probablemente implique una carga mayor

de idealización y de elementos identificatorios, como bien lo señalaba Freud (1930), a propósito de Goethe, y puede que hasta narcisistas que en ocasiones podrían cristalizar en una verdadera neurosis de transferencia!, en la que el autor determinado tal vez contribuye de una manera que es preciso discriminar en cada caso, a la génesis de un proceso que comúnmente tendemos a ubicar lejos del campo de las neurosis. Me refiero a la simbolización, ya que precisamente es para esto que repetimos (Schkolnik 2007, Lacan en Etchegoyen 2009). La lectura reiterada de un autor llevaría al analista, al igual que el encuentro con un paciente psicótico, hacia sus puntos no analizados y más allá, hacia lo que no puede nombrar pero tampoco callar (Davoine F. Gaudilliere J. 2011). Sin ir más lejos, ¿no estamos transferenciados a las obras de Freud, Klein, Lacan, Winnicott, Bion, etc.? (Barrueto C., comunicación personal) ¿Obras que pueden leerse como ficciones necesarias? La transferencia siempre está: arte, desafío, necesidad y azar; es colegirla.

## REFERENCIAS

1. Aceituno R. (2013) Memoria de las cosas. En "Memoria de las cosas". Ed. Departamento de Artes Visuales. Santiago
2. Anzieu D. (1993). El cuerpo de la obra, ensayos psicoanalíticos sobre el trabajo creador, Siglo XXI
3. Bayard P. (2009) ¿Se puede aplicar la literatura al psicoanálisis?, Capítulo 1. Freud y la Literatura. Paidós
4. Davoine F. Gaudilliere J. (2011) Historia y Trauma. Ed. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires
5. Etchegoyen R. (2009) Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. 3ª Edición. Ed. Amorrortu. Buenos Aires
6. Freud S (1912) Sobre la dinámica de la transferencia. Tomo XIII. En Obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires
7. Freud S (1913 [1912]) Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos. Tomo XIII. En Obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires
8. Freud S (1913) El interés por el psicoanálisis. Tomo XIII. En Obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu, Bs. Aires
9. Freud S. (1925 [1924]). Presentación autobiográfica cap. VI. Tomo XVIII. En obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu. Bs. Aires
10. Freud S. (1928 [1927]). Dostoievski y el parricidio. Tomo XXI. En obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu. Bs. Aires
11. Freud S. (1930 [1929]). Apéndice: Carta de Freud a Theodore Reik. Tomo XXI. En obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu. Bs. Aires
12. Freud S. (1930). Premio Goethe. Tomo XXI. En obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu. Bs. Aires
13. Holland N. (1975). The Dynamics of literary response. Ed. Norton / Ed. Oxford University Press. USA
14. Holland N. (1975 b). Poems in Persons. Ed. Norton. USA
15. Jaccard R. (2014). Freud. Capítulo V, Freud líder. Freud y Fliess. Ed. Ariel. Barcelona
16. Le Rider J (1968). Freud y la literatura, en Historia del psicoanálisis. Ed. Paidós. Buenos Aires
17. Le Poulchet S. (1998) El arte de vivir en peligro. Ed. Nueva Visión SAIC. Buenos Aires



18. Schkolnik F. (2007) El trabajo de simbolización. Un puente entre la práctica psicoanalítica y la metapsicología. *Rev. Uruguay de Psicoanálisis*, 104: 23-39
19. Strachey J. (1966) Notas introductorias y comentarios a los artículos de Sigmund Freud. En *Obras completas de Sigmund Freud*. Ed. Amorrortu, Bs. Aires
20. Thévoz M. (2014). Freud y el arte. En Jaccard R. (2014), *Freud*. Ed. Ariel. Barcelona
21. Vildoso J. (2015). Literatura y Psicoanálisis en los escritos de Sigmund Freud. Primera Parte. *Rev GPU* 2015; 11; 4: 347-352
22. Vildoso J. (2016). Literatura y Psicoanálisis en los escritos de Sigmund Freud. Segunda Parte. *Rev GPU* 2016; 12; 2: 202-207

## NEUROBIOLOGÍA

# EL ROL DEL SISTEMA OPIOIDE ENDÓGENO EN LA CONDUCTA DE APEGO: EVIDENCIA EN PRIMATES Y HUMANOS

(Rev GPU 2016; 12; 4: 398-405)

Yamil Quevedo<sup>1</sup>

**La evidencia en modelos animales sugiere que el sistema opioide endógeno participa en los procesos de conductas sociales y de vínculo. Sin embargo las investigaciones con roedores aportan un modelo experimental limitado para explicar conductas afiliativas más complejas. Con el objetivo de explorar el rol que podría tener en la configuración del apego, se realiza una revisión de la literatura de investigación en primates y seres humanos. Los resultados de estudios experimentales y clínicos, si bien son reducidos, parecen converger en asignar al sistema opioide endógeno un rol modulador en las conductas de apego, probablemente a través de incrementar el valor de recompensa de los vínculos. Se discuten las implicancias en psicopatología y psicoterapia.**

## INTRODUCCIÓN

El sistema opioide endógeno corresponde a un sistema de receptores y ligandos ampliamente distribuidos, con distintas densidades en los sistemas nerviosos central, periférico y autonómico, así como también en diversos órganos y sistemas. Su presencia ubicua en el organismo es congruente con la diversidad de mecanismos fisiológicos regulatorios de los cuales participa (Drolet *et al.*, 2001). Sus funciones incluyen respuesta al dolor, funcionamiento de sistemas cardiovascular, respiratorio, renal, hepático e inmunológico. Además, participa en la respuesta a reforzantes naturales (comida, bebida, actividad sexual), y químicos (alcohol,

opiáceos), respuesta al estrés y a claves sociales (Bodnar, 2014).

Los opioides endógenos son sintetizados a partir de tres líneas independientes de genes, que dan origen, luego de procesos de transformación, a cinco proteínas: endorfina, metaencefalina, leucoencefalina, dinorfina y nociceptina, los cuales interactúan con distinta afinidad y selectividad con los receptores  $\mu$ , delta, kappa y ORL1/ NOP (Pasternak, 2014). Todos los receptores tienen dominios transmembrana acoplados a proteínas G inhibitorias, forman dímeros y activan señales de cascadas de quinasas intracelulares (Al-Hasani y Bruchas, 2011).

Los receptores  $\mu$  ( $\mu$ ), se encuentran en cerebro (neocorteza, amígdala, cuerno dorsal, colículos superior

<sup>1</sup> Psiquiatra. Doctor (c) Psicoterapia UCH-PUC yamilquevedo@gmail.com

e inferior), médula espinal y periferia. Participan en analgesia, termorregulación, regulación gastrointestinal y cardiovascular, y secreción hormonal). Los receptores  $\kappa$  (kappa), se ubican en el cerebro (núcleo accumbens, cerebelo, hipocampo y tronco cerebral) y se relacionan con analgesia, alimentación, diuresis y funciones neuroendocrinas; el receptor  $\kappa_3$  está involucrado en analgesia espinal. Los receptores  $\delta$  (delta) se ubican en el cerebro (bulbo olfatorio, tálamo, neocorteza, putamen, núcleo accumbens y cuerno dorsal) y regulan funciones de analgesia, ánimo, conducta, motilidad gastrointestinal y actividad cardiovascular. Un cuarto tipo de receptor denominado NOP u ORL1, cuyo ligando es nociceptina/orfanina NQ, se encuentra en hipocampo, amígdala, sustancia nigra, cuerno dorsal y septum lateral y está involucrado en analgesia espinal, ánimo, actividad locomotora, memoria y alimentación (Dietis *et al.*, 2009; Dietis, Rowbotham y Lambert, 2011).

Redes neurales que implican neurotransmisión opioide se encuentran presentes en diversas estructuras del sistema límbico, el que a su vez tiene especial relevancia en funciones de regulación afectiva y procesamiento emocional. La evidencia en estudios animales sugiere un participación importante de los distintos agonistas opioides endógenos en la sensibilidad al ambiente y en diversas conductas prosociales, como conducta sexual, crianza, separación, gregariedad, juego y memoria social (Machin y Dunbar, 2011) y por tanto emerge como sistema candidato involucrado en la configuración de apego. Específicamente, la liberación de opioides endógenos podría mediar las propiedades de recompensa de las conductas de apego, concomitantemente, su reducción redundaría en estrés emocional y conductas de búsqueda de proximidad con el cuidador (J Panksepp, Herman, Vilberg, Bishop y DeEsquinazi, 1980).

## LA TEORÍA DEL APEGO

La Teoría del Apego desarrollada por John Bowlby plantea que los seres humanos poseen un sistema psicobiológico innato orientado a la búsqueda de seguridad, protección y confort a través de la proximidad de sus cuidadores o figuras de apego o sus representaciones internalizadas. En la medida en que el desarrollo avanza el sistema de apego madura y se orienta hacia un funcionamiento más autónomo, dependiendo de la sensación de confianza y seguridad de las figuras internalizadas más que de la disponibilidad física de las figuras de apego.

Los patrones de interacción más o menos consistentes de interacción con los cuidadores en la infancia

y adolescencia son almacenados en la memoria procedural y configuran Modelos de Trabajo Internos de uno mismo y de los demás, permitiendo predecir emociones y conductas de los otros en la interacción social, dando a la conducta relacional un patrón estable en el tiempo y congruente con las experiencias tempranas.

Existen importantes diferencias individuales en la manera en que el sistema de apego se configura dependiendo del grado de disponibilidad, responsividad y capacidad de contención de los cuidadores. Si estos fueron altamente disponibles y consistentes, el sujeto tendrá un apego seguro, es decir, logrará una sensación de seguridad al momento de explorar el mundo y relacionarse con otros. Si, por otro lado, las figuras de apego fueron pobremente responsivas, ausentes o inconsistentes, el sistema se configurará usando estrategias de hiperactivación, que consisten en la búsqueda compulsiva de proximidad y de hipersensibilidad al rechazo, con el objetivo de evitar ser abandonados, o estrategias de desactivación, en las que el individuo suprime conductas de búsqueda de proximidad y tiende a la autorregulación. Estas diferencias dan origen al estilo de apego seguro, que implica una mayor facilidad para acceder a representaciones de figuras de apego positivas como respuesta a amenazas. Un estilo de apego ansioso que activará representaciones de figuras que generarán incertidumbre y ansiedad incluso si no existe una amenaza, y finalmente un estilo de apego evitativo que utilizará estrategias de inhibición de conductas de proximidad y supresión de figuras de apego ante la amenaza de separación. La configuración de estilos de apego no seguros dará origen a psicopatología, que incluye depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés posttraumático, tendencias suicidas y trastornos alimentarios (Mikulincer y Shaver, 2012).

## LA TEORÍA OPIOIDE CEREBRAL DEL APEGO SOCIAL (BOSTA)

La teoría opioide cerebral de apego social (Brain Opioid Attachment Social Theory, BOSTA), señala que existen similitudes entre las conductas y respuestas emocionales de sujetos involucrados en relaciones cercanas de alta intensidad y las de sujetos con dependencia a narcóticos, es decir, existiría en ambos una tendencia a una alta dependencia emocional, ya sea a una relación interpersonal o a un químico. De acuerdo con la teoría BOSTA, existiría una fase inicial de euforia con los primeros contactos, seguida de una fase de habituación, y luego aparecerían sentimientos de angustia cuando el objeto es removido. Un mecanismo propuesto para este fenómeno es que frente al contacto social ocurriría una

liberación de opioides endógenos, los que estimularían los circuitos de recompensa y generarían sentimientos de euforia o bienestar reforzando las conductas de vínculo (Panksepp, 1998). El sistema opioide endógeno habría experimentado una evolución desde su participación en los sistemas de recompensa básicos orientados a la satisfacción de agua, alimentos, actividad sexual y dolor físico, a ser parte de los circuitos capaces de regular las conductas sociales y del "dolor emocional" provocado por el aislamiento social (Machin y Dunbar, 2011).

Estudios experimentales en ratas y otros mamíferos no primates han encontrado evidencia concordante con la teoría BOSTA, en particular diseños experimentales de separación materna como modelo de estrés temprano; por ejemplo, ratas crías separadas de sus madres emiten vocalizaciones ultrasónicas de angustia, que son aliviadas tanto por la administración de morfina como por la presencia de otro miembro de la camada (Panksepp *et al.*, 1980). Adicionalmente, este efecto es revertido por la administración del antagonista opioide nalexona. Por otra parte, Moles, Kieffer y D'Amato (2004) utilizando ratones crías knockout, es decir, carentes del receptor  $\mu$  (Oprm-) emitían menos vocalizaciones ante la separación de sus madres, no presentaban preferencia por señales emitidas por sus madres ni reaccionaban ante la exposición breve con ella.

Sin embargo, a la hora de explorar conductas sociales, existen limitaciones con los modelos animales que utilizan mamíferos menos avanzados, ya que estos tienen una menor tasa de encefalización y conductualmente presentan un número limitado de relaciones, básicamente circunscritas a relaciones de apareamiento de corto plazo.

Por otro lado, los primates requieren de relaciones sociales menos intensas, pero más estables entre los miembros de un grupo social; consecuentemente, la regulación de su conducta de vinculación descansa menos en sistemas de respuesta neuroendocrinos, sensoriales y sistema límbico, sino mayormente en circuitos neocorticales evolutivamente más sofisticados. Los opioides endógenos serían parte de los mecanismos cognitivos que permiten el despliegue de conductas sociales complejas, extendidas en el tiempo y no sujetas a estados hormonales de apareamiento, embarazo y parto, convirtiéndose en un modelo experimental mucho más confiable y preciso en el estudio de las bases neurobiológicas de las relaciones humanas (Machin y Dunbar, 2011).

Teniendo en cuenta los antecedentes experimentales y teorías que relacionan a los opioides con conducta de vínculo, se pretende contestar la pregunta de

investigación sobre cuál es la participación del sistema opioide endógeno en el desarrollo del apego. Para responderla se revisó el estado de la evidencia de la asociación entre el sistema opioide endógeno y específicamente el sistema de apego. Para ello se realizó una búsqueda con los términos "opioid" y "attachment" en las bases de datos Pubmed, ProQuest Psychology Journals, ProQuest Science Journals, Psychology & Behavioral Sciences Collection (EBSCO), Public Library of Science (PLOS) y SciELO. Se focalizó la selección en estudios de primates y seres humanos publicados en inglés entre los años 2004 y 2015.

## ESTUDIOS EN PRIMATES

Basado en estudios previos que muestran que las conductas de apego en primates se expresan en 4 características: base segura, en donde la cercanía de la figura de apego permite la exploración; refugio seguro, en el que la cría retorna a la figura de apego frente al peligro; la mantención de la proximidad física y angustia frente a la separación. Al igual que en seres humanos, en los monos rhesus existen variaciones en la calidad de las relaciones de apego, Barr *et al.* (2008), con el objetivo de explorar las variaciones en la calidad de los patrones de apego y su modulación por factores genéticos, utilizaron un diseño de separación madre e infante en 97 monos rhesus a la edad de 6 meses, por 4 días seguido de una reunión por 3 días, ciclo que se repitió 4 veces. Se realizó observación y calificación de conductas relacionadas con apego (por ejemplo, exploración ambiental, actividad locomotora, contacto con la madre, contacto con otros, juego, vocalización y agresión). Se realizó también la genotipificación del polimorfismo funcional del gen que codifica para el receptor opioide  $\mu$  en estos primates, rhOPRM1 77G. Los infantes portadores del alelo G exhibieron mayores conductas de apego, persistencia de vocalizaciones de angustia luego de separaciones repetidas. Portadores de genotipo C/G desplegaron mayor contacto con sus madres luego de separaciones repetidas y menor interacción con pares, algo que no fue observado en los homocigotos C/C. Estos hallazgos son indicadores de que un patrón conductual orientado hacia la mantención del apego estaría asociado a variantes del gen OPRM1, que confieren una mayor afinidad del receptor por la  $\beta$ -endorfina, probablemente incrementando el valor de recompensa de las conductas adaptativas de búsqueda de cuidado y protección (Barr *et al.*, 2008).

Un estudio llevado a cabo con monos rhesus libres (n=40) a los cuales se les observó conductualmente durante 9 meses 2 veces por semana con foco en 4

conductas de interacción entre madre e infante, a saber: tiempo de contacto ventro-ventral, tiempo usado de acicalamiento al infante, tasa de contacto iniciado por la madre y tasa de conductas de contención (madre previene distanciamiento del infante). Adicionalmente se realizó la genotipificación del polimorfismo rhOPRM1 77G en muestra de sangre y se midieron los niveles de oxitocina del líquido cefalorraquídeo (LCR) de las madres. Se encontró que madres portadoras del alelo G tenían mayores conductas de contención y mayores niveles de oxitocina el LCR al amamantar en comparación con madres portadoras de alelo C. Esto sugiere que el alelo G estaría asociado a mayor disposición a conductas de cuidado del infante. Es probable que las portadoras de este alelo, al experimentar un mayor efecto recompensante mediado por el sistema opioide endógeno de las conductas de apego, se estimularía con mayor intensidad la liberación del neuropéptido oxitocina, el que a su vez estimula las conductas de filiación, generando un ciclo de retroalimentación positiva de ambos sistemas moleculares (Curley, 2011).

Ragen *et al.* (2013), estudiando los efectos de opioides exógenos en la conducta social de monos titi (*Calli- cibus cupreus*), observaron las conductas de filiación en ejemplares machos antes y después de la administración de un agonista opioide (morfina 1,0 mg/kg) y un antagonista opioide (naloxona, 1,0 mg/kg) y se realizaron mediciones de cortisol, oxitocina y vasopresina (AVP) plasmática. En machos que fueron separados de sus pares la administración de naloxona incrementó tanto la actividad locomotora como de los niveles de cortisol y de AVP en comparación con niveles basales (previo a separación). Por otro lado, la administración de morfina atenúa el incremento de cortisol de manera dosis-dependiente. Los autores concluyen que si bien no hubo un efecto directo del bloqueo opioide sobre la conducta de filiación, la presencia de un compañero actúa como un modulador social que reduce los efectos generadores de estrés de la naltrexona, considerado un estresor químico que induce un fenotipo similar a los estresores ambientales. El efecto de la naltrexona estaría mediado por el bloqueo de la actividad opioide endógena provocando la activación del eje Hipotálamo Hipófisis Adrenal. Esto podría suponer que la figura de apego provee un nivel adecuado de activación del sistema opioide para la regulación de los sistemas de respuesta al estrés, es decir, una mayor activación opioide favorece la socialización desactivando sistemas de respuesta frente al peligro (B J Ragen, Maninger, Mendoza, Jarcho y Bales, 2013).

Los mismos autores examinaron la distribución de los receptores opioides endógenos Mu y Kappa (MORs y KORs por sus siglas en inglés) en el cerebro de monos

titi utilizando autorradiografía y evaluando el nivel de afinidad de los receptores a ligandos radiactivos. Se encontró una amplia distribución de estos en giro cingulado, estriado, tálamo mediodorsal, núcleo accumbens, hipotálamo y amígdala, regiones cerebrales asociadas a conductas sociales, afecto y regulación hormonal. En particular, giro cingulado, tálamo mediodorsal y núcleo accumbens podrían estar vinculados al procesamiento tanto del placer como del dolor social y del valor recompensante de los vínculos afectivos (B.J. Ragen, Freeman, Laredo, Mendoza y Bales, 2015).

En síntesis, a nivel de primates, estudios genéticos, farmacológicos y de neuroimagen funcional evidencian la presencia del sistema opioide endógeno en circuitos ligados a la regulación del afecto y conductas sociales y su participación en la emergencia de conductas de contención y cuidado en la diada madre-cría, probablemente incrementando el valor de recompensa de la mantención de los vínculos.

## ESTUDIOS EN SERES HUMANOS

Con el fin de explorar la asociación entre el equivalente en seres humanos del polimorfismo RhOPRM1 77G, el polimorfismo de nucleótido único, A118G del gen OPRM1 del receptor opioide  $\mu$  y "anhedonia social", entendida como la incapacidad para sentir placer o recompensa derivada de la interacción social, y conductas de filiación y apego, se realizó un estudio con población mixta de pacientes psiquiátricos y sujetos controles (N=214). Se encontró que individuos que expresan el alelo G presentan una tendencia aumentada a involucrarse en relaciones de apego, presentan menores puntajes en la medición de apego evitativo medido a través de los instrumentos autoaplicados Relationship Questionnaire (RQ) y Attachment Style Questionnaire (ASQ) y experimentan mayor placer en situaciones sociales. Este efecto fue independiente del estatus psiquiátrico de los sujetos. La variabilidad del A118G contribuyó al 3,5% de la varianza del apego y de anhedonia social, rango esperable en un rasgo que corresponde a un fenotipo conductual complejo y poligénico. La variante alélica 118G estaría asociada a una capacidad hedónica aumentada y los autores especulan, desde el punto de vista evolutivo, fue la conservación del polimorfismo a través de la evolución podría estar relacionado con mantener diversidad en la población de la tendencia a la dependencia emocional y la conducta gregaria (Troisi *et al.*, 2011).

Numenaa *et al.* (2015), utilizando Tomografía con Emisión de Positrones (PET) y aplicando la Escala de Relaciones Cercanas (Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R), una escala Likert de 36 ítems que permite

evaluar las dimensiones evitativas y ansiosas del apego adulto, encontró en sujetos con estilo de apego evitativo una menor densidad de receptores opioide  $\mu$  (MOR) en las regiones cerebrales, tálamo, corteza cingulada anterior (CCA), amígdala, corteza frontal e ínsula. Estas regiones han sido asociadas en investigaciones previas a ansiedad social, circuitos vinculados a la regulación emocional, teoría de la mente e interacción social (Amodio y Frith, 2006). Interesantemente, los autores identifican una superposición de las regiones con menor disponibilidad del receptor MOR con la “red de saliencia fronto-insular”, que tendría un rol en las funciones de alerta durante situaciones interpersonales íntimas (Seeley *et al.*, 2007). Un menor efecto tranquilizador, mediado por la liberación de opioides endógenos, podría inhibir el refuerzo producido por el establecimiento de vínculos seguros y una menor respuesta a señales sociales positivas en sujetos con estilo evitativo.

Estudios en seres humanos muestran evidencia preliminar de la relevancia de las variantes funcionales genéticas y densidad de los receptores en regiones y circuitos cerebrales relacionados con conductas de vínculo, regulación emocional, teoría de la mente, interacción social y su asociación con estilos de apego.

El uso de drogas de abuso puede ser entendido en un nivel como una estrategia de automedicación con el objeto de lograr mayor estabilidad emocional (Schindler *et al.*, 2005) y que reemplaza de manera desadaptativa a la capacidad de regular la conducta y la emoción a través de las interacciones con otros significativos; por ende, es un fenotipo candidato a presentar patrones de apego inseguros.

Con el objeto de comparar las representaciones de apego en pacientes con adicción, Schindler, Thomasius, Petersen y Sack (2009) aplican la entrevista semiestructurada Family Attachment Interview (FAI) (Bartholomew y Horowitz, 1991) que evalúa las experiencias asociadas a representaciones de apego con la familia de origen y con otros significativos, se revisa el grado de similitud del sujeto con 4 prototipos de apego; seguro, preocupado, evitativo temeroso y evitativo rechazante. El FAI fue aplicado a pacientes portadores de abuso de sustancias divididos en tres grupos: abusadores de éxtasis ( $n=31$ ), de cannabis ( $n=19$ ) y abusadores de heroína ( $n=29$ ), además de un grupo control ( $n=22$ ).

Los abusadores de heroína fueron fundamentalmente evitativos temerosos mientras que los de éxtasis aparecen más cercanos a los prototipos preocupados y evitativos (ambos); los usuarios de cannabis fueron evitativos y seguros, y los controles, predominantemente seguros.

La probabilidad de una representación de apego temerosa (*fearful*) fue mucho mayor en el grupo que abusa de opioides, lo que apoya la idea de que los opioides exógenos podrían operar como un sustituto emocional de los vínculos sociales, como un alivio a la angustia provocada por la falta de vínculos o como estrategia de distanciamiento social. Esto respalda la hipótesis de la “automedicación” en adicciones debido a que la elección de una sustancia psicoactiva y su efecto emocional específico estarían relacionados con estrategias de apego. Los autores sugieren que los tratamientos de rehabilitación deben incorporar el aprendizaje de mejores estrategias de regulación emocional.

Un estudio longitudinal en jóvenes ( $n=7746$ ) evaluó el vínculo entre estos y sus madres a la edad de 21 años, utilizando un cuestionario de 9 ítems aplicado a ambos, y que expresaba el nivel de satisfacción en la relación, incluyendo aspectos como el grado de afecto, soporte emocional, resolución de conflictos, respeto y comunicación. Se realizó el seguimiento a la edad de 26 años, encontrándose que las diadas con menor discordancia de sus puntuaciones presentaban menor riesgo de uso recreativo de opioides. Los autores sugieren que una relación de los padres con sus hijos cercana y apoyadora es protectora frente al abuso de opioides (Cerdeira *et al.*, 2014).

A diferencia de los estudios anteriores, en una muestra de 159 sujetos en tratamiento por dependencia de opioides se encontró que, si bien la presencia de apoyo social impactaba positivamente en la mejoría percibida, el estilo de apego, evaluado a través del Adult Attachment Questionnaire (West, Rose, Spreng, Sheldon-Keller y Adam, 1998) no predijo mejoría percibida ni tiempo de abstinencia. Interesantemente, un 38,9% de los participantes manifestó apego evitativo y solo un 27,4% presentó un estilo de apego seguro.

## DISCUSIÓN

La evidencia revisada, tanto desde los modelos en primates como la investigación en seres humanos, parece converger en asignar al sistema opioide endógeno, con sus diferentes agonistas y receptores, un rol significativo en la regulación emocional, dada su distribución en los circuitos córtico-subcorticales asociados, como en el efecto de su modificación, ya sea a través de manipulación genética o administración de agonistas o antagonistas opioides sobre la modulación de la respuesta a estímulos sociales o interpersonales. Variantes genéticas que confieren mayor sensibilidad al sistema se asocian con una mayor responsividad a la presencia de la madre y mayor activación conductual frente

a la separación en estudios con primates, y en seres humanos a la menor manifestación de estilo de apego evitativo. A nivel cerebral estas diferencias se expresan en distintas densidades de receptores opioides en regiones críticas para la interacción social (Nummenmaa *et al.*, 2015). Estos hallazgos, sumados a la mayor presencia del estilo de apego evitativo en sujetos con dependencia a opioides y el rol protector de conductas de apoyo y cuidado sobre el riesgo de desarrollar una adicción darían sustento experimental y epidemiológico a la teoría opioide cerebral de apego social de Pankseep, propuesta a partir de investigaciones en animales con menor complejidad en sus conductas relacionales. El sistema opioide endógeno tendría un rol regulatorio de las conductas de apego, contención y cuidado, y probablemente en la mantención de vínculos en el largo plazo mediado por el incremento del valor de recompensa en primates y seres humanos.

Aparentemente su rol no solo va más allá de los vínculos madre-cría, sino también de las capacidades necesarias para la mantención de la cohesión social y esta a su vez entendida como protectora del aislamiento y “dolor social” dentro de una comunidad. Este mecanismo otorgaría una ventaja evolutiva al contar con individuos con mayor tendencia a la dependencia emocional y conductas gregarias (Troisi *et al.*, 2011); a nivel de seres humanos podría ser un factor de sensibilidad ambiental asociado tanto a psicopatología como a bienestar.

Al respecto Way, Taylor y Eisenberger (2009) encontraron que portadores del alelo G del polimorfismo funcional rs1799971 (A118G) presentan mayor sensibilidad al rechazo y mayor reactividad de regiones cerebrales involucradas en el procesamiento del “dolor social”, incluyendo la corteza cingulada anterior y la ínsula anterior. Way y Lieberman (2010) analizando datos de distintos países, encontraron una alta correlación entre prevalencia de depresión y un alelo del polimorfismo A118G del gen OPRM1 del sistema opioide. Más aún, esta asociación se encontraba parcialmente mediada por el nivel de individualismo-colectivismo en las distintas culturas. Los autores infieren que niveles bajos de depresión en poblaciones con alta proporción de alelos que implican mayor sensibilidad social se deben a mayores niveles de colectivismo. Por otra parte, existe evidencia preliminar que sugiere que su función no sería específica para un determinado trastorno sino, más bien, transversal a la psicopatología asociada al estrés y trauma, desde el estrés postraumático (Bailey, Cordell, Sobin y Neumeister, 2013), todo el espectro de la patología ansiosa y depresiva, las adicciones (Pietrzak *et al.*, 2014), y el trastorno de personalidad borderline (Bandelow, Schmahl, Falkai y Wedekind, 2010).

Desde el punto de vista evolutivo, el ser humano, a diferencia de otros mamíferos, incluyendo a los primates, tiene la capacidad de agruparse en comunidades de sujetos cuya organización es compleja. Requiere ser capaz de construir confianza interpersonal para la transmisión intergeneracional del conocimiento necesario para la supervivencia. La comunicación, más allá del apego, sería considerada un instinto humano esencial para su supervivencia y evolución, y permitiría el traspaso de información personal relevante acerca del mundo social, desde otro (por ejemplo el cuidador, en las relaciones de apego) que es entendido como confiable, constituyendo la denominada “confianza epistémica” (Fonagy, Luyten y Allison, 2015). El sistema opioide endógeno podría participar del correcto procesamiento emocional de las claves conductuales del otro, necesarias para la conformación de la confianza epistémica, lo que puede tener relevancia en psicoterapia en la generación de la alianza terapéutica, en el sentido de la capacidad de poder confiar en otro y recibir de él el conocimiento para desenvolverse mejor en el mundo.

Teniendo en cuenta estos hallazgos, es posible plantear la posibilidad de modular estos procesos a través de opioides exógenos. Al respecto, existe evidencia preliminar del uso de naltrexona, un antagonista no selectivo del receptor de opioides como tratamiento de conductas de autoagresión en trastorno de personalidad borderline. La utilidad podría estar relacionada con el bloqueo del efecto recompensante, liberador de endorfinas de las heridas cortantes; sin embargo la administración crónica de naltrexona aumenta la sensibilidad de los receptores, por lo que su efecto a largo plazo podría estar relacionado con una normalización y, por tanto, menor sensibilidad de estos (Bandelow *et al.*, 2010).

En depresión existe evidencia preliminar no publicada de la utilidad de buprenorfina en la reducción de la suicidalidad de pacientes depresivos. Los autores plantean que sería a través del estímulo de circuitos de recompensa y afecto social positivo (J. Panksepp, Wright, Dobrossy, Schlaepfer y Coenen, 2014).

A la fecha, se encontró un único estudio controlado randomizado explorando la efectividad de una combinación de buprenorfina con un antagonista del receptor opioide  $\mu$ , denominado samidorfan, en sujetos con Trastorno Depresivo Mayor resistentes a antidepresivos. Se mostró una disminución de la sintomatología depresiva medida de la escala de Hamilton luego de 7 días de uso. Se plantea que esta podría ser una alternativa de contar con los efectos antidepresivos de un agonismo del sistema opioide sin los riesgos de una adicción

y que el uso combinado de las moléculas provoca un efecto de “balance” sobre el tono opioidérgico de los sujetos depresivos (Ehrich *et al.*, 2014).

Además de los posibles usos farmacológicos, se debe considerar que la psicoterapia, cuyos efectos se han asociado a cambios en el funcionamiento de circuitos corticolímbicos, ya sea normalizando los patrones alterados pretratamiento o reclutando nuevas regiones antes inactivas (Barsaglini, Sartori, Benetti, Pettersson-Yeo y Mechelli, 2014), podría actuar generando nuevas estrategias conductuales y de procesamiento emocional a través de la modificación de sistemas neurales en donde participe el sistema opioide. En otras palabras la psicoterapia actuaría “recalibrando” los sistemas de sensibilidad al ambiente social, incrementando, por ejemplo, el valor de recompensa de las relaciones interpersonales, mejorando la calidad de los vínculos y la búsqueda de ayuda y contención, reduciendo indirectamente los síntomas ansiosos y depresivos independientemente del trastorno específico.

Los estudios encontrados utilizando la teoría de apego como marco para entender las conductas de vínculo fueron más bien escasos; se hace un uso general de los términos de apego y vínculo y se explora el rol del sistema opioide a través de conceptos más cercanos a fenotipos conductuales como *social bonding* o conductas de afiliación. Se requiere mayor investigación con los conceptos propios de la teoría de apego, lo que contribuiría a añadir mayor complejidad a los modelos explicativos de la conducta social como el BOSTA, su vínculo con psicopatología y bienestar, y su rol y relevancia tanto desde el punto de vista evolutivo como del desarrollo.

## REFERENCIAS

- Al-Hasani R, Bruchas MR (2011). Molecular Mechanisms of Opioid Receptor-dependent Signaling and Behavior. *Anesthesiology*, 115(6), 1. <http://doi.org/10.1097/ALN.0b013e318238bba6>
- Amodio DM, Frith CD (2006). Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition. *Nat Rev Neurosci*, 7(4), 268-277. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1038/nrn1884>
- Bailey CR, Cordell E, Sobin SM, Neumeister A (2013). Recent progress in understanding the pathophysiology of post-traumatic stress disorder: Implications for targeted pharmacological treatment. *CNS Drugs*, 27(3), 221-232. <http://doi.org/10.1007/s40263-013-0051-4>
- Bandelow B, Schmahl C, Falkai P, Wedekind D (2010). Borderline personality disorder: a dysregulation of the endogenous opioid system? *Psychological Review*, 117(2), 623-636. <http://doi.org/10.1037/a0018095>
- Barr CS, Schwandt ML, Lindell SG, Higley JD, Maestripieri D, Goldman D, ... Heilig M (2008). Variation at the mu-opioid receptor gene (OPRM1) influences attachment behavior in infant primates. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 105(13), 5277-5281. <http://doi.org/10.1073/pnas.0710225105>
- Barsaglini A, Sartori G, Benetti S, Pettersson-Yeo W, Mechelli A (2014). The effects of psychotherapy on brain function: A systematic and critical review. *Progress in Neurobiology*, 114(July 2015), 1-4. <http://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2013.10.006>
- Bartholomew K, Horowitz LM (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-44. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1920064>
- Bodnar RJ (2014). Endogenous opiates and behavior: 2013. *Peptides*, 62, 67-136. <http://doi.org/10.1016/j.peptides.2014.09.013>
- Cerda M, Bordelois P, Keyes KM, Roberts, a L., Martins SS, Reisner SL, ... Koenen KC (2014). Family ties: maternal-offspring attachment and young adult nonmedical prescription opioid use. *Drug and Alcohol Dependence*, 142, 231-238. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.06.026>
- Curley JP (2011). The mu-opioid receptor and the evolution of mother-infant attachment: theoretical comment on Higham *et al.* (2011). *Behavioral Neuroscience*, 125(2), 273-8. <http://doi.org/10.1037/a0022939>
- Dietis N, Guerrini R, Calo G, Salvadori S, Rowbotham DJ, Lambert DG (2009). Simultaneous targeting of multiple opioid receptors: A strategy to improve side-effect profile. *British Journal of Anaesthesia*, 103(1), 38-49. <http://doi.org/10.1093/bja/aep129>
- Dietis N, Rowbotham DJ, Lambert DG (2011). Opioid receptor subtypes: Fact or artifact? *British Journal of Anaesthesia*, 107(1), 8-18. <http://doi.org/10.1093/bja/aer115>
- Drolet G, Dumont EC, Gosselin I, Kinkead R, Laforest S, Trottier J-F. F. (2001). Role of endogenous opioid system in the regulation of the stress response. *Progress in NeuroPsychopharmacology Biological Psychiatry*, 25(4), 729-741
- Ehrich E, Turncliff R, Du Y, Leigh-Pemberton R, Fernández E, Jones R, Fava M (2014). Evaluation of Opioid Modulation in Major Depressive Disorder. *Neuropsychopharmacology*, 40(6), 1448-1455. <http://doi.org/10.1038/npp.2014.330>
- Fonagy P, Luyten P, Allison E (2015). Epistemic Petrification and the Restoration of Epistemic Trust: A New Conceptualization of Borderline Personality Disorder and Its Psychosocial Treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 575-609. <http://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.5.575>
- Machin, a. J., & Dunbar RL (2011). The brain opioid theory of social attachment: a review of the evidence. *Behaviour*, 148(9), 985-1025. <http://doi.org/10.1163/000579511X596624>
- Mikulincer M, Shaver PR (2012). Adult Attachment Orientations and Relationship Processes. *Journal of Family Theory & Review*, 4(4), 259-274. <http://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2012.00142.x>
- Moles A, Kieffer BL, D'Amato FR (2004). Deficit in attachment behavior in mice lacking the mu-opioid receptor gene. *Science (New York, N.Y.)*, 304(5679), 1983-1986. <http://doi.org/10.1126/science.1095943>
- Nummenmaa L, Manninen S, Tuominen L, Hirvonen J, Kallioikoski KK, Nuutila P, ... Sams M (2015). Adult attachment style is associated with cerebral  $\mu$ -opioid receptor availability in humans. *Human Brain Mapping*, 00(April), n/a-n/a. <http://doi.org/10.1002/hbm.22866>
- Panksepp J (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press
- Panksepp J, Herman BH, Vilberg T, Bishop P, DeEsquinazi FG (1980). Endogenous opioids and social behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 4(4), 473-87. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6258111>



22. Panksepp J, Wright JS, Dobrossy MD, Schlaepfer TE, Coenen V a. (2014). Affective Neuroscience Strategies for Understanding and Treating Depression: From Preclinical Models to Three Novel Therapeutics. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 472-494. <http://doi.org/10.1177/2167702614535913>
23. Pasternak GW (2014). Opioids and their receptors: Are we there yet? *Neuropharmacology*, 76(PART B), 198-203. <http://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2013.03.039>
24. Pietrzak RH, Naganawa M, Huang Y, Corsi-Travali S, Zheng M-Q., Stein MB, ... Neumeister A (2014). Association of In Vivo  $\kappa$ -Opioid Receptor Availability and the Transdiagnostic Dimensional Expression of Trauma-Related Psychopathology. *JAMA Psychiatry*, 71(11), 1262. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1221>
25. Ragen BJ, Freeman SM, Laredo S a., Mendoza SP, Bales KL (2015).  $\mu$  and  $\kappa$  opioid receptor distribution in the monogamous titi monkey (*Callicebus cupreus*): Implications for social behavior and endocrine functioning. *Neuroscience*, 290 (August), 421-434. <http://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.01.023>
26. Ragen BJ, Maninger N, Mendoza SP, Jarcho MR, Bales KL (2013). Presence of pair-mate regulates the behavioural and physiological effects of opioid manipulation in the monogamous titi monkey (*Callicebus cupreus*). *Psychoneuroendocrinology*, 38(11), 1-25. <http://doi.org/10.2190/OM.58.2.b.Six-Year>
27. Schindler A, Thomasius R, Petersen K, Sack P-M. (2009). Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers. *Attachment & Human Development*, 11(3), 307-330. <http://doi.org/10.1080/14616730902815009>
28. Schindler A, Thomasius R, Sack P-M., Gemeinhardt B, Küstner U, Eckert J (2005). Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & Human Development*, 7(3), 207-228. <http://doi.org/10.1080/14616730500173918>
29. Seeley WW, Menon V, Schatzberg AF, Keller J, Glover GH, Kenna H, ... Greicius MD (2007). Dissociable intrinsic connectivity networks for salience processing and executive control. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 27(9), 2349-56. <http://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5587-06.2007>
30. Troisi A, Frazzetto G, Carola V, Di Lorenzo G, Coviello M, D'Amato FR, ... Gross C (2011). Social hedonic capacity is associated with the A118G polymorphism of the mu-opioid receptor gene (OPRM1) in adult healthy volunteers and psychiatric patients. *Social Neuroscience*, 6(1), 88-97. <http://doi.org/10.1080/17470919.2010.482786>
31. Way BM, Lieberman MD (2010). Is there a genetic contribution to cultural differences? Collectivism, individualism and genetic markers of social sensitivity. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5(2-3), 203-11. <http://doi.org/10.1093/scan/nsq059>
32. Way BM, Taylor SE, Eisenberger NI (2009). Variation in the mu-opioid receptor gene (OPRM1) is associated with dispositional and neural sensitivity to social rejection. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 106(35), 15079-15084. <http://doi.org/10.1073/pnas.0812612106>
33. West Malcolm, Rose Sarah, Spreng Sheila S-K. A. and K. A. (1998). Adolescent Attachment Questionnaire: A Brief Assessment of Attachment in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 27, No. 5, 1998. Retrieved from [http://www.researchgate.net/profile/Adrienne\\_Keller2/publication/226084483\\_Adolescent\\_Attachment\\_Questionnaire\\_A\\_Brief\\_Assessment\\_of\\_Attachment\\_in\\_Adolescence/links/5508451d0cf2d7a28127ee39.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Adrienne_Keller2/publication/226084483_Adolescent_Attachment_Questionnaire_A_Brief_Assessment_of_Attachment_in_Adolescence/links/5508451d0cf2d7a28127ee39.pdf)

## SALUD MENTAL

# PSICOTERAPIAS EN LA RED COMUNITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL<sup>1</sup>

(Rev GPU 2016; 12; 4: 406-412)

Alberto Fernández Liria<sup>2</sup>, Beatriz Rodríguez Vega<sup>3</sup>

**Se discuten los requerimientos especiales que presenta la práctica de la psicoterapia en las redes de atención a la salud mental comunitaria. Se propone un modelo de intervención que integra aportaciones procedentes de diferentes escuelas y diferentes campos del conocimiento desde una concepción de la psicoterapia como práctica narrativa. Se exponen los principios básicos de esta propuesta y los componentes de los programas de formación en la misma.**

## INTRODUCCIÓN

### Por qué psicoterapias en el sector público

Las psicoterapias constituyen hoy una de las alternativas aceptadas en base de las abundantes pruebas disponibles (Lambert, 2013) para la atención a las alteraciones de la salud mental y representa, sola o en combinación con otras, la intervención de primera elección. Con base en ello, los sistemas públicos de atención a la salud mental y sus alteraciones deberían ofertarlas

junto con otro tipo de alternativas, como las de tratamiento farmacológico.

Sin embargo es frecuente que estos sistemas públicos de atención a la salud mental oferten más intervenciones farmacológicas que psicoterapéuticas aun en las condiciones en las que estas últimas representan el tratamiento de primera elección (Layard, 2006). Ello a pesar de que cada vez son más abundantes las pruebas de que estas intervenciones no solo son eficaces, sino que resultan enormemente costo-efectivas (Clark, 2011; Department of Health, 2012; Layard, 2006).

<sup>1</sup> Entre el 5 y el 9 de septiembre de 2016 se llevó a cabo en Santiago de Chile el XIV TALLER INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA, organizado por la Escuela de Salud Pública y MEDICHI, Programa de Educación a Distancia, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. En este Taller Internacional, parte de la XIV Versión del Diploma de Posgrado en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Semipresencial, de dicha Facultad, participó como Profesor Internacional el Dr. Alberto Fernández Liria, uno de los líderes de la Reforma Psiquiátrica española, ex presidente de la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría. Profesionales de la Salud Mental) y consultor internacional de la OMS. A solicitud del Comité Académico de este Diploma, el Profesor Fernández, en colaboración con la Dra. Beatriz Rodríguez Vega, ha actualizado el texto de su Conferencia de igual título, para ser publicada en *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*.

<sup>2</sup> Psiquiatra Hospital Universitario Príncipe de Asturias Alcalá de Henares, Madrid, España. afliria@gmail.com

<sup>3</sup> Psiquiatra Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

En España la psicoterapia es una de las prestaciones de salud mental teóricamente obligadas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006), aunque, como se reconoce en la Estrategia en Salud Mental, la oferta real dista de ser satisfactoria (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

### El sector público y la óptica comunitaria como contexto

La práctica de la psicoterapia en el sector público tiene unos condicionantes diferentes de los de la práctica privada, como son:

- En la práctica pública la indicación de las intervenciones psicoterapéuticas –como la de cualquier otra– debe considerar, aparte de la demanda del consultante, criterios de salud pública (que pueden proporcionar criterios adicionales o contradictorios con esa demanda) y de costo-eficacia.
 

Así, por ejemplo, la falta de motivación, que podría ser una contraindicación en el sector privado puede convertirse en el público en un primer objetivo de la intervención en un trastorno grave o que tiene consecuencias graves sobre la inserción de quien lo padece en la comunidad.

Una intervención que sería posible y que es demandada por un consultante motivado podría, sin embargo, ser desestimada ante la necesidad de priorizar otras más acuciantes o prioritarias para la salud de la comunidad.
- La psicoterapia debe ser considerada una de las posibles frente a alternativas de tratamiento de las llamadas “biológicas”, como el tratamiento farmacológico.
 

Por ello la indicación de una intervención psicoterapéutica en el sector público no solo requiere saber que esta sería eficaz y que es viable. Requiere también saber que es –desde algún criterio– preferible a otras posibles alternativas que pueden ser también eficaces y viables para el mismo caso.
- También debe ser considerada como parte de una atención integral que reúne componentes de tratamiento, rehabilitación, cuidados, apoyo y control.
 

El profesional responsable del caso en el marco de una atención comunitaria a la salud mental debe plantearse ayudar al paciente a explorar también sistemáticamente cuáles son las necesidades de rehabilitación, cuidados, apoyo o control que pueden acompañar a la demanda de tratamiento y buscar el modo de satisfacerlas.
- La utilización combinada de las dos formas de tratamiento (psicoterapéutico y farmacológico) y de los diferentes componentes de la atención (tratamiento, rehabilitación, cuidados, apoyo y control) constituyen más la regla que la excepción en los servicios de salud mental. En realidad todas las intervenciones incluyen en alguna medida los cinco componentes, aunque en algunos casos sea más notable la presencia de algunos de ellos.
 

Así, en los llamados trastornos mentales comunes pueden ser predominantes los aspectos de tratamiento, en los llamados trastornos mentales graves y persistentes la rehabilitación y el apoyo, y en los graves y agudos, los cuidados y el control. Pero todos incluyen los cinco componentes en alguna medida.
- En el sector público no es posible seleccionar pacientes y ello nos obliga a disponer de intervenciones que puedan ser aceptables por cada usuario aunque no sean las preferidas por el servicio.
 

La intervención preferible resulta de una transacción entre lo que el terapeuta es capaz de ofertar frente a una demanda concreta y lo que el paciente necesita y desea o está dispuesto a aceptar para lograr lo que desea.
- Las intervenciones psicoterapéuticas que se conciben como estrategias facilitadoras de la activación de los recursos del consultante y de su entorno para la resolución de sus problemas de salud mental son más fácilmente conciliables con las estrategias comunitarias que las basadas en la metáfora de la enfermedad desde los modelos biomédicos más reduccionistas.
 

Ello tiene una importante consecuencia sobre el lugar que, desde una óptica comunitaria, debería pensarse el terapeuta. Desde esta perspectiva no sería muy útil considerarlo como un experto en un tipo de trastornos que aplica tecnologías que sabe que pueden resolverlos, como un cirujano aplica las suyas para resolver malformaciones congénitas. El terapeuta no actúa como un experto en lo que le pasa al paciente. El experto en lo que le pasa es el propio paciente. El encuentro terapéutico es, así, un encuentro entre dos expertos: un experto en sí mismo –el paciente– y alguien, ignorante en esto, pero experto en entablar un tipo de conversación que abre la posibilidad de que al “paciente” se le ocurran nuevas formas de ver el problema y encuentre modos de activar sus recursos personales y comunitarios.

- Es frecuente que el profesional que ha de actuar como terapeuta en un caso haya de desempeñar a la vez otros roles frente al consultante o su familia. Quienes trabajamos en el sector público nos vemos frecuentemente implicados en otras tareas que van desde la prescripción farmacológica a la decisión de un ingreso involuntario, pasando por la gestión de las bajas por enfermedad o la elaboración de informes para solicitar ayudas sociales. Lograr que el ejercicio de una de estas funciones no nos incapacite para ejercer las otras es una habilidad que debe también ser desarrollada.

Las investigaciones más recientes en psicoterapia apoyan la idea de que tanto las características del paciente como las del terapeuta, la relación entre ambos, el método de tratamiento y el contexto en el que se llevan a cabo contribuyen al éxito o fracaso del tratamiento; de hecho, debería buscarse la óptima combinación entre estos factores para asegurar el éxito de la intervención (Norcross, 2011). El valor de un método concreto de tratamiento está estrechamente unido al contexto relacional en el que es llevado a cabo (Norcross, 2011).

### La construcción de una teoría para la práctica de la psicoterapia en el sector público

Estas particularidades hacen que frecuentemente los principios y directrices válidos para la práctica de la psicoterapia en el sector privado (donde el terapeuta puede elegir qué tipo de intervención va a ofertar y a qué tipo de usuario, y puede actuar sin tener en consideración más criterio que el del contrato privado que lo une al consultante) no sean útiles para guiar el trabajo en el sector público.

Esta inadecuación se traduce frecuentemente en sentimientos de incomodidad en los psicoterapeutas que trabajan en el sector público, que pueden pensar que se están apartando de lo que sería la práctica ideal y que están ofertando una suerte de sucedáneo o versión para pobres de un instrumento que no están pudiendo aplicar en su mejor versión.

Ello nos llevó en 1993 a convocar, en el marco de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, un grupo de consenso integrado por psicoterapeutas que trabajábamos en el sector público de la Comunidad de Madrid para intentar construir una teoría que nos permitiera dar cuenta de nuestra práctica partiendo no de una adaptación de las teorías y directrices elaboradas para la práctica en otros contextos (como el privado, el académico o el de la investigación) sino de la generación

de una teoría basada en la reflexión sobre nuestra práctica concreta. El trabajo iniciado por este grupo dio lugar a una serie de textos (Fernández Liria, Hernández Monsalve y Rodríguez Vega, 1997; Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001, 2002; Rodríguez Vega y Fernández Liria, 2012) y a una sistemática de formación que hemos desarrollado desde la Universidad de Alcalá (<http://www.masterpsicoterapia.com>) y desde diversos programas de formación de especialistas del Sistema Nacional de Salud desde la década de los noventa (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2005; Prego, Rodríguez Vega, Fernández Liria, González Cases y Gil, 2012).

La pertinencia del intento encontró *a posteriori* apoyo en las investigaciones en psicoterapia que aprueban la idea de que tanto las características del paciente como las del terapeuta, la relación entre ambos, el método de tratamiento y el contexto en el que se lleva a cabo contribuyen al éxito o fracaso del tratamiento; de hecho, debería buscarse la óptima combinación entre estos factores para asegurar el éxito de la intervención (Norcross, 2011). El valor de un método concreto de tratamiento está estrechamente unido al contexto relacional en el que es llevado a cabo (Lambert, 2013; Norcross, 2011).

En este trabajo expondremos sucintamente las bases de esta propuesta.

### Una propuesta de integración: la psicoterapia como práctica narrativa

La propuesta que sostenemos parte de la idea de que lo seres humanos nos conformamos a través de las historias que nos contamos a nosotros mismos y a las personas con las que nos relacionamos acerca de nosotros y del mundo en el que se desarrollan nuestras vidas.

Desde esta perspectiva los problemas que atendemos en la consulta se fundamentan en narrativas que sostienen un sufrimiento evitable.

La psicoterapia consiste en un proceso conversacional que permite el cuestionamiento de estas narrativas y su sustitución por otras que no acarrear este sufrimiento, y permiten nuevas formas de relación con uno mismo, los otros y el mundo.

Se trata de un punto de vista que, como hemos revisado en otros textos (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001; Rodríguez Vega y Fernández Liria, 2012), ha sido adoptado por un número creciente de psicoterapeutas procedentes de las más diversas escuelas y que, además, ha encontrado desde hace dos décadas un creciente soporte en las investigaciones sobre el desarrollo filio y ontogenético (Cassidy y Shaver, 1999; Fonagy, Gergely y Target, 2004; Stern, 1985) y en neurobiología,

donde ha habido lugar a lo que se ha dado en llamar neurobiología relacional (Siegel, 1999).

El concepto clave para entender esta concepción es el de narrativa. La narrativa es un género literario que tiene como objetivo producir emociones en el destinatario mediante el desarrollo de una trama –una sucesión de hechos significativos– que evocan un mundo, en el que actúan unos personajes –que en el caso de las narrativas identitarias que trabajamos en psicoterapia incluyen el yo y los otros– definidos por esta trama. Las narrativas no son solo el relato sino la relación entre el relato –la sucesión de los hechos– y las emociones, esto es el cuerpo, a través del sentido.

Según este modo de ver las cosas, lo que las diferentes escuelas psicoterapéuticas han propuesto a lo largo de la historia han sido patrones para construir las historias alternativas que posibilitan el trabajo psicoterapéutico. Así, los psicoterapeutas psicodinámicos nos han enseñado a construir historias que permiten entender los problemas como el modo de defenderse frente a la angustia provocada por conflictos inconscientes, los cognitivos como un modo de sentir y de comportarse guiado por pensamientos automáticos provocados por la activación de determinados esquemas cognitivos, los sistémicos como actuaciones acordes con el cumplimiento de reglas familiares...

La idea clave es que lo que la psicoterapia proporciona es una relación interpersonal que permite una experiencia que hace posible este cambio de narrativas. El cambio se produce en ocasiones predominantemente de arriba hacia abajo (cambios en el modo de contar la historia condicionan cambios en las emociones y el cuerpo, como pretendían las propuestas más clásicas de psicoterapia) y en ocasiones predominantemente de abajo hacia arriba (cambios en la experiencia corporal condicionan cambios en el modo de narrarse la historia, como se ha pretendido en corrientes psicoterapéuticas como las propuestas por Reich (Reich, 1925, 1949), la Gestalt (Perls, 1973), las terapias corporales (Ogden y Fisher, 2015; Ogden, Minton y Pain, 2006; Rothschild, 2000) o las intervenciones basadas en mindfulness (Kabat-Zinn, 1990)).

A lo largo de la historia de la investigación en psicoterapia ha habido múltiples intentos de demostrar la superioridad de las intervenciones basadas en una de las orientaciones teóricas sobre las basadas en otras. Lo cierto es que al día de hoy no ha sido posible demostrar tal cosa. A este fenómeno se refirieron, tomando en consideración un número creciente de trabajos Rosenzweig (Rosenzweig, 1936) y Luborsky (Luborsky, Singer y Luborsky, 1975) como la paradoja del Pájaro Dodo (en referencia al personaje de Alicia en el País de

las Maravillas que termina una carrera sin metas con la afirmación “Todos han ganado y hay que dar a cada uno su premio” –que tiene que pagar Alicia). Las investigaciones más recientes (Marcus, O’Connell, Norris y Sawaqdeh, 2014) parecen indicar que la situación no ha cambiado en ochenta años y muchos esfuerzos de investigación más tarde.

Ello supone, a nuestro modo de ver, una invitación a tomar como base para la conceptualización y la formación en psicoterapia, los hallazgos cada vez más sólidos de la investigación sobre los factores comunes a todas las orientaciones psicoterapéuticas que nos llevan a prestar atención a cuestiones como la relación entre terapeuta y paciente y el modo en que resuelven las crisis de la misma, las características personales del terapeuta y su modo de estar presente en esa relación o la activación de los recursos del consultante y su entorno.

Se trata de una polémica viva que se está articulando sobre datos cada vez más abundantes que alimentan modelos más sólidos y propuestas más atractivas (Constantino, Boswell, Bernecker y Castonguay, 2013; Karson y Fox, 2010; Laska, Gurman y Wampold, 2013; Laska y Wampold, 2014)

Hoy disponemos de investigaciones que nos permiten asignar un porcentaje de los resultados obtenidos mediante la psicoterapia a distintos factores. La Figura 1 nos muestra los que Michael Lambert nos remitió a los autores cuando le solicitamos permiso para reproducir los que había publicado con anterioridad (Lambert, 2013).

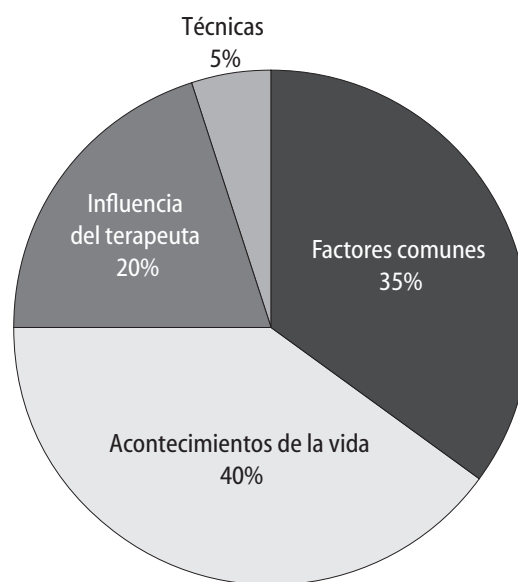


Figura 1. Factores responsables de la eficacia de la psicoterapia (M Lambert comunicación personal)

A veces a nuestros alumnos les parece descorazonador que la mayor contribución a los resultados (el 45% de la varianza) provenga de acontecimientos de la vida del paciente que no tienen que ver con la terapia. Pero parece bastante lógico ¿Qué podemos pensar que puede ocurrir en la terapia que sea más importante que encontrar una relación de pareja u ocasión de sentirse querido o valioso para alguien importante? Este hallazgo nos debería orientar en todo caso a pensar que la apertura a la experiencia de la vida y dar oportunidad a que ocurran cosas en el entorno deberían ser objetivos de la terapia.

El 35% de la varianza se explica por los factores comunes a todas las formas de psicoterapia. Esto se refiere a la alianza terapéutica y el modo de resolver las rupturas que inevitablemente se producen en la misma, la empatía, la cohesión en la terapia de grupo... Se trata de habilidades que rara vez son objeto de atención específica en los programas de formación en psicoterapia a pesar de que existen pruebas –alguna realizada sobre la base de nuestro trabajo (Fernández Liria *et al.*, 2010)– de que pueden ser entrenadas de forma eficaz.

El 20% tiene que ver con la influencia directa de la persona del terapeuta. Ello nos debería hacer pensar hasta qué punto conviene considerar que el trabajo con la persona del terapeuta es un aspecto importante. Tradicionalmente esto se lograba mediante la terapia personal. Hoy se han desarrollado otras muchas formas de hacerlo. Nuestro grupo ha publicado algún trabajo con resultados de la aplicación de entrenamiento en atención plena (Rodríguez Vega *et al.*, 2013)

Llama la atención que solo el 5% de la varianza puede atribuirse a las técnicas. Sin embargo la mayor parte de la literatura sobre psicoterapia se dedica a las técnicas y al intento de asignar, mediante guías de práctica clínica, técnicas específicas para problemas específicos. Conviene señalar que esta pequeña magnitud no hace que el entrenamiento en el uso de técnicas específicas sea prescindible. Aun dando por bueno que lo más importante para un paciente concreto sea un acontecimiento de su vida como haber encontrado pareja, podemos pensar que esto no hubiera ocurrido si no hubiéramos empleado las técnicas que permitieron que se atreviera a salir de la cama.

### Principios para una práctica de la psicoterapia en los servicios comunitarios de atención a la salud mental

El modelo de psicoterapia para la atención comunitaria a la salud mental en el sector público que proponemos se atiene a una serie de características o postulados que enunciamos a continuación:

1. La psicoterapia constituye un instrumento que ha probado ser eficaz para el tratamiento de las alteraciones de la salud mental y puede ser utilizado para ello solo o en combinación con otras alternativas de tratamiento, como las farmacológicas o de rehabilitación, cuidados, apoyo o control.
2. La psicoterapia puede ser entendida como un proceso de conversación entre una persona que sufre –al que llamaremos paciente– que actúa como un experto en sí mismo, y un profesional de ayuda –al que llamaremos terapeuta– que actúa como experto en un tipo particular de conversación –la que llamamos psicoterapia– que permite cuestionar las narrativas que sustentan el sufrimiento y facilitar el que sean sustituidas por otras que hagan el sufrimiento innecesario o tolerable y que promuevan otras formas de enfrentar las demandas de la vida.
3. Esta conversación permite el desarrollo de una relación –la relación terapéutica– que facilita el acceso a experiencias que permiten modificar el significado de la experiencia presente y el modo que tiene el paciente de interactuar con sus recursos internos y externos.
4. Para hacer esto posible el terapeuta actúa desde una postura de no saber, desde la que es posible participar en la conversación que permite cuestionar la narrativa inicial, anclada en la queja, del paciente y la emergencia de nuevos significados.
5. Las narrativas alternativas que surgen de la terapia son construidas por el paciente –y no ofertadas por el terapeuta– y basan su eficacia no en el hecho de aproximarse más que la inicial a ninguna verdad, sino en el de que, al ser diferentes, permiten una actuación distinta a las demandas del medio interno y externo.
6. Los sistemas diagnósticos en los que suelen basarse las guías de práctica clínica no son una buena referencia para planificar las intervenciones. Estas se estructuran mejor partiendo de un proceso de (re) formulación (Division of Clinical Psychology, 2011; Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001; Johnstone y Dallos, 2013) del problema que trae el consultante y como respuesta no a la pregunta de “¿Cuál es la intervención más adecuada para este problema?” sino “¿Cuál es la mejor manera en la que este paciente concreto y yo como terapeuta podemos colaborar mejor para intentar que pueda encontrar una solución a su problema?”
7. En nuestro contexto, la psicoterapia es una competencia básica al menos de los psiquiatras y psicólogos clínicos que trabajan en la red de atención comunitaria a la salud mental, aunque el trabajo de

- otros muchos miembros de los equipos interprofesionales, como médicos y enfermeros de atención primaria, enfermeros especialistas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales requieren competencia psicoterapéutica para realizar el trabajo que les es propio.
8. Este tipo de intervención requiere una formación específica que incluye distintos componentes, a los que nos referiremos más adelante.

### Una propuesta de formación de psicoterapeutas para el trabajo en salud mental comunitaria desde el sector público de atención a la salud

Desde principios de los años 1990, los autores nos hemos visto implicados en diferentes iniciativas para la formación de psicoterapeutas para el trabajo en salud mental comunitaria en el sector público de atención a la salud que se han desarrollado en España y en Latinoamérica. La propuesta se ha concretado de un modo paradigmático en las unidades de formación e investigación en psicoterapia de las unidades docentes multiprofesionales (en las que reciben formación residentes de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería Especialista en Salud Mental) del Hospital Universitario Príncipe de Asturias y el Hospital La Paz y en los títulos propios de Experto, Especialista y Máster en Psicoterapia de la Universidad de Alcalá.

Estos programas y otros en los que hemos participado incluyen, entre otros, los siguientes componentes:

1. Una formación teórica abierta que intenta dar cuenta de
  - 1.1. las aportaciones de las distintas escuelas.
  - 1.2. las propuestas de integración.
  - 1.3. los conocimientos neurobiológicos o sobre el desarrollo onto y filogenético que permiten explicar lo que conocemos sobre la práctica de la psicoterapia.
2. La práctica clínica supervisada mediante actividades de supervisión individual y grupal. La supervisión es un elemento central no solo en la formación de psicoterapeutas, sino también en el mantenimiento de la capacidad de practicar la psicoterapia a lo largo de la vida profesional del terapeuta (Moreno Pérez, 2016).
3. El trabajo con la persona del terapeuta que incluye al menos
  - 3.1. Grupos de Dificultades en la Adquisición del Rol de Terapeuta.
  - 3.2. Actividades que fomentan la capacidad reflexiva como el trabajo con la familia de origen del terapeuta y, sobre todo, las basadas en el entrenamiento de la atención plena (Rodríguez Vega *et al.*, 2013).
4. Entrenamiento en habilidades prácticas mediante la utilización de acceso a experiencias diseñadas para ello o la práctica mediante *role playing* que pretende incorporar formas de respuesta a la memoria implícita de los alumnos. El trabajo se ajusta a una propuesta estructurada (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002) que ha sido sometida a validación empírica (Fernández Liria *et al.*, 2010).
5. Seminarios especiales que permiten discutir y experimentar aspectos técnicos o dificultades específicas en la aproximación a algunos problemas (depresión, trauma, cuestiones de género o cultura).

En el momento actual trabajamos en una nueva propuesta que permita combinar actividades on-line con actividades presenciales para poder poner en juego de manera más eficiente estos elementos.

### REFERENCIAS

1. Cassidy J, Shaver PR (1999). Handbook of attachment: theory, research and clinical applications. New York: Guilford
2. Clark DM (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *International Review of Psychiatry* (Abingdon, England), 23(4), 318-27. doi: 10.3109/09540261.2011.606803
3. Constantino MJ, Boswell JF, Bernecker SL, Castonguay LG (2013). Context-responsive integration as a framework for unified psychotherapy and clinical science: Conceptual and empirical considerations. *Journal of Unified Psychotherapy and Clinical Science*, 2, 1-20
4. Damasio AR (1994). *Descartes' Error: emotions, reason and the human brain* (Trad cast: El error de Descartes. Barcelona: Crítica, 2004). New York: Grosset/Putnam
5. Damasio AR (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. New York: Harcourt Brace
6. Department of Health. (2012). IAPT three-year report: The first million patients, (November), 1-44. Retrieved from [www.dh.gsi.gov.uk](http://www.dh.gsi.gov.uk)
7. Division of Clinical Psychology. (2011). *Good Practice Guidelines on the Use of Psychological Formulation*. Leicester: The British Psychological Society. Retrieved from <http://www.canterbury.ac.uk/social-and-applied-sciences/salomons-centre-for-applied-psychology/docs/resources/DCP-Guidelines-for-Formulation.pdf>
8. Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B (1997). *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid: AEN

9. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B (2005). La formación en psicoterapia y la óptica de las narrativas. *Monografías de Psiquiatría*, XVII(3), 35-41
10. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B (2001). La práctica de la psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer
11. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B (2002). Habilidades de entrevista para psicoterapeutas (Con ejercicios del profesor). Biblioteca de psicología. Bilbao: Desclée de Brouwer
12. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Ortiz Sánchez D, Baldor Tubet I, González Juárez C (2010). Effectiveness of a structured training program in psychotherapeutic skills used in clinical interviews for psychiatry and clinical psychology residents. *Psychotherapy Research*, 20(1), 113-121. doi: 916174177 [pii] 10.1080/10503300903131907 ET - 2009/10/27
13. Fonagy P, Gergely G, Target M (2004). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press. Retrieved from [http://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=EDHi3N-ebykC&oi=fnd&pg=PR5&sig=rwUPopwk-uYgxce4\\_DHXk9c3vBQ&dq=Affect+regulation,+mentalization,+and+the+development+of+the+self&prev=http://scholar.google.com/scholar?q=Affect+regulation,+mentalization,+and+the+development+of+the+self&hl=es&lr=](http://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=EDHi3N-ebykC&oi=fnd&pg=PR5&sig=rwUPopwk-uYgxce4_DHXk9c3vBQ&dq=Affect+regulation,+mentalization,+and+the+development+of+the+self&prev=http://scholar.google.com/scholar?q=Affect+regulation,+mentalization,+and+the+development+of+the+self&hl=es&lr=)
14. Johnstone L, Dallos R (2013). Formulation in Psychology and Psychotherapy: Making sense of people's problems. (L. Johnstone & R. Dallos, Eds.) (2nd ed.). London: Routledge
15. Kabat-Zinn J (1990). Full catastrophe living (Trad cast: vivir con plenitud las crisis. Barcelona: Kairós, 2003). New York: Bantam Dell
16. Karson M, Fox J (2010). Common skills that underlie the common factors of successful psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 64(3), 269-81. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21043333>
17. Lambert MJ (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (6th ed) (pp. 169-218). New York: Wiley
18. Laska KM, Gurman AS, Wampold BE (2013). Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 51(4), 467-481. doi: 10.1037/a0034332
19. Laska KM, Wampold BE (2014). Ten Things to Remember About Common Factor Theory. *Psychotherapy*, 51(4), 519-524
20. Layard R (2006). The case for psychological treatment centres. *BMJ*, 332(7548), 1030-1032
21. Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975). Comparative studies of psychotherapy. Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1007
22. Marcus DK, O'Connell D, Norris AL, Sawaqdeh A (2014). Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 519-530. doi: 10.1016/j.cpr.2014.08.001
23. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/docs/CarteraDeServicios.pdf>
24. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Retrieved from [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/ms\\_naspain\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/ms_naspain_es.pdf)
25. Moreno Pérez A (2016). Teoría y Práctica de la supervisión. Análisis del discurso de supervisores y psicoterapeutas. Universidad de Alcalá
26. Norcross JC (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press. doi: 10.1093/acprof:oso/9780199737208.001.0001
27. Ogden P, Fisher J (2015). Sensoriomotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment (Trad cast: Psicoterapia Sensoriomotriz: Intervenciones para el trauma y el apego, Bilbao: Desclée de Brouwer, 2016). New York: Norton
28. Ogden P, Minton K, Pain C (2006). Trauma and the body (Trad cast: El trauma y el cuerpo. Bilbao: Desclée de Bouwer). New York: Norton
29. Perls F (1973). The gestalt approach & eye witness to therapy (trad cast: El enfoque gestáltico y testimonios de terapia. Santiago de Chile: Cuatro Vientos, 1976). Palo Alto (California): Science & Behavior Books
30. Prego R, Rodríguez Vega B, Fernández Liria A, González Cases J, Gil D (2012). Formación especializada no reglada. In M. Desviat y A. Moreno (Eds.), *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: AEN
31. Reich W (1925). Die Funktion des Orgasmus: Zur Psychopathologie und zur Soziologie des Geschlechtslebens (Trad Cast: La función del orgasmo, Buenos Aires: Paidós, 1991)
32. Reich W (1949). Der triebhafte Charakter : Eine psychoanalytische Studie zur Pathologie des Ich (Trad Cast: Análisis del carácter, 3ª edición. Buenos Aires: Paidós, 1972)
33. Rodríguez Vega B, Fernández Liria A (2012). *Terapia narrativa de la depresión basada en la atención plena*. Bilbao: Desclée de Brouwer
34. Rodríguez Vega B, Melero-Llorente J, Bayon Pérez C, Cebolla S, Mira J, Valverde C, Fernández-Liria A (2013). Impact of mindfulness training on attentional control and anger regulation processes for psychotherapists in training. *Psychotherapy Research*, 00(00), 1-12. doi: 10.1080/10503307.2013.838651
35. Rosenzweig S (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415. doi: 10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x
36. Rothschild B (2000). *The body remembers; the psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: Norton
37. Siegel DJ (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience* (Trad cast: La mente en desarrollo. Bilbao: Desclée, 2007). New York: Guilford
38. Stern D (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology* (Trad cast: El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. Paidós: Buenos Aires, 1985). New York: Basic Books



## INVESTIGACIÓN

# SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA EN ADOLESCENTES CHILENAS HETEROSEXUALES Y HOMOSEXUALES

(Rev GPU 2016; 12; 4: 413-419)

María José León<sup>1</sup>, Sergio Chaigneau<sup>2</sup>, Pilar del Río<sup>3</sup>, Juliana Rodríguez<sup>4</sup>

Los adolescentes con una orientación sexual diversa presentan mayor probabilidad de desarrollar sintomatología general que aquellos adolescentes heterosexuales, fundamentalmente asociado a las situaciones de estrés psicosocial y discriminación (Pineda-Roa, 2013). Este estudio describe la sintomatología de una población no clínica de adolescentes según su orientación sexual. Se evaluó a 281 adolescentes, todas mujeres, de Santiago de Chile. Se midió sintomatología clínica (SCL-90) e identidad sexual (CEIS). Los resultados mostraron puntajes significativamente más elevados en sintomatología para el grupo que informó fantasías y conductas homosexuales. Estos resultados aportan mayor evidencia concordante con que los adolescentes con una orientación sexual homosexual es una población mayormente vulnerable a sufrir sintomatología clínica, requiriendo una mayor preocupación por parte de los profesionales de la salud.

## INTRODUCCIÓN

La sintomatología clínica en la adolescencia ha aumentado su prevalencia en las últimas décadas. En Chile un 33,2% de la población de 12 a 18 años presenta algún trastorno psiquiátrico (Vicente *et al.*, 2012). Entre un 4% y un 8% de los adolescentes sufren sintomatología depresiva (MISAL, 2013) y un 15,7% sufre de trastornos

ansiosos (Vicente *et al.*, 2012). Por su parte, cifras de la Organización Panamericana de la Salud (2014) muestra que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 25 años en América, siendo Chile el cuarto país con las tasas de suicidio más altas entre 2005 y 2009. En un informe emitido por la Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD, 2011), Chile ocupa el segundo lugar, después de Corea del Sur,

- <sup>1</sup> Universidad Adolfo Ibáñez, Psicóloga, Profesora de la Escuela de Psicología, Email: mj.leon@uai.cl. Dirección: Diagonal Las Torres 2640, Santiago, Región Metropolitana, Chile.
- <sup>2</sup> Universidad Adolfo Ibáñez, Psicólogo, Profesor Escuela de Psicología. Email: sergio.chaigneau@uai.cl. Dirección: Diagonal Las Torres 2640, Santiago, Región Metropolitana, Chile.
- <sup>3</sup> Fundación Médica San Cristóbal, Psiquiatra. Email: pdelrivogil@gmail.com. Dirección: Avda Luis Pasteur 5292, Vitacura, Santiago, Región Metropolitana, Chile.
- <sup>4</sup> Fundación Todo Mejora, Psicóloga. Email: salud@todomejora.org. Dirección: Napoleón 3059 departamento 603, Las Condes, Santiago, Región Metropolitana, Chile.

entre los 7 países de la OECD que han mostrado un alza en su tasa de suicidio anual. Según datos del Ministerio de Salud (MISAL, 2010), la mortalidad debida a suicidio en adolescentes alcanzaría el año 2020 una tasa de 12 por cada 100.000 habitantes de esa edad (10 a 19 años), manteniendo la curva de crecimiento observado desde el año 1997. Por otra parte, los datos del MINSAL (2004) también muestran que el 20,6% de los escolares entre 13 y 15 años ha “considerado seriamente un intento suicida”, mientras que el 15,9% señala haber hecho un “plan acerca de cómo tratar de suicidarse”. De hecho, dentro del grupo de adolescentes, aquellos que se definen como lesbianas, gays y/o bisexuales (LGB), presentan un riesgo 4 veces más alto que sus pares heterosexuales de intentar suicidarse, mientras que en aquellos que cuestionan su sexualidad el riesgo es 3 veces mayor que sus pares que no realizan tal cuestionamiento (Kann, 2011; Meyer, 2003).

## MARCO DE REFERENCIA

A pesar de la mayor cantidad de información y una actitud en general más tolerante y abierta de las sociedades desarrolladas, numerosos estudios muestran que aún hoy existe un estigma y discriminación asociados a la orientación homosexual o bisexual. Los jóvenes con orientación sexual diversa, entre ellas la homosexualidad, presentan mayor probabilidad de desarrollar depresión y riesgo de suicidio, fundamentalmente asociado a las situaciones de estrés psicosocial, a la discriminación, sobre todo en el periodo de reconocimiento, aceptación y develación a la sociedad este riesgo aumenta considerablemente (Kitts, 2005; Li, Pollitt, y Russell, 2015). Las causas del mayor riesgo de suicidio no están del todo claras, si bien hay un importante consenso entre los investigadores en que se asocia con discriminación y hostilidad social. La presencia de experiencias discriminatorias en niños, niñas y adolescentes LGB aumentaría la percepción de vergüenza y el despliegue de estrategias de afrontamiento individual, con un consecuente aumento del riesgo de conductas autodestructivas (McDermott, Roen, y Scourfield, 2008). El aislamiento, la exclusión social y la invisibilización generan la existencia de problemáticas específicas en la población LGB, tales como el sufrimiento psíquico y físico relacionado con situaciones de negligencia y violencia intrafamiliar, el sufrimiento físico y psíquico relacionado con el bullying en el ambiente escolar, la depresión y suicidio, y el uso de drogas lícitas e ilícitas (Meyer, 2003; Newcomb, Birkett, Corliss, y Mustanski, 2014; Pesola, Shelton, y Bree, 2014; Stone *et al.*, 2014). Más específicamente, estudios realizados en Estados

Unidos muestran que el rechazo familiar en adolescentes LGB aumenta 8 veces el riesgo suicida, en comparación con aquellos adolescentes que reportan nulo o bajo rechazo familiar (Ryan, Russell, Huebner, Díaz, y Sánchez, 2010). En la misma línea, se ha encontrado una asociación significativa entre el riesgo de presentar ideación o intentos suicidas con la vivencia de experiencias de bullying homofóbico (Sourander, 2010) y al mismo tiempo, se ha observado que la pertenencia a alguna minoría sexual incrementa el riesgo de ser víctima de bullying, tanto en hombres como en mujeres (Berlan, Corliss, Field, Goodman, y Austin, 2010). No es de sorprender entonces, que en una reciente revisión de la literatura se concluya que los factores de riesgo suicida de personas LGB se sitúan en el plano social, y no, como suele hacerse frecuentemente, en el plano individual (Pineda-Roa, 2013).

Sabemos que la adolescencia es un periodo complejo, en donde está en juego la construcción y la definición de la identidad personal. Esto le confiere a este grupo un mayor riesgo de presentar sintomatología clínica, independientemente de factores individuales. Sin embargo, las cifras presentadas anteriormente nos orientan a pensar que los adolescentes que se descubren con una orientación sexual diversa son un grupo de especial preocupación desde el punto de vista de salud mental, por lo que podrían presentar mayor sintomatología anímica, ansiosa o psicopatología en general, en relación con la población adolescente heterosexual (Pineda-Roa, 2013). De hecho, en nuestra experiencia hemos observado un aumento de las consultas de adolescentes que incluyen en el motivo de consulta conductas homosexuales y bisexuales asociadas principalmente a los efectos que esta declaración tiene en el entorno social del adolescente. Durante 2010, en el Centro de Estudios y Atención a las Personas de la escuela de Psicología de la Universidad Adolfo Ibáñez (CEAP), un 17% de las adolescentes entre 14 a 17 años incluía estos aspectos en su motivo de consulta. No sabemos si este porcentaje es representativo de la realidad nacional. De hecho, algunos estudios reportan porcentajes relativamente menores. En un estudio que explora y describe la expresión de la orientación sexual en adolescentes chilenos se reporta que un 9,09% de las mujeres adolescentes se declaran no-heterosexuales (Conejero y Almonte, 2009). Por otra parte, los datos entregados por la Organización Panamericana de la Salud señalan que entre el 6 y el 8% de los adolescentes se definirán en la línea de la homosexualidad (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

La sexualidad es una faceta central en la identidad de cualquier ser humano. Esta integra una dimensión

biológica (sexo), una dimensión social (género) y una dimensión motivacional (orientación sexual). Así, la identidad sexual comprende la descripción y valoración que hacen las personas de estas dimensiones que les pertenecen como seres sexuales (Vargas-Trujillo, 2007). Para nuestros fines, entenderemos la identidad sexual como el resultado de la interacción de aspectos biológicos, familiares, sociales, históricos y culturales, que incluye el sexo biológico y el género. Dadas las interacciones entre todos estos factores, entendemos que la identidad sexual es algo que puede cambiar (Campo-Arias, 2010; Conejero, y Almonte, 2009; Klein, Sepekoff, y Wolf, 1985). Además, entendemos la orientación sexual como la autoasignación, aceptación o adjudicación, consciente, subconsciente o inconsciente de la pertenencia a un estado de psiquismo sexual (Campo-Arias, 2010; Conejero, y Almonte, 2009). Lo anterior implica que el sujeto asume una denominación reconocida socialmente que incluye sentimientos, atracciones y conductas sexuales.

Considerando la importancia de la identidad sexual en la conformación de la identidad personal, la adolescencia puede ser un periodo especialmente estresante para aquellos adolescentes que se descubren a sí mismos con una orientación sexual diversa. Como una manera de evitar el rechazo y la agresión, estos adolescentes suelen mantener su orientación sexual en secreto por varios años, quedando expuestos y vulnerables a sufrir aislamiento, depresión, suicidio, abusos, y rechazo de su familia y amigos (Harrison, 2003; Li, Pollitt, y Russell, 2015). De aquí se desprende que estamos frente a una población que es importante por una parte identificar, y, por otra, caracterizar y abordar con medidas especiales que permitan proveer a estos jóvenes de un entorno adecuado para su pleno desarrollo. En consecuencia, el objetivo de este estudio es describir y caracterizar sintomatológicamente una población adolescente chilena, observando especialmente aquellas que se declaran como homosexuales o bisexuales, evaluando la presencia de síntomas, conductas o factores de riesgo en esta población, para que podamos orientar y jerarquizar las intervenciones psicosociales de prevención y promoción de la salud, además de planificar intervenciones terapéuticas efectivas cuando se requiera.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra inicial estuvo compuesta por 281 adolescentes, sin embargo debido a que 54 alumnos no respondieron completamente los cuestionarios, la muestra

analizada fue de 227 personas, todas ellas mujeres, de la Región Metropolitana, Santiago de Chile, de nivel socioeconómico medio, pertenecientes a liceos de alta exigencia académica. Un 65,5% de las adolescentes en la muestra tenían entre 15 y 16 años, y la edad mínima estuvo entre los 13 y 14 años, mientras que la máxima estuvo entre los 19 y 20. Al momento del estudio un 57,2% de las encuestadas vivía con sus padres, un 25,9% con la madre y el porcentaje restante (16,9%) con otros familiares. De las encuestadas, un 87,6% se declaraba creyente en alguna religión, y de este porcentaje un 57,4% indicaba no ser practicante, y un 30,2% se consideraba creyente y practicante. Un 34,3% de las encuestadas refirió haber tenido relaciones sexuales. De ellas, un 28,6% tuvo su primera relación sexual entre los 13 a 14 años, y un 59,3% entre los 15 y 16 años.

## INSTRUMENTOS

El Cuestionario de Identidad Sexual (CEIS) es un cuestionario de autoreporte escrito, compuesto por 30 ítems, consta de 3 escalas: comportamiento y fantasía heterosexual (8 ítems), comportamiento y fantasía homosexual (13 ítems), y desacuerdo con el rol de género (9 ítems). Las escalas fueron construidas a partir de un Análisis Factorial (León, Chaigneau, Rodríguez y Peña, 2014). Las preguntas se responden todas en una escala tipo Lickert de 5 puntos. Los puntajes por escala se calculan como el promedio de los ítems correspondientes. Aunque tenemos evidencia de validez convergente (León *et al.*, 2014), el CEIS no tiene índices numéricos de validez ni confiabilidad, así como tampoco normas.

El SCL-90-R es un inventario de autoinforme desarrollado por Leonard Derogatis *et al.* (Derogatis, 1975, 1994), que mide el grado de malestar psicológico actual de la persona. Está compuesto por 90 preguntas sobre síntomas psiquiátricos de diferente nivel de gravedad y en donde la persona debe responder en qué nivel ha sido perturbado o molestado por ese síntoma en un periodo acotado de tiempo, a través de una escala de Lickert de 5 puntos y toma aproximadamente 15 minutos en responder. Para este estudio se utilizó la versión adaptada, validada y estandarizada en estudiantes universitarios chilenos no consultantes por Gempp y Avendaño (2008), que cuenta con características psicométricas adecuadas y datos normativos propios.

El instrumento está compuesto por nueve dimensiones primarias de síntomas (Somatizaciones, Obsesiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de psicopatología

(Índice de Gravedad Global – GSI, el Índice de Malestar Positivo – PSDI y el Total de Síntomas Positivos – PST).

La dimensión de Somatización mide malestares que surgen de la percepción de disfunciones corporales; Obsesiones mide los síntomas específicos del síndrome obsesivo compulsivo; Sensitividad Interpersonal mide sentimientos de inferioridad e inadecuación personal, especialmente en comparación con otras personas; Depresión es una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas del trastorno depresivo; Ansiedad mide síntomas y comportamiento asociados clínicamente con elevados grados de ansiedad; Hostilidad incluye pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo caracterizado como rabia o ira; Ansiedad fóbica caracteriza una respuesta persistente de miedo que es irracional y desproporcionada al estímulo que la provoca, ocasionando que la persona desarrolle una conducta de evitación o escape del estímulo atemorizante; Ideación paranoide mide distorsiones cognitivas típicas del comportamiento paranoide; y Psicotismo incluye un amplio espectro de síntomas como estados de soledad, estilos de vida esquizoide, alucinaciones auditivas, transmisión y control del pensamiento. Los índices globales miden: el GSI es un indicador directo del nivel de gravedad de los síntomas; el PSDI es una medida de la intensidad de los síntomas percibidos por el respondiente; el PST es el número total de síntomas que presenta la persona independiente de su gravedad (Gempp y Avendaño, 2008).

## PROCEDIMIENTOS

Los cuestionarios fueron administrados a adolescentes mujeres de dos establecimientos educacionales, uno de ellos de mujeres y el otro mixto. Los colegios se seleccionaron en función de la disponibilidad y aceptación por parte de la dirección del establecimiento a participar en la investigación. Los cuestionarios se administraron ambos en un mismo momento en una hora académica de clases (45 minutos), en la sala de clases bajo la supervisión del orientador del colegio, previa firma de consentimiento informado del director de la institución y del apoderado de cada adolescente. A su vez, cada alumno participante firmó un asentimiento informado donde se le explicaba el objetivo de la investigación, los riesgos y beneficios, como también el anonimato y la voluntariedad de su participación. Cada adolescente contestó los dos cuestionarios de modo anónimo, junto con un apartado de preguntas sociodemográficas y preguntas directas acerca de orientación sexual (no reportadas en este trabajo).

## ANÁLISIS DE DATOS

Por medio de un Análisis de Conglomerados de K medias, se agruparon los participantes en 3 grupos basados en sus respuestas al CEIS. Luego se realizó un ANOVA de una vía para cada una de las 12 dimensiones del SCL-90, contrastando la hipótesis nula de que no había diferencias entre los grupos.

## RESULTADOS

Para estos análisis solo pudieron usarse los datos de 227 participantes. Los puntajes de cada participante en las tres escalas del CEIS fueron sometidos a un Análisis de Conglomerados de K medias, fijando el número de conglomerados en tres (para más detalles sobre este procedimiento, véase León *et al.*, 2014). Para los fines del presente trabajo destacaremos que un primer conglomerado correspondió a adolescentes que informaban fantasías y comportamientos heterosexuales ( $n = 165$ ), un segundo conglomerado correspondió a adolescentes que informaban fantasías y comportamientos homosexuales ( $n = 25$ ), y un tercer conglomerado correspondió a niñas cuyas respuestas indicaban un desacuerdo respecto a su género, pero sin que esto se reflejara en fantasías y comportamientos sexuales ( $n = 37$ ).

Para cada uno de estos conglomerados (Identificación con Orientación Heterosexual, Identificación con Orientación Homosexual, Desacuerdo con el Género), se calcularon los puntajes promedio de cada una de las escalas del SCL-90 (Tabla 1), y se sometieron a ANOVAs de una vía. Como se puede apreciar en la Tabla 1, encontramos prácticamente el mismo patrón de resultados para todas las escalas del SCL-90. Los datos mostraron consistentemente puntajes significativamente más elevados en sintomatología para el grupo de Identificación con Orientación Homosexual (Ho) que para el grupo de Identificación con Orientación Heterosexual (He) y que para el grupo de Desacuerdo con el Género (DG). Los resultados de las siguientes escalas mostraron muy claramente este patrón.

En la escala de Somatización ( $F(2, 224) = 12,99$ ;  $MCE = 0,59$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,10$ ; potencia  $>0,99$ ), los puntajes del grupo Ho fueron significativamente mayores que los del grupo He ( $p < 0,001$ ) y los puntajes del grupo Ho también fueron significativamente mayores que los del grupo DG ( $p < 0,001$ ). En la escala de Depresión ( $F(2, 224) = 12,27$ ;  $MCE = 0,75$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,10$ ; potencia  $>0,99$ ), los puntajes del grupo Ho fueron significativamente mayores que los del grupo He ( $p < 0,001$ ) y los puntajes del grupo Ho también fueron

**Tabla 1**  
 MEDIAS PARA LAS ESCALAS DE SÍNTOMAS DEL SCL-90

	Sintomatología											
	S***	O**	SI*	D***	A***	H***	AF	IP*	P***	IGG***	TSP**	IMP***
He (n=165)	1,22	1,51	1,24	1,39	1,09	1,48	0,6	1,13	0,81	1,19	51,05	1,98
Ho (n=25)	2,06	2,18	1,69	2,28	1,92	2,18	0,76	1,63	1,54	1,87	65,12	2,53
DG (n=37)	1,26	1,65	1,38	1,68	1,15	1,54	0,77	1,32	1	1,33	55,51	2,03

Los asteriscos señalan aquellas escalas donde hubo diferencias significativas entre los grupos (\*=0,05; \*\*=0,01; \*\*\*=0,001). He = Orientación Heterosexual, Ho = Orientación Homosexual, DG = Desacuerdo con el género, S = Somatización, O = Obsesiones, SI = Sensitividad Interpersonal, D = Depresión, A = Ansiedad, H = Hostilidad, AF = Ansiedad Fóbica, IP = Ideación Paranoide, P = Psicoticismo, IGG = Índice de Gravedad Global, TSP = Total de Síntomas Positivos, IMP = Índice de Malestar Positivo.

significativamente mayores que los del grupo DG ( $p = 0,008$ ). En la escala de Ansiedad ( $F(2, 224) = 13,12$ ;  $MCE = 0,56$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,11$ ; potencia  $> 0,99$ ), los puntajes del grupo Ho fueron significativamente mayores que los del grupo He ( $p < 0,001$ ) y los puntajes del grupo Ho también fueron significativamente mayores que los del grupo DG ( $p < 0,001$ ). En la escala de Hostilidad ( $F(2, 224) = 5,34$ ;  $MCE = 1,01$ ;  $p = 0,005$ ;  $R^2 = 0,05$ ; potencia  $= 0,84$ ), los puntajes del grupo Ho fueron significativamente mayores que los del grupo He ( $p < 0,001$ ) y los puntajes del grupo Ho también fueron significativamente mayores que los del grupo DG ( $p = 0,014$ ). En la escala de Obsesiones ( $F(2, 224) = 7,3$ ;  $MCE = 0,67$ ;  $p = 0,001$ ;  $R^2 = 0,06$ ; potencia  $= 0,94$ ), los puntajes del grupo Ho fueron significativamente mayores que los del grupo He ( $p < 0,001$ ) y los puntajes del grupo Ho también fueron significativamente mayores que los del grupo DG ( $p = 0,012$ ). En la escala de Psicoticismo ( $F(2, 224) = 9,97$ ;  $MCE = 0,60$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,08$ ; potencia  $= 0,98$ ), los puntajes del grupo Ho fueron significativamente mayores que los del grupo He ( $p < 0,001$ ) y los puntajes del grupo Ho también fueron significativamente mayores que los del grupo DG ( $p = 0,007$ ). Para todos los análisis reportados más arriba es notable la elevada potencia de los mismos, lo que sugiere que son resultados estables.

De las escalas restantes, dos mantuvieron parcialmente el patrón descrito más arriba, y solo una no mostró diferencias. En las escalas que lo mantuvieron, el grupo de Ho siguió reportando más sintomatología que el grupo He, pero no mostró diferencias con el grupo de DG. En la escala de Sensitividad Interpersonal ( $F(2, 224) = 3,56$ ;  $MCE = 0,66$ ;  $p = 0,03$ ;  $R^2 = 0,03$ ; potencia  $= 0,66$ ), los puntajes del grupo Ho fueron significativamente mayores que los del grupo He ( $p < 0,01$ ) pero no hubo diferencias entre los grupos Ho y DG ( $p = 0,13$ ). En la escala de Ideación Paranoide ( $F(2, 224) = 4,31$ ;  $MCE$

$= 0,67$ ;  $p = 0,015$ ;  $R^2 = 0,04$ ; potencia  $= 0,75$ ), los puntajes del grupo Ho también fueron significativamente mayores que los del grupo He ( $p = 0,005$ ) pero tampoco hubo diferencias entre los grupos Ho y DG ( $p = 0,152$ ). La única escala del SCL-90 que no mostró diferencias entre nuestros 3 grupos fue la de Ansiedad Fóbica. En esta escala ( $F(2, 224) = 1,31$ ;  $MCE = 0,46$ ;  $p = 0,273$ ;  $R^2 = 0,01$ ; potencia  $= 0,28$ ), no hubo diferencias entre He y Ho ( $p = 0,285$ ) y tampoco entre Ho y DG ( $p = 0,945$ ).

Es notable que las 3 escalas globales del SCL-90 mostraron el patrón general en que el grupo Ho reporta más sintomatología que los otros dos grupos. En la escala de Índice de Gravedad Global ( $F(2, 224) = 11,52$ ;  $MCE = 0,45$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,09$ ; potencia  $= 0,99$ ), el grupo Ho puntuó significativamente más alto que el grupo He ( $p < 0,001$ ) y el grupo Ho puntuó también significativamente más alto que el grupo DG ( $p = 0,002$ ). En la escala de Total de Síntomas Positivos ( $F(2, 224) = 6,02$ ;  $MCE = 374,17$ ;  $p = 0,003$ ;  $R^2 = 0,05$ ; potencia  $= 0,88$ ), el grupo Ho puntuó significativamente más alto que el grupo He ( $p = 0,001$ ) y el grupo Ho puntuó marginalmente más alto que el grupo DG ( $p = 0,056$ ). En la escala de Índice de Malestar Positivo ( $F(2, 224) = 11,48$ ;  $MCE = 0,29$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,09$ ; potencia  $= 0,99$ ), el grupo Ho puntuó más alto que el grupo He ( $p < 0,001$ ) y el grupo Ho también puntuó más alto que el grupo DG ( $p < 0,001$ ).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los datos mostraron consistentemente puntajes significativamente más elevados en sintomatología para el grupo que informó fantasías y conductas homosexuales, que para los otros dos grupos. Las 3 escalas globales del SCL-90 mostraron el patrón general de mayor sintomatología en el grupo que informó fantasías y conductas homosexuales.

En Somatización, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Obsesiones y Psicoticismo el grupo Ho puntuó significativamente más alto que los grupos He y DG. En Sensitividad Interpersonal e Ideación Paranoide el grupo Ho puntuó significativamente más alto que el grupo He, pero no hubo diferencias entre los grupos He y DG. La escala de Ansiedad Fóbica fue la única escala del SCL-90 que no mostró diferencias entre los 3 grupos.

En el Índice de Gravedad Global Índice de Malestar Positivo, el grupo Ho puntuó significativamente más alto que los grupos He y DG. En la escala de Total de Síntomas Positivos el grupo Ho puntuó significativamente más alto que el grupo He y el grupo Ho puntuó marginalmente más alto que el grupo DG.

Las escalas que mostraron la mayor diferencia entre los grupos, es decir, el nivel de sintomatología más elevado, fueron las de somatización, depresión y hostilidad, en las que el grupo Ho puntuó más alto, que los grupos He y DG. Es importante enfatizar que esta asociación, si bien muestra que la población adolescente que se identifica como homosexual es una población de riesgo en salud mental, no establece una relación causal entre la orientación sexual y la presencia de psicopatología.

Entre los desafíos planteados para el futuro se encuentra el conocer y describir los factores de riesgo que contribuyen a que este grupo adolescente presente un mayor nivel de sintomatología. Como hemos visto, diversos estudios sugieren que el bullying, la discriminación y la ausencia de un entorno contenedor y protector estarían entre los principales factores asociados con riesgo de suicidio. Es razonable hipotetizar que esto mismos son los factores que explican la mayor presencia de sintomatología en la muestra estudiada. Por otra parte, también es necesario continuar con la descripción de la población adolescente y su nivel de psicopatología, ampliando la muestra a población masculina, además de incluir la caracterización sociodemográfica de la misma.

Finalmente, podemos concluir que aunque la orientación sexual no genere un malestar psicológico por sí misma, los resultados obtenidos muestran la importancia que tiene para los terapeutas indagar acerca de la identidad y orientación sexual de sus pacientes, ya que las situaciones de estrés psicosocial asociadas a la homosexualidad generan un alto malestar en esta población (Kitts, 2005; Li, Pollitt, y Russell, 2015), pudiendo considerar que los adolescentes LGB son una población que requiere de mayor preocupación por parte los profesionales de la salud que se relacionen con ellos. Indagar sobre estos aspectos durante la consulta, permitirá detectar factores de riesgo e implementar abordajes terapéuticos para estos adolescentes en particular.

## REFERENCIAS

- Berlan ED, Corliss HL, Field AE, Goodman E, Austin SB (2010). Sexual orientation and bullying among adolescents in the growing up today study. *Journal of Adolescent Health*, 46(4), 366-371. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.10.015
- Campo-Arias A (2010). Essential aspects and practical implications of sexual identity. *Colombia Médica*, 41(2), 179-185
- Conejero J, Almonte C (2009). Desarrollo de la orientación sexual en adolescentes de 16 a 18 años de ambos sexos de Santiago de Chile: Estudio Exploratorio. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 47(3), 201-208. doi: 10.4067/S0717-92272009000300004
- Cooper AM, Michels R (1988). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised (DSM-III-R)*. American Journal of Psychiatry, 145(10), 1300-1301
- Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile, Gobierno de Chile. (2004). *Problemas de Salud Mental en Adolescentes Chilenos, Encuesta Mundial de Salud Escolar*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeescuelas/emse/chile/encuesta2005.pdf>
- Derogatis LR (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research
- Derogatis LR (1994). *The SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual (Third Edition)*. Minneapolis: National Computer Systems
- Gempp R, Avendaño C (2008). Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 39-58. doi: 10.4067/S0718-48082008000100004
- Harrison TW (2003). Adolescent homosexuality and concerns regarding disclosure. *Journal of School Health*, 73(3), 107-112. doi: 10.1111/j.1746-1561.2003.tb03584.x
- Instituto de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile, Gobierno de Chile. (ISP, 2010). *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020*. Recuperado de <http://www.ispch.cl/sites/default/files/documento/2011/12/Metas2011-2020.pdf>
- Kann L (2011). Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-risk behaviors among students in grades 9-12: Youth risk behavior surveillance, selected sites, United States, 2001-2009. *DIANE Publishing*, 60(7), 2-51
- Kitts RL (2005). Gay adolescents and suicide: Understanding the association. *Adolescence*, 40(159), 621-628
- Klein F, Sepekoff B, Wolf TJ (1985). Sexual orientation: A multi-variable dynamic process. *Journal of homosexuality*, 11(1-2), 35-49. doi: 10.1300/J082v11n01\_04
- León MJ, Chaigneau S, Rodríguez J, Peña F (2014). Cuestionario de exploración de la identidad sexual (CEIS): Análisis factorial y estudio inicial de validez en una muestra de adolescentes chilenas. *Psiquiatría Universitaria*, 10, 358-364
- Li G, Pollitt AM, Russell ST (2015). Depression and Sexual Orientation During Young Adulthood: Diversity Among Sexual Minority Subgroups and the Role of Gender Nonconformity. *Archives of sexual behavior*, 1-15. doi: 10.1007/s10508-015-0515-3
- McDermott E, Roen K, Scourfield J (2008). Avoiding shame: young LGBT people, homophobia and self-destructive behaviours. *Culture, Health & Sexuality*, 10(8), 815-829. doi: 10.1080/13691050802380974
- Meyer IH (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Ministerio de Salud de Chile, Gobierno de Chile (MINSAL, 2013). *Guía de Práctica Clínica No GES para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años*. Recuperado en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e11791fc480273e9e040010164014e60.pdf>

19. Newcomb ME, Birkett M, Corliss HL, Mustanski B (2014). Sexual orientation, gender, and racial differences in illicit drug use in a sample of US high school students. *American journal of public health*, 104(2), 304-310. doi: 10.2105/AJPH.2013.301702
20. Organisation for Economic Co-operation and Development. (OECD, 2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)
21. Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional*. Washington, DC. Recuperado en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10114%3Anew-paho-report-more-than-7-suicides-per-hour-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10114%3Anew-paho-report-more-than-7-suicides-per-hour-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es)
22. Pesola F, Shelton KH, Bree M (2014). Sexual orientation and alcohol problem use among UK adolescents: an indirect link through depressed mood. *Addiction*, 109(7), 1072-1080. doi: 10.1111/add.12528
23. Pineda-Roa CA (2013). Etiología social del riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes lesbianas, gays y bisexuales: una revisión. *Revista Psicogente*, 16(29), 218-234
24. Ryan C, Russell ST, Huebner D, Diaz R, Sanchez J (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205-213. doi: 10.1111/j.1744- 6171.2010.00246.x
25. Shutt-Aine J, Maddaleno M (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: implicaciones en programas y políticas. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado en: [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=505&Itemid=383](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=505&Itemid=383)
26. Sourander A (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5), 282-288
27. Stone DM, Luo F, Ouyang L, Lippy C, Hertz MF, Crosby AE (2014). Sexual orientation and suicide ideation, plans, attempts, and medically serious attempts: Evidence from local youth risk behavior surveys, 2001–2009. *American journal of public health*, 104(2), 262-271. doi: 10.2105/AJPH.2013.301383
28. Vargas Trujillo E (2007). *Sexualidad... mucho más que sexo. Una guía para mantener una sexualidad saludable*. Uniandes. Ceso. Departamento de Psicología. Bogotá: Corcas Editores Ltda
29. Vicente B, Saldivia S, De la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 140(4), 447-457. doi: 10.4067/S0034-98872012000400005

