

SODEPSI

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE
PSIQUIATRÍA
UNIVERSITARIA

PSIQUIATRÍA · PSICOLOGÍA · CIENCIA · CULTURA | TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 13, VOLUMEN 13, Nº 2 JUNIO DE 2017

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

www.revistagpu.cl

IMPORTANTE

El nuevo correo del editor de GPU es: revistagpu@gmail.com

El sitio actual de la GPU es: www.revistagpu.cl

SUSCRIPCIONES DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

(incluye envío por correo certificado)

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

SUSCRIPCIONES EN EL EXTRANJERO

(incluye envío por correo certificado)

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

Solicitudes

CyC Salud Limitada

E-mail: contacto@cyccsalud.cl

Fono: (56-2) 2269 7517

* Suscripción por 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

DIRECTOR ACADÉMICO

César Ojeda

EDITOR GENERAL

Alberto Botto

SUBEDITORES GENERALES

Patricia Cordella, Hernán Villarino

SUBEDITORES DE ÁREA

Psicoanálisis: Juan Carlos Almonte

Filosofía: Jorge Acevedo

Antropología: Felipe Martínez

Investigación: Jaime Silva

Literatura: Eduardo Llanos

Psicopatología: Hernán Silva

CUERPO EDITORIAL

Jorge Acevedo	Francisco Bustamante	Juan Francisco Jordán	Jaime Santander
Julia Acuña	Patricia Cordella	Eduardo Llanos	André Sassenfeld
Claudia Almonte	Susana Cubillos	Felipe Martínez	Catalina Scott
Juan Carlos Almonte	Guillermo de la Parra	Juan Carlos Martínez	Hernán Silva
M. Luz Bascuñán	Michele Dufey	César Ojeda	Jaime Silva
Sergio Bernales	Ramón Florenzano	Gricel Orellana	Benjamín Vicente
Alberto Botto	Juan Pablo Jiménez	Sandra Saldivia	Hernán Villarino

www.revistagpu.cl

Gaceta de Psiquiatría Universitaria

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría
Av. Nueva Providencia 1881, of. 1414 - Providencia
Santiago de Chile
Fono: (56-2) 2269 7517

Representante legal: Hernán Villarino Herrería
Edición gráfica, distribución y comercialización: CyC Salud Limitada

Revista de distribución gratuita a los profesionales psiquiatras

Toda la correspondencia, así como las colaboraciones, se prefiere sean enviadas electrónicamente al Editor General, Email: revistagpu@gmail.com

ISSN: 0718-4476 (Versión impresa)

ISSN: 0718-9346 (Versión en línea)

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

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

Artículo:

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

Libro:

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

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

ÍNDICE

112 EDITORIAL

- 112 ¿QUÉ ES UN FENÓMENO PSÍQUICO? FRANZ BRENTANO,
LA INTENCIONALIDAD Y LA NADA
Alberto Botto

114 COMENTARIO DE LIBROS

- 114 PRESENTACIÓN LIBRO "DIÁLOGO Y PERSONA" EN HOMENAJE AL
DR. FERNANDO OYARZÚN PEÑA
Título: Diálogo y Persona. Encuentro con Fernando Oyarzún Peña
Autores: M. Francisca Derderian y Juan José Cembrano
Editorial: Sodepsi Ediciones, 2017
Comentarista: Walter Brokering

- 118 DISCURSO DE LANZAMIENTO LIBRO "DIÁLOGO Y PERSONA" DEL
DR. FERNANDO OYARZÚN
M. Francisca Derderian y Juan José Cembrano

- 121 HOMENAJE A FERNANDO OYARZÚN PEÑA
Marcelo Gotelli

125 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

127 ENTREVISTA DE GPU

- 127 LACAN Y LA PSICOTERAPIA DE LA SOSPECHA: ENTREVISTA A
EDUARDO GOMBEROFF

144 ENSAYO

- 144 DEL PRINCIPIO DEL PLACER
Hernán Villarino

- 146 LA ELIMINACIÓN DEL MONISMO MENTE-CUERPO
EN PSICOTERAPIA
César Ojeda

- 150 LA EDUCACIÓN COMO FORMACIÓN (*BILDUNG*)
Otto Dörr

- 156 O'HIGGINS Y EL MITO DEL HÉROE CHILENO
Jorge Cabrera

161 PSICOTERAPIA

- 161 LA TERAPIA DIÁDICA DE HAIFA: UN MODELO BASADO EN LA
MENTALIZACIÓN INTERSUBJETIVA PARA EL TRATAMIENTO DE
LOS NIÑOS Y SUS PADRES
Judith Harel, Hayuta Kaplan, Raya Avimeir-Patt

- 173 USO DEL WHATSAPP Y CONSTRUCCIÓN DE UN ESPACIO
POTENCIAL
Mireya Faivovich

179 SALUD MENTAL

- 179 PROGRAMA DE DESARROLLO DE SALUD MENTAL PARA LA
ATENCIÓN PRIMARIA: PRODESAM
Kurt Kirsten, Julia Acuña, Gabriela Huepe, Marcela Fuenzalida

193 PRÁCTICA CLÍNICA

- 193 CLÍNICA VINCULAR EN MADRES SOLTERAS POR ELECCIÓN
(MSPE)
Javiera Navarro, Natalia Urra

198 PSIQUIATRÍA Y DERECHO

- 198 EL OTORGAMIENTO FRAUDULENTO DE LICENCIAS MÉDICAS
EN CHILE. UN ANÁLISIS PRELIMINAR A LA LUZ DE LA TEORÍA
DEL DELITO
Claudio Filippi

¿QUÉ ES UN FENÓMENO PSÍQUICO?

FRANZ BRENTANO, LA INTENCIONALIDAD Y LA NADA

Alberto Botto

En el pasado mes de marzo se cumplieron cien años de la muerte de Franz Brentano (1838-1917), filósofo y sacerdote católico que más tarde abandonó la Iglesia. Pocos datos tenemos acerca de su biografía y en los manuales de historia de la filosofía son escasos los párrafos que se le dedican a su pensamiento, si lo comparamos con algunos de sus discípulos. Brentano fue profesor en Viena, donde tuvo como alumno a Edmund Husserl, vivió en Florencia y murió en Zúrich. En sus comienzos escribió una serie de trabajos sobre Aristóteles pero se le conoce especialmente por su obra de 1874 *Psicología desde el punto de vista empírico* la cual, según las entusiastas palabras de Ortega (1926), produjo "...un cambio total en la ideología filosófica del mundo..."¹.

Brentano parte afirmando que el mundo fenoménico se divide en dos clases: los fenómenos *físicos* y los fenómenos *psíquicos*, para luego desarrollar una tentativa de definición que permita diferenciarlos. En primer lugar, sostiene que todo fenómeno psíquico encuentra su fundamento en lo que él llama *representación*, entendida no como *lo representado* sino como *el acto de representar*. De esta manera, Brentano diferencia el percibir (el acto de percibir) de lo percibido, el recordar (el acto de recordar) de lo recordado, o el pensar (el acto de pensar) de lo pensado. Este *hacerse presente* (representar) equivale al *aparecer*, es decir, al *fenómeno*, por lo que, en términos estrictos –concluye Brentano– no es posible hablar de *fenómenos físicos*. Por el contrario, en estos es patente una propiedad de la que carecen los fenómenos psíquicos: la *extensión*. El principal atributo del mundo físico es que sus objetos aparecen

ocupando un lugar en el espacio, con una magnitud extensa y mensurable. Una idea o un pensamiento pueden estar referidos a cosas que llenan el espacio, pero en sí mismos no tienen longitud ni peso ni espesor.

Sin embargo, según Brentano, lo que finalmente caracteriza de manera distintiva a los fenómenos psíquicos es su *intencionalidad*, esto es, la cualidad de estar siempre referidos a otra cosa:

Todo fenómeno psíquico está caracterizado por lo que los escolásticos de la Edad Media han llamado la *inexistencia*² intencional (o mental) de un objeto, y que nosotros llamaríamos, si bien con expresiones no enteramente inequívocas, la referencia a un contenido, la dirección hacia un objeto (por el cual no hay que entender aquí una realidad), o la objetividad inmanente. Todo fenómeno psíquico contiene en sí algo como su objeto, si bien no todos del mismo modo. En la representación hay algo representado; en el juicio hay algo admitido o rechazado; en el amor, amado; en el odio, odiado; en el apetito, apetecido, etc. (Brentano, 1926, p. 31).

Haciéndose cargo de las posibles objeciones a estas ideas, Brentano se adelanta preguntándose qué sucede con una clase de fenómenos psíquicos –los sentimientos– que podrían no estar necesariamente dirigidos *hacia un objeto*, pudiendo considerarse como

¹ En cursivas en el original.

² Para la escolástica el término *inexistencia* no significa falta de existencia, sino "existencia en..." (*in-existentia*), esto es, "existencia de una cosa en otra" (Ferrater, 1994, p. 1821).

subjetivamente subjetivos. Los sentimientos, argumenta, siempre están dirigidos a algo. Así, nos alegramos *por algo*, nos entristecemos *por algo*, nos entusiasmos *por algo*. Cuando no se da esta asociación es posible sostener que el objeto al que se refiere un sentimiento es un objeto *interno* y utiliza como ejemplo la audición de un acorde. El placer que me produce un acorde no solo es un placer en el sonido, sino un placer en la audición, como si el placer estuviese referido al propio acto de oír. Pero Brentano no termina aquí, sino que continúa con el análisis de la experiencia interna de la conciencia –describiendo lo que hoy llamaríamos *experiencia subjetiva*– para concluir que los fenómenos psíquicos se presentan siempre como una *unidad de la conciencia*.

A modo de síntesis, podemos decir que, según Brentano, los fenómenos psíquicos se caracterizan por ser representaciones que carecen de extensión y que aparecen como una unidad en la conciencia interna. Sin embargo, su propiedad definitiva es la *intencionalidad*, su referencia a algo como objeto. Todo fenómeno psíquico, de manera invariable, contiene en sí, intencionalmente, un objeto. Por último –sostiene Brentano– es indispensable para la descripción de los fenómenos psíquicos la vivencia evidente de la propia actividad psíquica y distingue tres tipos de actos psíquicos: representaciones, juicios y fenómenos de amor y odio.

Los aportes de Brentano para el desarrollo de la filosofía son incuestionables. Basta con señalar el influjo que ejerció sobre Edmund Husserl y la incipiente fenomenología para hacerse una idea de la repercusión que tuvo su obra. En el ámbito de la psicología y la psicopatología sin duda se le reconocerá por la manera en que profundizó sobre el concepto de *intencionalidad*. No obstante, aún es posible plantearse algunas preguntas. Uno de los puntos donde su argumentación acerca de la intencionalidad vacila es, precisamente, cuando trata acerca de un aspecto de la vida psíquica

especialmente relevante para la psiquiatría y la psicoterapia: las emociones. Efectivamente, allí Brentano solo alcanza a redoblar sus afirmaciones concluyendo que donde encontramos sentimientos siempre hay un objeto al que están dirigidos. En consecuencia, la tristeza es siempre *por algo*, la alegría es siempre *por algo*, y así sucesivamente. Pero, ¿qué ocurre con aquel fenómeno fundamental no solo para la psicopatología sino que para toda existencia humana, la angustia? Por cierto, existe una angustia que está indisolublemente ligada a un objeto, tal como ocurre con las fobias específicas. Sin embargo, en la práctica clínica nos encontramos frecuentemente con una angustia que pareciera no tener objeto, una angustia *de nada*. ¿Y puede ser la nada objeto de la angustia? Al parecer no, "...puesto que la nada es la negación del ente; es, sencillamente, lo «no-ente», es decir, pura negación óntica" (Ojeda, 2006, p. 45). Por lo tanto, si la nada es lo no-ente no puede ser un objeto para la angustia ni para la conciencia. ¿En ese caso tal vez habría que decir que, precisamente, es la experiencia de la nada lo que origina la angustia, esto es: la angustia *por la nada*?

No es casual que algunos años más tarde, en la Europa de entreguerras, el movimiento existencialista desarrollara las ideas de Brentano destacando a la angustia como el estado afectivo fundamental. En efecto, tal como sostuvo Sartre (2008), es la angustia aquello que permite descubrir a la nada como fenómeno y es a través de esta que puede ser trascendido el ser.

REFERENCIAS

1. Brentano F (1926). *Psicología*. Madrid: Revista de Occidente
2. Ferrater J (1994). *Diccionario de Filosofía*. Barcelona: Ariel
3. Ojeda C (2006). *Martin Heidegger y el camino hacia el silencio*. Santiago de Chile: C & C Ediciones
4. Ortega y Gasset J (1926). Prólogo. En: F Brentano (Ed.), *Psicología*. Madrid: Revista de Occidente
5. Sartre JP (2008). *El ser y la nada*. Buenos Aires: Losada

PRESENTACIÓN LIBRO *DIÁLOGO Y PERSONA* EN HOMENAJE AL DR. FERNANDO OYARZÚN PEÑA

Título: *Diálogo y Persona. Encuentro con Fernando Oyarzún Peña*
Autores: M. Francisca Derderian y Juan José Cembrano
Editorial: Sodepsi Ediciones, 2017

(Rev GPU 2017; 13; 2: 114-124)



Walter Brokering¹

Ya desde su título, *Diálogo y Persona*, es un libro seductor que nos invita a adentrarnos en lo más propiamente humano de la existencia. Si consideramos además la bajada del título “Encuentro con Fernando Oyarzún Peña, Maestro de la Psiquiatría Chilena”, la seducción es aun mayor. Se trata de una obra profundamente antropológica, que rescata el enorme valor de la palabra y del lenguaje como constituyentes de la persona humana y de la intersubjetividad en la relación con el otro. Incluso su gestación es una prueba palmaria de ello. Aunque el texto nace del encuentro periódico y sistemático de los discípulos con su maestro y otros entrevistados a lo largo de un buen tiempo, hay varios encuentros previos no relatados. El primero de ellos es el de los propios autores. Se trata de un matrimonio de médicos, Francisca y Juan José, hoy ambos psiquiatras, egresados del pregrado que cursaron en la querida Universidad de Chile, y luego formados como especialistas en las aulas y parajes ribereños de esta no menos querida Universidad Austral. ¿Qué misterios y azares nos ofrece la vida, de tal manera que una descendiente de armenios y un descendiente de italianos se encuentran en un país pequeño y alejado de las grandes civilizaciones? Es que el destino y la naturaleza humana son

así, siempre abiertos e inacabados, en permanente construcción. Pero hay un segundo encuentro, tampoco descrito en el libro. Y es el que se produjo con los editores, representados hoy por el Dr. César Ojeda y el Sr. Wilfredo Romero, quienes desde un principio se entusiasmaron con la idea de publicar este libro y lograron articular los esfuerzos necesarios. Vaya para todos ellos un merecido reconocimiento y gratitud.

Volviendo a la obra, se trata de un texto de 115 páginas, escrito en un estilo ameno que se deja leer con facilidad y fluidez, está estructurado en torno a dos grandes contenidos. Primero, una reseña biográfica del homenajeado, lograda a partir de sucesivas entrevistas con los autores, que expone los avatares personales, familiares y profesionales del profesor Oyarzún. Así, nos enteramos de su nacimiento en tierras colchaguinas hace ya 92 años, como el menor de 3 hermanos, y de una infancia difícil, marcada por las estrecheces económicas de la familia y por la rudeza paterna, que probablemente contribuyeron a incubar sentimientos de inseguridad e indefensión. Sabemos también de la importante y permanente presencia de una figura potente y avasalladora, competitiva y a la vez brillante, por la que se sintió muchas veces eclipsado: su hermano

¹ Médico Psiquiatra. Académico del Instituto de Neurociencias Clínicas. Universidad Austral de Chile

mayor, Luis, quien acaparaba las miradas y cuidados de su madre.

Pero la infancia de don Fernando también le deparó abundantes momentos de solaz, tranquilidad y una muy ansiada paz, en el contacto con la naturaleza del campo chileno, sus arboledas y plácidos paseos a caballo. Aunque no fue fácil dejar de ser “el hermano menor de Luis”, quien lo aventajaba por dos o tres cursos, la vida escolar en la Escuela Primaria de Santa Cruz nos descubre a un Fernando entusiasta y estudioso, alumno destacado por su compañerismo y espíritu deportivo, pero especialmente por los vínculos de cariño y amistad que fue forjando con sus profesores, a quienes recuerda con particular admiración. Su paso por el Instituto Nacional Barros Arana nos muestra el nacimiento de lo que marcaría el resto de su vida: el espíritu docente que el joven Fernando volcaba bondadosamente en sus compañeros de estudios, a quienes enseñaba con esmero y dedicación.

Animado por su gusto por las humanidades, el joven Fernando pensó en estudiar leyes, pero termina decidiéndose por la Medicina gracias a los consejos de su hermano Luis. Ya en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Fernando se deja cautivar por la dimensión humana del acto médico, al tiempo que se aleja de las especulaciones teóricas, abstractas y reduccionistas que tanto empobrecían el encuentro con los pacientes. De tremendo significado para la elaboración posterior de sus ideas resulta el encuentro con profesores y maestros, como el distinguido Dr. Rodolfo Armas Cruz y su discípulo, el Dr. Esteban Parroquia, entre otros. Hacia el final de la carrera de Medicina y siguiendo sus inquietudes humanistas, el futuro médico toma cursos en la Facultad de Filosofía, donde comparte aula con Humberto Maturana y Francisco Varela. A partir de ese momento empieza a cristalizar en él la conciencia del otro como eje fundamental en el ejercicio de la Medicina.

Y así, de forma muy amena pero no por eso menos profunda, los autores de este bien logrado texto nos retrotraen a la década de los años 1950, época en que el recién titulado Dr. Oyarzún inicia su formación como psiquiatra al alero de quien fuera su maestro e insigne cultor de la corriente psicoanalítica en Chile, el Dr. Ignacio Matte-Blanco, con quien trabó una estrecha amistad. Poco después conoce al Dr. Armando Roa, por entonces profesor extraordinario de Psiquiatría, de quien fuera secretario en la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía cuando aquel ocupó su presidencia. En lo que sería el inicio de su larga carrera docente, el Dr. Oyarzún se incorpora luego a la Escuela de Psicología de la Universidad Católica y más tarde a

la Escuela de Psicología de la Universidad de Chile. Por casi dos décadas Oyarzún transita entre la Clínica Psiquiátrica Universitaria, la docencia y su consulta en un Santiago sorprendido por la llegada de la televisión y la organización del Mundial de Fútbol de 1962. Un punto de inflexión que lo aleja de su promisorio carrera como psicoanalista lo constituyó la lectura de *El sentimiento de lo humano en América*, del filósofo chileno Félix Schwartzmann, que lo inclina definitivamente hacia la corriente fenomenológico-antropológica, de la que llegará a ser uno de sus principales exponentes.

Luego vino el matrimonio, el nacimiento de sus hijos, la casa en Providencia y el tenis con sus amigos, en lo que parecía una apacible y cómoda vida capitalina. Pero como la existencia humana nunca está del todo definida ni completa y siempre depara sorpresas, a fines de los años 1960, don Fernando recibe una inesperada invitación que cambiaría no solo su vida y la de su familia, sino que la de muchos de quienes hoy le rendimos un merecido homenaje. Efectivamente, el entonces Decano de la Facultad de Medicina de la novel Universidad Austral de Chile, Dr. Ítalo Caorsi, contacta al Dr. Oyarzún para ofrecerle integrarse al equipo académico de la recién creada Escuela de Medicina y contribuir a darle un sello humanista y antropológico a sus futuros egresados. Fue así entonces que con 43 años el Dr. Oyarzún se radicó en Valdivia en 1967, iniciando una larga y fructífera labor médica y docente que lo colma de logros, títulos y distinciones, entre otros, la de Maestro de la Psiquiatría Chilena, Profesor Emérito de la Universidad Austral de Chile y Miembro de la Academia de Medicina del Instituto de Chile.

Comienza una época de grandes desafíos y cambios, tanto para él como para su familia. Así, don Fernando establece profundas y estrechas amistades con dos jóvenes argentinos que se radican por entonces en Valdivia, los Drs. Héctor Pelegrina y Esteban Rodríguez, vínculos de aprecio mutuo que conserva hasta el día de hoy. Gracias a sus destacadas cualidades personales, forja lazos de fecunda colaboración con muchos de sus discípulos, como las Dras. Jacqueline Jobet, Verónica Larach, Diana Mantero, Verónica Norambuena y los Drs. Hernán Benítez, Fernando Bertrán y Tomas Baader, entre otros, quienes despliegan sus respectivas carreras profesionales y académicas al amparo de tan querido maestro. Quizá si el gran mérito del libro que comentamos sea, precisamente, mostrarnos a un Fernando Oyarzún de carne y hueso, con sus luces y sombras, con sus venturas y desventuras, con sus penas y alegrías, bajándolo del frío bronce estatuario en que equivocadamente solemos instalar a los grandes hombres, para traerlo al calor del encuentro intersubjetivo vivo, donde

lo vemos recorriendo el campus universitario, dictando clases a los jóvenes estudiantes de Medicina, examinando magistralmente a los pacientes que le muestran sus ya varias generaciones de becarios de Psiquiatría, muchos de los cuales se encuentran hoy aquí. Creo no equivocarme si digo que el mayor mérito de los autores, Francisca y Juan José, sea ofrecernos un retrato vivo y fresco de don Fernando, realizado con mucho afecto, admiración y entrañable aprecio, el mismo que él ha entregado a pacientes, discípulos, familiares y amigos con dedicación y bondad, a lo largo de una extensa y generosa existencia.

Pero este cariñoso libro no se reduce exclusivamente a una biografía autorizada de don Fernando, que, como todas, es por supuesto parcial e incompleta, no por defecto de sus autores sino por la imposibilidad humana de plasmar en un texto su rica, dinámica y variopinta personalidad. Quedan, por lo tanto, muchos matices y escorzos sin abordar, lo que no desmerece en absoluto el esfuerzo realizado sino que, muy por el contrario, genera durante su lectura una entusiasta curiosidad por conocer otros aspectos omitidos. ¿Cómo fue la experiencia de dejar la metrópoli por una ciudad casi en ruinas tras haber sido azotada por el gigantesco cataclismo de 1960? ¿Qué significó cambiar las aulas de universidades tradicionales, como las universidades de Chile y Católica, por las de una naciente casa de estudios de provincia? ¿Qué dificultades debió enfrentar al hacerse cargo casi en solitario del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Valdivia, ubicado por entonces en las estrechas dependencias del ex Hospital Traumatológico? ¿Qué suerte corrieron discípulos y colaboradores tras el golpe militar de 1973? ¿En qué condiciones ejerció la docencia en una universidad dirigida entonces por rectores delegados y cómo enfrentó la persecución política de aquella época? En fin, múltiples preguntas que quedan por ahora sin respuestas, esperando quizá una segunda versión del libro.

El texto incluye también una exposición de algunas de las principales ideas y conceptos elaborados por el Dr. Oyarzún, fruto de los años dedicados con pasión a formular una comprensión antropológica y humanista del quehacer médico. Nos encontramos entonces con una frase provocativa del Profesor: “el problema de la razón es que cree tener toda la razón”, con la que nos advierte sobre las limitaciones del método científico-natural, que en su afán por encontrar las explicaciones causales subyacentes a diversos hechos de la realidad reduce la complejidad de lo humano inabarcable a puros mecanismos del tipo “causa-efecto”. Inspirado en Husserl y Heidegger, Oyarzún contrapone al principio de la razón el principio de la conciencia, en virtud del cual, y gracias

a su visión sintética, podemos captar la totalidad de la realidad, superando reduccionismos, polaridades y parcialidades. Aparece entonces el Oyarzún partidario de la dialéctica y de la Gestalt, del conocimiento del otro en el encuentro interpersonal, a través del diálogo que sintetiza y armoniza las dualidades en un todo significativo. El profesor va delineando así la que será su concepción antropológica del acto médico: la observación de los hechos clínicos debe considerar la dimensión significativa del hombre enfermo, que se manifiesta a través de múltiples formas expresivas, única forma de comprender cómo se ha constituido el mundo concreto y personal en el que tiene lugar la aparición de la enfermedad. El Maestro nada entonces en contra de la corriente imperante en la biomedicina contemporánea y nos invita a dejar el paradigma científico-natural excluyente por uno más abarcador, integral e inclusivo. Pero quizá si uno de los aportes más significativos de la obra antropológica del Dr. Oyarzún sea su idea de la persona como estructura significativa y ética, juicio que compartimos con los autores del libro que ahora comentamos. Para nuestro profesor, la persona se constituye en estrecha relación con el mundo de la vida. Lo personal da cuenta, precisamente, de la peculiar manera en que cada uno vive y establece dicha relación, de modo que entre persona y mundo se configura una unidad total y dialéctica, que contiene y abarca todas las dualidades, parcialidades y polaridades. En ese mundo personal está radicalmente implícito el otro, que resulta ser la fuente estructuradora del “yo”, en una insoslayable relación interpersonal. En ese marco situacional en el que se encuentran siempre relacionados el “uno” y el “otro” la dimensión simbólica, expresiva y significativa resulta fundamental. Para nuestro profesor, la presencia del “otro” es también la fuente fundante de la ética del acto médico, en la medida que la persona del médico se constituye para servir al prójimo. Pero así como el “otro” personaliza al médico, este también puede ejercer un rol semejante y recíproco al constituirse en fuente personalizadora del paciente, siempre que le permita completar, nutrir y enriquecer su propia incompletitud en la relación médico-paciente. Y este es el meollo de la Antropología de nuestro Profesor: la idea de la persona ética que preside la búsqueda de una personalización de las relaciones humanas concretas y encarnadas en cada situación vital. El médico deberá saber tomar en cuenta esta dimensión expresivo-significativa concreta de la situación personal de su paciente, pues de lo contrario caerá en el reduccionismo físico-biológico y ejercerá un acto médico técnico y deshumanizado que contribuirá a su despersonalización y empobrecimiento. De ahí la importancia que el profesor Oyarzún le otorga al encuentro interpersonal

como instancia donde se concreta lo humano personal, donde se verifica el "ser-para-el-otro", donde el personaje se vuelve persona, donde se construye el "nosotros". Cuando este proceso se malogra y predominan actitudes egocentras, utilitarias o manipuladoras motivadas por el individualismo, entonces el acto médico se vuelve estereotipado y se llena de palabras técnicas que despersonalizan al paciente y deshumanizan la relación. Por eso don Fernando ha predicado y enseñado lo que los autores de este libro han denominado una "antropo-terapia", centrada en los aspectos expresivos del paciente, desarrollada en el ámbito de sus significaciones personales y en el marco de las situaciones vitales concretas experimentadas por cada enfermo. Como puede verse, la adquisición de todos estos conceptos, pero sobre todo de una actitud médico-antropológica, requiere de un proceso educativo particular y profundo del estudiante de Medicina, que transite desde la pura y abundante entrega de "información" técnica hacia lo "formativo", es decir, al modelamiento de la personalidad del futuro médico, para que este aprenda a captar

en la realidad clínica lo personal y concreto de cada paciente. De ahí que este proceso educativo deba tener un carácter vivo y creador, centrado en el especial encuentro entre docente y alumnos, alejado de teorizaciones y entelequias abstractas, donde el profesor comparta no solo información sino también, y por sobre todo, experiencias y vivencias concretas en la relación que ha tenido con sus pacientes. Solo así los estudiantes aprenderán de manera activa y vívida. Queda entonces a la vista el profundo sentido ético de la formación universitaria y de la docencia, la que debe ejercerse desde, con y para los alumnos. Con su generosidad, bondad y desinteresada entrega, sin duda que el Dr. Oyarzún ha sido un verdadero Maestro. Así lo reconocen los múltiples testimonios que Francisca y Juan José supieron recoger entre colaboradores y discípulos del Profesor. Este libro, que hoy comentamos y que se pone a disposición del público interesado, es, precisamente, fiel reflejo de las enseñanzas de don Fernando y una invitación a seguirlo por el camino de una Medicina y una Psiquiatría antropológicamente fundadas.

DISCURSO DE LANZAMIENTO LIBRO *DIÁLOGO Y PERSONA* DEL DR. FERNANDO OYARZÚN

M. Francisca Derderian y Juan José Cembrano

Viernes, 12 de mayo de 2017.

Hoy es un día soñado, es un día ansiado y esperado, pero no mucho más que un jueves, un jueves habitual de seminario del profe, como cariñosamente lo llaman hace al menos 30 años. Hoy casi como de costumbre unos veinte minutos antes lo hemos pasado a buscar, ayer hemos hablado para coordinar, y hoy en la mañana para confirmar. Sabemos que es probable que no solo ayer sino que desde el miércoles, puede que tenga insomnio, pero insomnio del bueno, de ese que da por las cosas buenas, y es probable que mañana en la mañana nos llame para expresarnos su sentir, contarnos que estuvo todo tan bonito, y que con Nory han comentado eso; es probable también que nos vuelva a llamar en la tarde si es que algo se le ha quedado en el tintero, y es que una de las cosas que tempranamente aprendimos de él fue que si a uno le nace llamar a alguien, saber cómo está, habría que hacerlo, no quedarse con eso.

Hace cuatro años, al poco tiempo de haber llegado a Valdivia, tras la habitual once en su casa con los becados, nos sorprendimos al recibir una llamada un día Domingo, preguntando como estábamos. Efectivamente ese tiempo había sido difícil, adaptarse a una ciudad nueva y todo lo que eso implicaba, con dos niños a cuesta.

Así, del respeto y admiración inicial nació una relación de estimación y preocupación mutua, podríamos decir que fue dando paso este último tiempo a una clara amistad; onces varias, visitas a Pucón, tertulias musicales, intercambios de libros, préstamos de fotocopias, y por supuesto los esperados telefonazos.

El poder compartir esto con ustedes, que están acá para demostrarle a usted profesor su cariño, su estima, su amistad, eso es lo que hace de hoy un día soñado.

Por supuesto que quisiéramos agradecer a todos quienes están hoy acá acompañándonos en este momento que, más que el fin de un proceso, esperamos que sea un camino más a recorrer.

Agradecemos a quienes nos apoyaron desde un comienzo y quienes tuvieron en un inicio más fe que nosotros mismos recordamos en esa misión a Hernán Benítez; quien, cuando este proyecto era solo una idea vaga incierta y no estaban más que las ganas, nos dijo: “¡háganlo! ahí verán lo que resulta”. En el camino muchos fueron animándonos y participando con las entrevistas, así fue como nos juntamos con unos cuantos de ustedes y recorrimos, historias y pasajes de la vida de ustedes; familiares, amistosas, laborales, que los unían con el profe y sin quererlo también con nosotros. Agradecemos entonces a los doctores Fernando Bertrán, Hernán Benítez, a Diana Mantero, a Silvia Venezian, a Tomas Baader, a Marcelo Gotelli, al doctor Héctor Pellegrina, al doctor Esteban Rodríguez, a Magali Vargas y Sonia Zúñiga. A Eugenio Oyarzún y sobre todo a Nory, (nuestro tester de calidad), a la doctora María Luisa Guzmán por su apoyo entusiasta en todo momento. Al Dr. Walter Brokering, quien fue fundamental para concretar este proyecto contactándonos con la Sodepsi. A quienes también agradecemos por haberse interesado en la edición e impresión del libro, especialmente a su presidente el Dr. César Ojeda y a don Wilfredo Romero, por su colaboración y paciencia en la edición. Agradecemos también al Instituto de Neurociencias de la Universidad Austral, a Claudia Bartsch, y muy especialmente a su director, el Dr. Tomas Baader por el patrocinio que nos permite estar hoy aquí reunidos.

Bueno, y por supuesto, agradecer al Dr. Fernando Oyarzún Peña, quien nos permitió inmiscuirnos en su vida, en su historia, sus anhelos y sus dolores, pero sobre todo por la confianza en nosotros, el pasar de ser becarios a ser Francisca y Juan José. Y es que justamente desde aquí, desde ser alumnos becarios, es desde donde parte esta inquietud, como una necesidad inicial de rescatar las ideas, los diálogos, las reflexiones de los seminarios de los jueves, de ese momento único en nuestra experiencia formativa, en la que estábamos los becados de psiquiatría, algunos internos de medicina y el profe. Casi como una experiencia anacrónica en la

cual se modificaba el tiempo, y la discusión del caso clínico empezaba a cobrar dimensiones insospechadas provistas de una claridad sorprendente, en un clima de respeto y cuidado.

Así entonces iniciamos esta empresa, proponiéndonos escribir y dejar en el papel por un lado las ideas, los contenidos que entregaba el Dr., sus conocimientos respecto a la psiquiatría, pero muy pronto fuimos entendiendo que había algo más allá de los meros conocimientos, y que de una forma sutil nos fue modificando como impregnándose en la carne, en el cuerpo.

Muchas veces lo conversábamos con Juan José, que al salir de un seminario con el profe nos sentíamos mejor, era bueno verlo, conversar con él.

Programamos entonces entrevistas que se fueron convirtiendo en entretenidas conversaciones, desde el quinto piso en la costanera con vista privilegiada al río, el café de Nory, galletas, lápiz y hojas. Al ritmo de melodías clásicas sonando de fondo en la radio, fuimos transportándonos a las tierras de Santa Cruz, de ese Chile rural completamente distinto al de ahora, a la escuela, a los maestros, a la familia, las tías con los canastos en el tren a San Fernando, los conejos y la huerta de doña Hortensia, su madre, los hermanos, la casona larga, con el piano en el salón, la amplitud de la vida para el menor de los Oyarzún. Fotos, libros y relatos se convirtieron en los testigos del pasado. De este temprano tiempo vivido en el campo chileno, la belleza natural contrastaba a ratos, con la dureza de la vida, y es que incomodaba mirarlo a los ojos y escucharle hablar de la "debilidad", como llama comprensivamente a los defectos de sus padres. No fue fácil preguntarle directamente sobre aquellos pasajes dolorosos de su vida, no fue fácil hablar de los fracasos, pero tras un tiempo fue bueno escucharle decir: "hay que decir las cosas como son", y así fue. De esta forma se fue dibujando en nuestras mentes la historia de este profesor Maestro de la Psiquiatría, que cada jueves se disponía a encontrarse con sus becarios.

Así entonces, supimos que nuestro querido profesor fue seleccionado juvenil de fútbol de la Universidad de Chile, eximio jugador de tenis. Y que si bien reconoce que no tenía la estatura, no se quedaba atrás con las mujeres, era simpático. Que estuvo a punto de estudiar Derecho y que fue su hermano Luis quien lo salvó de caer en la aspereza de los códigos, como claramente recuerda.

Su temprano interés por la Filosofía, la influencia de Jorge Millas, de don Félix Schwartzmann. Sus maestros en la medicina, el Dr. Armas Cruz, en la psiquiatría el Dr. Ignacio Matte, el Dr. Armando Roa. Sin conocerlos a ellos directamente, pudimos recrear esos ambientes,

esas charlas, ese Santiago de los años cincuenta, roces, diferencias de opinión, y pudimos captar la concepción detrás, la idea fuerza (citando a Millas), que sostenía lo que expresaba con tanta naturalidad cuando hablábamos, la concepción del hombre y del mundo; y cómo esta fue modificándose, enriqueciéndose a lo largo de su vida. Es imposible desligar nuestras vivencias históricas de aquello que pensamos, de lo que creemos, y es esto lo que intentamos plasmar. Probablemente muchos relatos quedaron fuera, pero al menos una silueta se dibujó, y en nuestro caso, como quizás el de muchos de ustedes que están aquí, esa silueta se dibuja en la experiencia en el plano intersubjetivo, en el encuentro como alumnos, como internos, como becarios, como pacientes, como amigos.

Una de las motivaciones que se nos fue revelando a medida que pasaba el tiempo, a medida que nos íbamos empapando de la psiquiatría, de la práctica clínica y de las distintas experiencias docentes, fue el encontrar un espacio distinto en el que hallábamos un refugio, un bálsamo, pero no se trataba aquí de un espacio lindo, liviano, un *laissez faire*, ¡no! Tal como muchas veces lo conversamos, el acto docente se manifiesta, se concreta en una actitud del docente, pero también, por otro lado, del alumno. Era habitual escucharlo decir la importancia de lo formativo, de crear una forma, un modo, una actitud, y cómo este aspecto está olvidado en esta frenética carrera liderada por la información.

La docencia ha sido uno de sus grandes amores: desde sus años en la Clínica Psiquiátrica nunca dejó de estar ligado. Esto lo llevó a publicar su primer libro el año 1961, *La neurosis del Estudiante*, prologado por su maestro el Dr. Matte, quien reconoce en estas líneas el talento y el inicio con esta obra de un camino fructífero. Camino que decidió continuarlo en estas tierras valdivianas. Se le encomendó reforzar o, más bien, crear el pilar humanista de la facultad de medicina de la Universidad Austral de Chile, encargo realizado por el Dr. Ítalo Caorsi. Puede sonar sencillo, pero lo que hay detrás de esta solicitud es quizás una síntesis del aporte de Fernando Oyarzún, no solo a la psiquiatría, sino que a la medicina chilena y como diría él, a los alumnos, a los internos, a los médicos en concreto.

Este proyecto tuvo la gracia, al menos para nosotros, que nos acercó a todos aquellos que de una u otra manera han formado parte de la vida de Fernando; gracia, porque pudimos tener con muchos de ustedes un momento único de conocerlos a través del profe. Así entonces concertamos citas, algunos en sus casas, cafés, restaurantes; demás está decir que al menos a mí me pasó la cuenta, engordé un par de kilos... y de estos gratos encuentros viajamos a través de sus relatos a los

inicios del instituto de psiquiatría y antropología, los primeros becados, los difíciles momentos de la dictadura, la perturbación en la universidad. Quisiera destacar el relato de uno de sus amigos que está hoy presente, el Dr. Esteban Rodríguez, quien a través de una emotiva descripción nos llevó a los últimos años del profesor Jorge Millas, amigo e importante influencia de Fernando Oyarzún, desde la época del Instituto Barros Arana.

A través de estos encuentros se nos hizo patente el profundo sentido de la amistad, que Fernando entabló con muchos de los que hoy están acá; y también algunos que ya han partido, el Dr. Ítalo Caorsi, el Dr. René Guzmán, Jorge Millas. Importante influencia y el cultivo de la dimensión espiritual estuvo marcada por la presencia de su gran amigo el padre Ivo Brasseur.

Así, con cada uno de ustedes recordamos, nos reímos, añoramos junto a ustedes, incluso celebramos ¿no es verdad doctor Pelegrina que pasamos uno de sus cumpleaños en una inolvidable charla? Y así podríamos mencionar varios otros momentos, anécdotas, risas, y también de lo otro, porque, como dice el profe, la vida está hecha de dulce y de agraz.

Si bien uno de los propósitos de hacer este libro fue el de rescatar y reconocer a la persona de Fernando Oyarzún, desde la mirada de un otro, del alumno al docente, otra de las motivaciones que se fueron clarificando con el tiempo, es la de poner sobre el tapete y generar una discusión, una reflexión respecto a la docencia y a la práctica de la psiquiatría en general. De esta ciencia intermedia entre las ciencias naturales y las ciencias humanas, las ciencias del espíritu en otros tiempos. La que originalmente se desprendió de la neurología a finales del siglo XIX y que ha estado en búsqueda durante el siglo XX de un modelo conceptual que la acoja, Sigmund Freud da el primer paso en la separación definitiva de la neurología iniciando el psicoanálisis. En la década de los años 1950, el surgimiento de los psicofármacos trajo consigo también una promesa que revoluciona y vuelve al modelo médico, pero ya no anatomoclínico de finales del siglo XIX, como los célebres neurólogos esperaban encontrar, la lesión cerebral; ahora es la alteración funcional, de sustancias neuroquímicas, circuitos de neurotransmisores, que

más tarde dan paso a las neuroimágenes funcionales, por ejemplo. Esta promesa exige un lenguaje común, así es entonces como se introducen nuevos conceptos clínicos basados en porcentajes de respuestas, de remisión, se habla de refractariedad, y las antiguas ciencias del espíritu se van llenando de nociones estadísticas, numéricas; la ciencia avanza vertiginosamente pero al alero de este paradigma. Recordamos los primeros años de beca preparando seminarios de neurociencia la cantidad de papers, estudios, revisiones, artículos disponibles sobre las alteraciones funcionales cerebrales, del rol de la dopamina en esquizofrenia, en las adicciones, etc. Y cuando queríamos conocer algún otro texto clásico de la psiquiatría, o complementar con una mirada antropológica o fenomenológica, hay poco, no están disponibles, las ediciones son antiguas y ya no se reeditan.

Por eso encontramos los días Jueves, con el profe, discutir con él, no solo el caso clínico sino que comentar distintas lecturas, nos amplió la mirada; esas tardes compartíamos con Casirer, Levinas, Buber, Langer, Jorge Millas o Humberto Giannini, lo que nos permitió ver con otros ojos, salirnos del estricto modelo biomédico y transitar a las ciencias humanas, a ver entonces no a un paciente, no a un enfermo, sino a una persona, sufriente. Enfatizando los perspectivas dialógicas no solo en el encuentro interhumano, sino que en cada persona, incorporando siempre aspectos del mundo natural y cotidiano de cada uno, figura y fondo. Es entonces este el desafío actual. Si bien el profe, por influencias tempranas de Félix Schwartzmann, tomó este camino, que se fue nutriendo a lo largo de su vida, en la docencia y práctica clínica, creemos que es urgente retomar, volver a plantear, reflexionar desde la psiquiatría la dirección que esta tomará. Si bien cada uno tiene la libertad de elegir, también cada uno tiene la obligación ética de al menos en la enseñanza de esta ciencia que mucho tiene de conocer, de saber, de información, pero también de un hacer. Acá estamos hablando entonces de una actitud, y nosotros creemos que eso es lo que el profe nos enseñó.

Muchas gracias.

HOMENAJE A FERNANDO OYARZÚN PEÑA

Marcelo Gotelli¹



FERNANDO OYARZÚN PEÑA

Estamos acá reunidos reconociendo y homenajeando al Dr. Fernando Oyarzún Peña, Maestro de la Psiquiatría Chilena, que ha dedicado su carrera académica al desarrollo de un enfoque clínico-antropológico en psiquiatría.

Desde su perspectiva elaboró la “idea médica de la persona” y posteriormente la “idea de la persona ética” la que promueve la personalización del acto médico en psiquiatría y en medicina, y en toda relación humana, a través del encuentro.

Su trayectoria académica es sorprendente, y tiene que sentirse muy orgulloso de sus logros. Para todos los aquí presentes es importante renombrar que el Dr. Fernando Oyarzún Peña, entre otros logros académicos y profesionales, es Maestro de la Psiquiatría Chilena, nombrado por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile el año 1999; es Profesor Catedrático de la UACH desde 1993, y Profesor Emérito desde el año 2008. En el año 2001 fue distinguido con el premio “Jorge Millas” por esta casa de estudios. El profesor, como muchos le llamamos, es autor de publicaciones como *La Neurosis del Estudiante* (1961); *Una Concepción Médica de la Persona* (1977); *La Persona Humana y la Antropología Médica* (1982); *La Persona, la Psicopatología y Psicoterapia Antropológicas* (1992); *La Persona Normal y Anormal y la Antropología de la Convivencia* (1998);

Idea de la Persona Médica. La Persona Ética como Fundamento de las Antropologías Médicas y de la Convivencia Humana (2005); e *Idea de la Persona Ética. Contribución al Humanismo y a la Vigencia de una Ética Concreta en el Convivir Humano* (2010).

Con todos estos logros objetivos es indudable que una persona merece reconocimiento, y no solo nos sentimos orgullosos de usted, sino, también, orgullosos junto a usted... ya que siempre con su actitud integra a los otros en sus logros... Usted dice: “todos estos logros pierden sentido si no se dirige a otros, el fin último siempre será la persona... todo lo anterior se produce por añadidura”. Sobre la base de su comportamiento ético, en la medida de lo humanamente posible, es lo que usted siempre ha intentado seguir... y por consiguiente, muy bien ha sabido transmitir.

Nos produce una gran admiración, respeto y cariño, haberlo conocido, una persona apasionada, al cual le estamos profundamente agradecidos. Se puede decir que hay un antes y un después de conocer al profesor Oyarzún, hay un cambio profundo... como diría usted: “en la forma estimativo-valorativa de relación con el mundo y los demás”... el profesor es para mí más que un maestro, es una persona sincera, sabia, que en todo momento tiene la voluntad de transmitir su mundo con la mejor de las intenciones para el otro, siempre muy

¹ Académico del Instituto de Neurociencias Clínicas de la Universidad Austral.

cuidadoso del otro, preocupado en qué está el otro, lo que es experimentado por quienes se relacionan con usted... a través del encuentro amistoso.

Migrar a los 43 años a Valdivia fue un acto de valor, contra todo pronóstico, incluso el del tiempo que acá en Valdivia es de rigor... Usted se vino de Santiago teniendo allá todo armado, por así decirlo, persiguiendo su convicción personal, creyendo en un objetivo realizable, en un lugar en que sus ideas pudieran permear, más libres de las ataduras del sistema y de los prejuicios capitalinos de la época... eligió Valdivia. El encanto de Valdivia, de sus paisajes, sus nubes y su río, la universidad, y la propuesta de un buen amigo, lo cautivaron y lo motivaron a tomar lo que usted mismo refiere, una de las decisiones más trascendentales de su vida, venir a Valdivia y emprender la tarea de colaborar en la Universidad Austral de Chile, con la responsabilidad de instalar y resaltar el aspecto antropológico-existencial con un fuerte componente ético humanista en la Universidad, como complemento del mundo biológico-científico-técnico predominante de la época... gracias por su convicción y coraje y jugársela por este propósito...

Usted, profesor, es un hombre de vocación enérgica, capaz de transmitirla con entusiasmo hasta el día de hoy, con una vitalidad que no deja de sorprender, y una habilidad para ir al encuentro de otros desde la lejanía del que sabe, manteniendo esa ingenuidad acerca del otro, desde la verdadera creencia y actitud humilde. Es para mí un gran honor poder expresarle en este momento mi más profundo agradecimiento por toda su entrega todos estos años, gracias por ir al encuentro con esa humildad.

Hoy, profesor, existe un sello distintivo, el sello del Dr. Oyarzún, trascendido en el grupo de psiquiatras formados en Valdivia, y en muchos alumnos de esta universidad, incluso permeado a otras carreras. En muchos lugares de Valdivia, más que en otros rincones, se escucha hablar de la persona y de lo personal, me atrevería a decir que usted ha influido en aquello... gracias por reforzar la idea de la persona...

Hoy, a través de este libro, que cariñosamente y con esfuerzo han hecho Francisca y Juan José, se plasma de alguna manera una idea colectiva, que en la gran mayoría de sus seguidores está presente. Todos sus seguidores coincidimos en la necesidad de que se generen documentos como este, que plasmen lo entregado por usted, textos que transmitan sus "enseñanzas", enseñanzas que están incorporadas en el ADN de todo el grupo ligado a la formación. Aprovecho de felicitar y expresar mi agradecimiento a Francisca y Juan José, y en nombre de muchos otros que estoy seguro se sienten representados por su tarea... gracias por ser quienes

completaron la tarea de hacer el primer documento que muestra desde sus seguidores "el sello oyarzuniano"... también aprovecho de agradecer la presencia de exbecarios que aportaron espontáneamente y transmitieron sus concepciones de ideas fuerza, en encuentros que sostuvimos hace unos años, encuentros que tenían la intención de escribir un libro conjunto; estas ideas fueron sintetizadas y entregadas a Juan José y Francisca, y espero que de algún modo hayan servido para que desarrollaran su libro.

Usted, profesor, nos entregó una forma especial de acercamiento a la realidad de las personas y una forma de ayuda médica diferente, la que todos estimamos hace más humana, más real y más gratificante la labor del médico y la del docente... a cada momento usted nos resaltaba la idea de que las experiencias de relación médico-paciente y docente-estudiante son círculos personalizadores que se potencian y benefician mutuamente... gracias por estimularnos a la docencia...

Usted nos transmitió la importancia de... La fenomenología, la psicoantropología, la personalización, y la idea del encuentro... todo lo cual necesita seguir siendo potenciado y reconocido, como formas concretas y aplicables en la práctica médica y en la vida cotidiana, como forma de situarse en la realidad, como colega dentro de un grupo, como docente-alumnos, como padre-hijo, en toda relación... y nos deja con esta hermosa tarea en donde quiera que nos encontremos... gracias profesor... y cuando uno transmite sus enseñanzas y por su puesto lo nombra... como que pasa algo mágico y encantador... y quieren conocer al profesor Oyarzún... gracias por transmitirnos esa forma de encantar las relaciones en la realidad...

Usted nos reforzó La Ética como componente relacional concreto... ejemplos de actos éticos... en la formación universitaria es y será siempre una necesidad, habrá ambientes en que hay daño ético, hay desvalorización a las personas, y existen grupos que dañan a las personas desde esta perspectiva... a través de "el encuentro ético" es posible reparar... acto relacional ético corrector... gracias profesor por este legado...

Usted nos enseñó una medicina basada en personas concretas que enferman, y no una medicina de enfermedades en abstracto, nos dejó, muy claro, que esa forma de hacer medicina se roba a la persona, y si eso pasa "Lo ético se va a las pailas"... el énfasis de ver al consultante como persona, la importancia del trato, y el experimentar estar en un grupo de personas que te considera como tal, experimentar ese ambiente... una actitud docente... una atmósfera que se respira más allá de lo verbalizado... es su legado... es su obra... usted nos dice: "el tratar a alguien como persona es un

mundo distinto"... el otro se define ante mí como un todo, no como una operación analítica... no está ahí porque me es útil... esta actitud ética, respetuosa, dinámica, dialéctica, que usted nos muestra tan bien con su presencia y sus palabras...

En los seminarios de los jueves nos hablaba saliendo del personaje profesor inmaculado... y nos decía "padezco de una alergia nefasta que ahora está vigente y que me fríega... me neurotizo con facilidad... luego bendigo la fuerza de mis piernas... y eso es lo real"... el dulce y el agraz... así somos las personas y el mundo... gracias por vivirlo y transmitirlo así... aquí en lo dialéctico siempre nos recalcó el poder de la música y la armonía de complementarios y no contradictorios... gracias por transmitirnos la dialéctica de lo relacional complejo y configurador, su devoción por la música y transmitirnos la idea del poder primario infracortical que posee la música... así mismo la armonía y belleza del mundo...

Gracias por el refuerzo que todos necesitamos... un refuerzo positivo sincero... como tan bien lo transmite... recito sus palabras "de manera que si quedan huellas el terreno es muy bueno, y la semilla no es mala tampoco" 80-20 decía... con una sonrisa humilde y picarona... y dice ... cuando se juntan las dos se da el fruto"... gracias por ese refuerzo...

Esta impronta trasciende a la Universidad Austral, y tenemos el deber de transmitirlo a las generaciones futuras... transmitir el encanto que produce su trascendencia... y nos deja la inquietud de desarrollar varias temáticas...

He hablado a partir de mi propia experiencia y de las experiencias de muchos becados con los cuales he tenido la oportunidad de compartir... en nosotros se reflejan sus enseñanzas, y el ambiente, la atmósfera, usted y el grupo de docentes que lo acompañaron, nos dejaron huellas significativas... es por eso que aprovecho este momento también de rendirles un homenaje a ellos, quienes lo acompañaron en su obra... obra formativa compartida desde luego... lo que lo hace más noble en el sentido de que usted en vez de apagar las luces de otros las estimulaba a que alumbraran a su propia forma... a todos ellos en nombre de todos los que se formaron en la escuela Valdiviana, les estamos muy agradecidos, Jacqui Jobet, Miriam Haase, Fernando Bertran, Diana Mantero, y por su puesto Hernán Benítez, un gran amigo, maestro de la psiquiatría y uno de los padres del psicodrama en Chile, todos ellos sus secuaces, se podría decir... en mayor y en menor medida formaron parte de este sello original y ahora, hace muy poco, se han retirado de la docencia; ellos también merecen un homenaje nuestro... pues con creces han

transmitido la esencia antes descrita... cada uno a su forma personal... gracias a todos ellos... gracias profesor por ser abierto a compartir su legado... siento que homenajearlos a ellos es también homenajearlo a usted y viceversa... por eso lo hago...

Así es... Este es un momento que conlleva muchos significados y simbolismos... hoy aquí... hay varias "obras" suyas que se celebran... el libro en su honor por supuesto... que no es de su autoría pero es de usted... la obra compartida en la tarea de formación psiquiátrica en Valdivia, hay que celebrar... y se seguirán celebrando obras de las obras... esto profesor no termina acá... aunque de alguna manera para usted académicamente si termina acá, en el sentido que se puede liberar de la tarea y de hecho ya lo hizo... y según Nori que me informó hace poco ha sido en cierto modo agradable para usted... y usted también me lo ha comentado... no cabe duda que fue favorable para usted en cierto modo descansar de nosotros... como diría usted "ya estaba bueno ya..." algo de eso hay... sobre todo hay orgullo merecido y descanso merecido de un largo camino recorrido... lo que se registra con agrado... el agrado de la tarea cumplida y compartida... gracias por transmitirnos esa profunda experiencia que es terminar una carrera de esta forma...

También, por qué no decirlo, hoy sobremanera y no puede quedar atrás... es día de compartir esta celebración con sus amigos, el Dr. Pelegrina y el año sabático, Padre Ivo, Esteban Rodríguez, con su familia que lo acompaña en este momento, y Nori, con quien realiza una de sus obras más preciadas "su relación con Nori"... que usted tanto aprecia... obra compartida por supuesto... como todas las obras... se hacen para y con otro... y que va bien... bueno a veces no tan bien... se presentan desafíos que ustedes con entusiasmo emprenden... usted nos dice... todos los días hay que regar la plantita... nos recalca la importancia del re-encuentro y el re-encanto en la relación... estas son unas de sus frases célebres en estos ámbitos de la vida... Por supuesto que no siempre ha salido victorioso en este plano... como nos sucede a todas las personas... y me estoy refiriendo a todas las relaciones importantes en la vida... por estos planos de la vida muy sensibles por su puesto... Estoy seguro profesor... que en esta dialéctica bipersonal, birelacional de la vida, usted siempre ha ido por el lado de favorecer los encuentros... pues esta es una de sus grandes fortalezas... ir al encuentro... muchas gracias por transmitirla...

Usted profesor va al encuentro a pesar de las dificultades que puedan presentarse... En la misma línea de lo dialéctico usted encarna en su experiencia personal esta forma de atravesar barreras... así es cómo alguien

pequeño llega a ser tan grande, luego siendo grande y lejano llegar a ser cercano, así de joven muy sabio, a sabio muy jovial... de sobrio a picarón, futbolista e intelectual, sereno e inquieto..., así mismo cómo alguien con tantas inseguridades llega a transmitir tanta seguridad, como del campo pasa a ser referente cultural e intelectual, como si es tan temeroso a ser tan valiente, bueno para escuchar y bueno para hablar, enérgico, entusiasta y pausado y tranquilo, de voz suave que llega lejos, creativo, novedoso y majadero cuando tiene que serlo... en fin, usted, profesor, es un rompeparadigmas para bien... y gracias por transmitirnos esto... varias obras que hoy se celebran para usted y con usted representadas en el lanzamiento de este libro en su homenaje y la presencia de sus cercanos...

Hoy en cierto modo simbólicamente usted nos entrega el legado... podríamos decir que es un acto de "entrega de testimonio" como se dice en las carreras... y para qué decirlo, esta su carrera profesional usted la ha corrido ejemplarmente... por eso... siéntase muy orgulloso profesor... su tarea académica alumbrará por años... Ya sabemos por usted que es privilegiado de sus piernas y que lo acompañan más de lo que

esperaría para su edad... lo acampañan hoy para entregar simbólicamente su obra... la obra formativa del profesor Fernando Oyarzun está aquí presente, su forma expresivo-comunicativa, su impronta estimativo-valorativa, aquí, acompañándolo en este simbólico evento... nosotros mismos sus seguidores... y no como testimonios o testigos de su obra... sino como los que llevaremos ese testimonio... gracias profesor... usted nunca nos cosificó... siempre nos trató como un otro legítimo... respetando las particularidades y reforzándolas... esa es su obra y su legado... hoy es el acto que representa la entrega del "Testimonio" en la carrera de su vocación y nuestra vocación, la entrega del testimonio no solo de los saberes que usted recibió de otros... sino transformados y mejorados por su persona, entregados con una forma particular de caminar el sendero de la vida... una forma que va más allá, de una forma de enseñar, y que en los libros es difícil de plasmar, una forma de vivir en y con el mundo, una forma como usted dice "tratando al otro como persona"... en su libertad de ser... y de hacer... puesto el sentido en el rostro del otro... gracias profesor... gracias Fernando... muchas gracias...

CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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



EN BÚSQUEDA DE LA RAZÓN OCULTA
Autor: César Ojeda
Editorial: Sodepsi Ediciones, 2012
Comentario: Rev GPU 2012; 8; 3: 249-251



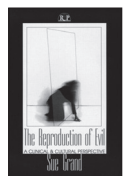
ACCIONES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD
Autor: Manuel Desviat / Ana Moreno Pérez (editores)
Editorial: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Madrid, 2012, 917 páginas
Comentario: Rev GPU 2013; 9; 1: 26-27



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



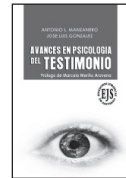
THE REPRODUCTION OF EVIL: A CLINICAL AND CULTURAL PERSPECTIVE
Autora: Sue Grand
Editor: Analytic Press, 2002
Relational Perspectives Book Series, 17
Comentario: Rev GPU 2012; 8; 4: 382-383



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



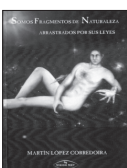
TRAUMA RELACIONAL TEMPRANO. HIJOS DE PERSONAS AFECTADAS POR TRAUMATIZACIÓN DE ORIGEN POLÍTICO
Autora: Elena Gómez Castro
Editorial: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Colección Psicología, Santiago, Chile, 2013
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 1: 18-20



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



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



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



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



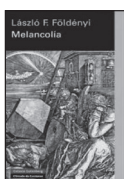
TORTURA Y RESISTENCIA EN CHILE

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



CEROCEROCERO

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



MELANCOLÍA

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



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

Autor: Wolfgang Blankenburg
Traducción: Otto Dörr 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



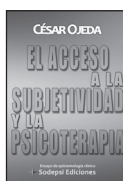
LEER AL ENFERMO. HABILIDADES CLÍNICAS EN LA FORMACIÓN PSIQUIÁTRICA

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



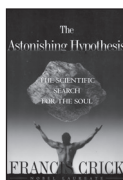
EL ACCESO A LA SUBJETIVIDAD Y LA PSICOTERAPIA. ENSAYO DE EPISTEMOLOGÍA CLÍNICA

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



GESTALT: TERAPIA DE LA SITUACIÓN

Autor: Georges Wollants
Comentario: Rev GPU 2016; 12; 2: 124-129



FRANCIS CRICK Y "LA HIPÓTESIS ASOMBROSA"

Touchstone, New York, 1995, 317 págs.
Comentario: Rev GPU 2017; 13; 1: 12-14



DIÁLOGO Y PERSONA. ENCUENTRO CON FERNANDO OYARZÚN PEÑA

Autores: M. Francisca Derderian y Juan José Cembrano
Editorial: Sodepsi Ediciones, 2017
Comentario: Rev GPU 2017; 13; 2: 114-124

LACAN Y LA *PSICOTERAPIA DE LA SOSPECHA*: ENTREVISTA A EDUARDO GOMBEROFF¹

(Rev GPU 2017; 13; 2: 127-143)



EDUARDO GOMBEROFF

Eduardo Gomberoff Soltanovich realiza su formación escolar en el Liceo Experimental Manuel de Salas. En 1983 inicia sus estudios universitarios en Medicina Veterinaria de la Universidad de Chile. Luego de tres años de cursada la carrera decide congelar y proseguir sus estudios en Psicología en la Universidad Diego Portales, titulándose luego de realizar su práctica profesional en el Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak y graduándose con la realización de la primera tesis nacional referida al psicoanálisis de orientación freudo-laciana (premiada por el colegio de psicólogos). En la misma Universidad realiza, como estudiante, los primeros seminarios impartidos en Chile sobre la obra de J. Lacan. Forma parte de la primera generación de psicoanalistas chilenos en la orientación laciana. Realiza y lidera numerosos grupos de estudio sobre el tema, al mismo tiempo que efectúa, como docente, especialmente en la Universidad Diego Portales, asignaturas universitarias de pregrado sobre psicoanálisis. Junto a un pequeño grupo de la primera generación de psicoanalistas lacanianos funda, organiza y realiza docencia en un Postítulo de Psicología Clínica mención Psicoanálisis, que luego de un par de años se convierte en el primer Programa de Magister en Psicología Clínica del país. Con el mismo grupo, funda y coordina en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Salvador,

¹ Email: eduardogomberoff@gmail.com

la Unidad Clínica Psicoanalítica. Desde el año 2000 al 2016 ejerce como Director Nacional de la Escuela de Psicología de la Universidad Andrés Bello. En esa Universidad lidera y coordina un Programa de Psicología con una marcada orientación psicoanalítica y organiza un Doctorado en Psicoanálisis, el primero en América Latina. Ha organizado y asistido como expositor a numerosos Encuentros, Coloquios, Seminarios, Congresos y Conferencias orientados en el Psicoanálisis. También ha publicado en libros y revistas nacionales y extranjeras. Ha sido invitado como expositor a Argentina (Mayéutica Institución Psicoanalítica), Perú (Universidad Católica del Perú) y a México (Universidad Nacional Autónoma de México). Actualmente está dedicado a la escritura en psicoanálisis y a la consulta particular. Está acreditado como psicólogo y supervisor clínico.

Gaceta de Psiquiatría Universitaria (GPU): *Antes de formular las preguntas deseamos hacer un planteamiento que Ud. puede comentar como le parezca. Usted es psicoterapeuta y al parecer se define como "lacaniano". Si es así, ¿qué significado tiene para usted esa adscripción? ¿Podría considerarse a Lacan como un filósofo de la sospecha?*

Eduardo Gomberoff (EG): El término "psicoterapia" se inserta de manera importante en una tradición de desarrollos conceptuales fuertemente organizados desde concepciones médicas, psicológicas, de inspiración descriptiva, biologicista, adaptacionista y por esa vía cercanas al conductismo (como concepto) en una vertiente de uso con alcances más bien ideológicos. En tal sentido, las intervenciones terapéuticas mediante la legitimidad que les confiere estar ceñidas a las condiciones que hacen posible la eficacia del "acto médico" –diagnosticar (una enfermedad), escoger un tratamiento y estimar un pronóstico– apuntan a reestablecer las condiciones de funcionamiento que hacen posible la adaptación de los sujetos al "orden social" vigente. Una especie de "restitución *ad integrum*" de la funcionalidad alterada por la enfermedad que reinstala un *fantasma* (una realidad) cuya eficacia consistiría en permitir *modos de ser* y desenvolverse, que resultan funcionales a un determinado orden cultural.

No obstante, la orientación de la cura en psicoanálisis da cuenta de una idea de *dirección singular*, concebida justamente a partir de una crítica radical a todo ideal de progreso instalado en la cultura a partir de ciertos pensadores, hechos históricos y momentos del desarrollo de la filosofía. Uno de ellos hace referencia al impulso específico que la modernidad confiere a la racionalidad científica, impregnando el modo en que centrales distinciones quedan resueltas en diversas disciplinas; en el caso de la medicina, la psiquiatría y la psicología por ejemplo, la distinción entre *normalidad y patología* y en consecuencia los modelos de salud que ideológicamente comienzan a operar como ideales culturales.

Por el contrario, la cura en psicoanálisis es tributaria de la insistencia de la *pulsión*, que en Freud fue llamada "compulsión a la repetición", de las contribuciones de Lacan para "retornar" al pensamiento freudiano y que expresan, a modo de síntesis, la relevancia que adquiere el problema del *deseo* y del *goce* en la constitución del Sujeto. Curar, claramente, no apunta a *adaptar*, no se vincula con un concepto ideológico de enfermedad, no apunta a un fin preestablecido derivado de los efectos de algún tipo de ideal cultural; al mismo tiempo, lo anterior no excluye que dentro de los impredecibles efectos de una intervención clínica psicoanalítica surjan en el analizante *modos de existencia* que permitan tal hecho (el de la adaptación); no obstante, a partir de inesperadas y emergentes vías que solo son posibles cuando el Sujeto descubre que la única forma de responder al *deseo*, no es quedando referido de manera pasiva al supuesto saber que le otorga al Otro sobre eso que lo interpela, moviliza y desconoce. Más bien accede: en el transcurso de la cura analítica descubre posibilidades que lo habilitan para salir de la posición sacrificial que impone el "goce sintomático" al modo como fue descrito por Freud, por ejemplo en el "problema económico del masoquismo" y que además puede hacer algo con eso que se supone que hicieron con él (desde el punto de vista de las negociaciones y transacciones a la que todo sujeto es referido, sometido incluso antes de su "nacimiento", de su expresión especular e identitaria y que apuntan a materializar los efectos del descubrimiento freudiano sobre el determinismo inconsciente) desde un lugar Otro; desde la *Otra Escena*.

En este sentido, Freud y Lacan son pensadores incómodos para los ideales de progreso instalados en la ilustración, para el impulso y desarrollo en una determinada dirección que le es otorgada a la racionalidad científica a partir de los referentes constitutivos de la modernidad. El psicoanálisis desde los planteamientos freudianos, en su articulación con las contribuciones

de Lacan y en un sentido lógicamente central, sitúan al hombre principalmente frente a una serie de “imposibles”: la relación del sujeto con el lenguaje, con la muerte, con lo sexual. No hay garantías de ninguna clase que aseguren modos transmisibles, válidos de manera homogénea, estandarizada, comunitaria, ceñidas a algún tipo de ideal burocrático de modelo de salud (mental por ejemplo) en el diseño de estrategias para hacer frente a estas dimensiones de imposibilidad que además adquieren un valor constitutivo del Sujeto. En estos términos, Lacan podría ser un pensador que sea incluido en la serie de aquellos que se atrevieron a sostener la inevitable tensión derivada de una crítica permanente a las instituciones que culturalmente intentan sostener, mediante incluso el uso ideológico del pensamiento, los ideales de progresos característicos de la modernidad y de la ilustración. De este modo podría ser un pensador contabilizado en el campo de lo que se llamó “filosofía de la sospecha”.

Sin embargo, cuando se piensa en la *sospecha* y pensando en el planteamiento introductorio que Ud. realiza, creo que tendemos a caer en una dicotomía o dualidad que separa la figuración como *falsa* y su otredad como *verdad*. Estamos a muchos años de 1965, en el que Ricoeur escribe ese texto, para que no sea hoy un lugar común proclamar que lo que se creía verdadero no era sino máscara. En este sentido pasa como con la mentira femenina en la imagen televisiva de las mañanas. Es decir, esa mentira que encuentra Freud en la *proton pseudos histérica* al descubrir la intrincada relación entre *fantasía* y *verdad* del síntoma (finalmente, ¿en qué es verdad la ficción de la seducción?). Ya no podemos pensar que las portadas de un diario popular que muestran mujeres semidesnudas son resultado de una operación cultural que sospechando del pudor del siglo XIX, ese de Freud, Nietzsche y Marx, desenmascaró la realidad del soporte corporal. Solo es posible pensarlo así, cuando se trata del ámbito del pensamiento, su creencia y afán iluminista que quiere poder penetrar la realidad entre sus capas hasta su hueso íntimo (el descubrimiento de Freud, por ejemplo en lo que respecta al “yo”, es que está formado como por capas de cebolla ¿y al final qué encontramos? El vacío del sujeto).

Por esta razón tenderíamos a estar de acuerdo con Lacan en distinguir radicalmente el psicoanálisis de la filosofía, aun cuando la tradición americana haga del texto de Lacan un texto filosófico de estudios literarios o de pensamiento crítico del binarismo de género. Es necesario, creo, pensar de otro modo, por lo menos desde el psicoanálisis, es decir, pensar con el cuerpo *en* y *por* la separación irreductible entre cuerpo y pensamiento si queremos afirmar una práctica en el axioma

básico del psicoanálisis, esto es *la castración* (una teoría sobre lo que hace falta; el inconsciente). No hay un pensamiento que no esté afectado por el cuerpo en tanto es el cuerpo sexuado el que no se deja atrapar como imposible. Imposible que centra y disloca el gesto de pensar (por ejemplo para Freud se trata de la convergencia de los pensamientos del sueño hacia un ángulo inaudito: el ombligo del sueño donde se pierde la cadena del sentido).

Entonces creo que la develación de la *verdad* del síntoma toma un matiz más torcido y complejo que el levantamiento intrínseco con que operan las *lógicas de la sospecha*. Freud siempre sostuvo, por el contrario, que el texto del paciente, su relato, era sagrado para distinguir precisamente esta idea intrínseca que presupone que la *verdad* no está en la superficie tal como se presenta. Qué es finalmente la castración para un psicoanalista sino este mismo abismo infranqueable entre lo que aparece como fenómeno y lo que autoproclama como *verdad*, detrás inaccesible desde luego para la fenomenología.

Si Ud. concede este desfase que provoca la doble serie de símbolo (pensamiento) y goce (cuerpo) en tanto trenza y pliegue irreductible –la trenza no se destrenza, el pliegue no se despliega– entonces no necesitamos sospechar o más bien rechazar la opacidad que arrastran algunos textos de Lacan o refutar el idioma de los que iniciándose en Lacan hablan “su idioma”. Los nombres que Lacan inventó son precisamente eso, un invento que no se oculta como tal en su carácter de semblante. Y no se necesita lidiar defensivamente contra ello, porque trabajamos con esos idiomas que cada analizante inventa y lidia con el rechazo, el rechazó que la neurosis realiza respecto a oír su idioma singular (por eso, a lo que Freud le llama *talking cure* Lacan agrega que nuestro supuesto es que el inconsciente no solo lee sino que puede aprender a leer.)

Hablar como todos o hablar como ningún otro son dos caras de la misma resistencia. Estas caras están desfasadas y en el intervalo de aquello realizamos nuestro trabajo de análisis. Los lacanianos recibimos esta resistencia, no la analizamos como el psicoanálisis más tradicional. Dicho de otra forma, la afirmación de Lacan de tres registros, Real, Simbólico e Imaginario, nos deja en una práctica, hasta cierto punto, al margen del debate filosófico, porque los analistas necesitamos adorar ese pliegue marginal, es como nuestra razón práctica y solo por esa adoración, que es una creencia, al mismo tiempo sostenemos una práctica de análisis. Si quiere un ejemplo clínico de este punto hay que detenerse en el objeto valioso con que el fetichista se arroja al goce que oculta lo que no hay en la madre. ¿Qué es?,

¿un tapado?, ¿aquello con que se ocultaría la desnudez toda del cuerpo? No es así, porque puede ser suficiente un objeto al margen, un zapato, una bufanda, un tejido que ocultaría no-todo sino el aspecto marginal.

Si algo indica las zonas donde un psicoanálisis ha ocurrido no es una declaración de principios ni una adscripción identificatoria. Sería, más bien, como un recorrido por una serie de notas al margen.

GPU: *Leyendo a personas que como Ud. se definen como lacanianos, pareciera, en muchos casos, que se tratara de textos apócrifos, puesto que utilizan un idiolecto con el mismo estilo y manierismos de Lacan. ¿Qué puede opinar sobre esta afirmación?*

EG: La complejidad del estilo lacaniano está íntimamente relacionada con las postulaciones de su teoría; el hermetismo es de naturaleza metodológica, incorpora el equívoco y la distorsión en un discurso resistente a la comprensión inmediata. Equívoco que, más que error, factura en la dimensión del *fallido* como producción del inconsciente. En un estilo que confiere literalidad al escrito, Lacan se vuelca hacia la materialidad del significativo en una demanda de interpretación que ofrece un medio para que se salga de las redes en que la convención nos encasilló. Hay un coeficiente de enigma al que se suma una serie de estrategias con intención de captura, lo que constituye efectivamente un gran riesgo para el trabajo intelectual. A mi parecer, se trata de un acto de consecuencia, es decir, en su *escritura* y también en su *habla escrita* (Escritos y Seminarios) contempla el objeto al cual se refiere: el inconsciente.

Con el correr del tiempo un grupo de iniciados en el cual surgió la escuela lacaniana y donde se desarrolló el pensamiento de Lacan, pasó a adoptar un estilo de asertijo, quizás de adivinanza, también de algo esotérico, que creo tiene mucho que ver con el gran desconocimiento y con la gran polémica que acarrea el nombre de Lacan. Esta vía *alusiva* usada por muchos de los seguidores de Lacan, es posible, provocará la pérdida del rigor conceptual generando una repetición de fórmulas que pueden tener como característica la imprecisión terminológica.

Por otro lado, en épocas de Lacan vivo, se inició un estilo de intercomunicación exclusivo de iniciados inmediatos, que creo impidió una comunicación *científica* de mayor alcance. Las claves del estilo lacaniano deben buscarse con una sagacidad especial, porque no existen pautas; las alusiones deben ser reconstruidas con una estrategia de descifre del texto. Aplicarle el método analítico también al texto de Lacan. Lo esencial, creo, es precisar en definitiva los conceptos que están en juego en su obra.

GPU: *Usted a manifestado que le molesta la expresión "la persona del terapeuta" usada para titular encuentros entre psicoterapeutas. ¿A qué se debe esta posición?*

EG: No se si la expresión adecuada es "me molesta". Sí, debo reconocer, me inquietaba que en una determinada época se realizaban Encuentros y Congresos sobre psicoterapia en que la posición *reivindicativa* del terapeuta y su *identidad* eran materias primordiales y reiteradas; eso me agobiaba un poco.

Se trataba de reclamar para la "persona del terapeuta" una posición más activa, esto, a mi juicio, en respuesta al posible mal uso del concepto clínico psicoanalítico de "neutralidad". Intenté, con mi inquietud sobre el concepto, y como un juego, desplazar la problemática de la *persona* al *sujeto* y del *psicoterapeuta* al *psicoanalista*. Fundamentalmente puse en cuestión el anhelo de identidad en el *ser* de un terapeuta y la también identidad del *quehacer* del terapeuta (digo esto en relación con la identidad que se genera cuando nos identificamos por ejemplo en una determinada técnica).

Por ejemplo, al intentar escribir como psicoanalistas sobre el relato que un paciente nos cuenta encontramos todo tipo de dificultades. Las mayores, a mi juicio, cuando aspiramos ordenar y recopilar la información o el material en función de distinciones especulares. Las así comprobables evidencias observacionales, filtradas por las descripciones pertinentes, cobran tal *prot-agónico* realismo que, con la ilusión del rescate empírico y cierto ordenamiento en clases y conjuntos, olvidamos la interrogante freudiana sobre: *qué es aquello que dice el Sujeto, desde dónde lo dice y a quién se lo dice*.

Y claro, ocurre que la fuente del decir y el receptor de lo *ya dicho* se confunden en *Uno*. Sensibilizado como Identidad, *Uno* reflexiona e intenta en un escrito decir algo sobre aquello, algo sobre *eso* que habla un Sujeto. Se trata de escribir para dar cuenta de una práctica muy particular y que *no es como las otras* (como dice Lacan respecto del psicoanálisis), ya que *Uno* está incluido y al mismo tiempo excluido en el acto. Efectivamente, la experiencia del inconsciente condiciona al Sujeto a subvertirse frente a cualquier anhelo de Identidad. Quien intenta reproducir esa experiencia con otro, como en el caso de un psicoanálisis, impone necesariamente, por su posición, la pregunta por el Sujeto, una pregunta, más que teórica, ética. Ética porque supone posiciones, es decir ubica al Sujeto en el único lugar desde el cual es posible teorizarlo; una práctica que impone éticamente una teoría, lo que comúnmente se piensa al revés.

Una de las consecuencias de esta posición ética es la consideración de que ya no se trataría de dar cuenta (como analistas) de eso que *hace* un analista, ni buscar

en su Identidad la llave precisa. Lo que *hace* y lo que es un analista –es decir, su persona y su técnica– ya no es suficiente como argumentos de demostración. Así como desapareció la distinción tan especular e incierta del *ser* y *hacer*, identificadas –por ejemplo por tanto tiempo a la posición femenina y masculina– no podemos hoy concluir que la identidad asociada al *ser* y a la *praxis* darían cuenta de aquello que pudiera ser algo así como un psicoanálisis.

Por lo tanto, ya no sería posible sostener o justificar la experiencia analítica no referida a una ética que posiciona al Sujeto en un lugar en que solo desde allí puede ser conceptualizado. Dicho de otro modo: la práctica del Sujeto podrá ser sostenida desde la posición particular en que este sea producido. Si comprende bien, en estas distinciones que hacemos, no cabe algo así como la noción de “persona del terapeuta” y de lo que se trata es de dar cuenta de la experiencia, por eso le doy el ejemplo de un *escrito* o de un pasar a la *letra* de los terapeutas, creo que solo allí es posible algún tipo de verificación.

GPU: *Alguien alguna vez definió la “identificación proyectiva” como el “mecanismo que se entiende hoy y que se olvida mañana”. De la misma forma, los registros imaginario, simbólico y real en el pensamiento de Lacan parecen muy difíciles de retener. Por mencionar solo un aspecto, el registro de lo real es inalcanzable, luego, ¿cómo podemos hablar de él?*

EG: Efectivamente, junto con lo Imaginario y lo Simbólico, lo Real constituye uno de los tres registros mediante los cuales Lacan explicita el campo del psicoanálisis y la antropogénesis de la especie humana. Estos registros no es posible entenderlos de manera independiente, están íntimamente anudados. Lacan intentó formalizarlos con el nudo borromeo (tres círculos anudados íntimamente) en el que si se desata uno, luego los tres se liberan. Por lo tanto, no es posible definir uno a uno estos registros más que por un afán didáctico. Me adelanto así a responderle que sin lo Simbólico, es decir, sin poder hablar sobre lo Real, el asunto desfallece.

Lo Real aparece como un *corte* en la estructura del Sujeto. Este corte, operado por el entrecruzamiento tópico de los otros dos registros, aparece en los esquemas lacanianos como una *cinta*, una *banda de Moebius*, caracterizando en ella el paso inmóvil de lo externo a lo interno, eliminando así, para una especie de topología del sujeto, la mera realidad externa compuesta de cosas extensas. Podemos decir, estirando un poco las cosas, que lo Real equivale, de alguna manera, al concepto de pulsión de Freud y, como tal, es lo que no tiene asignación, es lo que *hace* falta. En este sentido

lo Real opera como *causa*, y acosa constantemente al Sujeto que se encuentra protegido para esa escenificación invariable en lo que se denominó *fantasma*. Cuando esta especie de pantalla (fantasmática) fracasa, es decir, cuando no ofrece el control de la mediación entre las relaciones que el sujeto (del inconsciente) tiene con el objeto de su deseo, lo Real aparece en lo vivido del sujeto en todas esas modalidades bizarras en las que parece que “la realidad” no está presente: alucinación, actos incontrolados, etc.

Lo Real, entonces, es *causa*, no es objeto de definición sino más bien de evocación, en este sentido es inalcanzable, como dice Ud., pero no podemos atraparlo si no es por la intermediación del registro Simbólico. Recuerde que son tres registros que no funcionan independientemente. Lo Real es, por decirlo de otro modo, lo absolutamente *heterogéneo*, y su relación al objeto y a la *falta* (léase castración desde Freud) aparece definitivamente mediado por el orden significante, y es por eso que hablamos de él.

Como evocación, aparece en el discurso en tanto comanda todo lo que podemos desconocer. Siempre está fuera de juego en el acto psicoanalítico, fuera del juego especular, de lo imaginario, de la realidad imaginaria, realidad hecha por relaciones y objetos imaginarios. Lo Real tiene que ver con la *falta-de-ser*, con la *escisión* (*Spaltung*) fundamental freudiana, con la operación significante y el deseo. Todo él es *lo escapado* a la simbolización, situándose efectivamente al margen del lenguaje.

Lo Real es causa, y su primer efecto, también inaccesible, es el *objeto del deseo* como lugar de una falta imposible de ser colmada, producido como resto, como desperdicio, como algo *caído* que seduce y engendra la búsqueda. Lo Real es lo que siempre aparece construido precariamente, falsamente: es *lo imposible*.

Lo Real, dice Lacan, es sin fisuras... y no hay medio de aprehenderlo sino por intermedio de lo simbólico... “cuando ya no es” (diremos nosotros).

GPU: *Es curioso el paralelismo que hay entre el self en sentido budista y las concepciones de Lacan acerca del YO. Nos referimos a la inautenticidad, la falsa apariencia de completitud y el fenómeno de autorreferencia (paranoia). Esto tiene que ver con el estadio del espejo. ¿Podría explicarle a los lectores este concepto?*

EG: Intentaré responder clínicamente a su pregunta. Comienzo aclarando que habría que hacer una distinción clave en psicoanálisis, la del *sujeto del inconsciente* y el *yo*, los dos no son para nada el mismo sujeto, uno es condición del otro y al mismo tiempo el Sujeto de interés primordial para el psicoanálisis. Diremos, desde

Lacan, que el yo de la conciencia, ese sujeto apropiado de sí mismo, es primariamente *hablado* por el lugar de sujeto psicoanalítico que ha venido a ocupar en una historia particular que *le es dada* inconscientemente. Y sin embargo ese sujeto-yo, desde una perspectiva conductual o fisiológica, habla. Pero habla considerándose autor de su discurso, desde una posición imaginaria, especular, en espejo, desde un punto de referencia en el que se dice algo así como: "...ese que está ahí, enfrente mío, y que hace lo mismo que yo pero al revés que yo, soy yo". Habla desde esa imagen en el espejo, especular y también especulativa. En esa imagen se re-conoce y también espera ser reconocido por el otro humano, así como fue reconocido en los primeros meses de su vida en el momento de alcanzar la integración de las sensaciones cinestésicas de su cuerpo aún *fragmentado*, de la imagen que el espejo (la mirada del Otro-Madre) le devuelve, de la confirmación que le da quien lo sostiene y del nombre propio que le han puesto de una vez y para siempre en el momento en que nació.

Asunción de una imagen humana integrada en el espejo que se vacía sobre el molde pre-existente de la imagen unificada y totalizada del otro. Gestalt o totalidad pregnante que permite identificarse como un yo ante un tú, que lo reconoce como tú para ese yo, que lo confirma y que lo consagra en esa imagen del espejo donde, en realidad, uno *no está, ni es*. Es decir, uno (yo) se identifica primordial y narcisísticamente con el otro de la imagen en el espejo pero que se adelanta en totalidad, como yo ideal que aún no es y que por de pronto e idealmente llegará a ser, de ahí la intensa emoción del niño al reflejarse anticipatoriamente con una imagen completa. Es lo que Freud llama el *yo-ideal*. "Afuera" hay, entonces, una imagen unificada y "adentro" pura fragmentación. La imagen yoica del espejo seduce, las imágenes, sabemos, son tremendamente fascinantes. Pero ojo, estamos identificándonos frente a un referente que es pura imagen, esa es precisamente la locura paranoica del yo.

En resumen, toda proposición referida a un fenómeno consciente incluye un elemento que se presenta como evidencia, como fuente de toda certidumbre, que es el elemento yo en el cual el Sujeto (del inconsciente) se reconoce a sí mismo desconociendo su alienación originaria (uno, en definitiva, no es la imagen pero sin embargo se reconoce en ella. Por eso todo reconocimiento es imaginario).

Insistiendo en este asunto, el sujeto que se reconoce en el espejo y que se reconoce a sí mismo en el reconocimiento del otro humano, es un sujeto que ha sido ya objeto de discurso ajeno y destinatario de ese discurso antes de que él pudiese por su cuenta hablar.

Cuando el sujeto llega a hablar lo hace ya desde una identificación (libidinal, *Simbólica* y jurídica) alcanzada con un cierto lugar de sujeto y con un cierto significante, su nombre propio, que le fueron impuestos por la estructura familiar (y social) en la que él, queriéndolo o no, habrá de incluirse y sin saberlo, sin poderlo pensar, sin poderlo decir. Es este *no decible sobre sí mismo* lo que constituirá el núcleo de lo que Freud llamó *represión primordial*; lo *inconsciente* que funda lo Simbólico. Esto último es muy interesante ya que queda clarificado, con Lacan, este concepto tan intrincado de la metapsicología freudiana que es la represión primaria en su relación con el registro de lo Simbólico.

Creo que respondo clínicamente, pero también parcialmente a una pregunta tan extensa como es la de explicar el "Espejo" de Lacan. El "Espejo" en definitiva es una especie de fase que reúne los conceptos freudianos de identificación, narcisismo, identidad con el yo y el registro de lo Imaginario.

GPU: *El significante y el significado descrito por Ferdinand de Saussure a principios del siglo XX, en el que un grafismo o sonido conduce a un significado, fue concebido por Lacan de manera diferente, interponiendo una barrera prácticamente infranqueable entre ambos, y planteando que los significantes no remiten a un significado, sino a otro significante. ¿Es alcanzable por alguna vía el significado?*

EG: No es casual, creo, me pregunte, luego de ensayar una respuesta por lo Imaginario del Espejo, acerca del *sentido consciente* o sencillamente por el *significado*. Desde una perspectiva del sentido común le diré que el significado parece requerir de instancias previas, desde luego, de un sujeto que entienda o provea la significación, un sujeto que esté presente en el momento del enunciado, con quien haya transparencia en la ilusión de la comprensión. Este sujeto es evidentemente lo que hemos llamado (en la respuesta anterior) *yo*.

Sin embargo Ud. relaciona el asunto de la significación con el concepto de signo y la preponderancia del significante en la obra de Lacan. Para De Saussure, significante y significado son dos aspectos complementarios e indisociables de la unidad del signo. Cuando Lacan caracteriza la barra que los separa, está enunciando la autonomía del significante con respecto a todo significado pre-establecido. Pero al separar el significante del significado Lacan destaca el estatus significativo del significante, su poder de producir *efectos* de significado. Con eso, si, por un lado, toma la noción de significante como elemento de un sistema de relaciones tratando de que ningún significante sea visto fuera del sistema, por otro lado rompe con la unidad

del signo saussuriano. Es decir, establece una barrera infranqueable entre la red de significantes y la red de significados en donde prioriza las metáforas y metonimias (condensaciones y desplazamientos en Freud) en la red de significantes, de ahí, entiendo que Ud. me diga, desde Lacan, “que los significantes remiten solo a otros significantes”.

En este sentido se puede decir que, mientras en De Saussure el significante está ligado al significado en la unidad del signo y en el sustrato topológico, en Lacan el lugar del significante es su relación con otros significantes, de modo que el sustrato topológico es la cadena significante. La transformación producida por Lacan está apoyada en el campo psicoanalítico, en la práctica clínica, y apunta, básicamente, a dos direcciones. Primero: caracteriza una alteridad del discurso fundada en la materialidad de la *letra*, materialidad fónica y gráfica; segundo: apunta –y esto es lo fundamental, en relación con su pregunta– hacia un discurso disociado de sentido, entendiendo por sentido la intencionalidad consciente del Sujeto. Esto que aparece en Lacan, a mi juicio, ya estaba en Freud. Fíjese que en el descifre de los sueños Freud caracteriza un segundo mensaje que está a expensas de la combinación de elementos. Esa combinación es analizada en su combinatoria y –de esa forma– se desarticula el sentido global que la imagen puede tener ya que de otra forma no podrían analizarse los elementos que intervienen en ella.

Apartándose de las interpretaciones del simbolismo analógico del sueño, Freud observa las formas materiales de los elementos lingüísticos que están en juego, en lugar de dejarse guiar simplemente por el sentido aparente de ciertas fórmulas. Hay un trabajo de discriminación de elementos en combinatoria que tiene un carácter de significancia próximo a un trabajo de descifre de jeroglíficos: aquello que parece roto en la unidad “significante / significado”, o sea, el significante por sí mismo se liga en nuevos contextos y son estos los que *producen* significación o significado. Por ejemplo, cuando Lacan habla del *sentido de la letra*, es preciso interpretar eso inversamente, como el sentido que la letra trae por sí misma, en su combinatoria, no en el sentido que lleva, sino *en el que genera*. La letra significante en su combinación produce efectos que serán el significado.

En este sentido, le respondo que efectivamente el significado es absolutamente alcanzable. Basta pensar en un acto fallido, en el olvido de un nombre, por ejemplo, donde se tiene toda una red asociativa a partir de un significante: hay un fragmento que no es portador de significación por sí mismo, pero que en la composición lingüística de los significantes (carentes de sentido) produce un efecto de sentido (el significado). Es

importante considerar que esta “literalidad”, lo que se dice “a la letra” –que produce un *efecto* de sentido– es justamente lo que engendra, para Lacan, el efecto de heterogeneidad radical que está en juego en lo inconsciente. A través de esa combinatoria se articula un discurso totalmente Otro y que está más allá del orden de los significados que podrían estar lógicamente implicados. Por lo tanto, cuando Lacan habla del *sentido de la letra*, quiere mostrar la preponderancia de lo literal en relación con el significado que va a resultar su *efecto*.

GPU: *Lacan plantea una relectura de Freud, pero los freudianos expulsan a Lacan de su reflexión y de sus organizaciones. Este exilio, ¿tiene alguna relevancia para quienes, como usted, están impregnados del estilo y el pensamiento de Lacan?*

EG: Tengo la impresión que esta ya es una historia que tiene sus años y que se ha contado suficientemente; hay libros enteros dedicados al particular. Historia que transita desde la misma creación de la primerísima Escuela Freudiana de París, que es aquella que fundó Lacan el ser expulsado de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA), hasta la infinidad de grupos de formación que existen hoy en el psicoanálisis lacaniano; unos que conforman Escuelas y otros con una formación decididamente más informal.

Es evidente que lo que Ud. llama exilio de Lacan generó en la historia del movimiento psicoanalítico infinidad de consecuencias. Tuvo, desde luego, que teorizar y poner en práctica un tipo de transmisión del psicoanálisis acorde a sus propias definiciones conceptuales, creó su propia Escuela y dispositivos institucionales muy interesantes y particulares, fundamentalmente porque lo hizo tratando de ser consecuente con el propio objeto de estudio del psicoanálisis, el inconsciente y su relación con la transmisión. Por otro lado, el exilio de Lacan obligó a que la misma institución madre pusiera en cuestión sus procedimientos, esto llegó y se precipitó con mayor y menor fuerza en algunas asociaciones dependientes de la Asociación Psicoanalítica Internacional, especialmente en lo que se refiere al asunto del análisis didáctico.

Lacan, a mi juicio, y con mayor razón luego de su “excomuniación” –como el mismo hizo llamar su exilio– generó que el psicoanálisis al menos ahora sean dos. Dos psicoanálisis se confrontan, se cotejan y a veces hasta se desconocen. En este sentido su pregunta toca una fibra muy particular y me disculpará ya que responderé desde una cierta singularidad subjetiva y muy familiar.

Su pregunta incluye la frase: “...tiene alguna relevancia para quienes como Ud...”, de esta manera

puedo hacerme cargo que en mi particular historia transitó un deseo muy expuesto y decidido en que en Chile debíamos los analistas lacanianos y los de la APCH (Asociación Psicoanalítica Chilena dependiente de la Internacional IPA) –también quienes derivaron a lo que se llamó las psicoterapias de orientación psicoanalítica– intentar trabajar conjuntamente. Mi impresión era que en el país éramos pocos los interesados en psicoanálisis, y ya tenía la experiencia de haber estado por ejemplo en Buenos Aires en un Congreso de lacanianos en que si habían dos psicoanalistas podían entonces estar en condiciones de formar tres instituciones. El chiste allá era popular y casi cierto. ¡Qué decir de Francia! Ud. puede revisar la Biografía de Lacan de Elizabeth Roudinesco y en su Novena parte, Herencias, examinar el estado del lugar y constatar también la infinidad de instituciones de formación. Le restregué en esa época –en una mesa redonda compartida– a un importante psicoanalista francés discípulo de Lacan, Marcel Czermak, esa evidencia de la multiplicidad de grupos en Francia: se enojó y me recomendó que no usara bibliografía impúdica y poco seria.

Pensé, quise y entonces trabajé decididamente muchos años, en buscar posibilidades de confluencia institucional. Es así como ingresé a la plana de docentes del ICHPA (en esa época Instituto Chileno de Psicoterapia Psicoanalítica) e intenté con poco éxito hacer ingresar a un grupo de jóvenes lacanianos. En la Universidad Diego Portales, pero luego con mayor ímpetu en la Universidad Andrés Bello, impulsé fuertemente la posibilidad de que en el terreno universitario, ahora sí, pudiésemos trabajar conjuntamente los dos psicoanálisis. Realizamos con un cierto éxito un programa de Magister y un Doctorado en Psicoanálisis con renombrados miembros de la IPA nacionales y extranjeros. La iniciativa contaba con la mitad de docentes respectivos. Yo mismo pude ensayar el compartir docencia en una asignatura con una psicoanalista de la APCH. A la hora de pensar en las acreditaciones universitarias, las imposiciones necesarias comenzaron a hacer crítico el quehacer conjugado con la mayoría de los clínicos que no podían dedicar horario jornada a la universidad; por otro lado, el acervo academicista de otros imponía sus condiciones. No faltaron tampoco los detractores de turno, celosos del proyecto y que reservaban los lugares del psicoanálisis para sus propias instituciones. Era necesario un convencimiento mayor y un *deseo decidido* en el equipo para llevar a buen término este proyecto de confluencia. No es casual que una vez que hube de dejar mis compromisos con la Universidad, la especificidad psicoanalítica de los programas decayó. En este sentido *la verdad habló* y demostró que esta

confluencia de los dos psicoanálisis solo podía ser sostenida por la porfía de unos pocos cuantos. Hoy, estoy en condiciones de afirmar que si bien puede haber lazos de cooperación, los caminos de avance son paralelos y cada orientación buscará sus propias conveniencias de formación institucional para sobrevivir, pero esto ya no tiene que ver, a mi juicio, con elementos propios o internos del psicoanálisis, es simplemente lo que ocurre en toda dimensión grupal e institucional humana.

Si se da cuenta, he elegido responder su pregunta casi de manera anecdótica, abusando del recurso de mi propia historia, es lo que creo tuvo relevancia específica para mí en un sentido muy singular: poner en acto mi deseo de que en Chile hubiésemos trabajado conjuntamente. No le niego que en definitiva la hago ver una historia familiar, como, en realidad, no puede ser de otra manera.

GPU: *Relacionado con la pregunta anterior, muchos de los que hemos dedicado la vida a la clínica y a la psicoterapia vemos con cierta perplejidad la convicción de muchos sobre sus estilos y sus organizaciones psicoterapéuticas. Esto, dentro de cierto pensamiento, parece un fundamentalismo creencial, único lugar en el que los fundamentalismos existen. ¿Qué piensa el psicoanálisis, en primer lugar, de la creencia? y ¿qué opina Ud. de las creencias en este ámbito más institucional?*

EG: Ud. con esta pregunta me obliga a abandonar el estilo más familiar con el que decidí, quizás abusivamente, contestar la pregunta anterior. Me pregunta concretamente por el asunto de la creencia en el ámbito del psicoanálisis: es un tema que en el último tiempo me ha interesado muchísimo. Son dos preguntas las formuladas. Primero intentaré contestar algo en relación con la creencia como concepto desde el mismo psicoanálisis y luego la creencia y la institucionalidad psicoanalítica.

Le puedo comentar al respecto que hay un texto que a mi juicio parece ser fundamental sobre el asunto. Es el texto de 1927, *El Fetichismo*, en el que Freud concede todo su valor a la temática de la creencia al darle precisión al concepto de *Verleugnung*, *renegación*.

La renegación consiste en que cuando el niño toma por primera vez conocimiento de la anatomía femenina y esta coincide con la amenaza de castración, descubre la ausencia de pene en la *realidad*, pero *reniega* este desmentido de la realidad a fin de conservar –y esto es lo que nos interesa– su *creencia* en la existencia del falo materno. Y únicamente puede conservarla al precio de una transformación en el yo. Solo que no es cierto que conserve en verdad intacta su creencia en el falo materno. Dice Freud que la conserva pero que también la ha abandonado. Mantiene respecto de esta *creencia*

una *actitud dividida* que se transforma en una especie de desgarramiento del yo, en una *escisión* que cada vez se hace más profunda. En último análisis, el sujeto sufre los efectos de lo reprimido y, en particular, del deseo inconsciente. No sólo no se ha borrado la experiencia, sino que se ha vuelto imborrable para siempre. Ha dejado un estigma indisoluble que marca indeleblemente al fetichista. Lo que sí se ha borrado es el recuerdo.

Este texto de 1927 dista de ser un gran aporte al examen de la perversión fetichista. Es, sobre todo, un prelude que muestra cómo una creencia puede ser abandonada y conservada a la vez y, en todo caso, contribuye a echar luz sobre la condición fetichista del objeto, pero sobre todo abre un camino inmenso para abordar el tema de las creencias.

En cuanto al neurótico, se pasa la vida articulando esta realidad y tampoco él puede decir que las mujeres tienen pene. Pero queda la *renegación* en relación con otras creencias. Es como si la *renegación* del falo materno trazara el primer modelo de todas las *renegaciones* de la realidad y constituyese el origen de todas las *creencias* que sobreviven al desmentido de la experiencia. Hay un caso de un paciente de Freud a quien una adivina le había asegurado que su cuñado moriría envenenado por mariscos. El paciente dice: "Ya sé que mi cuñado no se ha muerto, pero sin embargo esta predicción era formidable". Estas palabras revelan que algo de la *creencia*, respaldada por la adivina, subsiste y aparece transformada en esa satisfacción absurda. Es una fórmula del estilo: "ya lo sé, pero sin embargo" o "ya lo sé, pero aún así" que estamos muy habituados a escuchar en la situación analítica. Este tema es retomado por J-A Miller en el curso "Un esfuerzo de poesía", cuando se pregunta si el psicoanálisis y las religiones son comparables, en una época como esta, en la que existe un fuerte impulso a establecer comparaciones. No sé si se advierte, el "sin embargo" y el "aún así" son a causa del "ya lo sé", del mismo modo que no hay fetiche sino porque el fetichista ya sabe que las mujeres no tienen falo.

Para concluir, si me preguntara si la *renegación* tiene alguna relación con las creencias religiosas, tendería a responder que sí, que no hay ninguna diferencia entre estas y cualquiera de las otras creencias, dejando afuera (pero ese es otro tema) un tipo particular de goce que describió Lacan en su Seminario *Aún*, que es el goce místico. Digamos que en definitiva la *renegación*, como respuesta posible ante la castración, es una situación estructural en el sujeto humano; en este sentido podemos establecer que también la creencia tiene un carácter estructural en el humano. *El sujeto necesita creer*. La creencia, en tanto está articulada a la castración, crea

el velo necesario para que la vida sea posible. Si fuera así, podríamos conectarlo con el planteo lacaniano acerca de "que los que no se dejan engañar yerran" y aún más, con la necesidad de la pantalla y el pudor, porque si bien sabemos que con la castración tenemos que vérnoslas, mirar al sol de frente puede enceguercernos como a Ícaro.

En relación con la creencia en el plano institucional psicoanalítico, le responderé pensando en la formación de los analistas, formación que Lacan no dejó de interrogar en su enseñanza, fundamentalmente interrogar *lo que no da razones*, por ejemplo el dogma de los análisis didácticos (análisis de formación), la creencia ciega en que este debe ser practicado sin explicitar seriamente sus razones. Ud. sabe, hay quienes dentro de la IPA también se han atrevido a cuestionar el didáctico. En la formación de los analistas hay mucho de ignorancia o esoteria disfrazada de dogmatismo y autoritarismo (creo que es lo que Ud. me hace ver, entre líneas, con su pregunta, cuando menciona el fundamentalismo creencial).

Efectivamente, como dice Safouan, cuando a la ignorancia, en lugar de reconocerla como tal se la hace pasar por un saber esotérico, encontrará su compensación en el dogmatismo. Y el dogmatismo da origen a una estructura institucional autoritaria, cuya ventaja consiste en proteger la ignorancia. En efecto, un dogma no es una simple creencia. Quien dice "creo", por ejemplo "creo en Dios", reconoce cierta incertidumbre en la certeza misma que quiere expresar. Una creencia es un acto subjetivo, que en tanto tal traiciona la dependencia del objeto respecto de la afirmación que a él se refiere, como traiciona, al menos en los casos en que la creencia nace de un deseo, la dependencia del sujeto respecto del objeto al que se alude. El dogma es otra cosa (pensemos en las instituciones dogmáticas o en el dogma psicoanalítico). En el dogma nos las tenemos que ver con un objeto que, claro está, requiere un sujeto que lo formule en una afirmación, pero que niega toda dependencia respecto de esa afirmación. Un dogma se considera una verdad que exige ser reconocida como tal. Esta verdad corresponde a lo que se denomina "texto" y el objeto que allí se afirma entraña una paradoja que acepta solo una solución: que el sujeto se borre como sujeto de la enunciación, para presentarse como mero intérprete del texto. Es complejo esto de hacer desaparecer o reprimir al sujeto en una formación psicoanalítica, cuando el sentido es justamente hacerlo aparecer.

De manera que si admitimos que la *represión* es la operación por medio de la cual el sujeto se borra a sabiendas en tanto sujeto, nos es lícito decir que

una institución fundada en un dogma es la represión *en persona*. Y vemos que la fundación de una institución es indisociable de la creación de una casta cuyos miembros se caracterizan por su relación privilegiada con la verdad o con el texto (la casta de los analistas didactas, establecida por principios en toda institución psicoanalítica), y cuya función consiste en la organización de “ceremonias primitivas”. En realidad, esta casta de “iniciadores” o “didactas” o “sujetos que supuestamente saben” constituye la pantalla más formidable que pueda interponerse entre el sujeto y la verdad, en el sentido de lo reprimido. Es justamente por esto que en la Escuela de Lacan no existía esta casta de didactas. Si bien Lacan da importancia fundamental al análisis del analista, dirá que el análisis efectuado por alguien que se convierte en analista *habrá sido, solo a posteriori* análisis didáctico. Si se entiende bien, en este sentido, en la Escuela de Lacan se intentó hacer desaparecer las castas y los analistas didactas.

GPU: *Aun siguiendo con lo anterior, un concepto oriental plantea la “sabiduría del no saber”. Estar perplejo es una forma de respeto. No respeto yo el universo si creo conocerlo de modo religioso, científico o filosófico. ¿El Buda no respondía preguntas radicales como cuál es el origen del universo o del ser humano? No se sabe ni se sabrá jamás. Lo que se sabe es que el universo y el ser humano existen. ¿Es Lacan un ejemplo de aquellos autores que parecen dar cuenta de los fenómenos psicológicos para demostrar que no es posible dar cuenta de ellos?*

EG: Si pensamos, como Ud. dice, en la “sabiduría del no saber”, yo pienso inmediatamente en la “docta ignorancia” de Nicolás de Cusa. Hay una cierta relación con la obra de Lacan, diremos, mejor, con la posición que Lacan describe respecto del analista. Si Ud. me permite intentaré explicar cuál es el sentido de esta posición de “sabiduría del no saber” en psicoanálisis.

Si la ignorancia es una de las pasiones del ser, ¿cómo comprender el lugar fundamental que, curiosamente, Lacan le da al *no saber* del analista? La ignorancia se ubica en el eje del saber, es un estado del sujeto que no sabe lo que pide, lo que demanda, y desde esta perspectiva tiene un núcleo de *indecible*. Sin embargo podemos suponer dos orientaciones de la pasión de la ignorancia. La de ausencia de deseo de saber, es decir, no querer saber nada. Es la ignorancia de la pereza, de alguna manera, la de la cobardía del neurótico. Y esta no es la vertiente que nos interesa. Nos interesa la vertiente de la *ignorancia docta*, aquella ignorancia que se sitúa entre el saber y el no saber. Resistente a la pereza, se sostiene en el deseo de saber y si bien no lo descuida, no olvida que en su núcleo hay un punto de imposible.

El no saber no es de ninguna manera una modestia, es, como dice Lacan, “el único saber oportuno” para la *posición del analista*. Se trata del factor sorpresa que produce el encuentro con aquello que es irremediablemente o irreductiblemente Otro. Esto quiere decir, en un sentido clínico, que este tipo de ignorancia tiene una *función operativa* en la función del analista. Este ignorar orienta al clínico. Una *docta ignorancia* de alguien que sabe pero que voluntariamente ignora hasta cierto punto su saber para dar lugar a lo nuevo que habrá de ocurrir. Desde esta perspectiva es un ignorar operativo y con una orientación clínica.

Para Nicolás de Cusa la vía predilecta de la relación con Dios no se obtiene mediante el saber sino a partir de lo que llama *ignorancia metódica*, que demarca un límite respecto del conocimiento humano. Se sitúa así a Dios sobre todo lo inteligible y lleva o conduce al sujeto a superarse a sí mismo. El sujeto abandona el saber, todo lo que piensa y cree, de manera que llega a un saber que es de *otro orden*. Accede a Dios en una relación auténtica y para ello se hace necesario enumerar hasta agotar los significantes en los que se sostiene ese saber. Por esta vía es lo que piensa Lacan, cuando caracteriza el saber supuesto de los significantes en el inconsciente, es decir, el saber que se sabe (que uno sabe) y el que hay, sin que yo pueda decir que sé. Si se entiende, son dos tipos de saber, y uno referido fundamentalmente al inconsciente, en el que no puede decirse que no sea un saber; es más bien *un saber que no se sabe*.

El analista queda en una posición límite entre estos saberes, se le *supone* un saber, es el sujeto *supuesto* al saber. La sutileza está puesta en esa palabra –*supuesto*–. Digámoslo de otra manera: el analista se inscribe para el paciente en ese lugar intermedio o de hiancia entre el que sabe y no sabe. Supuestamente sabe, es en efecto, el sujeto supuesto saber, sujeto saber todo, salvo en lo que respecta a la verdad del analizante. Esto quiere decir, que desde la posición del analista es necesario que su *docta ignorancia* esté acompañada por un cuestionamiento del ideal... *supuesto*.

Lacan tanto como Freud, piensan que el analista debe preservar en el analizante la dimensión imaginaria de su no-dominio, de su necesaria imperfección, tan ineludible como la consolidación voluntaria de su ignorancia. Es claro este asunto en el caso Emmy. Freud le pregunta por sus dolores de estómago y de dónde provienen, la respuesta de Emmy es que no sabe. Freud le da plazo de un día para recordarlo y decírselo. Ante la respuesta de Emmy en que le dice a Freud, con cierto descontento, que no debe estarle preguntando siempre de dónde viene esto y esto otro, Freud se da cuenta que tiene que “dejarle contar lo que tiene para decirle”.

Si Ud. se fija, con esta invitación a callar, Emmy inaugura en Freud *al analista*, al señalarle el camino que dejará en suspenso su deseo de saberlo todo sobre el caso. Se inaugura así –más allá de este deseo de saber del analista– un lugar para *Otro deseo*, lo que Lacan llama el *deseo del analista*, que deja de lado lo que quería saber y pone en juego la *neutralidad*, cuando da lugar a lo nuevo que va a ocurrir o lisa y llanamente a *dejarle la palabra* a lo que su paciente tiene para decirle. El analista se diferencia de un psicoterapeuta, entre otras cosas, porque *deja la palabra* a su paciente.

GPU: *Si asumimos que el inconsciente es lo no consciente, cualquier “sustituto” o “equivalente” del inconsciente al transformarse en una experiencia pasa a ser consciente y por lo tanto, lo que los pacientes nos comunican son vivencias experimentadas en primera persona. Es así como Karl Jaspers llega a sostener que el objeto de la psicopatología es “el acontecer psíquico realmente consciente”. Considerando esto mismo ¿es posible plantear una psicopatología psicoanalítica? De ser así, ¿cómo la definiría según el psicoanálisis lacaniano?*

EG: Partiré diciendo que los psicoanalistas nos encontramos cotidianamente (en una psicopatología de la vida cotidiana) con el síntoma. Podemos decir, de alguna manera, que el síntoma es nuestra psicopatología. Huésped impuesto, invitado desagradable, que viene no se sabe de dónde, el síntoma es el fenómeno neurótico por excelencia. Con él se sufre, nos deja en una actitud incomprensible e inútil y nos muestra que nunca se está a la altura de la ansiada resolución armónica. Como ve, el síntoma no es un chiste. Trataré de contestar su pregunta buscando hacer una cierta comparación entre el síntoma para la psicopatología psiquiátrica y para el psicoanálisis.

El síntoma ya estaba en la lengua antes de Freud. Pertenecía exclusivamente al campo de la medicina en el que se trataba de describir síntomas a partir de los cuales se pudiese constituir cuadros clínicos. Con Freud el concepto de síntoma se tuerce. Descarta lo meramente descriptivo, pero conserva algo muy interesante: el valor de indicio de una cosa que está sucediendo, la manifestación de una alteración apreciable para el sujeto que lo padece y para quien lo escucha.

En la medicina, en el siglo XIX se trataba de ver, de ver en la oscuridad. La clínica se valía de la mirada para desentrañar los síntomas. Así progresó la medicina y así la mirada del médico tomó un privilegio dominante. Pero, ¿había que verla a Anna O. o había que escucharla? La genialidad freudiana descubre otra lógica, otro método, en rigor, otro síntoma. Los síntomas *hablan*, tienen un sentido y el mismo está en relación con un

inconsciente que hoy –vía Lacan– decimos que está estructurado como un lenguaje. La escucha comprende necesariamente al sujeto que habla, el ser que habla. Y es el significante en su articulación que produce un síntoma.

Una consecuencia de esta primera diferencia con la medicina se refleja en la transmisión (o formación). El síntoma en la medicina es *dar a ver lo que se ve*. Esto produce una transmisión directa. Aquellos médicos elevados al grupo de la jerarquía de profesores se mueven por las salas de los hospitales seguidos del séquito de discípulos para ver lo que el profesor muestra con precisión. Con el psicoanálisis hay una imposibilidad estructural, insoluble. El analista no dispone, como el carpintero o el albañil, de la posibilidad de mostrar directamente su oficio. No puede hacer ver cómo se hace para interrogar un síntoma, para constituirlo como tal (en la vía transferencial) o cómo se hace para poner a trabajar el saber que allí (en el síntoma) se juega. Para acceder a ello se tendrá que vivirlo en carne propia, no se puede mostrar la *escucha*. Por eso, entre otras cosas, la formación de un analista requiere de la experiencia de un análisis

Para la medicina el síntoma marca una transparencia con la enfermedad misma. Es posible afirmar que todos los síntomas podrían convertirse en signos si se cumpliera una condición: que el médico llevara sus conocimientos al grado más alto de percepción. El más alto grado de percepción sería convertir el síntoma en signo (signo de la enfermedad). Es curiosa la necesidad de los maestros de la medicina moderna al tener que pensar ese indicio en el cuerpo con un término esencial al lenguaje que es el “signo”. Agreguemos nosotros que no podían prescindir de este aunque sea en el mero hecho de nombrar cada descubrimiento.

Pero pensemos el alcance que tiene aquella formulación en torno al signo. En este enunciado de la clínica médica, el signo está tratado en su función referencial – lo que también se llama denotación. Hay que destacar esto: la denotación no se produce entre un significante y un significado, sino entre el signo y el referente, o sea un objeto real (la realidad de las cosas). Recuerde que cuando Saussure recorta la unidad lingüística en el signo, compuesto por significante y significado, no relaciona el signo con ningún referente. En la lengua no hay sustancias –dice– sino solo formas. Retomando la función referencial del signo, digamos que también se lo llama signo natural. Por ejemplo la fiebre como síntoma de la gripe: el síntoma forma parte de la estructura del referente. Aquí, por supuesto, no hay relación significante-significado. La gripe no es ningún sentido sino un referente real.

El padecimiento (de alguien) será transformado por el médico que lo llevará al registro del signo, del síntoma que, a su vez, junto con otros formarán un síndrome y así ese conjunto obtendrá un lugar dentro del orden patológico. Por eso, para la medicina el síntoma es *señal*, indicio de un referente que es la enfermedad. Entonces, la intencionalidad, la maestría, el saber y el poder de la conciencia comandan el proceso.

En cambio, para el psicoanálisis el síntoma no es transparente. Tampoco es del todo opaco. Como *La mujer*, es esencialmente enigma. El síntoma del psicoanálisis *indica*. Indica un deseo y un enigma para el analizante. También lo es para el analista, al que solo le cabe seguir escuchando, ya que el sentido del síntoma se da en el *a posteriori*. ¿Qué sujeto es este? Por supuesto no es un agente central que comanda el sentido. Por decirlo de otra manera –en relación con su pregunta– al psicoanálisis no le interesa, por su hipótesis del inconsciente, las “vivencias que son experimentadas en primera persona” o “el acontecer psíquico realmente consciente”. Le interesa, y por lo demás es lo que descubre, un *sujeto dividido entre lo que dice y lo que sabe*. Saber que es inconsciente y que por lo tanto el sujeto ignora. Por eso el síntoma es una formación del inconsciente que responde a una lógica que es propia, según las leyes del proceso primario de Freud.

El síntoma en medicina designa un estado patológico en tanto se aparta de una supuesta normalidad, noción de normalidad obtenida al compararse los organismos, los individuos. De ahí la importancia de la frecuencia, lo cuantitativo, la casuística, factores –entre otros– de los cuales depende la certeza médica. Desde esta ambición de la ciencia, el psicoanálisis sostiene la carencia de que por más extensa que sea la experiencia de un analista, está limitado en la cantidad de casos como para generalizar. Admitir esta especificidad no implica, por supuesto, apostar al menor número. Además, Freud nunca dejó de hacer un esfuerzo para demostrar la estructura en la singularidad caso por caso.

El trabajo de curación sobre el síntoma en medicina se focaliza, se concentra y trata que este último desaparezca absolutamente. En la clínica psicoanalítica el camino hacia el síntoma es otro: la *atención igualmente flotante*, el lado que corresponde al analista en la llamada *regla fundamental* (la asociación libre). Consiste, es sabido, en no otorgar –*a priori*– ningún privilegio a ningún elemento del discurso del analizante. Si se da cuenta, esto es lo contrario a focalizar y concentrar la atención más allá de la aparente contradicción que encierra el término de atención flotante. No prejuzgar anticipadamente el valor de cada fragmento del discurso permite que el encadenamiento se vaya produciendo,

que el *decir* se vaya produciendo. Se trata de no retener especialmente nada (Freud hasta recomendaba no tomar notas durante la sesión). De todos modos, hay que decir que este concepto es más extenso. Involucraba, para Freud, evitar la atención sobre deseos personales, prejuicios y también supuestos teóricos. En rigor, se trataba de “ceder” o “dar” la palabra al Otro y para ello había, entonces, que *desaparecer*. En este sentido el analista renuncia a su yo, tanto como puede, razón para que quepa al psicoanálisis su encuadramiento como “profesión imposible”. Esto no quita que se busque por todos los medios la aproximación asintótica a ese ideal cuyo correlato es la *neutralidad* analítica; otra fuente de malentendidos. Neutralidad que no es neutralización del psicoanalista como persona ante el mundo, sino neutralidad ante el deseo inconsciente de su paciente que se va develando frente a sus ojos en el proceso analítico. Neutralidad que es *ne-uter*, no otro, ni uno ni otro. Neutralidad que comanda su silencio puesto que si él se calla, es para *dejarle la palabra a ese Otro más allá del otro*. Ese Otro, que en este caso es el discurso inconsciente y no el “otro” como el semejante. El analista le deja la palabra al Otro, al inconsciente, y para eso debe desaparecer ya que si aparece le da curso al otro, al semejante. Si se da cuenta, en este sentido, desde el psicoanálisis, se deja de lado el “acontecer psíquico realmente consciente”; como Ud. me indica en su pregunta.

Finalmente y retomando el asunto, decíamos que el trabajo sobre el síntoma se concentra, se focaliza en la medicina; ya vimos su diferencia con el psicoanálisis, pero también agregábamos que ... “hasta que desaparezca absolutamente”. Es cierto, cualquiera –creo– puede reconocer que habiéndose sometido a un tratamiento médico exitoso, habiendo desaparecido los síntomas completamente, la frase que concluye todo, es: “está curado”. Es difícil –al revés– que alguien tenga esta experiencia con un psicoanalista, no porque los síntomas no se “curen” sino porque el *residuo*, el *resto*, tiene lugar en la estructura. El síntoma no es solo una rareza de la persona que consulta, sino que existe en el estado neurótico común. No es del orden de la contingencia porque es una formación del inconsciente, y en el inconsciente no se practican extirpaciones. El cirujano, en cambio, corta con el bisturí por tejido enfermo hasta “cortar por lo sano”. El informe de la biopsia será claro: “extirpación completa”.

Entonces queda el *resto*, el *residuo*, el *ombligo*; para Freud, aquello que nunca será alcanzado por la interpretación. En este sentido el síntoma es solo una satisfacción parcial del deseo; el conflicto es estructural al aparato psíquico y se paga con la moneda del síntoma;

nunca la función del padre operó a la perfección; hay ganancia de la enfermedad o *goce* que es intrínseco al síntoma; y el inconsciente es un encuentro fallido con lo Real, siempre quedará algo que será la cifra de algún síntoma.

Es así como se me ocurrió responder a sus preguntas, por la vía de hacer un paralelo de la significación del síntoma para la medicina y para el psicoanálisis. Creo, en este sentido, que desde la definición jaspersiana de psicopatología estaríamos contraindicados de proponer una psicopatología para el psicoanálisis; lo contraindica la definición misma del inconsciente psicoanalítico.

GPU: *Con el paso de los años el psicoanálisis "freudiano" ha tomado diversos rumbos (psicología del yo, psicoanálisis interpersonal, escuela de las relaciones objetales, psicología del self, etc.). En la actualidad es notorio el auge del psicoanálisis relacional e intersubjetivo, además de los enfoques basados en la teoría de la mentalización. ¿Qué le parece este escenario, tomando en consideración la época contemporánea? ¿Cómo definiría el psicoanálisis contemporáneo?*

EG: El escenario que Ud. me propone se compone de corrientes, orientaciones de moda. Yo prefiero hacer un recorrido a lo que podríamos pensar como la *actualidad de la clínica psicoanalítica*, es decir, a lo que el psicoanálisis se tiene que enfrentar, siempre procurando estar a la altura de la subjetividad de la época. En este sentido apuesto a lo clásico que hay en el psicoanálisis, a los autores que nos sirven, no para hacer del psicoanálisis una ortodoxia; prefiero en este sentido lo clásico, que de algún modo nos puede permitir pensar la actualidad.

Actualidad que enfrentamos los analistas como, por ejemplo, una marcada modificación de las motivaciones implicadas en la asistencia a las consultas. Fenómenos clínicos que parecen alejarse del antiguo síntoma freudiano como manifestación de lo inconsciente o del sujeto dividido (escindido). El predominio de una angustia desanudada llevada a su punto máximo en el ataque de pánico. Las depresiones manifestadas en abulia e inhibiciones. Los *acting out* y *pasajes al acto* (actuaciones e intentos de suicidio) en sus múltiples manifestaciones que parecieran producirse lejos de lo que podríamos llamar escena intrapsíquica. Las compulsiones y la peculiar relación con el objeto que se pone en juego en la adicción. Es así como también parecieran quedar rezagados los conflictos y padecimientos subjetivos de los que se ocupaba el psicoanálisis, especialmente de aquellos que podían ser reconocidos por quienes consultaban y ponerlos en el juego transferencial con el analista. Este panorama además se vincula,

al menos pienso que debiera ser así, con el incremento en las interconsultas con la medicina, con la psiquiatría y/o con otras disciplinas.

Las quejas o demandas con alto nivel de ansiedad y angustia podían ser tramitadas en el mismo marco del psicoanálisis, por ejemplo incrementando el número de sesiones para promover el despliegue de esas señales. Hoy nos encontramos con una especie de estandarización de la frecuencia semanal y la respuesta termina siendo una sustitución de sesiones por psicofármacos. Las angustias son medicadas y ya no *interrogadas*, como se solía hacer en la clínica psicoanalítica.

La globalización atravesó todas las barreras culturales e instaló nuevos imperativos y modos de goce. Se funciona con base en ideales comandados por el mercado y sostenidos en el consumo de objetos, también se universalizan los modos de satisfacción. Se importan y replican ideas y festejos, Cyber Monday, Halloween, etc., con una marcada acción de marketing para fomentar el consumo y esto se hace muy lejos de una expresión cultural. Se trata, en definitiva, de una globalización de la respuesta al *malestar en la cultura* por la vía del consumo. Una relación con el objeto donde se excluye el lazo con el cuerpo del otro, con el deseo y con la palabra. Un sujeto ubicado en un goce localizado más allá del padre y en un franco rechazo al saber.

La ciencia y la tecnología se constituyen en los nuevos amos epocales. Sostenidas en sus avances, sus discursos promueven que la idea de la felicidad –tan de moda hoy– y la plenitud, están al alcance de cualquier sujeto a través de la adquisición de los objetos. Se promueve un goce generalizado común a todos los sujetos. Los gadgets tecnológicos y las “promesas” de la ciencia precipitan que cualquier malestar, pensamiento intrusivo, dolor psíquico, tristeza o angustia puede ser resuelto con algún fármaco. El deterioro propio del paso de los años intenta ser velado por las cirugías plásticas; la procreación prescinde del otro con fertilizaciones asistidas y las clonaciones; el encuentro con el otro es prescindible; la genética redefine las nociones tradicionales de parentalidad. Se le ofrecen al sujeto objetos que podrían neutralizar la división subjetiva (aquella que supone lo inconsciente), el ejemplo es el uso de drogas en los adolescentes como modo de no querer saber nada de su propia subjetividad, de su propio inconsciente, de la insatisfacción, de la castración del sujeto. Encontramos, por lo tanto, un sujeto corriendo detrás de los objetos, trabajando más para producir más, con un efecto de acotamiento cada vez mayor del lazo social. “Nada es imposible, tu puedes” –es el decir de la publicidad–, claro rechazo de las limitaciones que la castración propia del sujeto del inconsciente

impone estructuralmente. Todo es mercancía. El ser y el tener aparecen soldados; ya no hay disyunción. Es el capitalismo hipertrofiado y si no se funciona en esa frecuencia, entonces la depresión, el vacío de sentido, la desesperanza.

Esta declinación de los semblantes de autoridad puede ser pensada también desde los desarrollos freudianos de Psicología de las Masas de Freud: La caída de la figura del líder, que funcionaba encarnando un ideal con el cual identificarse, al tiempo que sostenía los lazos libidinales de los individuos entre sí, sería suficiente para que la masa entre en pánico. Queda, entonces, un sujeto sin brújula, angustiado, solo. Es decir, la inconsistencia del Otro (padre) hace vacilar los soportes con los que contaba el sujeto. Ahora, desorientado, podrá encontrar un amarre en los objetos que el mercado le ofrece. Cae la ley paterna y se encumbra la ley del mercado.

La ciencia cuestionó la religión y con ello la autoridad paterna, pero también el capitalismo desplaza al padre constituyéndose también como amo. Los movimientos totalitarios del siglo XX intentan reinstalar el lugar de la autoridad, pero encarnando a un padre absoluto que no tiene el contrapeso de la ley, y deviene perverso.

Por supuesto que indagar en las causas del declive de la autoridad paterna excede el marco del psicoanálisis. Hay un cambio subjetivo porque hay un cambio histórico. Podríamos decir que las formas actuales de responder al malestar estructural de la cultura (Freud) muestran una especie de fuerte desmezcla pulsional. Encontramos un superyó desatado que no puede ser neutralizado por Eros. Búsqueda de un *goce ilimitado* que –a veces– solo encuentra un tope en la muerte.

Estas soluciones sintomáticas (o las vías por las que el síntoma encuentra salida) no resultan ser formaciones del inconsciente, en el sentido freudiano; no dividen al sujeto (en el sentido lacaniano). Carecen de la envoltura formal del síntoma neurótico tal como fue presentado por la clínica psicoanalítica.

Cuando hablamos de *goce* nos remitimos a la satisfacción pulsional, por definición autoerótica, es decir, satisfaciéndose en el propio cuerpo; se trata de una satisfacción que no pasa por el Otro. Hablamos de una tendencia al exceso. Un empuje a gozar, goce que además se hace ver, es cuestión de mirar los programas de televisión *reality*. “*Anda y goza, es tu derecho*”, reza la consigna de este cambiado superyó epocal. La dimensión deseante, sostenida en los ideales, quedó ahogada por la depresión y el vacío. Y el intento de “llenado” también circula por el lado de los vínculos, por ejemplo del diario íntimo del adolescente al “tengo 300 amigos

en Facebook”. Lo inconsciente, sin embargo, se ubica en otro registro, en un discurso que viniendo del Otro promueve identificaciones que determinan al sujeto.

Se trata, como podrá ver, de nuevos síntomas que marcan ciertos límites, pero también desafíos en nuestra práctica clínica psicoanalítica. Por otro lado, quedan resaltadas entonces dos dificultades que se presentan en la clínica ligada a los síntomas actuales: por un lado, la falta de atadura significativa (la relación de uno con otro, haciendo red simbólica) y la fuerte impronta superyoica derivada de lo que llamamos anteriormente la desmezcla pulsional. Tenemos entonces, frente a este panorama que le describo, algunos desafíos los psicoanalistas de cualquier orientación o vertiente. Por ejemplo respecto de la función del analista: ¿de qué manera se recorre la tarea analítica cuando los síntomas de la época se presentan desprovistos de atadura significativa o simbólica? Respecto de la transferencia, queda expuesta la dificultad en la clínica, de establecer un lazo transferencial al no haber suposición de saber en el Otro (padre o analista), puesto que tenemos, en esta época, un Sujeto Supuesto Saber caído y destrozado antes de su propia constitución, cuando *Google* quizás, es la nueva sede del saber.

GPU: Siguiendo en la línea de la pregunta anterior, en el sentido en que Ud, expone ciertas condiciones de lo contemporáneo. ¿Qué piensa puede subsistir del dispositivo clínico psicoanalítico con el cruce de esta época?

EG: Muy a tono con la época y como otro de sus efectos, la atención psicoterapéutica está hoy en manos de las isapres y/o las previsiones de las instituciones de salud del Estado que, de alguna u otra manera, bajan línea en cuanto a los tratamientos. Se trata de “objetivos” que paciente y analista acuerdan conjuntamente. Objetivos, por otra parte móviles, solucionables en un plazo no mayor a cierta cantidad de sesiones. Si se fija, no se trata de un trabajo guiado por el síntoma (que sería, para el psicoanálisis, lo más genuino del sujeto) que habla. Hay metas terapéuticas y nomenclaturas basadas en el DSM.

Habría que preguntarse por el porcentaje de pacientes que se atienden hoy a través de estas instituciones. En este sentido se tiende a regular la frecuencia de las atenciones y es difícil puedan ser más de una a la semana. Hay un notable incremento de pacientes medicados. Se suman nuevos obstáculos y los psicoanalistas, parece ser, quedan o tienden a diluirse en una práctica asistencial regida por ideales terapéuticos de carácter sanitarista y sostenidos en lo que podemos llamar remisiones sintomáticas. Y sabemos –a partir de los desarrollos freudianos– que un sujeto no necesariamente

quiere su bienestar. Encontramos una fuerte discordancia entre lo que discursivamente plantea un sujeto y sus actos. Fácilmente se advierte de qué manera puede ir alguien en contra de sí mismo, dañarse, provocarse sufrimiento, malestar, quedar aplastado por lo que Lacan llama el goce y Freud el más allá del principio del placer.

¿Cómo abordar en esta época los efectos de la declinación del padre como lugar de saber y sostén de las identificaciones y los ideales? Quedará, como desafío, en las maniobras del analista contemporáneo, en los recursos que pueda implementar para reconducir los análisis hacia el develamiento de un saber no sabido (inconsciente) y al reconocimiento de que este siempre falta. Quedará en su “saber hacer” con lo imposible, con la falta en el saber, con la falta en ser, con lo irreductible del síntoma, con el real que acosa, con las resistencias del paciente y las propias.

Se trata de que un sujeto se responsabilice de aquello que lo aqueja, de su modo de gozar, por ejemplo en sus síntomas. El psicoanálisis debiera responder al mandato del amo moderno con el *deseo del analista* delimitando el *goce* singular de cada quien, reinstaurando el lazo social, apuntando a buscar nuevos arreglos con las modalidades de goce actuales, lejos de los arreglos preestablecidos por el goce universal de la globalización.

La inexistencia del Otro (el analista, el padre de la horda, etc.) deberá ser el punto de llegada en el análisis, y no un punto de partida en la vida de un sujeto (como podíamos suponer antiguamente). La caída de los semblantes e ilusiones y el descubrimiento de que por detrás de ellos no hay nada, estamos seguros, disipa la angustia.

Sabemos que las dinámicas históricas reorganizan la subjetividad, el analista tendrá que estar entonces a la altura de las nuevas subjetividades. El psicoanálisis es heredero de una praxis que cuestiona el orden imperante a la vez que es interpelado por producciones sintomáticas novedosas, organizaciones vinculares y familiares en proceso de mutación, nuevos discursos y formas de producción, así como nuevos abordajes de lo psíquico.

El psicoanálisis enfrenta entonces una encrucijada y de la respuesta que ofrezcamos los analistas dependen tal vez los destinos de nuestra práctica. Estancarse en una queja melancólica que añora el retorno a un estado previo, o afrontar el desafío de reinventarse a la luz de los nuevos desafíos epocales. La primera de las opciones nos sitúa en el marco mismo de la neurosis y la repetición. La segunda tal vez nos permita introducir un elemento diferencial en un circuito repetitivo, que es justamente lo que Freud llamó *la tarea analítica*.

GPU: Si hay algo que sobresale en la biografía de Freud es su empeño de hacer del psicoanálisis una ciencia. A su vez, da la impresión que los seguidores de Lacan se han resistido a ingresar al campo de la investigación empírica. Por el contrario, los desarrollos teóricos del psicoanálisis lacaniano en diversas áreas como la filosofía, la lingüística, la política y el arte son prácticamente inabarcables. En este sentido quisiéramos preguntarle: ¿Qué piensa acerca de la investigación empírica en psicoanálisis? y ¿por qué el psicoanálisis lacaniano se ha mantenido al margen de esta disciplina?

EG: Intentaré responder a su pregunta de manera asintótica. Quiero decir con esto que trataré de decirle lo que pienso es o, más bien, hacia dónde debiese apuntar la investigación en psicoanálisis. Me ayudaré con aportes de algunos analistas, cuya labor ha sido también al interior de marcos universitarios y que han pensado sobre el asunto.

La crítica que se le hace al psicoanálisis por ser un método no verificable según los criterios de la ciencia experimental es ya ampliamente conocida y se hace desde disciplinas como la psicología experimental y la psicología cognitiva conductual, que le exigen al psicoanálisis una condición de ciencia que, en ellas mismas, es muy cuestionable y dudosa. Héctor Gallo, un psicoanalista colombiano, que ha dedicado tiempo a la cuestión de la investigación y psicoanálisis, dice que estas disciplinas creen que es posible mantener indiferenciadas la *verdad* y la *exactitud*, incluso si se trata de asuntos que no pueden ser objetivados, como la inteligencia y cuestiones relativas a las pasiones humanas, en donde es imposible no entrar a hacer valer la *conjetura*, sin que necesariamente se excluya el *rigor*.

La condición para que *verdad* y *exactitud* se mantengan indiferenciadas es que tanto en la clínica analítica como en la investigación con el psicoanálisis se adopte como condición metodológica una verificación de los hechos relatados, para así certificarlos. Aunque este procedimiento permitiría una cuantificación de la experiencia que le daría al psicoanálisis una apariencia de ciencia, seguirlo equivaldría a traicionar el método psicoanalítico, que tiene por finalidad preservar al sujeto (que para el psicoanálisis sería el sujeto del inconsciente).

Es interesante esto, porque podemos suponer ciertas maneras o ciertos métodos que debieran compartir quienes investigan con el psicoanálisis y que incluyen, como parte de las fuentes primarias, el testimonio de personas entrevistadas. Se trataría de cuidar no reducir el sujeto a sus *dichos* y tener en cuenta la emergencia del *decir*, la cual se produce en la medida en que se cuestione la posición de dicho sujeto con respecto

a lo que *enuncia*. Este modo de proceder es clave porque es otro elemento que distingue la investigación psicoanalítica de la investigación social cualitativa. En el método cualitativo el trabajo de análisis de discurso se mantiene en el nivel del *enunciado*, en una lectura de gestos, actitudes, lenguaje corporal, signos, señales, pausas, tonos. El aporte del psicoanálisis es pasar en el análisis de este nivel fenomenológico de producción de discurso a promover un segundo paso hacia la *enunciación*. Debo hacer un paréntesis corto para distinguir lo que en psicoanálisis se ha llamado *sujeto del enunciado* y *sujeto de la enunciación*. El *sujeto de la enunciación* es aquel que contempla las condiciones de posibilidad para que el *sujeto del enunciado* aparezca, es decir, es el que corresponde a las condiciones inconscientes de producción del sujeto del enunciado, este más cercano a la conciencia. Entonces en la investigación en psicoanálisis se debiera sostener a ese *sujeto de la enunciación*, que es nada menos que el inconsciente, el objeto de estudio del psicoanálisis. Si no lo contemplamos y solo recurrimos al sujeto de los gestos o de las señales y signos, abortamos de toda la aspiración del psicoanálisis.

Mientras la investigación cualitativa se preocupa por localizar los índices de objetividad, y en el caso de la investigación participante se recomienda una implicación del observador en los acontecimientos o fenómenos estudiados, a la investigación en psicoanálisis le interesa establecer los índices de subjetividad –índices del inconsciente–, que no es equivalente a lo oculto y latente, sino el lugar donde en rigor se intenta leer lo que hace marca significativa. No se trata de que el investigador psicoanalítico haga parte de la actividad social y comparta las actividades fundamentales que se realizan en la comunidad o institución, ya que su investigación no se dirige a un grupo, a entender sus modos de expresión, reglas, maneras de funcionar y de comportarse, sino *al sujeto en su decir y a la posición que allí se trasluce*.

Tanto en un análisis como en la investigación con el psicoanálisis, lo fundamental, desde el punto de vista metodológico, no es en rigor revelar lo no dicho, lo no aparente, lo que escapa al conocimiento consciente, sino, como dice J- A. Miller, localizar el *decir del sujeto*, o sea, la enunciación que significa la posición que aquel que enuncia toma con relación al enunciado.

Localizar el decir del sujeto se puede proponer como un principio general que ha de guiar al investigador psicoanalítico en lo clínico y en lo social. Se trata de una línea metódica que sería saludable seguir en las diferentes investigaciones, porque permite preservar al sujeto del inconsciente. Este sujeto se diferencia notoriamente del individuo entrevistado en los estudios de caso, que

permiten registrar e interpretar hechos o situaciones con una relativa cercanía a la manera como suceden, presentarlos, describirlos, e incluso evaluarlos.

Se puede pensar que, con respecto a la definición del valor del *dicho* en una entrevista investigativa con el psicoanálisis, es clave tener en cuenta la indicación metodológica que acabamos de hacer. Lo que define el valor del *dicho* no es que sea falso o verdadero, como sucede en una indagación jurídica o en una investigación descriptiva, sino que se establezca qué es lo *dicho* para el sujeto, si retroactivamente niega o confirma la afirmación, si lo dicho es de él o es una cita del discurso del Otro.

Es muy usual que quien habla niegue después lo que dijo, se retracte o lo cambie en su contenido, que en el Derecho, por ejemplo, ha sido necesaria la institución de la escritura para cerrar definitivamente un negocio que partió de un acuerdo verbal. Se trata de ponerle un límite legal al posible cambio de posición subjetiva, ya que con la firma del contrato se garantiza que, al día siguiente, no se pueda correr a intentar cambiar el papel firmado. Esto quiere decir que el sujeto del derecho social tiene sus propias leyes en contraposición al sujeto del derecho psicoanalítico. El psicoanálisis en su clínica, y pienso también en la práctica de la investigación, no se ocupa del sujeto en función del derecho social, sino del sujeto en función del derecho psicoanalítico, esto tiene que ver con una cuestión *ética*, de ahí que se admita la posibilidad de que el sujeto en su discurso ponga lo dicho anteriormente entre comillas como si fuese una cita, y no por ello se le considerará falto de seriedad. J-A Miller dice al respecto: Siempre que se constituye una secuencia significativa, el dicho anterior cae en cierta objetividad y entonces puedo decir: “Eso fue lo que yo dije antes, pero ahora diré otra cosa”. El hecho de que quien habla admita esta posibilidad de volver permanentemente sobre los dichos para replantarse su posición como sujeto frente a ellos, plantea la cuestión de saber desde qué posición lo hace.

La referencia de lo que se dice, sea en la clínica o en una investigación psicoanalítica que propone entrevistas a profundidad como parte del método, es el propio sujeto y no el fenómeno como tal. Ocuparse de la localización de este sujeto con respecto al *dicho* no remite a la situación social del hablante, como sucede en la investigación cualitativa, sino que es la manera de facilitar la introducción del sujeto en el inconsciente.

La afirmación que acabamos de hacer permite consignar la siguiente hipótesis: que la presencia pulsátil del inconsciente –lo que aparece como un destello, un resplandor, y enseguida desaparece– no sería exclusiva del dispositivo clínico. Se puede, por ejemplo,

observar esta presencia en un dispositivo de entrevista a profundidad, pero su captación exige estar atento a la sorpresa que, por ejemplo, produce la aparición inesperada de un *acto de insight*. Este acto constituye el repentino advenimiento de un hallazgo subjetivo; se define como la vivencia de un encuentro más o menos inexplicable, pero que no es el resultado de un milagro, sino el resultado de una larga cadena de razonamientos íntimos e imperceptibles por la conciencia.

Si se da cuenta, he intentado cambiar el tono de su pregunta con una respuesta que trata de abordar lo que sería una cierta finalidad de investigación en psicoanálisis, el método debe tener su especificidad en consideración al propio objeto de estudio, el inconsciente, que –sigue siendo válido repetir– vino a subvertir cierta noción de *sujeto y subjetividad*. Es por esto que desde el mismo psicoanálisis es posible constituir un discurso crítico a la empiria y a los positivismos. Lacan hace toda una interpretación del sujeto de la ciencia muy interesante, dice que el advenimiento de la ciencia (Descartes) es un mecanismo psicótico ya que elimina (forcluye) el problema del *ser*. Esto quiere decir, como decía un psicoanalista amigo, Marcel Czermack, que la ciencia puede ser una “locura”, lo que nos sirve para ubicarnos frente al problema de la ciencia, y que esta vez, en lugar de ser –como ocurre siempre– la ciencia la que cuestione al psicoanálisis, sea el psicoanálisis el que cuestione a la ciencia; los epistemólogos están siempre pidiendo que el psicoanálisis les responda en los

términos mismos de la ciencia, quizás sería interesante que ahora sea el psicoanálisis el que haga la operación inversa, por lo menos en la cuestión que tiene que ver con el sujeto de la ciencia, que, dicho sea de paso, es el mismo que el del psicoanálisis; es justamente en este vértice donde se puede realizar una fecunda discusión.

Creo que ya no se trata de qué tipo de psicoterapia es la más apropiada para la investigación (sabemos lo que piensan los cognitivos comportamentales). El problema se desplaza de la psicoterapia misma, sus métodos, sus procedimientos, sus instrumentos “objetivos”, a ese factor *x* que presentifica al terapeuta. Hay allí, efectivamente, un límite a cualquier cientificismo, en cuanto la cura supone siempre la estructura de un discurso, es decir, la puesta en acto de un lazo social. Algo que se articula, ciertamente, al manejo de la transferencia (un tipo de relación que supera con creces la sola participación de un dueto, que involucra la relación especular –yo, otro– y la relación simbólica –yo, otro al Otro) y que está también ampliamente presente en el *ars medica*, cuando en todo tratamiento interviene inevitablemente lo que se aísla como perteneciendo a la relación médico-paciente, cuestión sobre la que Freud nos advierte desde el inicio de los inicios. Me pregunto, finalmente, ¿qué sería de los fundamentos de la asociación libre, de la transferencia como lazo social, del sujeto barrado, de la castración y en definitiva del inconsciente, si operamos con ellos en un terreno que siempre los desconoce?

ENSAYO

DEL PRINCIPIO DEL PLACER

(Rev GPU 2017; 13; 2: 144-145)

Hernán Villarino

Dejando a un lado la gazmoñería, pareciera que es muy simple aceptar en la psicología la realidad de un principio como el del placer, cualquiera sea la formulación con que se lo justifique, porque se trata de una verdad evidente que no necesita de más pruebas. No obstante, ¿qué es lo que este principio realmente significa o pudiera significar? Por lo pronto, un principio es lo principal, no una causa (ya el concepto de causa es lo suficientemente enrevesado como para aumentar el riesgo de confusión mezclándolo con el de principio). La causa está antes, es lo anterior en el tiempo, y se cumple en un determinado efecto; el principio, en cambio, es una condición que está antes, durante y después.

Ahora bien, si lo que se quiere decir con aquel principio es que lo que buscamos siempre y en todos los momentos de la vida es el placer, que todas nuestras acciones y facultades lo demandan permanentemente, entonces el placer realmente es un término. La vida tendría una finalidad: el placer, que sería su causa final. Pero así, desde luego que el placer no es ningún principio, y con esas premisas es injustificable como tal.

Si el placer fuera lo que se busca, si es un fin, entonces ahora no se lo tiene. En lo que yo hago y en lo que pienso de modo efectivo el placer no está actuando porque lo que hago es buscarlo, y si lo busco es porque no lo tengo. Claro que si no lo tengo y lo busco bien pude ser que no lo encuentre (para el budismo, dice César Ojeda, buscar el placer es involucrarse en las redes del sufrimiento). Podría, analógicamente, hablarse de un principio del conocimiento, en el sentido de que el conocimiento es lo que se busca. Ahora bien, muchas vidas, después de darle largas vueltas a este asunto, concluyen en el escepticismo, es decir, recono-

cen que nuestro pretendido conocimiento es ilusorio y que en realidad no conocemos nada. Del mismo modo, una vida dedicada a la búsqueda del placer puede no encontrarlo y concluir que su pretensión es engañosa y siempre condenada al fracaso, de modo que si esa vida no ha disfrutado nunca del placer que anhela ¿cómo podría un placer nunca experimentado, como el conocimiento nunca conocido del escéptico, ser el principio real de esa vida? Una causa puede marrar, pero, ¿cómo podría fallar un principio?

Si bien es concebible el placer como causa final (pero de un modo impropio, porque es absurdo considerar que lo que va a ser pero no es como causa de algo), si bien es impropriamente concebible el placer como causa final, decíamos, como acabamos de ver, eso no garantiza su logro, de modo que no es ningún principio; en cambio, el placer como causa eficiente es completamente inconcebible. Entenderlo de este modo supone que es actual y real, que es lo que mueve, y que todo lo que yo hago está determinado no por el deseo del placer, sino por un placer ya existente. Pero es evidente que el placer es lo buscado, de modo que si está de algún modo es en potencia, no en acto, pero una causa eficiente tiene que estar en acto; caso contrario carece de toda eficiencia. Por lo demás, si el placer fuera causa eficiente no podríamos sentir displacer en ningún instante de la vida, lo cual contradice a la experiencia.

Las consideraciones anteriores nos ponen en un callejón sin salida, pero seguramente porque hemos empezado por el techo y no por los cimientos. La primera pregunta de una indagación como esta es la de qué debemos entender por placer, después ya veríamos si es un principio, una causa, un fin, una sustancia, un accidente o alguna otra cosa.

Se define el picor como esa sensación que invita al rascado y quizá del placer solo podamos decir que es aquel sentimiento que invita a su reiteración. Pero qué duda cabe que ninguna experiencia real es repetible, porque siempre es particular, de modo que podrá asemejarse a otra, pero nunca puede ser idéntica con ella. En todo caso, si del placer se afirmara que lo que busca es la repetición, entonces está sujeto y condicionado por la memoria y se constituye como un hábito; pero así no es ningún principio porque él mismo se sostiene en las otras dos instancias mentadas. Por lo demás, si el placer es realmente particular y no reiterable, cuando hablo de él en general no me comporto como un viviente que conoce el placer viviente, sino como un lógico que abstrae lo temporal y contingente que el placer contiene (y que constituye toda su sustancia) para transformarlo en un concepto o una idea. ¿Pero es eso posible? Por lo pronto, a diferencia de lo que ocurre con los objetos de la conciencia donde son legítimos los conceptos (nadie discute lo que es un círculo o un cuadrado) no hay una comunicación del placer (lo que a mí me place no por eso le place al otro), no hay una continuidad del placer (lo que hoy me place mañana me disgusta), ni tampoco hay una verdadera comunidad del placer (porque yo no sé qué siente exactamente el otro cuando dice que siente placer). Entonces, ¿cómo hacer de él un concepto?

Si las cuestiones anteriores fueran atendibles estaríamos en una situación muy parecida a la que encaró Wittgenstein, quien primeramente alcanzó una concepción unitaria y completa del lenguaje, aunque al precio de dejar fuera de él, como sinsentido, la mayor parte de la experiencia lingüística humana. Como no se empeñó en reducir la realidad a su propio esquema mental, el segundo Wittgenstein giró en 180° y validó todos los usos del lenguaje que había condenado en su anterior propuesta, pero en cambio sacrificó su unidad e inteligibilidad. Si la primera aproximación de Wittgenstein era radical y exclusivamente lógica, en la segunda concibió el lenguaje como una caja de herramientas, es decir, de un modo radicalmente pragmático. El lenguaje,

ahora, no es significativo por su mera estructura lógica, sino por el juego en el que se está jugando. Lo que tiene sentido para hablar de fútbol no lo tiene para hablar de física, pero el lenguaje del fútbol y de la física tienen sentido en su propio ámbito. Ambos son prácticas humanas inteligibles y comunicables, aunque no tengan nada que ver entre ellas. Pero aparte de los usos de los que dimana, el lenguaje carece de sentido, de modo que no significa nada hablar del spin del arquero o de la indeterminación cuántica de un gol. Las reglas lógicas del lenguaje en general no existen, o no las conocemos, lo que hay son lenguajes asociados con los usos y las prácticas, es decir, con lo que Husserl llamara el mundo de la vida. (Por eso, el estructuralismo en general, para el que todo es lenguaje, o la frase estructuralista: “el inconsciente está constituido como un lenguaje”, desde el punto de vista de Wittgenstein son un absurdo).

Cabe preguntarse si hablar de un principio del placer como de muchos otros términos que todavía usamos no se corresponderá con una época pre-wittgensteiniana en que la psicología se asimilaba con las ciencias naturales, porque hablar de un placer intelectual, por ejemplo, no tiene nada que ver con hablar del placer de pasear en un día soleado después de un invierno riguroso, que cae en otro juego de lenguaje. Como los usos y prácticas no son homogéneos, el término placer empleado en esos dos casos, aunque sea el mismo, no tiene un sentido general sino propio en cada determinado juego de lenguaje. Ni hay un placer ni menos un principio del placer, lo que hay son muchos placeres irreductibles unos a otros.

La reflexión de Wittgenstein tiene la extraordinaria virtud de disolver fantasmas y quimeras verbales, aunque tampoco esté exenta de crítica. En todo caso, a nuestro entender, la razón última para rechazar un principio del placer, o cualquier otro principio en lo relativo a la vida humana, es que el hombre es libre, de modo que los únicos principios operantes para su vida son los que él mismo pone. Sería contradictorio, entonces, que estuviera constituido, determinado o causado por cuestiones psicológicas.

ENSAYO

LA ELIMINACIÓN DEL MONISMO MENTE-CUERPO EN PSICOTERAPIA

(Rev GPU 2017; 13; 2: 146-149)

César Ojeda

Pareciera que la superación del dualismo fuera una muestra de pensamiento evolucionado en los teóricos psicoterapeutas y filósofos. Sin embargo el “yo soy mi cuerpo” es una postulación (y una moda) extraordinariamente frágil. Justamente la revelación más estremecedora en los seres humanos es aquella que nos dice todo lo contrario, aquella que nos dice que el yo (ego), mi relato personal y su libreto, es en gran medida independiente del cuerpo. El cuerpo de cierto modo nos define y afecta, pero lo sorprendente es que nuestro proyecto de vida personal le es, al cuerpo, indiferente. “A sus neuronas les importa un rábano quién sea usted”, decía Daniel Dennett, a mi juicio acertando esta vez. El cuerpo tiene su proyecto independiente y no nos pregunta nada para realizarlo. Basta con envejecer o enfermarse para que nos demos cuenta de que el cuerpo no ha tomado en consideración nada de nuestro proyecto de vida, de nuestros afanes ni de nuestras responsabilidades.

EL EGO

Como muchas expresiones que se originan en la psiquiatría, la palabra “ego” tiene mal aspecto. Basta seguir los derivados ególatra, egocéntrico y egoísta, para que lo dicho se haga evidente. Sin embargo, ego significa en latín “yo”. Este que soy. Hemos desarrollado en otros escritos (Ojeda, 2016)¹, que el ego es histórico, pues yo soy aquel que ha vivido una existencia intransferible, pletórica de contingencias y sucesos que, de diversas maneras se me hacen presentes como “ya ocurridas”. Soy médico porque “ya” estudié medicina. Con independencia de la forma en que ese pasado integre

mi vida actual, es un requisito para saber experiencialmente “quién soy”. El recuerdo y la predicción forman un entramado que contiene la presencia-presente de la identidad (el *ídem* latino). Un presente sin recuerdo y sin predicción es un presente vacío (como ocurre en las fases terminales de la enfermedad de Alzheimer). El paciente está consciente, pero carece de identidad, porque no puede hacer presentes las ausencias que constituyen su ego (el pasado y la predicción) (*ibíd.*). Si así fuese, el ego y la conciencia son fenómenos distintos: puedo estar consciente sin identidad, como el caso señalado, pero no puedo tener identidad sin conciencia. Por lo mismo, el ego nunca es la conciencia sino un

¹ Ojeda, César (2016). *El Acceso a la Subjetividad: Fenomenología, budismo y psicoterapia*. Sodepsi Ediciones, Santiago.

objeto de conciencia como todo lo recordado, pensado, fantaseado y percibido. Sumado a lo anterior, en este bosquejo habría que agregar que no se trata en el ego de un punto virtual, sino de una trama biográfica y de la narrativa que la conforma. Hemos también señalado, antes, que esa trama está hecha de hábitos y repeticiones que filtran nuestras experiencias actuales y las dotan de algún tipo de valor autorreferente.

LA NATURALEZA COMO “LO OTRO”: PRIMER PASO DE UN ESBOZO DUALISTA

Los seres humanos no solamente experimentamos lo “no-yo” intersubjetivamente, sino que también como un genérico “lo” otro. Así ocurre con la naturaleza, que es un aspecto de lo que somos, pero también de lo que no somos y que nos hace frente en el mundo y en medio de lo cual vivimos. Son naturales la cordillera, el aire y las perdices, pero también, en cierto sentido, nosotros mismos y los objetos de la cultura. Esta comunidad óptica (comunidad de “cosa”) se aprecia cuando somos golpeados por un objeto duro y pesado, con independencia de si se trata de una piedra desprendida de la ladera del cerro, de un automóvil o de un trozo de la estatua de César que cae ante los embates de un terremoto. Allí descubrimos la naturalidad de todos esos objetos, pero también la de nuestra propia cabeza. Efectivamente, hay un aspecto constituyente de nuestra existencia que, al igual que el carbono, está en la tierra, pero es también parte, y parte legítima, de lo que somos. Nos referimos al cuerpo considerado como *Körper*, es decir, como cuerpo material, extenso. No se trata acá del cuerpo expresivo, estético o fisiognómico (*Leib*), ni del cuerpo teórico (*Bíos*), sino de la “cosa viva” que somos. Y esta “cosa viva”, por más que habitualmente esté oculta y en silencio como tal cosa, cuando nos aparece, lo hace como una experiencia y no como una categoría especulativa. Esa experiencia es la experiencia de un fracaso, de una falla, de una “ruptura”, de un libreto que se aparta del que suponemos tenemos para nosotros mismos. El estómago solo nos aparece en la náusea o en el dolor. Antes de eso es mudo. Y, al aparecer, esta “falla” (casi en sentido geológico) deslinda, disocia y hace patente en ese momento una diferencia entre los parámetros de sentido que nos definen como la persona que somos y la naturaleza, que también somos.

El ser humano organiza su existencia como identidad, es decir, en una historia y un proyecto personales, pleno de actos que le confieren una unidad biográfica intransferible (ego). Ser médico, escritor o funcionario público; ser padre o madre de sus hijos, amigo, maestro o discípulo; ser hijo de sus padres, hermana, pertenecer a

un país, hablar nativamente determinada lengua y tener un nombre propio, del mismo modo que tener incompleto el libro que se escribe, o estar organizando el Departamento de Bioética de la Facultad, son situaciones que se escapan de la serialidad. Esto quiere decir que, como tal ser que soy, la red formada por mis vinculaciones de pertenencia social, familiar y profesional es única, y nadie puede ocupar el lugar que el conjunto de esas vinculaciones determina. Es en este plano donde el sentido de la vida humana propia (el ego y la biografía) fluye, dándole un carácter irreplicable y familiar a cada persona y constituyendo el plexo de significaciones (relatos) de la identidad señalada.

Sin embargo, la naturaleza, por así decirlo, se mueve en ciclos y transformaciones inevitables que se despliegan más allá (o, si se quiere, más acá) del fluir del sentido personal (y por lo tanto del ego) y que, a pesar de no ser disponibles, son, sin embargo, siempre, mudas o expresas, también parte de lo que somos. Y esto lo sabemos siempre ya: el nacer, el envejecer, el enfermar y el morir son parte de ellas.

En las denominadas “crisis de pánico” asistimos a una tragedia (en el sentido original griego de esa palabra), a un desgarrar y a la vez a un develamiento. La persona se da cuenta de que algo ocurre con su cuerpo, el que da señales de inminente disolución: la taquicardia, la disnea, la sensación de pérdida de conciencia son signos inequívocos para él de que la naturaleza que él propiamente es ha entrado en un ciclo de enfermedad y muerte. Pero esa propiedad, este aspecto de lo que somos, es al mismo tiempo y paradójicamente, una ajenidad (y allí está la revelación): ajenidad respecto del proyecto personal, y por lo tanto carente de propósito y absurda. Y esta disociación está ocurriendo de forma súbita e incontrolable. Pero, implacable, la “falla”, esta “falla” que ahora experimento, hace irrelevantes mis creencias, mis disputas, mis pretensiones, mis pequeños afanes, con excepción de la realidad de la muerte que me recuerda que soy también parte de la naturaleza y, por lo mismo, no puedo escapar de ella. Esa “falla”, insinuada, simbolizada o franca, es la grieta desde la que surge lo que denominamos angustia: angustia frente a la naturaleza que, en un ineludible aspecto, también somos, pero que, sin embargo, no es todo lo que somos. De no existir esa tensión, ese deslinde y esa escisión, ¿qué sentido tendrían la agonía, la lucha por persistir en un aspecto del ser que soy y que siento como lo más auténticamente mío, como es el plexo de significaciones que ha presidido mi vida humana?

Sin embargo, la naturaleza amenaza también de otras formas. En las llamadas fobias específicas la natu-

raleza temida ya no es la del propio cuerpo, sino aquella que toma la forma de animales, catástrofes, obscuridades, tormentas, etcétera. Lo mismo sucede con la tecnología que somete al hombre a poderosas máquinas y enormes construcciones susceptibles de desperfectos, errores y descontroles que pueden, de modo absurdo, dañar o aniquilar el proyecto de vida que nos da sentido. No es posible hacer un “pacto” con todas esas situaciones: una vez desencadenada, la mecánica natural es para nosotros ciega, poderosa e implacable. Lo sorprendente, y en cierto sentido paradójico, es lo ya señalado varias veces: que esa misma naturaleza es también un aspecto de lo que somos como existentes humanos.

LA NATURALEZA COMO “EL OTRO”: SEGUNDO PASO DE UN ESBOZO DUALISTA

No obstante, no todas las amenazas surgen de la naturaleza como “lo” otro y sus azares, leyes y transformaciones no subjetivas, sino que también desde “el” otro, ese que es como yo. Como hemos señalado antes, el sentido que preside el desarrollo de la vida del hombre contempla, desde la partida, la presencia de otras personas con las que, de diverso modo, se establecen vinculaciones familiares, sociales y laborales (segunda persona). A diferencia de la humanidad abstracta, estos vínculos fácticos son los que dan a cada uno su “sitio”, su espacio de pertenencia e identidad y donde ser la persona que soy adquiere no solo su fisonomía, sino también sus derechos y obligaciones intransferibles. El respetar, amar y valorar a “ciertos” otros, y el ser respetado, amado y valorado por ellos no es, pues, algo prescindible o adjetivo; a la inversa, es esencial para el desarrollo de las posibilidades de cada cual. El fracaso frente a los otros que nos importan y definen no se relaciona ya con la naturaleza que nos posibilita y limita al mismo tiempo, con esa dimensión que nos hace nacer pero también morir, sino con un ingrediente necesario al sentido de la vida humana, siempre ya “con otros”. ¿En qué contexto, si no, pueden entenderse las experiencias absolutamente humanas como la vergüenza, la culpa, el orgullo, la envidia, la humillación y otras semejantes? Ninguno de estos sentimientos podría existir sin “el” otro en segunda persona. Es experiencia de cualquier psicoterapeuta que este tipo de estados, frecuentemente, produce gran sufrimiento. Por ejemplo, la vergüenza solo es posible por la mirada del otro, por su ser testigo. Entre los actos diarios de cualquier persona hay muchos que, realizados en soledad, son, por así decirlo, neutros, pero que por la simple mirada del otro y sin que este haga algo distinto que estar ahí, se transforman en vergonzosos. De allí

que el componente decisivo en este caso no sea el acto en sí, sino el acto frente a la mirada de los otros. En el caso de la culpa, se trata de un adeudar a estos mismos otros un no haber estado a la altura que ellos merecen y que también, en muchos aspectos, define mi propia altura. Por su parte, la envidia lo es de aquello que me falta, de aquello de lo que carezco y que creo que el otro tiene y que lo dignifica. Y es también el otro el que activamente me rebaja en mi condición humana al humillarme. Todos estos sentimientos son complejos, pero, al hacer este boceto, lo que quiero volver a resaltar es que en todos ellos el otro es definitorio. Es decir, el otro cercano, amado o valorado, ese otro “significativo” –la segunda persona–, y no cualquier otro y que nos es indispensable para vivir humanamente, también es fuente de incertidumbre y miedo. En las llamadas Fobias Sociales y Sexuales el miedo aparece frente a una persona o a un grupo de ellas, con las que se posee una vinculación significativa, y donde se espera del sujeto una conducta personal e intransferible, es decir, donde quedo especificado frente a la mirada de ellos y no puedo ser anónimo. ¿Quién si no yo es el que está haciendo esta conferencia? ¿Quién si no yo es el que desea y es deseado por esta determinada mujer? ¿Quién si no yo es amigo de esa persona que camina en la acera de enfrente? Pues bien, si los otros en muchos sentidos me definen y me importan, ese quien, que digo al decir yo, frente a ellos, debe hacerse cargo: cargo de ser él (yo) mismo.

No hay aquí referencia alguna a la muerte. En el camino de hacerme cargo, ya no es la angustia ante la finitud la que se me impone, sino otra forma que podríamos llamar angustia interpersonal o egoica, puesto que me hace explícita la máscara tenue y frágil de todas las consideraciones acerca de mí mismo; me pone en contacto con la dependencia que ser yo mismo tiene del otro y de cómo, frecuentemente, me miro con los ojos de ese otro. Por ello me tiembla la mano al firmar, olvido lo que estoy diciendo, no sé qué decir en ese encuentro casual con un amigo en la calle, enrojezco al darme cuenta que la atención de los comensales se ha detenido en mí, o se bloquea o precipita mi respuesta sexual frente a la mujer deseada. De ahí en adelante el mecanismo fóbico parasita la estructura, la fija y se encarga de darle repetición a lo dicho.

Sin embargo, si bien el otro me mira, yo también puedo mirarlo a él. Surge así la dialéctica de las libertades, la lucha y el conflicto. Ante la presencia del otro caben al menos dos actitudes: o bien nos afirmamos como sujetos y en esa afirmación nos apropiamos de la libertad del otro y cosificamos su ser (lo utilizamos como una herramienta), o bien intentamos captar al

otro en su libertad, en su ser sujeto pero a costa de correr el riesgo de perder la nuestra y de convertirnos en meros objetos para él. Es por ello que Sartre afirma que, de cualquiera de las dos maneras, la relación entre las subjetividades será siempre conflictiva y será una lucha entre libertades. De aquí su pesimista conclusión: "el infierno son los otros". Es fácil no compartir esta afirmación, pero también sería ciego no reconocer la conflictividad cotidiana que se genera entre las personas que están vinculadas. Bien lo saben los dramaturgos:

el conflicto dramático surge siempre desde los vínculos más estrechos.

Tal vez es esta segunda forma de angustia (egoica) la que nos permite entrar en un terreno que trasciende el tema de la finitud heideggeriana, y que nos obliga a reconocer que "el otro" es parte esencial de mi vida, que me importa, que me demanda, que me da, que me atormenta, que me ilusiona, que me decepciona, que me enrabia, y que, como decimos, me angustia de manera preeminente.

ENSAYO

LA EDUCACIÓN COMO FORMACIÓN (*BILDUNG*)

(Rev GPU 2017; 13; 2: 150-155)

Otto Dörr¹

Una discusión actual sobre el tema de la enseñanza y la educación requiere reflexionar primero sobre la forma como ha sido concebido este proceso a lo largo de la historia de Occidente. Dos conceptos aparecen aquí como fundamentales: la *Paideia* griega y la *Bildung* alemana.

La Grecia clásica dio una importancia capital a la educación o *paideia*. Y esa extraordinaria civilización, que representa probablemente el momento más alto de toda la historia de la humanidad, es impensable sin la *paideia*. El concepto fundamental de la educación griega fue la *areté* o virtud. Esta palabra griega no tenía solo la connotación moral que adquirió después en el mundo cristiano, sino que contenía también el ideal caballeresco, las buenas formas y el heroísmo guerrero. Este concepto estuvo vinculado en el mundo homérico a la aristocracia.

La *areté* era el atributo propio de la nobleza. Señorío y *areté* se hallaban inseparablemente unidos. De hecho, la etimología de la palabra demuestra una raíz común con “distinguido” y “selecto”. La educación consistía en formar al niño hacia la *areté* y en despertarle el sentido del deber y el sentido del honor. Esta enseñanza rigurosa del periodo heroico va a cambiar en las proximidades del siglo de Pericles, cuando se agrega a la educación el ideal de abarcar lo humano en su totalidad. La nueva imagen del hombre perfecto incluía entonces, además del valor en la acción (del guerrero), la nobleza del espíritu. Solo en la unión de ambas virtudes se hallaba el verdadero fin de la educación. Un papel importante jugaba también la elocuencia, el saber

expresarse bien. En la Grecia clásica “el dominio de la palabra significaba la soberanía del espíritu”, nos dice el gran helenista Werner Jaeger (1957). Ahora bien, mientras en la Grecia homérica no había mucha conciencia de sí mismo y el hombre estaba orientado más bien hacia el grupo, el pueblo, el Estado, hasta el punto que la consumación de la *areté* era la muerte del héroe en aras de la comunidad, ya en la época de Aristóteles surge el amor propio como un elemento central: “Solo el más alto amor a este yo, en el cual se halla implícita la más alta *areté*, es capaz de apropiarse de la belleza”, afirma Jaeger, remitiéndose a Aristóteles, el que también afirma: “Quien se estima a sí mismo debe ser infatigable en la defensa de sus amigos, sacrificarse en honor de su patria, abandonar gustoso dinero, bienes y honores para así entrar en posesión de la belleza” (citado por Jaeger, 1957).

En Esparta la educación era fundamentalmente militar. El fin de la educación es aquí superar el individualismo y formar a los hombres de acuerdo con normas obligatorias para toda la comunidad. Plutarco describe el mundo espartano con las siguientes palabras: “La educación se extendía hasta los adultos. Ninguno era libre ni podía vivir como quería. En la ciudad como en un campamento (guerrero) cada cual tenía reglamentadas sus ocupaciones y su género de vida en relación con las necesidades del Estado y todos eran conscientes de que no se pertenecían a sí mismos, sino a la patria” (Lyc. 24). En suma, para los espartanos el fin mismo del Estado era la *paideia*, pero en el sentido de una estructuración sistemática y por principios de

¹ Profesor Titular de Psiquiatría en la Universidad de Chile y en la Universidad Diego Portales.

la vida individual de acuerdo con normas absolutas. Todas estas normas estaban contenidas en la famosa constitución de Licurgo, a la que siempre se consideraba como lo opuesto a las leyes puramente humanas y relativas de las sociedades democráticas.

La educación ateniense estaba orientada, en cambio, hacia el cultivo de las artes y en particular, de la poesía y la música. La poesía y la música eran hermanas inseparables, hasta el punto de que una sola palabra griega abarca los dos conceptos. Esto no significa en absoluto relajación en las normas o ausencia de disciplina, sino solo que el acento de la *paideia* estaba puesto en el desarrollo del espíritu de cada cual, mientras en Esparta se privilegiaba la educación militar y la total sumisión del sujeto a la comunidad y al Estado. Por razones de tiempo, no nos será posible adentrarnos en la infinita riqueza de la *paideia* griega en su versión no espartana y particularmente ateniense. Sí nos detendremos un momento en el tema de la educación musical. En Platón, pero también en Aristóteles, encontramos páginas notables sobre el papel de la música en la educación griega. Platón se plantea incluso el problema de si es legítima o no la primacía de la música sobre las otras artes, que mostraba desde siempre la *paideia* griega y llega a la conclusión de que esta idea está perfectamente justificada, puesto que el ritmo y la armonía “son los que más hondo penetran en el interior del alma y los que con más fuerza se apoderan de ella, infundiéndole y comunicándole una actitud noble” (Rep. 401 D). Pero no solo por esto la música es superior a las demás artes, según Platón, sino porque “educa al hombre para percibir con precisión incomparable lo que hay de exacto o de defectuoso en una obra de belleza y en su ejecución” (Rep. 401 E). Una persona educada en la música desde su juventud tendrá una “seguridad infalible en su goce de lo bello y en su odio a lo feo”. Platón va a fundamentar con palabras incomparables lo que venía ocurriendo en Grecia desde antiguo y que había alcanzado su máxima expresión un siglo antes con Pitágoras y el movimiento órfico. Fueron ellos los que sostuvieron la idea que la trascendencia de la música para el hombre derivaba del hecho que ella reproducía la perfección del movimiento de las estrellas. Su aprendizaje precoz era entonces una forma de integrarse a la armonía del universo. Junto con la música se enseñaba a los niños en los primeros años la poesía; después venía el aprendizaje de la aritmética y de la geometría, luego la filosofía y la política, para terminar con el estudio de la tragedia, género literario que mostraba las contradicciones de la naturaleza humana y el misterio del destino.

Por razones de tiempo no podremos referirnos aquí al tema de la educación en el mundo romano y en

la primera Edad Media. Diremos solo que ella estaba muy centrada en los monasterios y era de algún modo inseparable de la educación teológica. Es en la alta Edad Media donde surge la idea de universidad y el concepto de *Bildung* que hoy nos ocupa en particular. La traducción al castellano de esta palabra que estimamos más próxima a su sentido original es “formación”, pero también se la ha traducido como educación, cultura, cultivo (como cuando se habla de una “persona cultivada”) y erudición. En inglés se la traduce habitualmente como “education”, concepto que contiene a su vez tanto lo que en alemán se llama “Erziehung” (enseñanza) como la idea de *Bildung* (formación). El origen etimológico de la palabra es el antiguo vocablo germano *bildunga*, que tiene al menos tres significados: *Schöpfung* (creación), *Bildnis* (cuadro, retrato, efigie) y *Gestalt* (forma, figura). La formación o *Bildung* es el concepto clave de todo el clasicismo alemán y del Romanticismo del siglo XIX, alcanzando su máxima expresión en la obra de Wilhelm von Humboldt, que llevó a la creación de la “nueva universidad alemana”. Según Gadamer (1965, p. 7) el concepto de *Bildung* va a contribuir al desarrollo de ese enorme cambio que ocurre en el siglo XVIII y que nos hace sentir hoy el periodo anterior, el barroco, casi como una prehistoria.

La idea de *Bildung* aparece por primera vez en el místico alemán Meister Eckhart von Hochheim (1260-1328). Él la definió como “un aprendizaje de la serenidad”, pero la consideró no como un aprendizaje cualquiera, sino como algo divino. Y esto por la siguiente razón: la palabra *Bildung* surge de una palabra trascendental, que es *Bild*, que significa imagen. Según Meister Eckhart, entonces, la educación del niño y del joven en el mundo medieval consistiría en un proceso por el cual el educador procura formar el alma del educando en dirección a la imagen según la cual fue creado por Dios. En la Biblia aparece en varias oportunidades la afirmación de que los humanos hemos sido creados “a imagen y semejanza de Dios”. Y cumplir con ese designio sería el significado más profundo de la educación en el sentido de la *Bildung* (ver Gadamer 1965, y Tellenbach 1981). Si uno quisiera prescindir de esta referencia a la divinidad, podría decir que la *Bildung* es formar a alguien con respecto a su esencia.

El reemplazo en el mundo de la educación de la palabra “Form” (forma) por *Bildung* (formación) no es casual, por cuanto la segunda contiene –como veíamos– la idea de imagen (*Bild*), con las consecuencias que esto tuvo para la concepción medieval de la educación. *Bild* (imagen) implica una duplicidad, porque contiene simultáneamente el concepto de *Nachbild* (imagen imitada o reproducción) y de *Vorbild* (modelo

a imitar). Este concepto sobrepasa con mucho el de “formación natural”, como cuando se habla de la formación de un organismo o de una geografía. La *Bildung* está esencialmente vinculada a la cultura y designa en último término “el modo específicamente humano de dar forma a las disposiciones y capacidades naturales del hombre” (Gadamer, 1965, p. 8). El mero cultivo de una disposición es el desarrollo de algo dado, de modo que el ejercicio de ella es un medio para un fin. En la *Bildung*, en cambio, uno se apropia por entero de aquello en lo cual y a través de lo cual uno se forma. En la formación alcanzada nada desaparece, todo se guarda y, en esa medida, *Bildung* es un concepto fundamentalmente histórico.

Revisemos ahora la historia de este concepto en la modernidad. El primero que lo vuelve a usar expresamente es Kant (2008), pero no en el sentido que va a adquirir a fines del siglo XVIII y sobre todo durante el siglo XIX, que de algún modo resucita la concepción medieval. Pero sí habla de la responsabilidad que tiene cada cual de desarrollar sus propios talentos. Esta misma idea la encontramos en la predicación de Cristo recogida en los evangelios y muy en particular en la parábola de los talentos (Mt. 25: 14-30; Lc. 19: 11-27). Aquí es aún más claro el carácter ineludible de la tarea de desarrollar las disposiciones y capacidades naturales del hombre, pues el que no lo hace será castigado: “... y a ese siervo inútil echadle a las tinieblas exteriores...” (Mt. 25: 30).

Hegel (1832, 2010, p. 579 ss.), al referirse a lo planteado por Kant acerca de las “obligaciones para consigo mismo”, también habla de *Bildung*, pero le da a este concepto una connotación diferente. Según Hegel, el hombre es un ser caracterizado por la ruptura con lo inmediato y lo natural y no es, por ende, lo que debe ser, como ocurre con los animales. Es por esta razón que él necesita de la *Bildung*, de la formación. Es interesante la correspondencia que existe entre esta idea de Hegel y los resultados obtenidos por la ciencia moderna. Así, Konrad Lorenz (1963, p. 151 ss.) demostró la existencia en el reino animal de reflejos automáticos que inhiben la agresividad intraespecífica, vale decir, dentro de la misma especie. Es sabido que la conducta agresiva más generalizada en los animales es aquella vinculada a la defensa del territorio. Cómo esta aumenta desde la periferia hacia el centro, el cual podría identificarse con el nido o la guarida, Lorenz se preguntó cómo era posible que las aves –que no son seres inteligentes– no atacaran a sus polluelos al aparecer estos de pronto en el centro de su territorio. Después de largas observaciones y experimentos, tuvo la intuición de que eran las crías las que de alguna manera inhibían la agresividad terri-

torial de su progenitora. Cortó entonces ambos nervios auditivos a una pava que empollaba y se encontró con la sorpresa de que no bien salían los polluelos del cascarón, eran asesinados por la madre. Vale decir, era el piar de las crías lo que, vía nervio auditivo, inhibía los centros basales del cerebro desde donde surgía la agresividad territorial de la pava. En cada especie animal existe una forma específica de inhibición de la agresividad entre sus miembros. Ejemplos de ello serían el inclinar la cabeza en el caso de los ciervos, el ofrecer la parte anterior del cuello al rival más poderoso en el caso de los lobos o, simplemente, como ocurre en la mayoría de los carnívoros, el dar vuelta las espaldas y retirarse de la lucha. Basta uno de estos actos para que al animal agresor o más poderoso se le inhiba su conducta agresiva. Ahora bien, esto no significa que no existan luchas entre animales de la misma especie. Sí que las hay cuando dos machos se disputan una hembra, por ejemplo. Pero estas tienen un carácter lúdico y ritual, lo que ha hecho decir al etólogo Van Sommers (1976): “El carácter ritual de la agresión dentro de la especie hace suponer que entre las funciones de la agresividad no está implicada la destrucción del animal atacado”.

A diferencia de lo que ocurre en los animales, en el ser humano no existen estos mecanismos de inhibición de la conducta agresiva intraespecie, y de ahí los episodios de violencia, guerras y asesinatos que han acompañado a la historia del hombre desde sus comienzos. El relato mítico de Caín y Abel es una demostración de cuán temprano aparece en la historia la violencia de unos con otros. Ha habido varios intentos de explicación de este fenómeno, a los cuales no es el caso referirnos ahora. En otra oportunidad (1996) intentamos interpretar el mito aludido y a través de él asomarnos a la razón profunda de este misterioso paso evolutivo. No podemos detallar aquí estas ideas, pero sí mencionar su conclusión final: la pérdida del control automático de la conducta agresiva sería el precio de la libertad. Solo podemos decidirnos por el bien cuando existe la alternativa del mal. Mucha razón tenía Hegel entonces al afirmar que el hombre necesita absolutamente de la formación, de la *Bildung*, porque, por naturaleza, “no es lo que debe ser”. Ahora, Hegel no se queda en este aserto, sino que integra la formación en su filosofía del espíritu absoluto. Para él, entonces, la *Bildung* es en su esencia el ascenso a la generalidad; quien se abandone a la particularidad (a los intereses particulares) es *ungebildet*, vale decir, no formado, inculto, como quien se deja llevar por la ira o por cualquier instinto, por ejemplo. En otras palabras, la *Bildung* requiere sacrificar la particularidad en aras de la generalidad, es decir, inhibir o controlar el instinto o el deseo, lo que va a permitir,

en consecuencia, una mayor libertad frente al objeto. Y resulta que toda la evolución de la vida, como afirma Pelegrina (2006), podría concebirse como una progresiva independencia con respecto al medio, la que es nula en los unicelulares, relativa en el reino animal con excepción del hombre y casi total en este: así es como podemos superar el frío y el calor, las tempestades y las inundaciones, gran parte de las enfermedades y hemos llegado a una casi prescindencia del tiempo y del espacio a través de la computación, internet y los medios de transporte de alta velocidad. Entonces la formación no es prescindible, en primer lugar porque es la única manera de controlar nuestra conducta y evitar la destrucción del otro y en último término de uno mismo. En segundo lugar, porque nos permite independizarnos del medio ambiente y poder así desarrollar el espíritu.

Pero Hegel ahonda aún más en el tema. Él distingue entre una formación práctica y una formación teórica. La formación práctica está vinculada al trabajo. Este es, para Hegel, “deseo inhibido”. La conciencia, formando a la cosa, se forma a sí misma. El sentimiento de sí ganado por la conciencia que trabaja contiene ya todos los momentos de aquello que constituye a la *Bildung* en cuanto formación práctica: distanciamiento respecto a la inmediatez del deseo, de la necesidad personal y del interés privado y, como decíamos antes, ascenso a la generalidad. La esencia de la formación práctica consistiría entonces, según Hegel, en atribuirse a sí mismo una generalidad. Gadamer (1965, p. 10; 1984, p. 42) da un ejemplo que podría iluminar este contexto: el ser humano formado (*gebildet*) es capaz de tener medida en la satisfacción de sus necesidades y en el uso de sus fuerzas físicas con un objetivo: preservar su salud, vale decir, en aras de una idea, de una generalidad. La formación teórica, por su parte, es siempre una enajenación, porque lleva al hombre más allá de lo que él sabe y experimenta directamente y, al mismo tiempo, lo obliga a aceptar la validez de otras cosas y encontrar puntos de vista distintos y más generales, que no dependan del provecho e interés propios. Ahora bien, reconocer en lo extraño lo propio es, según Hegel (p. 148), el movimiento fundamental del espíritu, cuyo ser no es sino un retorno a sí mismo desde el ser del otro. Cada individuo que asciende desde su ser natural hacia lo espiritual encuentra en el idioma y en las costumbres e instituciones de su pueblo una sustancia dada que debe hacer suya. Y este proceso ya es *Bildung*, ya es formación.

En suma, para Hegel la formación sería un movimiento permanente de enajenación y apropiación. Dejamos de ser pura naturaleza para entregarnos al conocimiento de algo general, pero eso que hemos logrado conocer nos determina y vuelve a nosotros, trans-

formándonos. Dicho en la forma más simple y resumida posible, “la formación es mantenerse abierto hacia lo otro, pero también un proceso que no termina nunca”.

Otro aporte fundamental al concepto de *Bildung* lo hizo, también en el siglo XIX, el famoso médico fisiólogo y filósofo, Hermann von Helmholtz. Este autor, con gran originalidad, relaciona la formación con dos fenómenos humanos de la mayor importancia: la memoria y el tacto. La memoria no es una habilidad más, ella tiene que ser “formada”. Se tiene memoria para unas cosas y para otras, no. A la capacidad de retener y de recordar propias de la memoria habría que agregar otra función trascendental, el olvido, que para Nietzsche es “una condición fundamental de la vida del espíritu” (1967, p. 54). Solo por el olvido logra el espíritu su total renovación, la capacidad de verlo todo con nuevos ojos. La persona debe ser entonces “formada” en este juego sutil e imperceptible de recordar y olvidar. El otro elemento al que Helmholtz le da una gran importancia es el tacto. El tacto no es solo la capacidad de percibir con exactitud la situación que nos rodea y de comportarnos en forma adecuada con respecto a ella. La persona que tiene tacto sabe en cada caso distinguir y valorar con plena seguridad, aunque no pueda dar razón de ello. Y por esto el tacto tiene una íntima relación con la dimensión estética y la histórica. “El que tiene sentido estético sabe separar lo bello de lo feo, la buena de la mala calidad, y el que tiene sentido histórico sabe lo que es posible y lo que no lo es en un momento determinado”, afirma Gadamer (1965, p. 14; 1984, p. 46).

Este gran filósofo alemán contemporáneo (1900-2002), en su obra capital *Verdad y Método* (1965) —donde pretende elaborar un método riguroso para las ciencias del espíritu o humanas— relaciona la *Bildung* también con otros dos fenómenos específicamente humanos: el sentido común y el buen gusto. En lo que dice relación con el primero de ellos, se apoya en las ideas planteadas en el siglo XVIII por el gran filósofo italiano Giambattista Vico (1668-1744). Para este autor el sentido común era lo que funda la comunidad. Lo que orienta la voluntad humana no es, según Vico, la generalidad abstracta de la razón, sino la generalidad concreta que representa la comunidad de un grupo, pueblo o nación determinados. El hombre con sentido común es aquel que vive con la seguridad de la existencia de una profunda solidaridad con el otro. Ahora, esta capacidad no la tienen todos los hombres en forma natural y es una virtud más del corazón que de la cabeza, y por eso necesita ser “formada”. En el segundo caso, Gadamer remite a la obra del famoso pensador español del siglo XVII, Baltasar Gracián (1601-1658). Este autor parte considerando que el gusto sensorial, que es el más animal de nuestros

sentidos, contiene ya el germen de las distinciones que es capaz de hacer la persona cultivada entre las cosas de buen gusto y las de mal gusto. “El gusto sensorial se caracteriza precisamente porque con su elección y juicio logra por sí mismo distanciarse respecto a las cosas que forman parte de las necesidades más urgentes de la vida” (Gadamer, 1965, p. 67). El ideal del hombre culto, que Baltasar Gracián llamaba “discreto”, es “aquel que alcanza en todas las cosas de la vida y de la sociedad la justa libertad de la distancia, de modo que sepa distinguir y elegir con superioridad y conciencia” (*op. cit.*, p. 67). Lo decisivo del juicio en el ámbito del gusto es su pretensión de validez absoluta. “El buen gusto está siempre seguro de sus juicios”, afirma Gadamer (p. 68). Y esto vale tanto para lo que el hombre cultivado considera de buen gusto como –y casi con mayor certeza aún– para lo que estima de mal gusto.

Vemos entonces que la formación tiene que ver primero con la capacidad del hombre para tomar distancia respecto a sus instintos y necesidades básicas y ganar con ello libertad; en segundo lugar, con la necesidad de trascenderse a sí mismo, en un ir más allá de lo que sabe y experimenta directamente, en reconocer en lo extraño lo propio, como dice Hegel. En tercer lugar, la *Bildung* tiene que ver con el tacto, pero no solo en el sentido de saber estimar adecuadamente las situaciones interpersonales, sino también de la capacidad de distinguir lo bello de lo feo, la buena de la mala calidad, vale decir, con el sentido estético. Por último, la *Bildung* está esencialmente relacionada con el sentido común y con el buen gusto, vale decir, con la ética y con la estética.

Es con esta tradición con la que se encuentra el gran filólogo y humanista alemán, Wilhelm von Humboldt, cuando refunda la universidad alemana en el siglo XIX, institución desde la cual surgieron los más grandes genios y creadores tanto en el campo de la medicina como en el de las ciencias naturales y de las ciencias del espíritu también llamadas ciencias humanas. Humboldt no rechaza la concepción de *Bildung* que tenía Hegel; más aún, en cierto modo él parte de ella, aunque sin identificarse con toda la doctrina filosófica del máximo representante del idealismo alemán. En su tiempo la fuerza con que se desarrollaban las ciencias naturales era incontenible y la universidad no podía estar al margen de ello. Por esta razón él le agrega al concepto de *Bildung* la necesidad expresa de transmitir un saber, pero sin desconocer en ningún momento su carácter formador. Y así afirma: “La ciencia debe surgir desde las profundidades del espíritu, porque solo una ciencia que procede desde una interioridad y puede ser trasplantada a otra será capaz de formar también el

carácter”. Y en otro momento escribe: “Hay naturalmente ciertos conocimientos que tienen que ser generales (y han de ser transmitidos), pero más importante aún es una cierta formación de las convicciones y del carácter, que no debe faltar a nadie. Cada persona llega a ser un buen obrero o comerciante o soldado, si al mismo tiempo es un hombre ilustrado y un buen ciudadano.”

Pero la universidad alemana del siglo XIX, también llamada universidad humboldtiana, tiene además otra característica fuera del cultivo de la ciencia y la formación del carácter, y esta es la importancia que le da a la relación maestro-discípulo, algo que persiste en cierto modo hasta el día de hoy y que yo viví personalmente durante mis años de formación en Alemania. El aprendizaje de las materias y el diálogo en torno al objeto a investigar continuaban en la tarde o el fin de semana junto a un vaso de buen vino, donde se conversaba de literatura, arte y poesía. Y con el tiempo esta relación maestro-discípulo se transformaba en una profunda amistad, que solo terminaría con la muerte. Así, uno se formaba en el trabajo, como sostenía Hegel, pero también en el estudio, la investigación y, sobre todo, en el vínculo con el maestro. La universidad alemana del siglo XIX y con excepción del periodo en que fue “secuestrada” por el nazismo, logró resucitar el antiguo “eros pedagógico” de los griegos, pero carente de ese matiz homo-erótico propio de la educación griega para los jóvenes de las clases acomodadas. Se podría perfectamente decir que la universidad humboldtiana logró reunir en sí todas las características de la educación en el sentido de la *Bildung* que hemos venido describiendo, y al contemplar los resultados que tuvo esa universidad, por lo menos hasta la irrupción de los totalitarismos, no cabe sino reconocer que ella ha sido un ejemplo señero de la educación ideal.

Después de las convulsiones que acompañaron a las dos grandes guerras, ha surgido una sociedad diferente, también llamada posmoderna y que no es del caso analizar aquí en detalle, aunque sí señalar algunos de los peligros que este estilo de vida encierra para el proceso educativo. Si quisiéramos llevar este complejo fenómeno a unas pocas palabras, podríamos decir que en la sociedad posmoderna se ha privilegiado ampliamente la instrucción sobre la formación. A lo más se transmiten algunos conocimientos y no siempre suficientes, pero no se aspira a formar el carácter del niño y luego del joven en el sentido de la *Bildung* de la que hemos estado hablando, que ha sido, por lo demás, tan determinante en la historia de Occidente; porque la educación en España, Francia o en Inglaterra ha tenido también características similares a la alemana y el alto desarrollo alcanzado por estos pueblos y la enorme cantidad de genios que han producido están

demostrando que ese era el camino correcto para enseñar y educar. Ahora bien, si en todos los ámbitos del conocimiento práctico y teórico es la *Bildung* algo fundamental, más aún lo es en la medicina, que es mi campo. La formación del médico requiere mucho más que el aprendizaje de la anatomía y la fisiología o el conocimiento exhaustivo de las distintas patologías que pueden afectar al ser humano y sus respectivos tratamientos. El enorme poder que tiene el médico sobre su paciente y la indefensión de este frente a lo que aquel diagnostique o prescriba obligan a formar el alma del estudiante de medicina hacia una maduración espiritual que disminuya al máximo la posibilidad del error, la negligencia y el abuso. Una medicina solo basada en y orientada hacia las ciencias naturales, como ocurrió en la Alemania de entreguerras, puede llegar a engendrar esos verdaderos monstruos que fueron los médicos nazis, capaces de hacer los más crueles experimentos con seres humanos indefensos, con la sola justificación –esgrimida por algunos de ellos en los juicios que se les hicieron– de “hacer progresar a la ciencia y a la medicina” (ver Tellenbach, 1980).

También se ha producido en nuestra época una caprichosa escisión entre las universidades que investigan, vale decir, que cumplen con al menos una de sus tareas fundamentales, y aquellas que se limitan a formar profesionales y técnicos, en nuestro país al menos con muchas deficiencias. El ingreso del mercado como factor regulatorio en la creación, crecimiento y calidad

de las universidades no ha hecho sino pervertir aún más el sentido original de esta institución que, como vimos, surgió en la Edad Media con raíces que se hundían en la *paideia* griega y que aspiraba en lo fundamental a con-formar el alma del niño y del joven con la imagen de Dios puesta en él al nacer.

REFERENCIAS

1. Gadamer HG (1965). *Wahrheit und Methode*. Tübingen: J. C. B. Mohr (Paul Siebeck)
2. Gadamer HG (1984). *Verdad y Método*. Salamanca: Ediciones Sígueme
3. Hegel GW Fr (1832). *Werke*, Band XVIII, *Philosophische Propädeutik, Erster Cursus*, Paragraph 41
4. Hegel GWF (2010). *Fenomenología del espíritu*. Madrid: Abada Editores
5. Jaeger W (1957). *Paideia: Los ideales de la cultura griega*. México – Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
6. Kant I (2008). *Crítica de la razón práctica*. Buenos Aires: Losada
7. Lorenz K (1963). *Das sogenannte Böse*. Viena: Dr. G. Borotah-Schoeler Verlag, p. 151 ss
8. Pelegrina H (2006). *Fundamentos Antropológicos de la Psicopatología*. Madrid: Ediciones Polifemo, pp. 103-115
9. *Sagrada Biblia* (1958). *Versión directa de las lenguas originales por Eloíno Nácar Fuster y Alberto Colunga*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos
10. Sommers P, van. *Biología de la conducta*. México: Limusa (1976)
11. Tellenbach H (1980). “Zur Phänomenologie des Gesundseins und deren Konsequenzen für den Arzt”. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie* 28: 57-68
12. Tellenbach H (1981). “Bildung und Zeitgeist”. *Deutsches Ärzteblatt – Ärztliche Mitteilungen*, 78. Jahrgang / Heft 40, S. 1-5 (1981).

ENSAYO

O'HIGGINS Y EL MITO DEL HÉROE CHILENO

(Rev GPU 2017; 13; 2: 156-160)

Jorge Cabrera¹

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los pueblos que han habitado la tierra, en distintas épocas, culturas y en las más variadas circunstancias, han florecido los mitos del hombre que han servido como fuente de inspiración, sobre los que se han fundado las religiones, las filosofías, y las naciones. ¿Por qué la mitología es siempre la misma en las diferentes culturas?

Para los miembros de una cultura el mito es una narración sagrada que simboliza el significado de la vida, el origen de los elementos y de las relaciones que la sostienen y reproducen. Como necesidad social los mitos son un intento por superar alguna contingencia histórica a la que se ven expuestos todos los pueblos en algún momento de su desarrollo.

El estudio de los héroes mitológicos comenzó a mitad del siglo XIX, y entre los investigadores más destacados cabe mencionar a Otto Rank, psicoanalista vienés (1884-1939), a Joseph Campbell, mitólogo y escritor estadounidense (1904-1987) y a FitzRoy Somerset, Lord Raglan, folklorista inglés y académico independiente (1885-1964). Entre los héroes estudiados por Rank se encuentran las figuras de Sargón, Moisés, Edipo, París, Perseo, Gilgamesh, Ciro, Tristán, Rómulo, Hércules, Jesús, Sigfrido y Lohengrin.

Como lo señala Otto Rank en su libro *El mito del nacimiento del héroe* "todas las naciones civilizadas prominentes –los babilonios, los egipcios, los hebreos, los hindúes, los persas, los griegos y los romanos así como los

teutones– comenzaron en forma temprana a glorificar a sus héroes nacionales –príncipes míticos y reyes, fundadores de religiones, de dinastías, de imperios, o de ciudades– en numerosos cuentos poéticos o leyendas".

Del mismo modo, las jóvenes repúblicas latinoamericanas pronto sintieron la necesidad de construir una memoria histórica a través del desarrollo de imaginarios patrióticos y de la identificación de héroes que les dieran sentido a las naciones que comenzaban a estructurar su vida institucional. Todo pueblo debe preguntarse de dónde viene, cuáles son sus orígenes, y en el Chile que recién se organizaba como país independiente, la figura de Bernardo O'Higgins fue reconocida como el héroe criollo por la élite gobernante. Previo al regreso de los restos de O'Higgins a Valparaíso, el año 1869, se materializó en la clase política original de Chile una alianza entre conservadores y liberales que permitió que las antiguas rencillas que existían en torno al héroe se olvidaran. De acuerdo con la historiadora Carmen Mc Evoy, esta suerte de reconciliación nacional en torno a la figura de O'Higgins fue un producto de la élite gobernante, que fue la encargada de hacer el trabajo de reivindicación cultural. Nuestro personaje, luego de su exilio y ostracismo en Perú, pasó de ser considerado un dictador déspota, a ser el libertador por excelencia de Chile. Transcurrido el tiempo, O'Higgins pudo regresar a su país natal, en palabras de su biógrafo Alfredo Sepúlveda, como un "cadáver exquisito" convertido en héroe nacional y Padre de la Patria.

¹ jorgefcab@gmail.com

El ya mencionado investigador inglés Lord Raglan introduce en la investigación un detallado patrón que caracteriza la figura del héroe, el cual aplicó a los mitos de veintiún héroes. Este patrón se extiende desde la concepción del héroe hasta su muerte, a diferencia de Rank y Campbell, cuyos listados cubren solo la primera mitad de la vida del héroe.

El objetivo de este trabajo es ver cuáles de las características del héroe descritas por Raglan se cumplen en Bernardo O'Higgins al analizar los antecedentes de su nacimiento, de la infancia y adolescencia, de la obra y muerte del héroe chileno.

¿CUALES SON LOS RASGOS COMUNES DEL HÉROE QUE SE PRESENTAN EN BERNARDO O'HIGGINS RIQUELME?

La madre del héroe es virgen

Como lo han documentado todos los biógrafos de O'Higgins, su madre doña Isabel Riquelme era una muchacha virgen de 18 años cuando fue cortejada por el gobernador don Ambrosio O'Higgins, allá por el año 1877, en casa de su padre don Simón Riquelme y Goycochea. El embarazo de Isabel fue llevado en secreto por decisión de su padre, quien la encerró en la casa de las hermanas Olate dueñas de un predio en Pal Pal, en las cercanías de Chillán, donde Bernardo vino al mundo en calidad de "huacho" el 20 de agosto de 1778. Don Simón habría adoptado estas medidas para resguardar el honor de su familia como el de su hija.

El padre es un rey o gobernante

Según el genealogista irlandés O'Hara, don Ambrosio O'Higgins fue bisnieto de Shean Duff O'Higgins Barón de Ballenary, que desciende de una de las familias más antiguas de Irlanda. Puesto que el padre del héroe se había propuesto una carrera con grandes ambiciones y en la colonia se prohibía a los funcionarios españoles el casamiento con criollas sin previa autorización de la Corte, don Ambrosio se abstuvo de contraer matrimonio con Isabel. Su biógrafo Jaime Eyzaguirre lo describe así: "contravenir la prohibición real de celebrar matrimonio con mujer del país era cortarse la carrera. Y los fríos cálculos del ingeniero pudieron más que las póstumas tentaciones de un corazón envejecido".

De hecho, la carrera del irlandés al servicio del Reino de España no tuvo tropiezos en sus ascensos regulares y don Ambrosio llegó a los cargos de Gobernador de Chile y posteriormente de Virrey del Perú.

Las circunstancias de la concepción son inusuales

Una carrera ambiciosa había que defenderla con tenacidad. De ahí el cuidado con que el gobernador tendió un manto de silencio en torno al embarazo, nacimiento y vida temprana de su hijo Bernardo.

Luego del nacimiento se le intenta mantener oculto, generalmente por el padre o el abuelo materno

En cuanto supo don Ambrosio del nacimiento de su hijo dispuso por sí, y sin conocimiento de su familia materna, que su amanuense y secretario privado don Domingo Tirapegui ubicara al niño en Chillán y "con mucho sigilo" lo llevara a Talca, a la hacienda de su amigo portugués Juan Albano Pereira. No existe acuerdo entre los biógrafos de O'Higgins respecto de la edad en que el niño fue llevado a Talca. Según Casimiro Albano, hijo del comerciante portugués y primer biógrafo de O'Higgins, "recién nacido llegó Bernardo a casa de mis padres". Tomás Delfín, irlandés y socio comercial de don Ambrosio, afirmó que este le había confidenciado que Bernardo "recién nacido" dejó la casa de sus abuelos.

Se le separa y envía lejos de la madre

Doña Isabel Riquelme poco sabe del destino de su hijo y entretanto se casó, a instancias de su padre, con el comerciante Rodríguez y dio a luz a su hija Rosa.

Es criado por padres adoptivos en un lugar lejano

A su llegada a Talca don Juan Albano y su tercera esposa doña Bartolina de la Cruz cumplieron la orden de don Ambrosio de bautizarlo y asumir el rol de padrinos. Según el acta de bautismo firmada por el vicario Pedro Pablo de la Carrera, "Bernardo es hijo de Ambrosio Higginz soltero y de una señora principal del Obispado de Concepción".

Se desconocen los detalles de su vida en la niñez

Como es característico en los héroes investigados por Lord Raglan, la infancia de Bernardo ha permanecido en una nebulosa. Existen escasos documentos que den cuenta de los primeros años de su vida. Según su amigo Casimiro Albano, quien siguió la carrera del sacerdocio y escribió la primera biografía de Bernardo en el año 1844, "al cuidado de mis padres él recibió la educación común que se daba entonces a los hijos de una familia regularmente acomodada". No existe documento que acredite el encuentro de Ambrosio con su hijo cuando pasó

por Talca y alojó en casa de su amigo Juan Albano en el año 1887. En los escritos que dejó el héroe no menciona encuentro alguno con su padre Ambrosio. En su libro *O'Higgins*, Jaime Eyzaguirre afirma que luego de visitar a su amigo Juan Albano en Talca “el adusto gobernador decidió cortar por lo sano la noticia difundida en Talca y otros lugares sobre la existencia de su hijo, disponiendo el encierro en la sección para niños españoles del Colegio de los Naturales que regentaban los franciscanos en Chillán. De esta manera, junto con esconder la causa ostensible de esas habladurías que debilitaban su prestigio de mandatario, proveía a la educación del bastardo”.

Transcurridos dos años y ante el temor que se supiera que el Bernardo Riquelme hijo natural del Gobernador se educaba en Chillan, Ambrosio decidió que en el silencio de la noche se llevara a Bernardo por caminos extraviados hasta Talcahuano, donde lo esperaba Tomas Delphin para embarcarlo al Perú.

Cuando alcanza la adultez vuelve a su país o va a su futuro reino

Luego de permanecer tres años entre Richmond y Londres cuando las remesas de dinero disminuyeron por orden de su padre, Bernardo debió volver a Cádiz. La calidad de vida de Bernardo en Cádiz empeoró aún más, toda vez que Ambrosio escribió a su representante Nicolás de la Cruz que lo expulsara de su casa por “ser ingrato a los favores recibidos e incapaz de seguir una carrera”. Algunos historiadores han atribuido el origen de estas medidas a las ideas revolucionarias de Bernardo surgidas de la relación con el venezolano Francisco de Miranda en Inglaterra, las que fueron comunicadas al Ministerio Español por sus espías, afectando a don Ambrosio y constituyendo una de las razones de su despido del cargo de Virrey del Perú. Poco antes de morir Ambrosio en marzo de 1801 testó en favor de Bernardo la Hacienda de las Canteras, con lo que este último pasó de la indigencia a la abundancia y consiguió un préstamo para regresar a Chile.

Lucha y vence al rey, padre o un gigante, un dragón o bestia salvaje

La lucha de Bernardo por liberar a Chile del dominio español estuvo guiada por el adoctrinamiento llevado a cabo por Miranda. Es probable que junto a la motivación consciente de Bernardo por liberar a Chile y luego a Perú de la dominación española haya coexistido en el héroe otra motivación, esta vez más bien inconsciente impulsada por los sentimientos ambivalentes de amor y odio hacia su padre, quien siempre fue una figura ausente.

Se reencuentra con su madre y vive con ella hasta su muerte

Bernardo se reencontró con su madre Isabel Riquelme a la edad de 24 años a su regreso a Chile en el año 1802. Desde el punto de vista psicoanalítico, Bernardo vence al padre y se queda con su madre hasta que esta fallece en el año 1839 en Lima. Bernardo la llevó al exilio argentino en Mendoza y en Buenos Aires. Más tarde la trasladó al Palacio Presidencial donde junto a su hermana Rosa ejercieron el rol de “primera dama”. A su muerte en el exilio peruano, doña Isabel recibió, como dice Vicuña Mackenna, los homenajes de una “Virreina”. De manera simbólica un hombre marcado por ser un hijo bastardo, el hijo del pecado, “un huacho” en palabras de la socióloga Sonia Montecinos, pasa a ocupar el lugar del padre, cambia de estatus y da origen a una nueva estirpe. El hijo (Bernardo) reemplaza al padre (Ambrosio). O'Higgins hijo simboliza la nueva república mientras el padre, quien solo al final de su vida le dio el apellido, será el símbolo de la decadencia del viejo orden. Bernardo conserva el liderazgo y asume el rol de su padre.

Se convierte en rey o gobernante

Una vez convertido en gobernante e investido por el Cabildo Abierto de Santiago con el título de Director Supremo el 16 de febrero de 1817 permanece en el cargo hasta su abdicación en 1823.

Por un periodo reina o gobierna

Bernardo se identificó con su padre al ubicarse en el rol de realizador de obras públicas, fundador de instituciones, y como creador del ejército, de la marina y de la expedición Libertadora del Perú. El biógrafo de O'Higgins, Jorge Ibáñez Vergara, ha señalado que la creación de la nación chilena comienza con el decreto del 3 de junio de 1818, cuyo mérito corresponde de manera exclusiva al Director Supremo:

Después de la gloriosa proclamación de la independencia, sostenida con la sangre de los defensores, sería vergonzoso, permitir el uso de fórmulas inventadas por el sistema colonial. Una de ellas es denominar españoles a los que por su calidad no están mezclados con otras razas, que antiguamente se llamaban malas. Supuesto que ya no dependemos de España, no debemos llamarnos españoles sino chilenos.

Dicta leyes

Una de las primeras leyes dictadas por Bernardo fue la abolición de los títulos de nobleza y los mayorazgos cuando aún dirigía el ejército en Concepción. Con fecha 15 de septiembre de 1817 dice la resolución: *Todo título, dignidad, o nobleza hereditaria queda enteramente abolida. A los antedichos condes, marqueses, o caballeros de tal o cual orden, se prohíbe darles tales títulos, ni ellos podrán admitirlos. Quitarán todo escudo de Armas, u otro distintivo cualquiera y se considerarán como unos simples ciudadanos. El Estado no reconoce más dignidad ni da más honores que los concedidos por los gobiernos de América.*

En una carta dirigida a su amigo Terrada antes de la dictación de los títulos de nobleza O'Higgins había señalado: "detesto por naturaleza la aristocracia y la adorada igualdad es mi ídolo"; según Eyzaguirre, dejaron hablar así su inconsciente herido.

Más tarde pierde el favor de los dioses o de sus gobernados

La dictación de leyes como la antes mencionada fue resistida por la aristocracia, grupo que estimulará el descontento entre los miembros de su clase. La rebelión de los habitantes de Coquimbo y Concepción, que se sintieron discriminados respecto de los recursos destinados para esas ciudades por el gobierno de O'Higgins fue el germen del descontento contra su mandato. En noviembre de 1822 una asamblea realizada en la ciudad de Concepción solicitó al general Ramón Freire encabezar la lucha contra el gobierno central instalado en Santiago. Freire, cansado de esperar refuerzos para combatir a las tropas realistas, que aún quedaban en la zona y que actuaban como montoneras asociadas a caciques y bandas indígenas, aceptó conducir el movimiento contra el gobierno de O'Higgins. De manera simultánea, el descontento contra O'Higgins en Santiago creció y un grupo de vecinos encabezados por José Miguel Infante, Fernando Errázuriz y el intendente de Santiago José María Guzmán convocaron un Cabildo Abierto el 28 de enero de 1823 con el objeto de pedirle la renuncia. De esta manera, los ciudadanos más influyentes de la ciudad resolvieron deponer al Director Supremo, antes que el ejército de Freire llegara a Santiago y se vanagloriara de su éxito. Se ha dicho que una de las razones por la que se pidió a O'Higgins la renuncia fue por el carácter dictatorial de su gobierno. Esta idea fue acrecentada luego de la publicación del libro de Miguel Luis Amunátegui *La dictadura de O'Higgins*.

Es destronado, debe abandonar el poder y es desterrado

O'Higgins abdicó en la reunión del Cabildo Abierto y ofreció dejar el mando de inmediato con la condición de entregarlo a la autoridad que designara el pueblo y que fuera capaz de mantener el orden. Luego de permanecer durante cinco meses en Valparaíso y después que el juicio de residencia que solicitó Freire fuera rechazado por la Junta de Gobierno, la solicitud de permiso para abandonar el país fue firmada por el Jefe del Ejército.

Sus hijos no lo suceden

Resulta llamativa la compulsión a la repetición en Bernardo en el estilo de relación con su hijo Demetrio. Bernardo reprodujo la distancia afectiva y la lejanía que su padre Ambrosio había utilizado con él. Aunque Demetrio fue educado en los mejores colegios de Lima, Bernardo, Isabel y Rosa establecieron un muro de silencio respecto de la identidad de su madre Melchora Puga, con lo que se repite el mismo cuadro de la relación entre doña Isabel y Bernardo.

El relato que abrió la posibilidad de crear un discurso mítico de la nación chilena partió de una relación amorosa de una mujer y un hombre, Isabel y Ambrosio, los padres de Bernardo, quienes, en un momento trascendental para la historia de Chile como país, procrearon un hijo que fue considerado por sus contemporáneos como un bastardo, estigma que acarreó toda su vida.

REFLEXIONES FINALES

La presencia en el mito de Bernardo O'Higgins de 16 de las características mencionadas por Raglan en el héroe mítico clásico, constituye una de las posibles explicaciones de por qué un héroe escogido por la élite que gobernó en Chile en la primera mitad del siglo XIX se convirtió más tarde en un héroe para las clases populares chilenas. El rol que cumplió la élite intelectual al comienzo del mito fue decisivo en la investidura de O'Higgins como héroe mítico. Luego el mito fue instalado en el inconsciente colectivo por los historiadores y de ahí pasó a ser transmitido en los libros de texto de la educación escolar. De esta manera la historia de su nacimiento, de la vida temprana, su rol en la independencia de Chile, y del gobierno de Bernardo O'Higgins pasó a ser descrita con características sobresalientes.

Aunque la idea de nación chilena se consolidó en la segunda mitad del siglo XIX, podemos encontrar su

germen en la configuración de la idea de patria libre, que emergerá de la interpretación histórica de la figura de O'Higgins que hicieron los historiadores como Barros Arana en el siglo XIX y Jaime Eyzaguirre en el siglo XIX.

REFERENCIAS

1. Rank O. El mito del nacimiento del héroe. Editorial Paidós, Barcelona, 1991
2. Campbell J. El héroe de las mil caras. Fondo de Cultura Económica, México, 1972
3. Raglan L. The Hero: a study in tradition, myth, and drama. New York, 1956
4. Mc Evoy C. Funerales republicanos en América del Sur: Tradición, ritual y nación, Santiago de Chile, 2006
5. Mc Evoy C. En pos de la República: ensayos de historia política, Lima, Centro de Estudios Bicentenarios Municipalidad de Lima, 2013
6. Segal RA. In quest of the hero. Princeton University Press, Princeton, 1991
7. Eyzaguirre J. O'Higgins. Zig-Zag, Santiago, 1946
8. Ibáñez Vergara J. O'Higgins el libertador. Instituto O'Higiniano, Santiago, 2001
9. Valencia Avaria L. Bernardo O'Higgins. El buen genio de América. Editorial Universitaria, Santiago, 1980
10. Orrego Vicuña E. O'Higgins vida y tiempo. Editorial Losada, Buenos Aires, 1946
11. Sepúlveda A. Bernardo. Ediciones B Chile S.A., Santiago, 2007

PSICOTERAPIA

LA TERAPIA DIÁDICA DE HAIFA: UN MODELO BASADO EN LA MENTALIZACIÓN INTERSUBJETIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS Y SUS PADRES^{1, 2}

(Rev GPU 2017; 13; 2: 161-172)

Judith Harel³, Hayuta Kaplan, Raya Avimeir-Patt

La psicoterapia psicoanalítica de corto plazo madre-hijo⁴ y padre-hijo supone que los niños desarrollan determinados tipos de relaciones con cada progenitor, así como con la pareja de crianza. El modelo integra una mirada intrapsíquica, de relaciones objetales con una perspectiva interpersonal, por lo que representa un enfoque intersubjetivo (Aron, 1996) para el tratamiento de trastornos relacionales en la infancia.

El modelo que se presenta fue desarrollado en Haifa, Israel, por Miriam Ben Aaron y sus colegas (Ben Aaron *et al.* 1997, 2011).

INTRODUCCIÓN

En este modelo el mismo terapeuta se reúne con las parejas madre-hijo, padre-hijo con una frecuencia semanal, junto con reuniones periódicas con la díada de padres. El modelo se centra en las necesidades del desarrollo del niño preescolar con la participación activa de ambos padres en las “experiencias del aquí-

y-ahora” compartido del proceso terapéutico. Los participantes expresan, en las interacciones y “enactments” (escenificaciones), diversos contenidos y significados de sus patrones relacionales específicos. El terapeuta se dirige a los comportamientos, así como a los significados de las relaciones, promoviendo así la comprensión reflexiva y cambios experienciales dentro del *self*, el otro, y las relaciones yo-otro. La participación

¹ Version anterior del artículo fue publicado en: *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2005), 79, 1-14. Traducido y publicado en GPU con autorización.

² Agradecemos a las colegas Analía Stutman y Beatriz Abramovich-Kosoy por la traducción del artículo al castellano.

³ Professor Judith Harel, Department of Psychology, University of Haifa, Mount Carmel, Haifa, 31905, Israel (e-mail: jharel@psy.haifa.ac.il).

⁴ Con la palabra “hijo” nos referimos a ambos sexos.

activa y diferente del niño con cada padre es el factor principal en la promoción de cambios. El niño utiliza principalmente el juego como medio para expresar sus necesidades y movilizar la ayuda del terapeuta. La disponibilidad de la terapeuta con las diferentes diadas, así como su postura de mentalización se utilizan para comprender mejor los temas relacionales explícitos e implícitos. El terapeuta sostiene la co-construcción de nuevos y diferentes patrones de comportamiento y la co-creación de significados adicionales a las representaciones. El terapeuta tiene como objetivo alcanzar un estado de reconocimiento mutuo (Benjamin, 1988) en cada diada, mediante el fomento de reconocimiento por parte de cada uno, del otro como sujeto (Ogden, 1994). La configuración fomenta la participación activa del niño en el desarrollo y promoción de cambios en cada una de las diadas, y permite al terapeuta facilitar en los participantes una actitud de “función reflexivo-mentalización” con respecto a sí mismo y los otros (Harel *et al.*, 2006).

Este artículo presenta un modelo de orientación psicoanalítica para el tratamiento de trastornos relacionales (vinculares) en la infancia. El modelo se centra en los niños “prelatentes”, en edad preescolar (Bleiberg, Fonagy y Target, 1997), y hace hincapié en el papel del niño en el proceso de tratamiento (Lojkasek, Cohen, y Muir, 1994). Al igual que la psicoterapia padres-bebé (Cramer, Lieberman) el modelo madre-hijo y padre-hijo se centra en la relación y en los significados mutuamente construidos entre el niño y cada progenitor, y a su vez se puede extender y adaptar a intervenciones para niños mayores (escolares, latentes) que por lo general son tratados de forma individual y no en un formato vincular con los padres (Berlin, 2002). Consideramos al tratamiento diádico “madre-niño y padre-niño”, como una aplicación de la perspectiva relacional intersubjetiva (Altman, Briggs, Frankel, Gensler, y Pantone, 2002; Lyons-Ruth, 1999) en la que las interacciones reales entre padres e hijos moldean y construyen el mundo representacional interno del niño (Mitchell, 1988). Esta aproximación al desarrollo psicológico tiene importantes implicaciones para la terapia.

La mirada relacional considera el encuentro terapéutico como el resultado de la contribución tanto del terapeuta como del paciente; por lo tanto, el proceso es mutuamente co-construido por ambos participantes. Las puestas en acto (*enactments*) en la situación terapéutica son consideradas como importantes oportunidades para aprender sobre los significados inconscientes del paciente que no han sido expresados anteriormente (McLaughlin, 1991). Tal y como subrayó Lyons-Ruth (1999), el interés principal está en aquellas

características de la escenificación que hacen eco de los aspectos problemáticos de la interacción del paciente con otras personas importantes.

Aplicar esta mirada a los niños significa que los *enactments* más importantes serán aquellos que resuenan con los problemas de los padres del niño, ya que a lo largo de su desarrollo estas mismas interacciones formarían las bases de las representaciones del niño. En este modelo lo que más tarde podría convertirse en trastornos en las relaciones y en las representaciones del *self* y del otro, puede ser abordado de manera efectiva en las interacciones reales en el aquí y el ahora progenitor-hijo, como la fuerza modeladora de las representaciones del niño.

El niño se desarrolla en una matriz relacional. Dentro de esta matriz se producen interacciones y se construyen las representaciones de uno mismo, de los otros, y de las relaciones yo-otro. Estas representaciones son inicialmente presimbólicas y diádicas en su naturaleza, como lo postulan la teoría de relaciones objetales y teorías del apego, y que han sido recientemente demostradas por estudios empíricos tales como los de Beebe y Lachman (2002). Las interacciones observadas son los “puntos de encuentro” de las representaciones de la relación que poseen el niño y sus padres (Stern, 1985). Las experiencias del *self* y del otro y de uno mismo-otro que posee el bebé, son específicas para las diferentes relaciones y, por lo tanto, dependen del contexto. La influencia del contexto en el *self*, el otro y las relaciones es reconocida en las teorías clínicas (Stolorow y Atwood, 1992), así como también en la investigación cognitiva y del desarrollo (Fischer y Ayoub, 1996; Tronick, 2003). Por ejemplo, el apego seguro de un bebé no puede generalizarse a todas las relaciones, se trata de una relación específica y no de un bebé específico (Van Ijzendoorn, Sagi y Lamberman, 1992). Del mismo modo, no debemos esperar que se puedan generalizar los efectos del tratamiento entre madre e hijo a la relación padre-hijo, o viceversa.

El formato de tratamiento del modelo padre-hijo, madre-hijo, consiste en sesiones intermitentes sobre una base semanal con el mismo terapeuta. Una semana hay una sesión de madre e hijo y la semana siguiente una sesión de padre e hijo. Cada dos semanas, en la mayoría de los casos, es una sesión conjunta de madre y padre. Aunque en cada sesión solo esté presente una diada, la tercera parte está casi siempre presente en el nivel representacional simbólico. Mientras está presente el padre o la madre, el niño puede decirle a él / ella lo que ha sucedido con el otro padre en la sesión anterior y puede pedirle continuar un juego que se inició con el otro, y así sucesivamente.

EL MODELO DE TRATAMIENTO

Los problemas del niño, que se presentan en el comportamiento, las estrategias defensivas o síntomas, son considerados como alteraciones en las relaciones entre padres e hijos. Los pediatras que tratan lactantes (Cramer, 1992; Daws, 1993; Greenspan, 1991; Stern, 1995) han observado que problemas en la alimentación, el dormir y la regulación en los bebés son indicadores de problemas en las relaciones en lugar de intrínseco al niño. Creemos que esto también es cierto para niños mayores con una amplia gama de síntomas.

Consideramos que este modelo es el tratamiento más adecuado para al menos tres causas principales de trastornos:

1. Los cambios en el desarrollo del niño que crean tensiones en la relación padres-hijo, que no pueden ser fácilmente satisfechos por uno o ambos padres. La discrepancia entre las expectativas de los padres y las necesidades actuales del niño conduce a incomprendimientos y dificultades para hacer frente a algunas tareas de desarrollo, como por ejemplo: necesidades de autonomía, control de los afectos, problemas edípicos.
2. El drama subjetivo de los padres es escenificado por dos nuevos actores, el progenitor y el niño. Al niño se le asigna el papel de algún importante objeto del pasado parental, y el padre continúa su lucha con el niño (basado en motivos inconscientes irracionales). Esta actitud de los padres provoca dificultades para el niño ya que impide que se relacionen y ofrezcan al niño experiencias apropiadas para él / ella, según sus necesidades de desarrollo (Brazelton y Cramer, 1990; Fraiberg, 1975).
Este patrón de proyecciones de los padres a los hijos con frecuencia crea una tensión entre ellos. El progenitor trata de manera inconsciente de moldear al niño de acuerdo con sus necesidades, mientras que el hijo tiene dificultades para el reconocimiento de su subjetividad (Benjamin, 1988), o su verdadero *self* (Winnicott, 1971).
3. El progenitor y/o el niño necesitan ayuda activa para liberar o fortalecer procesos mentales que están inhibidos, que permitan la creación de representaciones, más adaptativas del propio *self* y los otros.

La capacidad de reflexionar sobre los estados mentales de uno mismo y de los demás, para entender las acciones en términos de las intenciones, creencias y deseos; la disposición para estar en sintonía con y compartir las experiencias

emocionales; y la capacidad para comprender el significado de interacciones, a veces están limitadas. Las limitaciones en la función reflexiva de los padres, puede ser causal de la limitada mentalización del niño, ya que este se considera a sí como teniendo una mente tal como el padre se refiere a ella (Fonagy y Target, 1996). Las limitaciones en la mentalización pueden resultar de una experiencia traumática, por ejemplo una pérdida, adopción, pero más a menudo se derivan de las limitaciones y dificultades en el desarrollo de las relaciones con los objetos primarios.

Los niños descritos por Bleiberg *et al.* (1997) como "niños Grupo B"; son los que en su mayoría se benefician de nuestro enfoque. Muestran afectos intensos y necesidades de responsividad social y afecto. Se muestran ansiosos y mal humorados, con carácter descontrolado y rabietas, como características comunes de su desarrollo temprano. En la edad escolar son por lo general diagnosticados como TDAH, trastornos de la conducta, ansiedad de separación o trastornos anímicos. Estos niños tienen dificultades en la autorregulación y en el uso de su capacidad de mentalización. La inhibición de la mentalización se presenta con frecuencia también en los padres en relación con este niño específico y, a veces solo cuando emergen temas específicos en la relación con este niño (Verheugt-Pleiter, A.J.E., Zevalnik, J. & Schmeets, M.G.J. 2008)

A continuación se describirán las características únicas del modelo, la participación activa de los padres, la importancia de los padres en la terapia del niño, los temas relacionales implícitos de las diádas, los dos procesos de transferencia observados, y la postura de mentalización.

La participación activa de los padres en el proceso de tratamiento de los niños prelatentes es única de nuestro modelo (Berlin, 2002). El modelo se centra en la necesidad del niño de lograr la participación de la madre y el padre en las experiencias aquí-y-ahora comunes del proceso terapéutico. Los niños y los padres traen a la sesión los problemas en sus relaciones y los presentan en diálogos verbales, en la comunicación no verbal, en las secuencias de juego, representaciones y narrativas. Los temas presentados con cada padre pueden ser diferentes o similares. Muy a menudo el niño presenta el mismo tema a ambos padres tanto para aprender sobre el estado de su *self* como para comprobar su percepción sobre las reacciones de cada padre, especialmente cuando las reacciones están en conflicto. Por ejemplo, el niño que expresa abiertamente su agresión al padre que la acepta y se la recibe, pero no

así con la madre que se lo prohíbe porque le recuerda sus propias relaciones problemáticas con su propio padre. A veces el niño tiene el mismo problema con ambos padres, por ejemplo problemas con el autocontrol. Sin embargo, cada uno lo procesa y reacciona de manera distinta y por razones intrapsíquicas diferentes.

El terapeuta convoca a la función de mentalización de los padres para tomar conciencia y darse cuenta de cómo sus respuestas confunden al niño en sus esfuerzos para aprender acerca de sí mismo/a y experimentarse a sí mismo/a de manera coherente. Los padres son ayudados a comprender el requerimiento infantil y los diferentes significados que ellos atribuyen a su comportamiento subyacente en sus diferentes reacciones. Estos significados a veces se derivan de los propios “fantasmas” de los padres y no permiten atender suficientemente a las necesidades del niño o su mundo interno, o sea, la subjetividad del niño.

La postura de mentalización del terapeuta es generalmente adoptada por el niño y el progenitor. En consecuencia, logran entender la dificultad del niño en una imagen más coherente y auténtica.

En nuestro modelo de tratamiento los padres participan igual que las madres, a pesar de la inclinación de madres y terapeutas de dejar a los padres fuera del tratamiento del niño (Frascarolo, 2016). Ellos son considerados como participantes, junto con las madres en el desarrollo normal como patológico de su niño. Nuestra experiencia demuestra que, contrariamente a la creencia aceptada de que las madres son las involucradas principales en la terapia del niño, vemos que los padres son socios dispuestos e importantes. Los padres son importantes en el nivel diádico entre padre - hijo, y como miembros de la pareja de crianza (Barrows, 1997). La investigación ha demostrado que, aunque los padres en comparación con las madres tienden a reportar menos problemas en el comportamiento del niño, su interacción con el niño está más comprometida por su visión sobre el niño que la interacción que tiene la madre: cuanto más síntomas informan los padres en el Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) más negativa es la experiencia del niño en la interacción con ellos, según lo medido por el Core Conflictual Relational Theme (CCRT; Luborsky y Crits-Christoph, 1998; Harel, Eshel, Penso, Muchtar, y Ben-Aaron, 2003).

Hay una conciencia creciente en la literatura sobre tratamiento respecto de temas que se abordan y que no son verbalizados o simbolizados de ninguna forma. El creciente énfasis en el “conocimiento relacional implícito” (Stern, 1998) o las “representaciones relacionales escenificadas” (Lyons-Ruth, 1998) como diferentes del conocimiento declarativo de las relaciones, destaca

la importancia de un modo directo de experimentar y expresar las relaciones. El formato de la terapia, con la participación directa de los padres y el ambiente empático y de apoyo en las sesiones maximiza la aparición de temas implícitos junto a los explícitos, entre los padres y el niño en presencia del terapeuta. Esto permite al terapeuta observar directamente y experimentar la relación del niño con su padre y su madre, en lugar de extrapolarla a partir de la transferencia, o aprender de ello a través de los reportes de los padres. Se sabe que nuestras experiencias y formas de estar con otros más tempranas e importantes se almacenan en la memoria implícita y son accesibles solo a través de la conducta con el otro específico. El conocimiento explícito declarativo se desarrolla más tarde y es solo un aspecto parcial de nuestras relaciones, esa parte de la que se puede hablar o simbolizar de otras maneras (Lyons-Ruth, 1998, 1999). El conocimiento relacional implícito, según Lyons-Ruth, es probable que sea visible en la estructura de las relaciones fantaseadas, así como en la estructura escenificada de las interacciones reales. Nos encontramos con que el conocimiento implícito relacional se aprecia en el proceso terapéutico a través de las escenificaciones de la diada padre/madre - hijo o la pareja parental, y de esta manera se hace observable, pudiendo hacerse reflejos sobre ello y mentalizarse (Midgley y Vrouva, 2012). Stern, al tratar de definir el “algo más allá de la interpretación” que actúa como un factor curativo en la terapia, escribió sobre los “mecanismos no interpretativos” en la psicoterapia psicoanalítica. Esto se refiere a los procesos que están relacionados con el conocimiento implícito relacional que emerge en la sesión de terapia. Observando diadas en la terapia, uno puede conocer y experimentar sus formas implícitas de ser el uno con el otro, pudiendo hacerse visibles y ser reflejadas por el terapeuta. Además de la escenificación del conocimiento relacional pasado, somos testigos de la aparición de los “momentos presentes” que dan la oportunidad a “momentos de encuentro” como factores inductores de cambio (Stern, 1998). La presencia del progenitor e hijo en la sesión de terapia permite a los participantes experimentar y trabajar en el ‘aquí y ahora’ de la relación, en lo que está pasando ahora en los procesos de regulación mutua, es decir, dando significado a cada comportamiento del otro, los afectos, y así sucesivamente. El foco y la reflexión sobre la relación actual conduce a una expansión de los temas que la diada puede compartir, y enriquece la relación y las representaciones (Stern, 1998; Tronick, 2003).

Paralelamente a las representaciones y los temas implícitos entre padres e hijo en presencia del terapeuta, los temas se presentan en la transferencia entre

los participantes. Fonagy y Target (2000) especifican los elementos principales de nuestro modelo de tratamiento: "Esto da al terapeuta la oportunidad única de observar en lugar de especular sobre la naturaleza de las relaciones entre padres e hijos, permite observar la transferencia, o sea, las atribuciones inconscientes del niño al padre o de los padres hacia el niño según sea el caso, en lugar de inferir estos procesos de las reacciones del niño al terapeuta. Esta técnica hace una importante modificación al tratamiento volviéndolo más directo, más inmediato y, esperamos, también más efectivo" (en Ben-Aaron, Harel, Kaplan, y Patt, 2000, p. 11).

La presencia del niño evoca poderosas respuestas de transferencia de los padres (Fraiberg, Adelson, y Shapiro, 1975; Berlin, 2002). Puesto que este modelo se aplica a niños mayores, somos testigos de las reacciones de transferencia del niño, además de las de los padres, por lo tanto, se logra identificar dos procesos de transferencia mientras se trabaja en este modelo. El primer proceso de transferencia se produce de padre a hijo o de hijo a padre. Esta transferencia es diferente de la que se describe en las terapias de padres-bebé; por ejemplo, lo descrito por Hopkins (1992) y Barrows (1997) como la "transferencia de la madre en el bebé", donde solo es la proyección de los padres sobre el bebé. Por el contrario, acá observamos un proceso mutuo, bidireccional, en el que vemos las proyecciones de los padres sobre el niño a la vez que las del niño sobre los padres, creándose una proyección del "formato de la relación" (Seligman, 1999).

El otro proceso de transferencia se desarrolla en paralelo al primero. Esta transferencia se produce entre el terapeuta y los participantes de la diada. El progenitor y el niño asignan varios roles al terapeuta, a los que este responde tanto consciente como inconscientemente (Sandler, 1976). Esta transferencia entre el terapeuta y las diadas tiene diversos matices. Al principio del tratamiento es posible apreciar algunas dificultades significativas en el establecimiento de la alianza de trabajo, derivadas de experiencias o expectativas negativas del pasado de los padres, sobre el proceso de tratamiento. Estas reacciones se expresan a veces como proyecciones sobre el terapeuta, por ejemplo la sospecha hacia él/ella, la evitación, y así sucesivamente. Un aspecto importante de la transferencia, de naturaleza positiva, que facilita el proceso terapéutico, es lo que Stern (1995) llama "la transferencia de la abuela buena" (Dugmore, 2013). Los padres ven al terapeuta como alguien que aprecia su papel de padres, no se entromete en ello, y hace todo lo posible para ayudarles a ayudar a sus hijos. En las sesiones con el niño, así como en las sesiones con

la pareja parental, el respeto del terapeuta por el rol de los padres se transmite claramente y los padres se sienten autorizados a movilizar sus recursos parentales para ayudar a sus hijos. Esta transferencia positiva no se da por sentado, ya que es un logro del proceso de tratamiento.

EL PROCESO DE TRATAMIENTO

El objetivo terapéutico es fomentar cambios experienciales en las formas de interacción habituales en las diadas, orientadas a producir cambios en las relaciones y representaciones.

Los objetivos son de dos tipos: los cambios en las relaciones actuales, así como en las relaciones representadas, y cambios en las representaciones del *self* y de los otros; en última instancia, alcanzar el reconocimiento mutuo (Benjamin, 1988). Al dirigirse a comportamientos específicos de los padres y el niño se les ayuda a reflexionar sobre los significados y las intenciones que hay detrás de estos comportamientos. El terapeuta está constantemente atendiendo a la diada en dos niveles: (a) el nivel de experiencias, comportamientos, y las interacciones reales; y (b) el nivel de significados, estados mentales y representaciones.

El terapeuta elige intervenir en uno de estos niveles de acuerdo con su juicio en ese momento de lo que será la mejor "puerta de entrada" (Stern, 1998). Aunque suponemos una estrecha relación entre los niveles de interacción y de representación y de acuerdo con el supuesto de Stern respecto a las influencias mutuas en respuesta a la intervención, no se da por supuesto que el cambio en un nivel siempre inducirá a cambiar en el otro (Lyons-Ruth, 1999). Dificultades en las conexiones entre los dos niveles podrían estar en el núcleo del problema (Bucci, 1985), el terapeuta tiene un rol especial en promover la asunción de las influencias mutuas entre los dos niveles. Mediante el reflejo, la clarificación, la interpretación y el fomento de una postura de mentalización, ayuda a comprender y traducir comportamientos a significados y viceversa (Fonagy y Target, 1997).

Los miembros de la diada van siendo ayudados a reflexionar sobre las experiencias compartidas y a captar las diferencias y las distorsiones. Esto les permite co-construir nuevos patrones de comportamiento intersubjetivos, junto con adquirir nuevos significados de las experiencias interpersonales e intrapsíquicas. El terapeuta, que está presente en las tres diadas, hace conexiones entre las diferentes representaciones y promueve el logro de representaciones mutuas más coherentes, integradas y equilibradas del *self* y de los otros.

EL NIÑO

Consideramos la participación activa y diferente del niño con cada padre como el principal factor promotor de cambio en este modelo de terapia. El juego es utilizado por el niño como el contexto para el desarrollo de su *self* (Winnicott, 1971) y de la capacidad de mentalización (Fonagy y Target, 1996; Meersand, 2001).

Tempranamente en el proceso terapéutico, los niños tienden a presentar sus temas más importantes en la relación con los padres. Estos temas pueden ser similares a los mencionados por los padres inicialmente, pero a veces son diferentes y sorprenden tanto a ellos, como al terapeuta. Estos diferentes temas resultan ser a veces preocupaciones preconscientes, ya sea de uno o ambos y/o a veces son demasiado estresantes para el niño, que no pueden ser hablados directamente con los padres. Los niños pueden representarlos en el comportamiento o en el juego como un tipo de pregunta a ser respondida por la diada.

María es una niña adoptada de 4 años de edad. Ella fue remitida a tratamiento a causa de problemas para vestirse en las mañanas; el problema más difícil era ponerse los zapatos, lo que se agravó con el cambio de estación de verano a otoño.

Cuando se le preguntó acerca de la adopción, los padres dijeron que el tema fue discutido abiertamente en su casa y que María y su hermano (también adoptado) no tienen ningún problema con eso.

María llegó con su padre a la primera sesión, un día frío y lluvioso. Ella iba sentada sobre los hombros de su padre, vistiendo un camión enorme y pantuflas muy grandes para sus pies. Alrededor de la mitad de la sesión cogió una pistola de juguete y comenzó disparar en la dirección de su padre.

¿El terapeuta anima al padre a preguntarle a quién se le disparaba? María dijo que ella estaba disparando a "Poppy" y señala un cuadro, que representa a un hombre con una trompeta que colgaba detrás de la espalda de su padre. El terapeuta le pidió a ella y su padre le dijeran quién era "Poppy". Ellos respondieron que "Poppy" era un hijo imaginario que hacía cosas malas y que se aparecía en la familia cada vez que María hacía algo malo. "Poppy" era también el nombre con que María llamaba a su padre cuando estaba enojada con él. En una postura reflexiva el terapeuta se preguntó acerca de cuáles eran las cosas malas que sucedieron y que hicieron que María quisiera disparar a "Poppy". María respondió a esto que él era un ladrón, que tomó un autobús grande y puso ahí a algunos niños robados y se los llevó a la tienda de juguetes. Y que las personas que no tienen hijos pero que desean tenerlos van a la tienda a comprar juguetes y niños.

Este breve episodio marcó el comienzo de una larga serie de sesiones en que María llenaba la sesión con preguntas acerca de su adopción. Ella creó muchas historias diferentes como respuestas a estas preguntas y ellos jugaron a esto con la participación de su madre y padre. Los padres experimentaron y descubrieron cómo el tema de la adopción ocupaba su mente y cómo sus dificultades se relacionaban con aquello. Esto fue muy significativo para cada uno, para resolver este problema en conjunto y para crear una historia de vida coherente para María, una historia que fuera apropiada y única para ellos. Durante todo este proceso el terapeuta percibió fuertemente cómo el trabajo de construcción de esta historia fue más significativo e importante que cualquier historia que pudiesen haber creado el niño con el terapeuta, sin la participación de los padres.

En las sesiones diádicas observamos que los niños tratan de enseñar a los padres cómo los necesitan en cada etapa específica del desarrollo. Los niños son activos en la co-construcción de nuevos tipos de relación y reorganizaciones de significados, con cada padre presente en la sesión. Muy a menudo el niño trae estos cambios a la sesión con el otro padre para observar su respuesta y confirmar la aceptación. Como se ha mencionado antes, los niños tratan de construir imágenes coherentes de sí mismos incluyendo las diferentes maneras en que los padres los ven.

La siguiente viñeta ilustra cómo los niños a menudo son sensibles al "timing" apropiado para presentar al otro padre los "insights" adquiridos en las sesiones:

Alex, un niño de 5 años de edad, fue remitido a nosotros debido a los cambios bruscos de estado de ánimo y rabietas. Después de seis meses de tratamiento anunció con alegría al padre y al terapeuta: "Ahora sé que no soy una niña, pero mamá no puede saberlo todavía".

La madre de Alex le había transmitido inconscientemente que era una niña con el fin de "proteger" al niño de una condición hereditaria en su familia que afectó solo los miembros masculinos.

Un papel importante en la participación activa del niño –habilitado por el *setting* y apoyado por el terapeuta– es ayudar a los padres a trabajar en la diferenciación entre las necesidades y los deseos del niño y los propios. La presencia del niño, una vez con el padre y otra con la madre, facilita la apertura de los problemas en la diferenciación. El terapeuta ayuda a los padres y al niño a estar atentos a estas diferencias y a reflexionar sobre ellas. El progenitor tiene que elaborar este proceso como un paso previo para el levantamiento de sus proyecciones sobre el niño y encargarse de ellas por sí mismo.

LOS PADRES

La inclusión de los padres es un mensaje importante, así como un factor terapéutico, no se los deja fuera a puertas cerradas, mientras el niño entra en la consulta con el terapeuta. Esta inclusión refleja nuestra creencia de que el progenitor es la pareja más natural e íntima del niño, mientras que el terapeuta se ve a sí mismo como siendo invitado a unirse a ellos en su viaje de exploración de su relación.

La participación de los padres es un factor importante en la reducción de sus temores a la crítica con respecto a su función parental. Al comienzo del tratamiento los padres están preocupados acerca de ser observados por el terapeuta. La atmósfera de seguridad y el respeto del terapeuta hacia el rol parental ayudan a hacer frente a estos temores.

El terapeuta pone de relieve la necesidad del niño del apoyo de los padres en el esfuerzo por el logro terapéutico y los padres comienzan a disfrutar del proceso de descubrir y participar en el mundo interno de sus hijos y a valorar su propia influencia en lo que sería “crear un mundo mejor”. Los padres disfrutan de ser considerados por el terapeuta y en última instancia por su hijo, como sujetos, y no solo objetos para la satisfacción de sus hijos. Por su parte, los niños también prosperan con la mirada del terapeuta y posteriormente de los padres acerca de ellos, al verlos como sujetos independientes con su propia “agenda”.

Las sesiones con la pareja parental se dedican al procesamiento por parte de los padres de sentimientos y recuerdos despertados en las sesiones con el niño. En estas sesiones se exploran y trabajan las conexiones entre pasado y presente.

EL TERAPEUTA

El papel del terapeuta en nuestro modelo es similar a otros modelos psicodinámico-relacionales, pero posee algunas características adicionales y específicas, que serán descritos más adelante.

El terapeuta como proveedor de un ambiente de seguridad

La terapia se lleva a cabo en una sala equipada con juguetes, lápices para colorear, juegos, etc. Al progenitor e hijo se les anima a sentirse cómodos y a estar juntos de maneras que les sean familiares, jugando y hablando de lo que quieran. El terapeuta tiene especial cuidado de no tomar el lugar de los padres en las interacciones con el niño. Cuando el niño se dirige al

terapeuta y no al progenitor –para pedir ayuda o tratar de compartir una experiencia– el terapeuta redirigirá la petición a los padres del niño. El terapeuta discutirá este tema con el niño y el padre, para entender su comportamiento y ofrecer ayuda cuando sea necesario. Se tiene especial cuidado en apoyar los sentimientos de seguridad y competencia de los padres con respecto a sus funciones parentales y su posición de adultos.

El objetivo del terapeuta es lograr un ambiente de “alegría” (“playfulness”) definido por Moran (1987) como “flexibilidad orientada al placer.” Esta atmósfera permite a los niños presentar, negociar, y validar su mundo interno con cada padre. Los niños necesitan un adulto lúdico con el fin de desarrollar su capacidad de mentalización, alguien que tiene en cuenta tanto la realidad como la fantasía (Fonagy, 2000; Fonagy y Target, 1996; Meersand, 2001; Tessier VP, *et al.*, 2016)). El juego permite a los participantes mejorar su funcionamiento reflexivo y para algunos de los niños y sus padres es una nueva experiencia intersubjetiva de estar juntos, lograda en las sesiones de terapia.

El terapeuta como observador participante

A través de la observación y participación en la interacción entre los padres y el niño, el terapeuta comienza a entender mejor las interacciones reales, así como la motivaciones y estados mentales de los participantes. Llega a conocer los temas específicos que pertenecen a cada día.

La función de observación y reflexión del terapeuta es adoptada gradualmente por los padres y el niño, movilizándolo así su propia capacidad de mentalización, a menudo inhibida.

El terapeuta como intermediario –traductor e intérprete– de la diada a la diada

La mayoría de las veces el terapeuta actúa como un traductor entre los miembros de la diada. Su postura es ayudar a los miembros a comprender los estados mentales de los demás a través del reflejo, el foco, la significación verbalizada (etiquetado), y la aclaración. En el ambiente resguardado de la sesión los participantes presentan sus temas conflictivos a través de *enactments*, juegos de rol y narrativas.

El terapeuta trata de escuchar empáticamente y comprender a cada participante, para mejorar el funcionamiento reflexivo de la diada (Fonagy y Target, 1998). Por ejemplo, en el caso de María y sus padres, el terapeuta dice: “Mami yo creo que María quiere que la ayudes ahora. ¿Qué opinas?”, o “Puede ser que lanzando

los juguetes a tu alrededor quieres decirle a tu papá que estás enojado con él y quieres que él lo vea?”

Este tipo de intervención tiene la intención de transformar el comportamiento en una comunicación con sentido. La traducción también evoca los estados mentales de cada participante –emociones, intenciones, recuerdos y deseos– y los conecta con la conducta manifiesta. La traducción presenta el mundo interno de cada participante al otro y facilita el reconocimiento mutuo (Benjamin, 1988). Esto permite la diferenciación de los sentimientos e intenciones y es vital con diádas que tienden a traducirse mal entre sí, o con las diádas que tienen un rango muy restringido de significados para los comportamientos. Fogel (1993) define como patológicos esos diálogos que no transmiten ninguna información nueva. Observando y experimentando las relaciones entre padres e hijos, el terapeuta puede detectar a menudo patrones recurrentes en los que el progenitor ofrece una traducción muy restringida a los comportamientos del niño, o una traducción claramente patológica. Ser traducido siempre en la misma forma, o en una forma distorsionada por un padre no ofrece al niño las oportunidades necesarias para el desarrollo de su *self*. En una comunicación sana, cada miembro se ajusta a las acciones, intenciones y objetivos del otro, así co-construyen y co-regulan significados intersubjetivos (y los cambios en el significado) que permiten el desarrollo y el crecimiento. Muy a menudo, y a veces de manera dramática, los temas interpretados por el niño invitan y permiten a los padres para que aparezcan por primera vez recuerdos dolorosos de su propia vida y poder hablar de ellos como padres a su propio hijo:

Steven, a 10 años de edad, presentaba con frecuencia en las sesiones con su padre, severos conflictos entre ellos, mostrando al padre como falto de empatía e incluso cruel. El terapeuta refleja el tema presentado de la ira y el temor al abandono y se pregunta cómo se relacionarán con sus sentimientos acerca de su padre. Steven reaccionó diciendo “Usted sabe, papá no sabe cómo ser un padre porque nunca tuvo un papá real!”. La capacidad emergente de Steven de entender a su padre como un “niño sin padre” muestra el progreso de Steven en la mentalización hacia la relación con su padre como sujeto. En la siguiente sesión el padre contó a Steven y al terapeuta acerca del abandono de su propio padre, que dejó a su madre cuando estaba embarazada de él. Añadió que estaba contando esto por primera vez en su vida. También mencionó que su padre quiso encontrarse con él cuando tenía 18 años de edad, pero se negó a verlo porque todavía estaba enojado y adolorido. La capacidad del padre para compartir sus

dolorosas emociones con su hijo, dando así acceso a su mundo interno vulnerable fue interpretada por el terapeuta como un acto de valor, que muestra la confianza del padre en su hijo y en el proceso de la terapia. Eventos similares de intercambio de emociones y otros estados mentales entre padre e hijo (con la facilitación de mentalización por parte del terapeuta) facilitaron el logro de reconocimiento mutuo en esta diáda.

El terapeuta como el “otro”

La personalidad del terapeuta es un factor que tiene que ser reconocido. El terapeuta se hace conocido a las diádas como una persona con ciertas características externas (edad, género, etc.), y como alguien con emociones, intenciones, y un estilo relacional. La actitud del terapeuta frente a cada uno de los participantes como seres intencionales y sujetos, y a sí mismo como tal, es un aspecto muy potente en la relación. Se desarrolla una relación con el terapeuta que es específica a cada participante. Esta relación puede ser observada desde aspectos conscientes e inconscientes, aspectos transferenceles y de cada uno como objeto real.

Una función adicional asignada al terapeuta, a menudo con los niños en la fase edípica, es ser la tercera persona en el triángulo. Aquí, el terapeuta puede observar cómo la diáda acepta o rechaza un tercer miembro. ¿Cuáles son las razones detrás de este proceso?, ¿Cómo afecta el género del terapeuta a la diáda? Las diádas progenitor-hijo presentan al terapeuta sus dificultades para pasar al nivel triádico las ansiedades asociadas con este movimiento, junto con la disminución de los lazos diádicos.

María se enfrentó a problemas edípicos después de 6 meses de tratamiento. En la casa le daba órdenes a la madre y a su hermano, diciendo que eran sus sirvientes. Ella era la reina-princesa de la casa, y su padre era el rey. En las sesiones ella escenificaba sus fantasías con su padre con los muñecos. Hubo un muñeco rey, una reina-princesa y algunos sirvientes. En las sesiones madre - hija era muy regresiva y jugó siendo todo tipo de animales bebé, haciendo jugar a su madre a ser la que todo lo acepta y es buena madre. En estas sesiones con la madre se pedía al terapeuta que viera y admirara la diáda “madre-bebé” perfecta. En las sesiones con el padre el terapeuta era invitado a escuchar las fantasías de María sobre el rey y la reina-princesa y a veces se le pedía ser la madre en varias versiones. Después de unas semanas, en una de las sesiones con la madre, mientras que María estaba sentada en su regazo, abrazándola y luego balanceándose entre sus piernas, ambas plantearon la cuestión de que María era la reina-princesa

y daba órdenes a todo el mundo. La madre, alentada por el terapeuta, comenzó a explicar a María que todas las niñas tienen estos pensamientos de casarse con el papá, que se enojan con la mamá, y también la quieren y que eso las hace sentir muy confundidas. La madre explicó que ella se había casado con el padre y que la ley no le permitía casarse con su hija. También dijo entonces que cuando María creciera se encontraría a alguien como el padre y lo amaría y se casarían. María escuchó con atención e hizo algunas preguntas. En la siguiente sesión con el padre ella trajo una bella muñeca nueva y la introdujo al terapeuta diciendo: ¡ahora ella es la reina! Después de esta sesión los padres informaron que el ambiente en el hogar había mejorado mucho ya que María dejó de comportarse como una reina.

EL TRABAJO DEL TERAPEUTA CON LOS PADRES

El terapeuta se reúne habitualmente con la pareja parental y a veces con cada padre individualmente.

Las sesiones diádicas con el niño proporcionan el material a discutir en estas sesiones. Es decir, la experiencia de los padres sobre sí mismos, el niño y la relación en las sesiones diádicas, es discutida a nivel de las representaciones en las sesiones de los padres. Los temas se conversan en el contexto de las relaciones diádicas y también en sus significados para la tríada y toda la familia. Muy a menudo las asociaciones entre los temas actuales y el pasado de los padres se exploran. Los conocimientos obtenidos en estas sesiones se aplican a las sesiones de padres e hijos. Existe una constante influencia recíproca entre las sesiones con el niño y las sesiones con la pareja parental. El terapeuta tiene como objetivo ayudar a que padre y madre sientan que él como terapeuta acepta su manera única de ser con el niño, el papel de “padre de este niño” y su papel de adultos es respetado y apoyado. El hecho de que el niño no esté presente permite al terapeuta estar más sintonizado con los padres y conocerlos como pareja y como individuos con necesidades subjetivas propias. Experimentar las respuestas empáticas del terapeuta hacia ellos y hacia los problemas de sus hijos facilita a los padres enfrentar aspectos muy dolorosos de su propia infancia. Aun así, el foco de estas reuniones es la relación progenitor-hijo, y el objetivo principal es ayudar a los padres a ayudar a sus propios hijos. Se les anima a reflexionar sobre las necesidades del niño, sus propias necesidades, y a hacer uso de la ayuda adecuada. No es inusual que los padres terminen tomando terapia de pareja o terapia individual después de su experiencia en la terapia madre-padre-niño. Entendemos este giro de los acontecimientos como la nueva capacidad de los

padres para reconocer al niño como sujeto y no como objeto de sus proyecciones como antes.

El terapeuta como proveedor de psicoeducación

El terapeuta entrega a los padres información muy útil sobre el desarrollo y los espera mientras la integran y trabajan en ella, a la vez que apoya sus funciones parentales. En este tipo de “psicoeducación” a los padres se les ayuda a observar sus traducciones diferentes y distorsionadas de los significados y centrar su atención en las posibles conexiones entre las relaciones presentes y pasadas. Las significaciones se abordan y son entendidas en su nivel general, en el nivel de desarrollo evolutivo y específico para cada uno de ellos. Esto sirve como una preparación para el trabajo a realizar en las sesiones con el niño y también como un marco para hacer frente a los problemas en el hogar. Toda posibilidad de comprensión ganada por parte de los padres es integrada –con la ayuda del terapeuta– en el contexto de las relaciones reales y representaciones del niño “real”.

El terapeuta como integrador

Como participante en las tres diadas, el terapeuta puede focalizar la atención de los padres y el niño en los significados y representaciones conflictivas y contradictorias en temas recurrentes. Cuando se produce el cambio, él ayuda haciendo de puente en las posturas en evolución de las comunicaciones de la diada, en los diferentes contextos entre el miembro que está presente en la sesión y el que no está. Es muy común que el niño traiga sus cambios significativos y puntos de vista logrados en una de las diadas a la otra diada para la reflexión, confirmación y la asimilación. El terapeuta ayuda al niño en sus esfuerzos por alcanzar una imagen de sí mismo más compleja y coherente de las diferentes imágenes que los padres tienen en sus mentes.

Contratransferencia

La principal dificultad inherente experimentada por los terapeutas en este modelo es cómo dividir la atención y las intervenciones entre padres e hijos. A pesar de que las diadas comparten su deseo por mejorar la relación (al menos en un nivel manifiesto), sus intereses en ciertos momentos son contradictorios y complementarios (Benjamin, 2004) y el terapeuta se debate entre la necesidad de validar la experiencia del niño y no exponer todavía a los padres a trabajar en su percepción distorsionada del niño, por citar un ejemplo. Se les ayuda a

moverse “de la sumisión a rendirse” mediante la creación de una “terceridad” (Benjamin, 2004).

El proceso de supervisión ayuda al terapeuta a separarse de las identificaciones que impiden el proceso terapéutico. El terapeuta aprende a centrarse en la relación y considerarla como “el paciente” (Stern, 1995) y para intervenir de maneras que promuevan la relación. Este enfoque ayuda al terapeuta en el proceso de toma de decisiones, que se mueven constantemente –consciente o inconscientemente– para ver a quién responder y cómo.

Existen varias implicaciones teóricas del modelo que pueden ser delineadas. El modelo de la terapia diádica se basa en la particularidad de la relación del niño con cada progenitor, tal como se describe en la literatura. Observando las díadas madre-niño y padre-niño, uno se impresiona por las diferencias en sus interacciones reales. La experiencia intrapsíquica y los significados de las interacciones observadas también difieren. La investigación en este modelo de terapia muestra que los niños se experimentan a sí mismos y a sus parejas (madre/padre) de manera diferente en las diferentes díadas (Harel *et al.*, 2003), proporcionando así apoyo adicional a la idea de la “singularidad de las relaciones” (Tronick, 2003). En este formato el modelo extiende la psicoterapia padres - bebés a niños en edad preescolar, y demuestra su aplicabilidad a esta edad o grupo. La participación efectiva de los padres permite al terapeuta experimentar directamente y observar las relaciones entre padres e hijos. Las díadas transmiten sus patrones relacionales implícitos, además de las representaciones verbalizadas, lo que enriquece la información acerca de sus relaciones y las opciones de intervención. Así, el modelo sostiene la importancia de las relaciones implícitas a lo largo del desarrollo y en el proceso terapéutico. En el modelo se hace hincapié en las influencias recíprocas entre el nivel de representación y las interacciones actuales y es señalado por el terapeuta cuando es necesario. La postura de mentalización del terapeuta y la facilitación de la propia mentalización de los participantes es la principal herramienta terapéutica empleada en el proceso de traducción entre representaciones y comportamientos. Así, los participantes en la díada llegan a conocer y reconocer el mundo interno de uno y otro, logrando el reconocimiento mutuo. Se destaca la participación de los niños y su contribución al proceso de la terapia. Considerando nuestra experiencia clínica, observamos que la participación de los padres es igualmente importante como la de las madres, se observa que contribuyen tanto en lo patológico como en los procesos de cambio. En el proceso de la terapia las díadas logran experiencias

diferentes de sí mismos y de la relación; identificarse con el modo de reflexionar del terapeuta sobre las interacciones los lleva a representaciones e interacciones diferentes y más adaptativas.

Fonagy (2003) se refirió a la necesidad vital de la investigación empírica sobre psicoterapia infantil, y desarrolló una agenda para un programa de investigación. La disponibilidad del modelo de terapia manualizado cumple con los requisitos de tal agenda, lo que permite su estudio empírico. El manual que describe nuestro modelo ha sido publicado en hebreo (Ben-Aaron *et al.*, 1997) en inglés (Ben-Aaron *et al.*, 2000, revisado por Rignell, 2002) en alemán (Ben-Aaron, Avimeir-Patt, Harel, y Kaplan, 2004). El modelo se adaptó y se aplicó con éxito al tratamiento de niños que muestran síntomas de TEPT (PTSD) después de la guerra (Harel y Kaminer, 2013). El modelo de terapia diádica también puede servir como un diseño de evaluación muy completo y útil, ya que proporciona una información muy rica acerca de las relaciones implícitas, además de la información verbal consciente que los padres aportan. Aun cuando decidamos una terapia individual para el niño, se incluye el aporte de la observación del niño con cada uno de los padres. El modelo puede ser utilizado como una preparación para la terapia individual del niño (por ejemplo, cuando la separación es difícil), o en muchos casos, de uno de los padres. Un resultado frecuente de este trabajo terapéutico es que padre y madre se den cuenta de la importancia del papel que han jugado en los problemas del niño. Esto libera a este de los “fantasmas” de los padres y trae al padre y la madre mismos a la terapia.

LIMITACIONES

Hubo varias limitaciones a la aplicabilidad de este enfoque. La presencia de padre e hijo en la sesión con el terapeuta a veces conduce a sentimientos de competitividad por la atención del terapeuta. Estos sentimientos podrían reflejar dificultades preedípicas o edípicas en los padres, y en la mayoría de los casos pueden ser abordadas y entendidas terapéuticamente. Con frecuencia reflejan problemas similares en la familia.

También se podría desarrollar competitividad entre los padres y el terapeuta. La complejidad del trabajo requiere una intensa supervisión de los terapeutas más jóvenes y menos experimentados.

Las dificultades y reacciones contratransferenciales del terapeuta se abordan en el proceso de supervisión, a veces con la ayuda de las sesiones grabadas en video, con el previo consentimiento de los participantes.

No pueden obtener suficientes beneficios de este modelo los padres que muestran limitaciones en su capacidad para compartir y reflexionar sobre sus propios estados mentales y en los del niño, o a quienes les resulta muy difícil aceptar la separación (física y psicológica) del niño, o para quienes les es difícil crear un “espacio potencial” en las sesiones. Sin embargo, en algunos casos, un corto periodo de trabajo preliminar con los padres solos, antes de comenzar las sesiones padre-hijo-madre, ha demostrado ser útil (Ben-Aaron *et al.*, 2000).

Una dificultad adicional intrínseca a los modelos de terapia donde el niño se encuentre presente con los padres surge cuando el niño resulta expuesto en las sesiones a revelaciones emocionales o verbales de los padres, que pueden ser insoportables para el niño. Se supone que esto por lo general representa una experiencia similar a la del niño en el hogar. Mientras que en las sesiones, el niño y los padres tienen la oportunidad de reflexionar sobre ello y cambiarlo con ayuda del terapeuta. Algunos padres necesitan sesiones individuales con el terapeuta antes de que puedan proteger al niño de sus propios arrebatos afectivos dañinos. Sin embargo, estamos de acuerdo con Lieberman (1992), cuando plantea la siguiente preocupación en relación con la psicoterapia diádica con niños pequeños: “la presencia del niño a menudo enfrenta al terapeuta a decisiones difíciles sobre a quién dirigir la atención, a quién escuchar, y cómo intervenir, pero la riqueza de la oportunidad clínica de presenciarlo e intervenir a menudo compensa la dificultad de la tarea”.

EXPRESIONES DE GRATITUD

Los autores desean agradecer a sus colegas la Dra. Dina Glatt, la Sra. Edna Raz, la Srta. Michal Winer y la fallecida Srta. Ariela Wasserman, quienes participaron en el desarrollo de este modelo.

REFERENCIAS

- Achenbach TM (1991). Child behavior checklist for ages 4-18. University of Vermont
- Monographs of the Society for Research in Child Development, 56(3), 225
- Altman N, Briggs R, Frankel J, Gensler D, Pantone P (2002). Relational child psychotherapy. New York: Other Press
- Aron L (1996). A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis. Hillsdale, NJ: The Analytic Press
- Barrows P (1997). Parent-infant psychotherapy: A review article. *Journal of Child Psychotherapy*, 23, 255-264
- Beebe B, Lachmann F (2002). Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions. Hillsdale, NJ: Analytic Press
- Ben-Aaron M, Avimeir-Patt R, Harel H, Kaplan H (2004). *Beziehungsstörungen in der Kindheit: Eltern als Mediatoren*. Bern: Verlag Hans Huber
- Ben-Aaron M, Avimeir-Patt R, Harel J, Kaplan H, Glatt D, Weiner M, Wasserman A, Raz E (1997). *The mother-child and father-child psychotherapy: A dynamic approach to relational disturbances in childhood: A Manual*. Haifa: Haifa University Press (in Hebrew)
- Ben-Aaron M, Harel J, Kaplan H, Patt R (2000). *Mother-child and father-child psychotherapy. A Manual for the Treatment of Relational Disturbances in Childhood*. London: Whurr Publishers
- Benjamin J (1988). *The Bonds of Love*. New York: Pantheon Books
- Benjamin J (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly* 73.1: 5-46
- Berlin N (2002). Tripartite psychotherapy and maternal projections. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(20), 204-216
- Bleiberg E, Fonagy P, Target M (1997). Child psychoanalysis: Critical overview and a proposed reconsideration. *Psychoanalytic Clinics of North America*, 6, 1-38
- Brazelton BT, Cramer BG (1990). *The earliest relationship*. Reading, MA: Addison-Wesley
- Bucci W (1985). Dual coding: A cognitive model for psychoanalytic research. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 33, 571-607
- Cramer B (1992). *The importance of being baby*. New York: Addison-Wesley
- Daws D (1993). *Through the night: Helping parents and sleepless infants*. London: Free Association Press
- Dugmore N, (2013). The Grand maternal Transference in Parent-Infant/Child Psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy* V 39 (1), 59-75
- Fischer K, Ayoub C (1996). Analyzing development of working models of close relationships: Illustration with a case of vulnerability and violence. In G. Noam & K. Fischer (Eds.), *Development and vulnerability in close relationships* (pp. 173-199). New Jersey: Erlbaum
- Fogel A (1993). *Developing through relationships: Origins of communication, self and culture*. Hemel Hempstead, UK: Harvester Wheatsheaf
- Fonagy P (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 48(4), 1129-1146
- Fonagy P (2003). The research agenda: The vital need for empirical research in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 29, 129-136
- Fonagy P, Target M (1996). Playing with reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-233
- Fonagy P, Target M (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700
- Fonagy P, Target M (1998). Mentalization and the changing aims of Child Psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 87-114
- Fonagy P, Target M (2000). The historical background of psychoanalytic psychotherapy for children. In M. Ben-Aaron J Harel H Kaplan & R. Patt (Eds.), *Mother-child and father-child psychotherapy. A manual for the treatment of relational disturbances in childhood*. London: Whurr Publishers
- Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387-421
- Frascarolo F, Feinberg M, Albert Sznitman G, Favez N (2016). Professional gatekeeping toward fathers: A powerful influence on family and child development. Latest issue: *Perspectives in Infant Mental Health*

29. Greenspan S (1991). *Infancy and early childhood*. Madison, CT: International Universities Press
30. Harel J, Eshel Y, Penso A, Mughtar D, Ben-Aaron, M (2003). The child's experience in interaction with mother and father: Links with the parents view of the child. Presented at the Fourth Joseph Sandler Research Conference, 7-9 March, University College, London
31. Harel J, Kaplan, H, Patt R (2006) *Reflective Functioning in Mother-Child, Father-Child psychotherapy*. In L. Jacobs & C. Wachs, (Eds.). *Parent focused child therapy*. Jason Aronson, Inc
32. Harel J, and H. Kaminer (2013) *The Haifa Dyadic Therapy: a mentalization based treatment applied to war traumatized children*. In Ruth Pat-Horenczyk, Danny Brom, Claude Chemtob, & Juliet Vogel (Eds.). *Helping Children Cope with Trauma: Individual, family and community perspectives*. Routledge,
33. Hopkins J (1992). *Infant-parent psychotherapy*. *Journal of Child Psychotherapy*, 18 (1), 5-18
34. Kaplan H, Harel J & Avimeir-Patt R (2016). *The dyadic therapy: from theory to practice*. Hebrew, 300 pp. seventh ed
35. Lieberman A (1992). *Infant-parent psychotherapy with toddlers*. *Development and Psychopathology*, 4(2), 559-574
36. Luborsky L, Crits-Christoph P (1998). *Understanding transference: The core conflictual relationship method (second edition)*. Washington, DC: American Psychological Association
37. Lojkasek M, Cohen N, Muir E (1994). Where is the infant in infant intervention? A review of the literature on changing troubled mother-infant relationships. *Psychotherapy*, 31(1), 208-220
38. Lyons-Ruth K (1998). *Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment*. *Infant Mental Health Journal*, 19, 282-289
39. Lyons-Ruth K (1999). *The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization*. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 576-617
40. McLaughlin J (1991). *Clinical and theoretical aspects of enactment*. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 39, 595-614
41. Midgley M and Vrouva I, (Eds.), 2012. *Minding the child: mentalization-based interventions with children, young people and their families*. Routledge
42. Meersand P (2001). *Psychoanalytic aspects of play in parent-infant psychotherapy: Supporting the capacity for understanding mental states*. *Journal of Clinical Psychoanalysis*. 10(3-4), 461-479
43. Mitchell S (1988). *The intrapsychic and the interpersonal: Different theories, different domains, or historical artifacts?* *Psychoanalytic Inquiry*, 8, 472-496
44. Moran G (1987). *Some functions of play and playfulness: A developmental perspective*. *Psychoanalytic Study of the Child*, 42, 11-29
45. Ogden T (1994). *Subjects of Analysis*. Northvale, NJ: Aronson
46. Rignell J (2002). *Mother-child and father-child psychotherapy: A manual for the treatment of relational disturbances in childhood*. *International Journal of Psychotherapy*, 7(1), 105-106
47. Sandler J (1976). *Countertransference and role responsiveness*. *International Review of Psychoanalysis*, 3, 7-43
48. Seligman S (1999). *Integrating Kleinian theory and intersubjective infant research: Observing projective identification*. *Psychoanalytic Dialogues*, 9(2), 129-159
49. Stern DN (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books
50. Stern DN (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books
51. Stern DN (1998). *The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy*. *Infant Mental Health Journal*, 19, 300-308
52. Stolorow R, Atwood GE (1992). *Contexts of being*. Hillsdale, NJ: Analytic Press
53. Tessier VP, Normandin L, Ensink K, Fonagy P. (2016). *Fact or fiction? A longitudinal study of play and the development of reflective functioning*. *Bull Menninger Clin*.80(1): 60-79. doi: 10.1521/bumc
54. Tronick E (2003). *Of course all relationships are unique: How co-creative processes generate unique mother-infant and patient-therapist relationships and change other relationships*. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 473-491
55. Van Ijzendoorn MH, Sagi A, Lambermon MW (1992). *The multiple caretaker paradox: Some data from Holland and Israel*. In R. C. Pianta (Ed.), *Relationships between children and nonparental adults*. *New directions in child development (Vol. 57, 5-24)*. San Francisco: Jossey-Bass
56. Verheugt-Pleiter, A.J.E., Zevalnik J & Schmeets, M.G.J. (2008). *Mentalizing in child therapy. Guidelines for clinical practitioners*. Ch.5. London: Karnac
57. Winnicott Dw. (1971). *Playing and Reality*. Middlesex, UK: Penguin

PSICOTERAPIA

USO DEL WHATSAPP Y CONSTRUCCIÓN DE UN ESPACIO POTENCIAL¹

(Rev GPU 2017; 13; 2: 173-178)

Mireya Faivovich²

Este trabajo busca mostrar cómo el uso de las nuevas redes sociales, y en especial del WhatsApp, puede convertirse en un espacio potencial en el vínculo entre paciente y terapeuta. Específicamente, se muestra basado en la experiencia clínica con dos pacientes que consultan por crisis de pánico y que utilizan el WhatsApp como vía principal de comunicación en su vida cotidiana, cómo esta red social puede ser una herramienta útil con este tipo de pacientes, que sobre todo en el comienzo del tratamiento tienen más dificultades que otros pacientes para tolerar el transcurso de tiempo entre sesión y sesión. Vuelven a sufrir muchas veces en esos momentos los sentimientos de colapso y derrumbe. El terapeuta se convierte en un auxiliar del yo que puede contener estas angustias devastadoras, que podemos comprender como ansiedades de separación vividas como intolerables. Dado que a estos pacientes por sus dificultades les es muy difícil recurrir a esta experiencia fuera de la sesión y sienten la ausencia del terapeuta como una amenaza al propio yo, necesitan de alguna forma sentir la presencia del otro durante la separación. Este espacio virtual puede cumplir esta función y al mismo tiempo convertirse en un espacio que junto a las sesiones permita elaborar las angustias de los pacientes.

INTRODUCCIÓN

Cada día la comunicación virtual ocupa un lugar más relevante en la interacción de las personas. El uso de WhatsApp, Twitter, Facebook, Instagram, Skype, es habitual hoy en día. Según Rubio y Perlado (2015), se ha naturalizado esta forma de comunicación, especialmente el WhatsApp, al punto de no diferenciar los diálogos directos y en persona de aquellos efectuados por esta vías.

En el psicoanálisis hay cierta polémica sobre el uso de estos dispositivos desde miradas que los rechazan, porque aumentarían la resistencia e interferirían en la transferencia, hasta otras que lo incorporan como algo regular y que contribuye al desarrollo del análisis.

Podemos constatar que muchos pacientes se comunican con sus terapeutas y analistas por estas vías y, por tanto, es relevante no solo dar cuenta de este fenómeno, sino explorar qué es lo que ocurre con estos

¹ Este artículo está basado en un trabajo presentado en el XXV Encuentro sobre el Pensamiento de D.W Winnicott, realizado en Santiago de Chile, en noviembre 2016

² Psicóloga PUC., Psicoterapeuta Psicoanalítica, miembro capítulo chileno IARPP. Email: mfaivovich@gmail.com

espacios, y reflexionar sobre el rol que juegan en los procesos terapéuticos o analíticos.

Para contribuir a esta discusión, en este trabajo reviso el uso del WhatsApp como un recurso terapéutico en pacientes que presentan crisis de pánico.

Viñeta 1

–**Juan Pablo:** Hola ... no quería molestarte pero necesito decirte algo.

Me he sentido muy mal. Hoy tuve una crisis porque me saqué un 2... y realmente me siento estúpido, siento que no aprendo, me siento incapaz. Capaz que repita este ramo y los otros también. Me vuelven los síntomas... en clases tuve que salirme porque me empecé a ahogar y pensé que no iba a respirar más.

–**Terapeuta:** Juan Pablo lamento que estés tan complicado. Creo eso sí que cuando te angustias sientes todo peor y después vas a ver que no eres incapaz como te sientes ahora. Respecto a cómo enfrentar esto conversemos y pensemos lo que es mejor para ti.

–**Juan Pablo:** Gracias.

–**Terapeuta:** Nos vemos y recuerda que la angustia va a disminuir, como ha pasado otras veces.

–**Juan Pablo:** Ahora estoy más tranquilo... espero no vuelva, chao y gracias por tu ayuda.

Viñeta 2

–**Daniela:** Sorry que te moleste es que mi papá me dijo que no me iba a prestar más el auto porque no pescaba con ayudar en la casa, me dijo que me tenían que andar diciendo para que lo hiciera entonces yo le dije que tenía que hacer lo mismo para que él me diera plata y le dije que era un cagado. Se lo dije bien alterada, le grité. Y se enojó más. Quedé super enojada pero después me sentí muy mal, de nuevo con miedo a que pase algo. Quiero irme de allí, estoy desesperada, pero no me puedo ir donde mi mamá porque si se enoja me trata pésimo.

–**Terapeuta:** Entiendo que te angusties porque son situaciones que te vuelven a conectar con el sentimiento de no poder contar con tu papá ni con tu mamá, como lo hemos hablado y te sientes muy sola y eso es muy difícil.

–**Daniela:** Sí, me da mucha pena, también me siento culpable por haber reaccionado así, que mal.

–**Terapeuta:** Sentirte culpable no te ayuda, te sobrepasó este sentimiento pero no eres culpable, tú sabes que lo que has vivido ha sido difícil.

–**Daniela:** Gracias por escucharme, estoy un poco más tranquila, aunque tengo pena y rabia aún. Sorry por molestarte, chao.

Estas dos viñetas corresponden a mensajes de WhatsApp enviados por dos pacientes que consultan por crisis de pánico. Juan Pablo de 19 años y Daniela de 20 años, estudiantes universitarios. Ambos empezaron una psicoterapia de dos veces por semana.

Cuando recién consultan estos pacientes sufren crisis de angustia que en varios momentos se convierten en crisis de pánico con los síntomas somáticos característicos: sensación de desmayo, aceleración de la frecuencia cardíaca, sensación de ahogo o dificultad para respirar, opresión o dolor en el pecho, mareos, náuseas y una intensa sensación de muerte o locura inminente. Ambos pacientes tienen una historia infantil con una figura paterna poco presente y una figura materna con dificultades en el manejo de la agresión, lo que los ha llevado a vivenciar situaciones de poca contención emocional y maltrato.

En mi experiencia, pacientes con esta sintomatología son un desafío para nuestra labor como terapeutas, pues las sensaciones de angustia que los enfrenta a sentimientos de colapso son muchas veces intolerables para ellos, por lo que necesitan un auxiliar del yo que contenga estas angustias y les permita pensarlas. Durante la sesión el terapeuta actúa como ese auxiliar del yo, pero las separaciones recurrentes entre sesión y sesión enfrentan al paciente nuevamente con estas angustias devastadoras.

Es por esto que cuando surge la necesidad desde mis pacientes de comunicarse conmigo fuera de la sesión cuando se sienten angustiados y me preguntan si pueden escribirme mensajes por WhatsApp, lo acepto, pensando que puede convertirse en un espacio de contención y ser útil para ellos al inicio del tratamiento, porque en su caso dos sesiones por semana pueden ser insuficientes como espacio para contener la angustia. Además, el WhatsApp se ha convertido en una de las herramientas preferidas de comunicación de los adolescentes y jóvenes en Chile actualmente, incluso en algunos casos prefiriéndolo al contacto personal (Halpern, 2015). Por lo tanto, conectarnos a través de este medio puede ser una forma de adaptarme a ellos.

Los síntomas de las crisis de pánico pueden asemejarse a lo que Winnicott (1963b) llama el miedo al derrumbe, que surge cuando fallan las defensas que protegen a la organización yoica o al self de sentirse amenazado de una posible desorganización o desamparo. De este modo, estaría asociado a lo que llama agonías primitivas, que surgen en el desarrollo temprano cuando falla el cuidado ambiental. El miedo al derrumbe es el miedo a la agonía, ya experimentada aunque no registrada y, por lo tanto, impensable.

Para que esta agonía pueda ser pensada como algo que ya ocurrió es necesario que el yo pueda integrarla en su experiencia presente, lo que según Winnicott se logra si el analista cumple la función de auxiliar del yo, satisfaciendo la necesidad de dependencia del paciente.

Para Winnicott (1963c), la función del analista se relaciona, sin ser lo mismo, con el cuidado que recibe el niño en las sucesivas etapas del desarrollo, por lo tanto es necesario que el terapeuta satisfaga la necesidad de dependencia del paciente para que pueda lograr la integración del yo.

Estas ideas me inspiran y me hacen sentido también para acceder en comunicarme con mis pacientes por mensajería, pues estos necesitan un auxiliar del yo que posibilite la integración y el fortalecimiento de su yo, lo que permitiría también tolerar estas angustias.

ANSIEDAD DE SEPARACIÓN Y WHATSAPP

En las viñetas presentadas se hacen evidentes estas sensaciones de angustias que en mis dos pacientes son frecuentes en los periodos entre sesión y sesión, es decir, cuando enfrentan la separación de la terapeuta. Específicamente en Juan Pablo, la angustia está asociada a sentimientos de minusvalía y a una intolerancia a vivir experiencias de lo que él siente como fracaso y, en Daniela se asocia a los sentimientos de abandono y rechazo por parte de sus padres. Ambos relatan que previo al tratamiento, y también en este período, necesitan la presencia de otras personas significativas que los ayuden a modular la ansiedad, lo cual alude a intensas angustias de separación relacionadas a estas crisis, que implican un terror al abandono y a estar solos, porque esta soledad puede convertirse en un abismo de muerte, es decir, temen que signifique un derrumbe del yo (Quinodoz, 2015). De hecho, en mis pacientes, al inicio de la terapia, la angustia resurge frente a cada separación de la terapeuta.

La angustia de separación es un fenómeno universal que tiene una función importante como estructuradora de la identidad, pues para percibirse como seres únicos separados de otros es necesario tolerar la vivencia del dolor de la soledad sin que la angustia de separación sea devastadora. Sin embargo, en algunas personas puede confundirse la experiencia de cada separación con una pérdida definitiva, con una ruptura de los lazos afectivos con el otro, lo que puede provocar que la angustia sobrepase las capacidades de autocontención y sea difícil tolerar la soledad. Esta dificultad tiene que ver con que no se ha logrado la diferenciación sujeto-objeto, por lo que la ausencia del

otro significa la amenaza para la integridad del propio yo (Quinodoz, 2015),

Estas reflexiones me hacen volver a Winnicott (1958), quien plantea que la capacidad para estar solo se desarrolla en una etapa cuando el niño ya diferencia el yo del no-yo, supone haber recibido en las etapas previas cuidados maternos suficientemente buenos, y que las primeras experiencias de soledad sean en presencia de la madre, es decir, que sienta la disponibilidad constante de la madre. Solo se puede lograr esta capacidad si ya se logró una integración del yo y la introyección de un objeto bueno (Winnicott, 1958).

Pensando en mis pacientes, se aprecia que no han podido desarrollar esta capacidad por fallas en el cuidado temprano, y que las crisis de pánico que sufren se relacionan con un yo muy vulnerable, que aún no ha consolidado las capacidades antes descritas. El espacio terapéutico puede ser una oportunidad para crear un vínculo de dependencia y confianza, y para poder sentir la presencia de alguien disponible que les permita ir desarrollando la integración de su yo. El espacio construido en el WhatsApp puede permitir esto mismo, sobre todo en los inicios del tratamiento, cuando la separación implica la desaparición del otro, pues al no haber logrado una adecuada diferenciación yo-no yo, el otro existe solo cuando es presencia concreta, unido al yo.

Al mismo tiempo, me enfrento al temor que este espacio del WhatsApp, por su carácter de inmediatez, pueda tener riesgos que no ayuden al proceso antes descrito, sino incluso que se exacerbe la angustia de separación, convirtiéndome en un objeto omnipotente, que genera una dependencia adictiva (Ogden, 1989). Para evitar este riesgo es necesario, como lo plantea Winnicott (1971a), que mis pacientes sientan que mi disponibilidad no es solo para satisfacer su dependencia, sino que les brindo la oportunidad para que logren su autonomía. Pensando en esto, les digo que me escriban cuando necesiten, que yo trataré de responderles lo antes posible, y si no les respondo es porque estoy ocupada. Con esto intento que les quede claro que no necesariamente habrá una respuesta inmediata en nuestra comunicación por WhatsApp, con el propósito que puedan ir diferenciándose de mí como objeto.

ESPACIO POTENCIAL Y WHATSAPP

Si este espacio –el de WhatsApp– lo podemos utilizar con estos fines, se puede convertir, en términos de Winnicott, en un espacio potencial o transicional, al

igual que el espacio analítico, que por definición es un espacio potencial. El espacio analítico es el que se da en el vínculo entre paciente y terapeuta, y en él se pueden crear significados personales, ambos participantes juegan con ellos en el sentido de intentar entenderlos y se desarrolla la transferencia como ilusión que permite diferenciar lo real de lo no real (Ogden, 1989).

Para que el espacio del WhatsApp con mis pacientes se convierta en un espacio potencial es necesario que esté incluido en el espacio terapéutico, no dissociado de él, en el sentido que lo escrito sea retomado e integrado a la terapia, y que también en él se desarrolle la ilusión. Pienso que la ilusión en este espacio implica que el paciente crea que la ausencia de la terapeuta no se ha producido y al mismo tiempo sabe que sí (o me siente presente a pesar que sabe que estoy ausente).

Viñeta 3

–**Juan Pablo:** Hola, ¿cómo estás?

Puedo molestarte? Ahora estoy como medio apenado...estoy con mucho miedo. En la mañana pensaba que estaba solo y estaba mi hermano, entró a mi pieza y casi me dio crisis de pánico, fue muy corto porque lo controlé al tiro pero todo lo que me pasa con el pánico lo sentí. Después de eso estuve muy bien, pero ahora estoy solo en mi casa y me volvió el miedo.. No sé si tomar medio ravotril.

–**Terapeuta:** Hola Juan Pablo. Por lo que me cuentas pudiste rápidamente calmarte en la mañana, eso es bueno. Cuéntame si la angustia la relacionas con algo.

–**Juan Pablo:** Ahora pienso que debe tener que ver con que ayer fui a ver a mi mamá y me contaba que estuvo angustiada porque había tenido pesadillas y yo la escuché y traté de apoyarla y me terminé angustiando con ella. Pensé que yo ya tenía superado cómo me afecta cuando se angustia.

–**Juan Pablo:** Y ahora me siento triste porque me da impotencia estar solo un minuto y tener miedo. Tengo 19 años.

–**Terapeuta:** Primero no te critiques porque en vez de entenderte y así calmarte te angustias más. Lo otro es que yo creo que es inevitable que te angustie verla sobrepasada, como lo hemos hablado. Creo que te tienes que cuidar y no tratar de calmarla cuando ella se desborda. Y por último tener 19 años no te inmuniza a la angustia, lo bueno que la puedes manejar mucho mejor.

–**Juan Pablo:** No tomaré nada, ya estoy mejor, gracias.

Viñeta 4

–**Daniela:** Al final terminé con mi pololo ayer en la mañana, en ese momento me sentí bien pero ahora tengo mucha pena. Sorry por molestar tenía que contártelo

–**Terapeuta:** Es inevitable que te dé pena. No es fácil terminar una relación. Lo que tenemos que hablar es si estás segura de tu decisión.

–**Daniela:** Gracias :(

.....

–**Daniela:** Sorry que te vuelva a molestar, es que sigo con mucha angustia por lo de mi pololo. Fui donde él para que volviéramos y me dijo que no quería volver. Eso me dejó peor, ando con un dolor en el pecho todo el día. Después pensé que tomé una decisión sin pensar. Me acordé de ti cuando me has dicho que a veces puedo hacer cosas que me hacen mal.

–**Terapeuta:** Tenemos que pensar lo que te hizo mal, si terminar, que lo habías pensado hace un tiempo o sentirte no querida y abandonada cuando él no quiere volver contigo.

–**Daniela:** Ahora tengo mucha pena y se me caen las lágrimas, al menos ya no me duele el pecho. Gracias por escucharme.

En las viñetas recién presentadas, que corresponden a una etapa más avanzada de la terapia de Juan Pablo y de Daniela, es posible constatar que el espacio del WhatsApp se ha convertido en un espacio donde ambos pacientes han podido ir elaborando sus angustias que en un principio eran impensables, en conjunción con lo trabajado en las sesiones. Esto me hace pensar que efectivamente ya no solo es útil para contener la angustia de los pacientes, sino también lo pueden usar para poder pensar significados de lo que han vivenciado, y de ese modo elaborar en conjunto conmigo. Se puede apreciar que Juan Pablo es capaz en este momento de la terapia de regular su angustia y puede pensar, en la interpelación que me realiza a través del WhatsApp, qué situación la desencadenó, y Daniela puede pensar, al intercambiar sus impresiones conmigo, que sus decisiones pueden perjudicarla si no las evalúa antes y que es necesario ser más reflexiva, considerando sus dificultades.

Para entender en mayor profundidad estos procesos me referiré al concepto de fenómenos transicionales y espacio potencial (Winnicott, 1971a), que se incluyen en la concepción de Winnicott respecto del desarrollo humano. El paso de una dependencia absoluta del ambiente a una independencia relativa, de ser una unidad con la madre a ser un sujeto separado de

ella, de la diferenciación del yo y el no-yo está íntimamente relacionado al surgimiento de estos fenómenos.

Los fenómenos transicionales se despliegan después de la etapa inicial de vida en la cual el bebé constituye una unidad con su madre, cuando esta satisface las necesidades del niño, identificándose con él (Winnicott, 1963a). Esta función materna permite que la conciencia de separación no surja prematuramente, cuando aún el bebé no es capaz de tolerar esta conciencia. También permite que en el periodo posterior, el de los fenómenos transicionales, que emerge entre los 4 hasta los 12 meses, el niño ya esté preparado para ir internalizando a su madre como entorno y, por lo tanto, a tener conciencia de la separación (Ogden, 1989).

Para Winnicott (1971a), los objetos y fenómenos transicionales son un área intermedia de la experiencia, están entre la realidad interna y la externa, entre lo subjetivo y lo objetivo. "Es claro que lo transicional no es el objeto. Este representa la transición del bebé, de un estado en que se encuentra fusionado a la madre a uno de relación con ella como algo exterior y separado" (Winnicott, 1971a, p.32)

Si en la etapa anterior ocurrió un cuidado suficientemente bueno, significa que la madre se adaptó casi completamente a las necesidades de su hijo y le ofreció la oportunidad de la *ilusión* de que la realidad interna y la externa es la misma, la ilusión que la necesidad no existe (Ogden, 1989).

Entonces los fenómenos transicionales se desarrollan a partir de esta ilusión, necesaria para que pueda ocurrir la desilusión gradual o el destete que no solo se refiere al término de la lactancia, sino al comienzo de la separación entre el bebé y la madre, proceso que no debe ser brusco, pues así sigue existiendo la vivencia de unidad con la madre al mismo tiempo que la separación con ella (Ogden, 1989). En este periodo la ilusión se mantiene pero cambia de forma, ya que la omnipotencia y la magia transcurren simultáneamente con la aceptación de la realidad (Davis y Wallbridge, 1988)

Según estos planteamientos, me parece que es coherente haberles ofrecido a mis pacientes la oportunidad de comunicarnos por WhatsApp, especialmente en los comienzos del tratamiento cuando las angustias vivenciadas, que los desbordan y no pueden ser pensadas, les impiden tolerar la separación, angustias que si no son contenidas incluso les dificultan aprovechar el espacio de las sesiones, y por lo tanto, la representación interna de la terapeuta no permanece y los fenómenos transicionales pierden sentido (Winnicott, 1971a). Como terapeuta, presentarle la ilusión de mi presencia cuando estoy ausente, sabiendo que no estoy presente, para ir desilusionándolos gradualmente,

es una oportunidad de un espacio donde puedan ir asumiendo la separación sintiéndose más contenidos.

Según Winnicott (1971b), al empezar la conciencia de separación o lo que él llama la fase de repudio del objeto como no-yo, se crea un espacio potencial entre la madre y su hijo, es decir, entre el yo y el no-yo, donde se vivencian los fenómenos transicionales, es decir, el espacio potencial se llena con el estado mental paradójico de la unidad madre-bebé y la separación entre ambos. El espacio potencial une y separa al mismo tiempo al bebé (niño o adulto) y la madre (objeto). Si este proceso se produce sin interferencias, la separación no es un problema porque en el espacio potencial se desarrolla el juego creador, el uso de símbolos que representa el yo, el no-yo y la relación entre ellos y es posible representar simbólicamente a la madre ausente (Winnicott, 1971a).

De este modo, el espacio potencial permite negar la idea de separación, aunque al mismo tiempo se vivencia esta separación. Esto explicaría la utilidad del uso de otro espacio durante la sucesivas separaciones en la relación terapéutica con mis pacientes, los cuales no han podido culminar en su desarrollo el proceso de separación entre yo y no-yo, y que al comienzo de la terapia se encuentran en la fase inicial de su paso de la dependencia a la autonomía.

Winnicott (1971b) resalta que el espacio potencial solo se da en un sentimiento de confianza por parte del bebé hacia la figura materna, que no solo proviene de la satisfacción de sus necesidades de dependencia, sino también de la capacidad de la madre para identificarse con el bebé, adaptándose a sus nuevas necesidades y, por lo tanto, dándole en esta etapa la oportunidad que pase de la dependencia a la autonomía, lo que también ocurre en la relación terapeuta-paciente.

Basándome en estas ideas, pienso que el espacio del WhatsApp, junto al espacio de las sesiones, ha podido darles a mis pacientes la confianza de que pueden depender y al mismo tiempo ir creciendo y separándose de mí. Por otro lado, permite que el proceso de separación sea mucho más gradual y menos brusco que si tenemos solo el espacio de las sesiones para poder abordar sus angustias, sentimientos y conflictos que no han podido elaborar.

A raíz de esta experiencia que relato y la elaboración de este trabajo, constato la importancia y relevancia que el o la terapeuta esté atento a los cambios en la cultura y en las modalidades de comunicación, y así poder incluirlos en nuestras intervenciones. Esto permite que los procesos terapéuticos adquieran dinamismo y se adapten a las personas que consultan en estos tiempos vertiginosos y donde la interacción cotidiana

está mutando constantemente. Es en este sentido que el psicoanálisis requiere aceptar el reto de reflexionar cómo impactan las nuevas tecnologías en la subjetividad de pacientes y terapeutas y, por lo tanto, en el desarrollo de los procesos analíticos.

Para finalizar y pensando en las inquietudes que dan origen a este trabajo, respecto de cómo concebir estos espacios, adquiere sentido una frase ilustrativa del libro *La Historia Interminable* de Michael Ende:

“Hay seres humanos que no pueden ir a Fantasía y los hay que pueden pero se quedan para siempre allí. Y luego hay algunos que van a Fantasía y regresan. Como tú. Y que devuelven la salud a ambos mundos.”³

REFERENCIAS

1. Davis M, Wallbridge D (1988). *Límite y espacio*. Buenos Aires: Amorrortu editores
2. Ende M (2008). *La Historia Interminable*. Madrid: Alfaguara
3. Halpern, D. (2015). Consecuencias sociales uso TICs en escuelas, <http://trendigital.cl/estudio/usoticsescolares>
4. Ogden T (1989). *La matriz de la mente*. Madrid: Tecnipublicaciones S.A. Grupo Editorial Julián Yébenez
5. Quinodoz JM (2015). *La solitudine apprivoisée, l'angoisse de séparation en psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France
6. Rubio-Romero J, Perlado Lamo de Espinosa M (2015). El fenómeno WhatsApp en el contexto de la comunicación personal: una aproximación a través de los jóvenes universitarios, *Icono 14*, volumen (13), pp. 73-94. doi: 10.7195/ri14.v13i2.818
7. Winnicott DW (1958). La capacidad para estar solo. En: Winnicott DW (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Editorial Paidós (pp. 36-46)
8. Winnicott DW (1963a). De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. En: Winnicott DW (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Editorial Paidós (pp. 108-120)
9. Winnicott DW (1963b). El miedo al derrumbe. En: Winnicott DW (1993). *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Editorial Paidós (pp. 111-121)
10. Winnicott DW (1963c). La dependencia en el cuidado del infante y el niño y en el encuadre psicoanalítico. En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (1993). Buenos Aires: Editorial Paidós (pp. 326-339)
11. Winnicott DW (1971a). *Objetos transicionales y Fenómenos transicionales*. En: Winnicott DW (1992). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa Editorial (pp. 17-45)
12. Winnicott DW (1971b). *El lugar en que vivimos*. En: Winnicott DW (1992). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa Editorial (pp. 139-146)

³ Ende M. (2008). *La Historia Interminable*. Madrid: Alfaguara, p.487

SALUD MENTAL

PROGRAMA DE DESARROLLO DE SALUD MENTAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA: PRODESAM

(Rev GPU 2017; 13; 2: 179-192)

Kurt Kirsten¹, Julia Acuña², Gabriela Huepe³, Marcela Fuenzalida⁴

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia a nivel mundial y contribuyen de manera importante a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura. Pese a lo indudable que resulta el impacto de los problemas de salud mental (SM) en la población, los recursos destinados a su abordaje a menudo son insuficientes, están distribuidos de manera desigual y son utilizados ineficazmente (OPS, 2009). A partir de la declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), diferentes estrategias han intentado abordar los desafíos que lo anterior significa. En ella se identifica a la atención primaria en salud (APS) como núcleo principal del sistema sanitario, reconociendo su rol clave en mejorar los problemas de salud a nivel global, tanto físicos como mentales. Tradicionalmente, el rol que cumple la APS en la estructura de cuidados de SM ha sido entendido mediante el modelo de "Ruta del Cuidado Psiquiátrico" propuesto por Goldberg y Huxley (1980. En Goldberg, 1995). En este, el curso a través de los cuidados de SM implica el paso por cinco niveles y cuatro filtros que separan a la comunidad (Nivel 1) de la atención psiquiátrica hospitalaria (Nivel 5). Además, destaca la importancia de la

APS (Niveles 2 y 3) como puerta de entrada al sistema de salud y como punto clave por sus capacidades de detectar precozmente los trastornos de SM (Filtro 2) y de derivar adecuadamente los casos complejos (Filtro 3).

El año 2009 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha reconocido cinco áreas estratégicas con el propósito de lograr una respuesta integrada del sector de salud y otros sectores afines, que contribuyan a una mejor SM de la población de las Américas. De las áreas estratégicas señaladas destacan: 1) La prestación de servicios de SM centrados en la APS, y 2) El fortalecimiento de recursos humanos. La primera hace énfasis en prestaciones de SM continuas, descentralizadas y con acento en APS. La segunda resalta la importancia de un recurso humano entrenado debidamente; por lo tanto la formación de capacidades de SM de los trabajadores de APS es fundamental para el mejoramiento de los servicios que se entregan. Para ello sería necesario que la formación de especialistas tuviera mayor énfasis en servicios ambulatorios de SM, incluyendo la APS, tal como ha sido sugerido en nuestro país (Sepúlveda, Gómez, Florenzano y Minoletti, 2003; Montoya e Ipinza, 2009). De este modo, los residentes de psiquiatría estarán mejor capacitados para manejar casos complejos

¹ Residente FOREAPS de psiquiatría adultos, CESFAM Padre Hurtado / Hospital del Salvador, Universidad de Chile. kkirstent@gmail.com

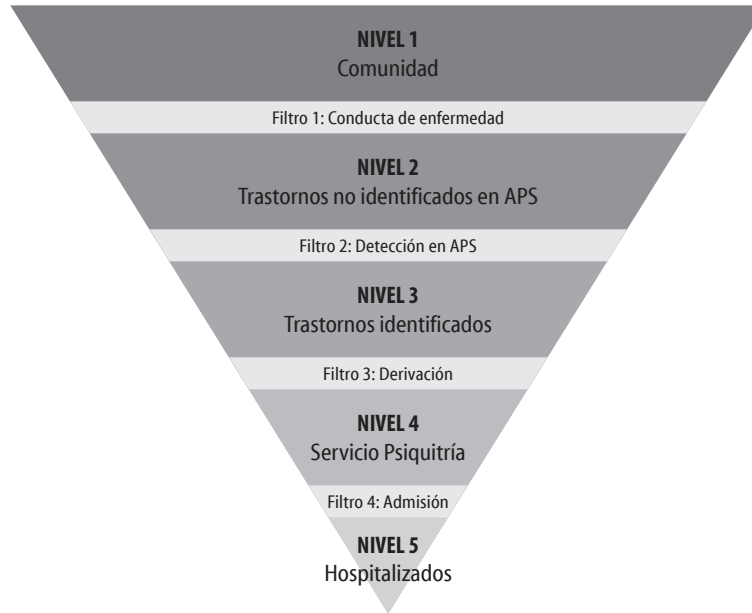
² Tutora Psiquiatría Programa FOREAPS MINSAL SSM Oriente. Dpto. Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

³ Académica Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

⁴ Residente FOREAPS de psiquiatría adultos, CESFAM Padre Hurtado /Hospital del Salvador, Universidad de Chile.

Figura 1

MODELO DE GOLDBERG Y HUXLEY “RUTA DEL CUIDADO PSIQUIÁTRICO”



Fuente: Elaboración propia con base en Goldberg y Huxley, 1980 (en Goldberg, 1995).

de la especialidad y al mismo tiempo, podrán ser activos en la capacitación, supervisión y apoyo continuo de los equipos de APS para atender los problemas de SM.

En Chile la integración de la SM a APS ha sido un proceso paulatino iniciado en los años 1990, destacándose como hito en el año 2000 el surgimiento del Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud (MINSAL, 2000) y en 2015 la propuesta del Programa de Salud Mental Integral en la APS (MINSAL, 2015). Estos esfuerzos han significado el acopio progresivo de recursos humanos al sistema sanitario, sin embargo es necesario generar mecanismos de articulación y apoyo entre profesionales de las atenciones secundaria y primaria, para entregar servicios integrados y continuos (OPS, 2009; Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012; MINSAL 2015).

En la literatura es posible identificar diferentes estrategias de articulación o modelos de cooperación entre APS y especialistas de SM enfocados en mejorar la calidad de los servicios. Bower y Gilbody (2005), en una meta-revisión, describen cuatro modelos: capacitación

a profesionales, consultoría-enlace, cuidado colaborativo⁵ y sustitución-derivación⁶.

El modelo de cuidado colaborativo está asociado a mejores resultados de los tratamientos de los trastornos depresivos y ansiosos en comparación con los cuidados habituales (Archer, Bower, Gilbody, Lovell,

⁵ Se define al modelo de atención o cuidados colaborativos como un grupo heterogéneo de formas complejas de colaboración entre APS y especialistas de SM que implican distintas intervenciones simultáneas, comunes a los modelos de capacitación y consultoría-enlace, y otras propias de otros modelos que consideran cambios en la organización de los servicios asistenciales, educación a pacientes, apoyo en la toma de decisiones clínicas, designación de gestores de casos clínicos, incentivos a la participación de profesionales, etc.

⁶ En este modelo, la responsabilidad en el manejo de los casos es traspasada al especialista. Habitualmente existe un acoplamiento y co-localización de profesionales especialistas de SM dentro de equipos de APS.

Richards, Gask, Dickens y Coventry, 2012); por su parte, la utilidad del uso aislado de guías clínicas y estrategias educacionales ha sido puesta en duda (Gilbody, Whitty, Grimshaw y Thomas, 2003). También se plantea que involucrar especialistas a la APS solo mejoraría los resultados en salud en la medida que formaran parte de intervenciones multifactoriales, similar al modelo colaborativo (Gruen, Weeramanthri, Knight y Bailie, 2004). Asimismo, una revisión sistemática conducida en nuestro país, señala que intervenciones multicomponentes o complejas serían más eficaces que programas de entrenamiento aislados y que su aplicación en nuestra región estaría justificada en la medida que sean consideradas las realidades locales (Vöhringer, Castro, Martínez, Tala, Medina y Rojas, 2016).

De esta forma, la evidencia cada vez más clara apunta a que una reorganización de la estructura de los cuidados en SM, como la introducción de modelos de cuidados colaborativos en APS, sería más efectiva que las tradicionales intervenciones de entrenamiento de competencias.

En línea con lo anterior, en 2007 por acuerdo entre el Ministerio de Salud (MINSAL) y la Universidad de Chile se inició un Programa de Formación de Especialistas para la APS (FOREAPS). El programa se desarrolla durante seis años, alternando la formación en los departamentos universitarios situados en los hospitales base de los servicios participantes, con rotaciones de trabajo asistencial y de salud pública en los distintos CESFAM asignados (Montoya e Ipinza, 2009).

El Centro de Salud Familiar Padre Alberto Hurtado (CESFAM PAH) de Macul, dispuso de dos residentes FOREAPS de psiquiatría de adultos del programa con rotación alternada anual –desde abril de 2011 hasta marzo de 2017– quienes desarrollaron funciones asistenciales de la especialidad y actividades de gestión. En este contexto, desde el año 2011 los residentes de psiquiatría junto a la docente supervisora asignada iniciaron la realización de un Programa de Desarrollo de SM (PRODESAM) cuyo propósito fue contribuir a mejorar la SM de la población asignada al CESFAM a través de distintas acciones que incluyeran aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria. Los objetivos de este programa fueron: mejorar la calidad de los tratamientos de SM, mejorar la resolutivez de las atenciones otorgadas y fortalecer las iniciativas de promoción de salud.

La presente publicación del PRODESAM busca difundir el trabajo realizado, al mismo tiempo que realzar el rol de la APS en los cuidados de salud y las acciones que puedan contribuir a mejorar la SM desde ese nivel. Se espera que el PRODESAM sea un aporte al desarrollo

de intervenciones de SM para la APS, en la medida que pueda servir de estímulo y modelo de iniciativas semejantes que se adapten a las particularidades locales.

PRESENTACIÓN DEL PRODESAM

El PRODESAM es el resultado de la sistematización de las intervenciones propuestas a partir de la identificación de necesidades locales prioritarias de SM en el CESFAM PAH e implementadas por los residentes FOREAPS durante el curso de su estadía de seis años. Como fase inicial de trabajo, se realizó un diagnóstico de la situación local durante la etapa de inserción de los residentes a los equipos de salud, que arrojó al menos dos resultados relevantes: la alta inasistencia de los pacientes a las horas de ingreso al programa de SM (Muñoz, Parrini, Kirsten, Fuenzalida, Acuña y Roizblatt, 2013) y los patrones de prescripción de psicofármacos por parte de los MG (Fuenzalida y Acuña, 2013).

La implementación de este programa fue un proceso dinámico en el cual permanentemente se readecuó contenidos, objetivos, actividades y estrategias, de acuerdo con la factibilidad de las diferentes iniciativas y la efectiva realización de las mismas. En el proceso de sistematización se agregaron indicadores y medios de verificación para ayudar a dar seguimiento a las actividades, evaluar el logro de los objetivos e ir implementando medidas correctivas o cambios que previsiblemente favorecieran un mejor resultado. La presente publicación del PRODESAM, posible de replicar adecuándose a las realidades locales, constituye el término de este proceso y coincide con la finalización de la rotación de los residentes por el CESFAM PAH.

Con el propósito de contribuir a mejorar la SM de la población asignada al CESFAM a través de acciones de prevención y tratamiento, el PRODESAM se organiza a través de cuatro objetivos específicos:

1. Mejorar la calidad del tratamiento a personas que se atienden por trastornos de SM en el CESFAM.
2. Mejorar la resolutivez de la atención de SM en el CESFAM.
3. Fortalecer las iniciativas de promoción de la SM en la comunidad.
4. Evaluar las estrategias implementadas por el Programa.

Para una adecuada implementación del PRODESAM en otras realidades y de acuerdo con la experiencia de la cual surge, recomendamos resguardar las siguientes condiciones:

1. Contar con un profesional que asuma labores de coordinación y gestión del PRODESAM al interior del CESFAM. En nuestra experiencia esta labor fue desempeñada por los EEF de psiquiatría, pero pudiera ser asumida por el jefe de equipo de SM o subdirectores médicos.
2. Contar con el compromiso de los directivos del CESFAM para otorgar las condiciones técnico-administrativas necesarias para su implementación.

Finalmente, consideramos que resulta facilitador que PRODESAM se implemente en un CESFAM, por tratarse de centros que trabajan con base en modelos de atención integral con enfoque familiar y comunitario, todo lo cual favorece las estrategias consideradas en el Programa y fortalece la adecuada participación de los equipos y el compromiso de estos con sus comunidades.

DESARROLLO DEL PRODESAM

Propósito

Mejorar la SM de la población asignada al CESFAM (Centro de Salud Familiar) a través de acciones de prevención y tratamiento.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1

Mejorar la calidad del tratamiento de las personas que se atienden por trastornos de SM en el CESFAM

Estrategias

1.1 Capacitación continua en SM a equipos de salud

Se refiere al conjunto de actividades de capacitación en temas relativos a la SM en APS y dirigidas al equipo médico del CESFAM.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Capacitación teórica	Clases expositivas teóricas: Realizadas mensualmente por el médico consultor durante la consultoría psiquiátrica de adultos y por médico residente de psiquiatría en reuniones de médicos. Los temas son calendarizados anualmente de acuerdo con las necesidades detectadas. La actividad está abierta a la participación de otros profesionales interesados.
----------------------	--

Capacitación teórica	Capacitación en guías clínicas: Se estima necesario disponer de guías clínicas breves que sirvan como referencia básica a los profesionales médicos del CESFAM en el manejo clínico de patologías prevalentes de SM en APS ⁷ .
	Evaluaciones teóricas: Esta actividad contempla el diseño y aplicación de evaluaciones breves para cada sesión de clases expositivas. Al término del ciclo de capacitación se propone una evaluación final.
Capacitación práctica	Presentación y discusión de casos clínicos: Actividad a cargo del residente de psiquiatría orientada a que MGs presenten casos de SM nuevos o que representen dificultades clínicas diagnósticas o de tratamiento. Se desarrolla semanalmente en reuniones de sector y de médicos.
	Asesorías individuales: Actividad calendarizada anualmente, considera una hora mensual de atención clínica conjunta del MG y el residente de psiquiatría; en ella, el MG selecciona casos que le ofrecen dificultades para ser analizados ofreciendo, de este modo, oportunidad para el aprendizaje clínico práctico-experiencial, personalizado.
	Evaluación del programa de capacitación por parte de los participantes: Al término del ciclo de capacitación, cada participante deberá responder una pauta de entrevista semiestructurada donde se evalúan las diferentes actividades del programa de capacitación

INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> - Guías clínicas (GC) elaboradas, adaptadas y aprobadas por dirección clínico-administrativa; los temas mínimos propuestos son: <ul style="list-style-type: none"> a) Trastornos del sueño y uso racional de benzodiazepinas (BDZ) b) Depresión mayor. c) Trastornos ansiosos d) Trastornos somatomorfos - Al menos 70% de los MG capacitados en el uso de GC - Al menos 80% MG asistentes a clases teóricas 	<ul style="list-style-type: none"> - Guías archivadas en carpeta de inducción - Listas de asistencia a capacitaciones sobre GC - Listas de asistencia a clases teóricas - Registro de los casos nuevos y de seguimiento presentados por MG en las diferentes actividades - Pruebas corregidas - Pautas de evaluación respondidas

⁷ El programa dispone de algunas guías básicas ya elaboradas y que quedan disponibles para su adaptación y uso en otras realidades.

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> - Al menos 2 casos presentados por MG en reuniones de médicos, de sector o consultorías - Al menos 2 casos clínicos de seguimiento anual por MG presentados en reuniones de médicos, de sector o consultorías - 80% de MG cumple con una hora mensual destinada a asesorías individuales 	

1.2 Psicoeducación a pacientes y familias

La estrategia se refiere al conjunto de actividades psicoeducativas realizadas por los profesionales del CES-FAM a los pacientes y/o a su grupo familiar.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Psicoeducación grupal	<p>Sesiones grupales de psicoeducación para pacientes: Sesiones en torno a ejes temáticos. La actividad ofrece en forma secuencial diferentes talleres según calendarización. La planificación, diseño e implementación de estas actividades psicoeducativas estará a cargo de la unidad de SM. Se debe asignar responsabilidades y establecer cronograma para su ejecución.</p> <p><i>Talleres y contenidos de psicoeducación propuestos</i></p> <p>Se sugiere un ciclo de talleres independientes de 4 sesiones cada uno. Además, se puede incluir actividades prácticas, como por ejemplo relajación.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Taller general de SM (para pacientes y familiares) <ul style="list-style-type: none"> - Concepto de enfermedad mental y prejuicios asociados. - Mitos y realidades en torno al uso de psicofármacos. - Depresión y duelo. - Alcohol y drogas. 2. Taller ansiedad y trastornos somatomorfos <ul style="list-style-type: none"> - Concepto de estrés y su manejo. - Sesiones de relajación. - Ciclo vital y sus crisis evolutivas. - Somatización: colon irritable, cefalea tensional, lumbago. 3. Taller para padres <ul style="list-style-type: none"> - Concepto de familia y ciclo vital familiar. - Demandas específicas en las diferentes etapas del ciclo vital familiar.
-----------------------	---

Psicoeducación grupal	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades parentales de crianza en diferentes etapas. - Adolescencia normal; habilidades parentales para adolescentes y jóvenes. <p>4. Taller psicosocial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se considera la formación de grupos de autoayuda con pacientes con poca red de apoyo o con habilidades y/o recursos personales deficitarios; se sugiere ingresar a este luego de haber participado en talleres 1 y 2; el grupo debe contar con un facilitador, por ej. Trabajador social, para organizar y estructurarlo como grupo de autoayuda.
Psicoeducación individual	<p>Consejería a pacientes: Se refiere a sesiones de atención destinadas a consejería individual por los profesionales en temas específicos. Ej.: relaciones de pareja, sexualidad, crianza, duelo, etc.</p>

INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> - 75% de talleres diseñados según cronograma - 75% de talleres realizados de acuerdo con calendarización. - Promedio de asistencia por sesión de psicoeducación grupal 	<ul style="list-style-type: none"> - Documento digital con sesiones diseñadas. - Listas de asistencia.

1.3 Psicoterapia grupal para pacientes con trastornos depresivos

ACTIVIDADES A REALIZAR

Se trata de una intervención psicosocial de mediana complejidad destinada a pacientes que presentan un trastorno depresivo moderado o severo. Podrán acceder todos los pacientes cuando el equipo tratante estime adecuada la incorporación al mismo. Se podrá complementar con psicoterapia individual cuando el caso lo requiera de acuerdo con indicación del equipo tratante. La psicoterapia será desarrollada de acuerdo con experiencia y formación de los profesionales de SM disponibles, de preferencia por psicólogo.

INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> - Talleres diseñados según cronograma. - Talleres realizados de acuerdo con calendarización 	<ul style="list-style-type: none"> - Documento digital con sesiones diseñadas. - Listas de asistencia.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Mejorar la resolutivez en la atención de la SM en el CESFAM

En el contexto de la APS, se entenderá resolutivez como la capacidad del establecimiento de dar respuesta oportuna a los problemas de SM atingentes a este nivel de atención.

Estrategias

2.1 Sensibilización

La estrategia de sensibilización se refiere al conjunto de acciones orientadas a fomentar la participación activa e involucramiento de los distintos profesionales de salud en la respuesta a los problemas de SM de la población.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Sensibilización de directivos del equipo de salud	Reuniones con jefaturas administrativas y CTA: Reuniones periódicas con el fin de fomentar la participación e involucramiento de las autoridades locales en la SM y la búsqueda de acuerdos administrativos en las actividades planificadas. Se estiman al menos 3 reuniones anuales:
	<ul style="list-style-type: none"> - Reunión 1: Al inicio del ciclo de rotación del residente de psiquiatría (o planificación anual del CESFAM). Se buscará llegar a acuerdos respecto a objetivos para el año y requerimientos administrativos. - Reunión 2: Durante el ciclo de rotación (o planificación anual del CESFAM). Revisión del estado de avance de los aspectos acordados y actualización de acuerdos. - Reunión 3: Evaluación global de lo realizado en el ciclo
	Supervisar el cumplimiento de los acuerdos administrativos: La actividad se refiere al resguardo de las horas de los médicos de cada sector destinadas a la participación en actividades de SM. Por ejemplo: Bloqueo de agenda para consultoría psiquiátrica. La supervisión de los acuerdos está a cargo de los responsables del programa y será coordinada con los jefes de sector o subdirector médico del CESFAM según corresponda.

Sensibilización de los equipos	Diseñar e implementar sesiones de trabajo grupal para promover el trabajo en equipo en SM: Se busca motivar el interés y participación de todo el equipo de salud del CESFAM en la atención de pacientes con problemas de SM que presentan dificultades especiales, tales como: desborde emocional, agitación psicomotora, suicidalidad, temas de alcohol y drogas, entre otros. Se diseñarán sesiones de acuerdo con las necesidades de la realidad local.
--------------------------------	---

INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> - Al menos 3 reuniones anuales de sensibilización y coordinación con dirección técnico-administrativa. - 80% de las horas destinadas a actividades de SM fueron efectivamente bloqueadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro interno de coordinador del programa. - Registro interno del profesional a cargo de la supervisión.
<ul style="list-style-type: none"> - Sesiones de trabajo grupal en SM diseñadas de acuerdo con cronograma - Sesiones de trabajo grupal en SM implementadas de acuerdo con cronograma - Sesiones de trabajo grupal en SM implementadas de acuerdo con cronograma 	<ul style="list-style-type: none"> - Documento digital con actividades diseñadas - Listas de asistencia a sesiones de trabajo grupal

2.2 Optimización de recursos

Considera medidas administrativas que resguarden la mejor utilización de los recursos humanos disponibles junto a una eficiente organización de servicios. Se considera, entre otros, una modalidad nueva de ingreso al programa de SM, para reducir la pérdida de horas por ausencia de los pacientes a la primera consulta; se trata de realizar una sesión de ingreso en modalidad grupal a través de una sesión psicoeducativa estructurada⁸.

⁸ La experiencia de esta modalidad como nueva forma de ingreso al programa de SM fue inicialmente implementada el año 2011 (Muñoz, Parrini, Hernández, Roizblatt y Dinamarca), en el CESFAM Cardenal Silva Henríquez de Peñalolén, y luego presentada durante las Primeras Jornadas de Investigación Dr. Hugo Behm Rosas.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Sesión única grupal de ingreso a SM: Es requisito para el ingreso al programa de SM de los pacientes nuevos. La actividad está a cargo del médico residente de psiquiatría y un psicólogo.
Jornadas de trabajo para revisar funciones y flujograma: Se definirán las funciones que desempeñará cada profesional considerando áreas de competencia y habilidades específicas para atender las necesidades de SM. Idealmente considerará MG, psicólogos, trabajadores sociales, matronas, enfermeras y residente de psiquiatría si está disponible. Las atenciones de SM se ordenarán en un flujograma de acuerdo con niveles de complejidad partiendo por el grupo de ingreso. Participarán en estas actividades el profesional encargado del programa de SM, representantes del equipo de psicología, representante de asistentes sociales del CESFAM y médico residente de psiquiatría.
Reunión con directivos para aprobación de funciones y flujograma: Participarán en esta actividad el profesional encargado del programa de SM, representantes del equipo de psicología, representante de asistentes sociales del CESFAM y médico residente de psiquiatría.
Sesiones de difusión de acuerdos de funciones y flujograma: Durante reuniones de sector se divulgará a los equipos clínicos los acuerdos tomados respecto a las funciones y flujograma definidos y aprobados. Se recogerán eventuales necesidades de capacitación de los diferentes profesionales.

INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> - 4 sesiones mensuales de ingreso grupal. - Al menos 2 jornadas anuales de trabajo para revisión de funciones de profesionales y flujogramas de atenciones en SM. - Documento con funciones y flujogramas definidos y aprobados por la dirección. - Al menos 60% de los equipos participan en sesión de difusión de funciones y flujogramas durante reuniones de sector. - Disminución del porcentaje promedio de inasistencia mensual de pacientes a horas de ingreso de SM individual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro interno de profesionales a cargo de sesiones mensuales de ingreso grupal. - Listas de asistencia a jornadas de trabajo. - Documento digital con funciones y flujograma aprobados. - Listas de asistencia a sesiones de difusión.

2.3 Mejoramiento de gestión de la red

Se refiere a las acciones desde la APS, destinadas a contribuir en la eficiencia y mejoramiento de coordinación de los diferentes niveles de la red pública de atención en SM (Centros comunitarios de SM (COSAM), policlínicos de psiquiatría y servicio de urgencia psiquiátrica del hospital base).

ACTIVIDADES A REALIZAR

Reuniones de supervisión del proceso de interconsultas: Sesiones de trabajo trimestrales para la revisión del proceso de interconsultas; contempla desde su solicitud hasta la atención del paciente en unidad receptora. En estas participan el administrativo encargado de interconsultas, jefatura del equipo de SM y médico residente de psiquiatría.
Vigilar el tiempo de espera para la primera atención de SM: Observación y registro del tiempo de espera promedio de los consultantes desde la solicitud de hora de SM hasta la sesión grupal de ingreso al programa.

INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> - Al menos 3 reuniones anuales de supervisión del proceso de interconsulta. - 100% de asistencia de los convocados a las reuniones de supervisión de proceso de interconsulta. - Disminución del porcentaje de rechazo de interconsultas solicitadas al año de iniciado el programa. - Disminución del número de días promedio transcurridos desde la derivación hasta la atención por la unidad receptora al año de iniciado el programa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Listas de asistencia a reuniones de supervisión. - Registro interno del profesional a cargo de reuniones de supervisión. - Registro interno de profesionales a cargo de sesiones grupales de ingreso.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3

Fortalecer las iniciativas de promoción de SM en la comunidad

Se entenderá como promoción a las iniciativas dirigidas a preservar al individuo sano y mejorar la calidad de vida de la población, proporcionando a esta los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Se consideran actividades desarrolladas en el CESFAM y fuera de él.

Estrategias

3.1 Comunicación social en promoción en SM

Se refiere a acciones que sensibilicen y promuevan cambios de comportamientos a través de la entrega de información general de SM, en relación con estilos de vida, relaciones interpersonales y ambientes, dirigidos a la población atendida en el CESFAM y de la comunidad cercana.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Recopilar, adaptar y diseñar materiales gráficos y audiovisuales de prevención y promoción de SM.
Disponer materiales gráficos y audiovisuales de prevención y promoción de SM en salas de espera: Paneles informativos, videos rotativos, trípticos y folletos informativos en torno a diferentes temáticas serán puestos a disposición de la población consultante o exhibidos mediante circuito de televisión.
Reuniones de trabajo para definir actividades de celebración del "día mundial de la salud mental" (10 de octubre) y otras actividades en la comunidad de acuerdo con la realidad local y necesidades detectadas.
Implementar actividades definidas para el "Día mundial de salud mental" y otras a desarrollar en la comunidad; por ejemplo, ferias de salud, charlas en clubes deportivos, escuelas, etc.

INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> Al menos 2 temas de prevención y promoción de SM abordados por año en salas de espera. Material educativo de SM disponible y distribuido (en al menos 3 temas). Material audiovisual de SM disponible (al menos 3 temas). Al menos una actividad comunitaria de promoción de SM realizada al año. Aumento en hrs. profesionales utilizadas semestralmente en actividades de difusión al año de iniciado el programa. 	<ul style="list-style-type: none"> Registro interno de profesionales a cargo de disponer materiales de prevención y promoción de la salud. Listas de asistencia a reuniones de trabajo Registro interno de profesional a cargo de reuniones. Registro interno de profesional coordinador de celebración del "día de la salud mental" y otras actividades comunitarias.
Indicadores de resultado	
<ul style="list-style-type: none"> Tiempo promedio mensual de material audiovisual exhibido. Número promedio mensual de folletos entregados por tema en sala de espera. Número de horas profesionales utilizadas en actividades de difusión (Día mundial y actividades comunitarias) 	

Indicadores de resultado
<ul style="list-style-type: none"> Número de profesionales involucrados en actividades de difusión (Día mundial de la salud mental y actividades comunitarias). Número de actividades diseñadas para celebración del día mundial de SM.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4

Evaluar estrategias implementadas por el programa

Busca conocer el nivel de calidad de las estrategias desarrolladas y de su impacto en términos de satisfacción de algunos de los actores involucrados.

Estrategias

4.1 Evaluación de satisfacción

Busca estimar el nivel de calidad del programa a través de la evaluación de la satisfacción de usuarios y prestadores que hayan participado de las estrategias desarrolladas.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Satisfacción usuaria	Adaptar un instrumento para la evaluación de la satisfacción usuaria.
	Aplicación del instrumento adaptado a los dos y seis meses de ingresados al programa de SM. (Para instrumento tipo, ver Anexo 1)
Satisfacción de los prestadores	Adaptar un instrumento para la evaluación de la satisfacción de los directivos.
	Adaptar un instrumento para la evaluación de la satisfacción de profesionales y técnicos.
	Aplicación de los instrumentos adaptados. (Para instrumento tipo, ver Anexo 2)

INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> Al menos un 30% de los usuarios en control en salud completan pauta de evaluación de satisfacción usuaria semestralmente. Al menos un 50% de pacientes que completan pauta de satisfacción usuaria valoran positivamente las atenciones recibidas (Muy satisfactorio / satisfactorio). 	<ul style="list-style-type: none"> Pautas de satisfacción usuaria completadas

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> – Directivos con evaluaciones realizadas al término de cada año. – Al menos un 60% de los profesionales y técnicos involucrados en actividades de SM con evaluación realizada. – Al menos un 50% de los profesionales y técnicos que completan pautas de evaluación de satisfacción valoran positivamente el programa (Muy satisfactorio / satisfactorio). 	<ul style="list-style-type: none"> – Pautas de satisfacción directiva completadas – Pautas de satisfacción profesionales y técnicos completadas

4.2 Evaluación de gestión de red

Se entenderá como indicador de calidad en la medida que se refiera a la atención del paciente como un todo, en un sistema de atención jerarquizado e integrado, de manera que acceda al nivel de atención adecuado según sus necesidades.

ACTIVIDAD A REALIZAR

Analizar estadísticas del proceso de interconsultas.

INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LA ACTIVIDAD

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> – Disminución del % de interconsultas rechazadas (aumento del índice de pertinencia). – Número de interconsultas solicitadas por médicos por total de atenciones de SM (% de variación en derivaciones). 	<ul style="list-style-type: none"> – Documento con estadísticas del CESFAM

COMENTARIOS

En términos generales, el PRODESAM establece sus objetivos en torno a cuatro áreas: *Calidad, Resolutividad, Promoción y Evaluación*, las cuales fueron definidas de manera paulatina a partir de la experiencia de los residentes en el CESFAM. Las distintas acciones implementadas fueron construidas de manera flexible según los recursos disponibles y las necesidades detectadas en la práctica.

Los objetivos propuestos por el PRODESAM se alinean con los del Programa de SM para la APS del MIN-SAL (2015), aunque en este último existe una mayor

presencia de acciones de prevención y promoción. Lo anterior puede ser atribuible a las habituales distancias entre políticas públicas y necesidades locales contingentes, que ordenan las prácticas clínicas de acuerdo con los recursos disponibles, como fue el caso de la elaboración del PRODESAM.

SOBRE ALGUNAS DE SUS ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

A continuación se revisarán algunos puntos de relevancia relacionados con las distintas estrategias y actividades contempladas en el PRODESAM. En cada apartado se busca señalar en general los fundamentos y observaciones prácticas que llevaron a definir cada una de ellas.

Capacitación continua en SM a equipos de salud

La presencia cotidiana del residente de psiquiatría en el CESFAM y su interacción habitual con los MGs permitió que el especialista en formación fuera un recurso de apoyo accesible y contingente para la toma de decisiones clínicas. Esto fue en directo beneficio de modos de aprendizajes personalizados, tal como ocurre en las asesorías individuales (“Atención de pacientes en duplas”) basadas en aprendizajes prácticos e *in situ* (Hodge, Inch, y Silver, 2001).

Estimamos que todo lo anterior permite el desarrollo de un sentido de trabajo colaborativo, estrecha vínculos entre clínicos y refuerza positivamente las otras instancias formativas de carácter grupal, como consultorías y reuniones de médicos, además de fortalecer el trabajo en red. En relación con el aprendizaje de los equipos, el PRODESAM contempla el uso de guías clínicas breves que se ajusten a aspectos locales, las cuales deberían ser conocidas por todos los MGs desde su inducción al CESFAM. Estas guías buscan entregar nociones clínicas fundamentales y orientar el uso de psicofármacos y otras estrategias terapéuticas. Esto sería de especial utilidad para aquellos médicos que recién estén incorporándose al centro, particularmente para MGs provenientes de países donde los problemas de salud mental no son tan prevalentes (Huepe, Cárcamo, Acuña, Botto, Jiménez, 2015; Acuña, Rdz-Navarro, Huepe, Botto, Cárcamo, Jiménez, 2016.) A pesar de la poca efectividad de las guías clínicas como estrategia única de educación de los MGs (Gilbody *et al.*, 2003), consideramos que ocupan un lugar como herramienta facilitadora del aprendizaje práctico junto al resto de las actividades de educación continua contenidas en el Programa.

Psicoeducación a pacientes y familiares

Con el objetivo de mejorar la calidad del tratamiento a los pacientes y familiares, el Programa considera relevante potenciar la integralidad de las intervenciones mediante acciones que reconozcan tanto los aspectos psicobiológicos como psicosociales de los tratamientos en SM. Fue una constatación de la práctica, durante la permanencia en el CESFAM, cómo intervenciones clínicas centradas en lo individual y lo farmacológico terminaban por desplazar, en ocasiones, a intervenciones más amplias de carácter psicosocial. El PRODESAM busca fortalecer intervenciones grupales orientadas hacia los cuadros clínicos más prevalentes, además de favorecer de este modo el mejor uso de los recursos. La estrategia incluye una propuesta de temas de psicoeducación grupal y sesiones de consejería individuales. Interesa destacar de manera especial las intervenciones grupales para pacientes con trastornos depresivos, las cuales no siempre se encuentran disponibles tal como se recomienda en las guías clínicas (MINSAL, 2013). Además, el PRODESAM considera necesario que la planificación de intervenciones psicoeducativas se ajuste a las necesidades específicas de grupos vulnerables propios de cada realidad local, ya sea por condiciones sociales o del ciclo vital, como por ejemplo: adultos mayores, cuidadores, padres de adolescentes, entre otros.

Sensibilización a directivos y equipos de salud

Con el objetivo de mejorar la resolutivez de las atenciones de SM en el CESFAM, el Programa considera la sensibilización en SM de los directivos y de los equipos de salud. Como ya fue mencionado, durante el desarrollo del PRODESAM, la sensibilización de los directivos y la existencia de relaciones de cooperación fue condición fundamental para el buen desarrollo del Programa en la medida que permitió establecer los acuerdos administrativos pertinentes y aseguró su posterior cumplimiento. Respecto a la sensibilización de los equipos, se evidencia en la práctica cotidiana que los profesionales de salud tienden a centralizar en el equipo de psicología cualquier condición de los pacientes que, aunque sea ligeramente, se asocie a SM. Se busca revertir esta tendencia a través de la sensibilización de los equipos, que refuerce la integralidad de las atenciones en SM y en las cuales se involucren los distintos profesionales de acuerdo con sus competencias.

Optimización de recursos

La estrategia tiene como objetivo mejorar la resolutivez de las atenciones en SM y considera medidas

administrativas que resguardan la mejor utilización de los recursos humanos disponibles junto a una eficiente organización de los servicios. Destaca, dentro de sus actividades, el ingreso al programa de SM mediante una sesión grupal psicoeducativa, basada en la experiencia de buenas prácticas en APS publicada por Muñoz *et al.* (2011) en nuestro medio. La adaptación de esta estrategia de ingreso, realizada por los residentes del CESFAM PAH, demostró ser efectiva en disminuir la cantidad de horas de ingreso perdidas por inasistencia de pacientes (Muñoz *et al.*, 2013), lo cual se estima útil para mejorar la oportunidad de las atenciones. Esta modalidad grupal de ingreso contiene además aspectos psicoeducativos generales en SM que son de importancia para aquellos pacientes que por primera vez serán atendidos en el CESFAM.

La estrategia considera, además, acciones para la revisión de funciones y flujos que implica la definición de objetivos y plazos terapéuticos para las intervenciones entregadas por los profesionales del CESFAM, lo cual tiene como resultado agregado un mejor uso de la red. En nuestra experiencia, en el CESFAM existen pocos espacios para racionalizar las labores que normalmente desempeñan los profesionales de SM, quienes con frecuencia no revisan ni definen sus roles, ni tampoco priorizan cuáles intervenciones pudieran responder mejor a las demandas asistenciales prevalentes y características de la APS.

Gestión de red

Con la intención de mejorar la resolutivez, el Programa establece mecanismos de supervisión, los cuales, velando por una adecuada coordinación entre los diferentes niveles de atención, permitan una oportuna detección de problemas en los procesos de interconsulta y capacidad de respuesta ante ellos. Como resultado no esperado, en la elaboración del PRODESAM, el conocimiento adquirido del funcionamiento de la red por los residentes durante su rotación por diferentes servicios clínicos cumplió una función de articulación de la red de SM, favoreciendo la coordinación formal e informal con los equipos de especialidad.

Iniciativas de promoción en la comunidad

La OPS (2009) reconoce, dentro de sus áreas estratégicas para el periodo 2010-2019, la importancia de intervenciones de promoción y prevención. En nuestro país el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (MINSAL, 2000) define estas acciones como prioridad programática, lo cual es ratificado el año 2015 en el

Programa de SM Integral en la APS, donde se señala que los equipos de salud deben realizar actividades de promoción de salud mental positiva a lo largo de todo el ciclo vital, de acuerdo con la realidad local (MINSAL, 2015). En este sentido, el PRODESAM establece entre sus objetivos fortalecer iniciativas de promoción de la SM a través de actividades de comunicación social como material gráfico, audiovisual y la participación en espacios comunitarios como la celebración del "Día de la salud mental".

No obstante la reconocida importancia del tema, hubo numerosas dificultades a la hora de llevar a la práctica acciones en esta línea, lo cual se tradujo en que estas actividades, aunque posibles, resultaron muy limitadas en los años de implementación del PRODESAM. Durante el desarrollo del Programa se evidenció cómo las intervenciones de prevención en SM terminaron por ser reducidas y desplazadas por otras prioridades contingentes, habitualmente atenciones clínicas producto de la presión asistencial; esto terminó concentrando recursos y esfuerzos en desmedro de acciones de promoción y prevención. A su vez, la falta de adiestramiento de los profesionales involucrados (incluidos los residentes de psiquiatría) en el desarrollo de estas tareas, debido entre otras razones, a una escasa presencia en los programas de formación de especialistas, refuerza este desbalance.

Pese a los sesgos propios de la perspectiva desde la cual fue elaborado el PRODESAM, destacamos entre sus atributos el haber sido concebido a partir de la experiencia clínica y por lo tanto no haber tenido como intención primaria el transformarse necesariamente en un programa amplio y abarcador a la manera planteada por iniciativas ministeriales, como el Programa de SM para APS mencionado más arriba.

Finalmente, al reflexionar acerca de cuáles actividades preventivas competen al CESFAM, se debe tener en cuenta que durante los últimos años distintos programas transversales como el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, Más Adultos Mayores Autovalentes, Habilidades para la Vida, Vida Sana y los del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), se han asumido como los pilares preventivos y promocionales en sus comunidades.

Evaluación de las estrategias del Programa

En la implementación de estrategias nuevas en una organización de servicios es importante conocer la opinión que respecto de ellas tienen los usuarios internos y externos. Para ello el PRODESAM estableció

mecanismos sencillos de medición de satisfacción que informen al respecto. La propuesta incorpora evaluaciones en los procedimientos habituales correspondientes del CESFAM para evaluar satisfacción usuaria. Respecto de los equipos de salud, es necesario investigar la satisfacción asociada a diferentes actividades implementadas. En nuestra experiencia, la evaluación de satisfacción asociada por ejemplo a las actividades de capacitaciones teóricas o prácticas, resultó de fácil implementación y en general fue bien recibida por los equipos⁹. Se sugiere que cuando en algún CESFAM exista evaluación de la satisfacción de los usuarios, estos elementos puedan ser incorporados allí.

REFLEXIONES FINALES

El PRODESAM pretende ser un aporte al fortalecimiento de la SM en APS. Destacamos el rol del programa FO-REAPS en la medida en que permitió la permanencia en el tiempo de especialistas en formación, dotando a las APS de recursos que de otra manera difícilmente estarían disponibles. En vista del PRODESAM, estimamos que contar con 12 horas de especialistas en APS permite un proceso virtuoso en SM, que favorece el trabajo cooperativo entre equipos de salud especialistas y no especialistas.

También, destacamos la condición necesaria de sensibilización y compromiso de los directivos para la puesta en marcha de procesos semejantes a PRODESAM. De ese modo se asegura el tiempo requerido para las diferentes actividades planificadas, como también su adecuado resguardo.

Algunas evaluaciones parciales al PRODESAM han mostrado resultados alentadores respecto de la satisfacción de los profesionales y de la estrategia de capacitación continua en SM a los equipos, todo lo cual se encuentra en vías de publicación. Dada la importancia de un programa de esta naturaleza y considerando su complejidad, resulta recomendable disponer de una evaluación de impacto en posteriores intervenciones, o bien como trabajo específico de investigación científica.

En lo que concierne a las actividades de promoción y prevención, por el momento no quedan suficientemente delineadas en este PRODESAM, lo cual también debiera ser un aspecto a considerar en posteriores desarrollos.

A nivel de gestión en red, y más allá de los alcances generales del PRODESAM, resulta aconsejable disponer

⁹ Trabajos de los autores en vías de publicación.

de mayor presencia de especialistas *in situ*, por ejemplo desde los COSAM comunales o mediante convenios con programas de especialidad universitarios. Para ello sería necesario analizar el funcionamiento de la red y realizar las gestiones que permitan destinar horas efectivas de especialistas para el trabajo colaborativo y de carácter docente asistencial como el propuesto.

Igualmente consideramos importante enfatizar que las universidades debieran dar mayor énfasis a los servicios de atención ambulatoria y comunitaria en SM en sus programas de formación de especialistas.

Finalmente, esperamos que PRODESAM permita la elaboración e implementación de futuras iniciativas, que, enriquecidas, prioricen intervenciones enraizadas en las realidades locales, lo cual sin lugar a dudas reportará mayor satisfacción y mejores servicios a usuarios de APS, como también más bienestar en los equipos de salud.

REFERENCIAS

1. Acuña J, Rdz-Navarro K, Huepe G, Botto A, Cárcamo M, Jiménez JP (2016). Habilidades clínicas para el manejo de trastornos depresivos en médicos generales en Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 144(1), 47-54. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000100007>
2. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, Dickens C, Coventry P (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10:CD006525. doi: 10.1002/14651858.CD006525.pub2
3. Bower P, Gilbody S. (2005). Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ*, 330(7495), 839-842. doi: 10.1136/bmj.330.7495.839
4. Fuenzalida M, Acuña J (2013). Análisis de la prescripción de benzodiazepinas en un Centro de Salud Familiar de Atención Primaria. Presentación en II Jornadas de investigación "Dr. Benjamín Viel Vicuña", Programa de Especialistas Básicos en la Atención Primaria Urbana. Quinta Normal. Santiago de Chile. Universidad de Chile
5. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R (2003). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*, 289(23), 3145-3151. doi:10.1001/jama.289.23.3145
6. Goldberg D (1995). Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiologic Reviews*, 17(1), 182-190. doi: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a036174>
7. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS (2004). Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1):CD003798. doi: 10.1002/14651858.CD003798.pub2
8. Hodge B, Inch C, Silver I (2001). Improving the psychiatric knowledge, skills and attitudes of primary care physicians, 1950 – 2000: A review. *Am J Psychiatry*; 158:1579-1586
9. Huepe G, Cárcamo M, Acuña J, Botto A, Jiménez JP (2015). Impacto de una capacitación en trastornos depresivos para médicos generales de atención primaria en salud: Resultados cualitativos. *Revista Médica de Chile*, 143(6), 795-800. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000600013>
10. Muñoz P, Parrini J, Kirsten K, Fuenzalida M, Acuña J, Roizblatt R (2013). Optimización de recursos en atención primaria: impacto de nueva estrategia de ingreso para consultantes de salud mental en Centro de Salud Familiar de Santiago. Experiencia CESFAM Padre Hurtado. Presentación en II Jornadas de investigación "Dr. Benjamín Viel Vicuña", Programa de Especialistas Básicos en la Atención Primaria Urbana. Quinta Normal. Santiago de Chile. Universidad de Chile
11. Muñoz P, Parrini V, Hernández V, Roizblatt A, Dinamarca F (2011). Taller de ingreso para pacientes en salud mental: Optimizando el recurso médico en atención primaria (APS). Libro de resúmenes: Primeras jornadas de investigación Dr. Hugo Behm Rosas. Chile. MINSAL
12. Ministerio de Salud (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago de Chile: MINSAL
13. Ministerio de Salud (2013). Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago de Chile: MINSAL
14. Ministerio de Salud (2015). Programa de salud mental integral en la atención primaria. Subsecretaría de redes asistenciales, Santiago de Chile: MINSAL
15. Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 440-447
16. Montoya C, Ipinza M (2009). Un programa para recuperar y mejorar el aporte de los médicos en la Atención Primaria de Salud. *Cuad Méd Soc*, 49 (1): 16-2
17. Organización Mundial de la Salud (1978). Alma-Ata 1978: atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. URSS: OMS
18. Organización Panamericana de la Salud (2009). Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Washington, DC: OPS
19. Sepúlveda R, Gómez A, Florenzano R, Minoletti A (2003). Programa Académico Referencial para la Formación de Especialistas en Psiquiatría. Santiago de Chile: MINSAL
20. Vöhringer PA, Castro A, Martínez P, Tala A, Medina S, Rojas G (2016). Healthcare team training programs aimed at improving depression management in primary care: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 200:142-147. doi: 10.1016/j.jad.2016.04.029

ANEXOS

Anexo 1

INSTRUMENTO TIPO PARA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS¹⁰

1. En los últimos 6 meses, ¿en cuáles actividades del programa de salud mental ha participado usted?

Actividades:	SÍ	NO
a. Sesión grupal de ingreso al programa.		
b. Sesiones individuales de salud mental con médico . (En caso de haber participado ponga el número de sesiones aprox.)		
c. Sesiones individuales de salud mental con psicóloga/o . (En caso de haber participado ponga el número de sesiones aprox.)		
d. Talleres grupales de salud mental.		

2. Según su experiencia en los últimos 6 meses, complete cada uno de los ítems

Ítem	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. En general, el apoyo del equipo de salud mental fue satisfactorio y adecuado para solucionar mis problemas.				
b. El apoyo de los médicos fue satisfactorio y adecuado para solucionar mis problemas.				
c. El apoyo de las/los psicólogas/os fue satisfactorio y adecuado para solucionar mis problemas.				
d. La ayuda entregada por el equipo de salud mental fue oportuna.				

¹⁰ El instrumento solo tiene valor como modelo referencial aproximado.

Anexo 2

INSTRUMENTO TIPO PARA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PRESTADORES¹¹

De los elementos del programa, califique en escala de 0 a 10 cada uno de ellos, según considere haya sido el aporte para usted, desde nulo (0) a muy importante (10)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Clases expositivas.											
Entrevistas clínicas a pacientes en consultorías											
Discusión de casos clínicos en consultorías.											
Consultas semanales en reuniones médicas o de sector											
Atenciones en duplas con residente de psiquiatría.											
Consultas espontáneas en CESFAM a residente de psiquiatría.											
Consultas espontáneas vía correo electrónico/teléfono a residente de psiquiatría.											

¹¹ El instrumento solo tiene valor como modelo referencial aproximado.

PRÁCTICA CLÍNICA

CLÍNICA VINCULAR EN MADRES SOLTERAS POR ELECCIÓN (MSPE)¹

(Rev GPU 2017; 13; 2: 193-197)

Javiera Navarro², Natalia Urra³

Este trabajo es una revisión empírica y una reflexión clínica en torno a una nueva forma de configuración familiar: las madres solteras por elección (MSPE) vía reproducción asistida con donación anónima de espermios (DAE). Desde el nacimiento de Louise Brown en 1978, primer bebé nacido por fertilización in vitro, las técnicas de reproducción asistida (TRA) han revolucionado las formas de crear familias, cuestionando el modelo tradicional que asocia exclusivamente sexualidad a reproducción, reproducción a relaciones heterosexuales y relaciones heterosexuales a familia (1-3).

INTRODUCCIÓN

A pesar del enorme crecimiento de nuevas formas familiares, la familia tradicional sigue siendo considerada por el sentido común como el mejor ambiente para un niño. Sin embargo, existe a la fecha un conjunto de estudios que describen factores asociados a óptimos niveles de desarrollo emocional infantil. Estos son: bienestar psicológico de los padres, calidad de la relación padres e hijos, redes sociales de apoyo y características individuales de los niños. La estructura familiar (entendida por número de padres, género y orientación sexual de los padres, relación genética con el hijo) no es un factor relevante.

En su libro *Modern Families* (2015), Susan Golombok (3), a través de una síntesis de la investigación a la fecha de los mayores estudios longitudinales realizados en USA, UK y Europa sobre familias y desarrollo infantil, concluye que niños criándose en nuevas configuraciones familiares (dígase familias homoparentales, familias por reproducción asistida con donación de óvulos, espermios o gametos y familias monoparentales por elección) parecen no solo desarrollarse igual que niños de familias tradicionales, sino que incluso mejor. La alta motivación de ser padres en estos grupos familiares hace que el compromiso hacia los hijos sea sustento de sus buenos resultados, siendo la alta motivación un factor crucial para proveer lo que Winnicott llama un *ambiente suficientemente bueno* (Winnicott, 1965).

¹ Presentado en XXV Encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de D.W. Winnicott. Noviembre 2016, Santiago Chile.

² Psicóloga Clínica PUC, Magister Clínica Tavistock Londres, académica Facultad de Psicología Universidad Alberto Hurtado, Directora Programa Vínculos Tempranos Facultad de Psicología Universidad Alberto Hurtado. Miembro IARPP CHILE (jnavarro@uahurtado.cl).

³ Psicóloga Universidad Alberto Hurtado.

A través de dos casos clínicos de psicoterapia vincular con MSPE exploraremos algunos de los desafíos en la clínica psicoanalítica en vínculos tempranos con estas nuevas constelaciones familiares.

MADRES SOLTERAS POR ELECCIÓN (MSPE)

Por supuesto que las madres solas no son algo nuevo en nuestra sociedad. En Chile, alrededor de 30% de los niños viven en familias monoparentales (4). Pero las distintas formas de hogares monoparentales tienen características particulares. Los niños en familias monoparentales post separación tienden a mostrar peores resultados en su desarrollo pero los factores que explican esto son conflicto parental, merma económica y falta de redes de apoyo, y no el criarse solo con uno de los padres (3). Por otra parte, hay evidencia de los buenos resultados que tiene en el desarrollo infantil la presencia de la figura del padre (5). Entonces ¿cómo impacta su ausencia? La posibilidad de investigar a MSPE nos da un espacio único para explorar respuestas a esa pregunta.

Las MSPE constituyen una forma particular de hogar monoparental. Son mujeres en general altamente educadas, con seguridad económica, comenzando los cuarenta, han pensado durante mucho tiempo esta vía a la maternidad y han preguntado en su entorno por dicha decisión. No son solteras por elección, sino que no han encontrado pareja con la cual formar familia y están llegando a su límite de edad fértil. Están preocupadas por la ausencia de una figura paterna y han buscado figuras masculinas en su entorno que sirvan de modelo para sus hijos (2, 6-9).

Existen varios estudios a nivel mundial que han caracterizado a este grupo de mujeres y la forma cómo deciden entrar a la maternidad. Hay pocos estudios sobre cómo desarrollan el vínculo con sus hijos y cómo abordan el tema de la donación anónima con ellos. Todos han investigado el fenómeno desde una perspectiva antropológica y lo han descrito como una forma de empoderamiento de las mujeres en la sociedad contemporánea (2). No hay investigación latinoamericana sobre MSPE y desarrollo emocional en los niños.

Dentro de las MSPE hay un grupo que opta a la maternidad a través de la donación anónima de espermios (DAE), porque esta vía ofrece mayor seguridad legal dado que los donantes no tienen derechos parentales sobre los hijos (13). Sin embargo, en el ámbito de la ausencia de padre, las madres reconocen tener dudas; es el aspecto que las singulariza y no tienen referentes anteriores de los que aprender (11). En este sentido, existen muy pocos estudios que intenten comprender las ansiedades de las madres en lo relacionado con a

tener un hijo con donante anónimo, cómo esto afecta el vínculo de apego con sus hijos y el potencial impacto emocional en estos niños producto de estas ansiedades maternas.

VÍNCULOS AFECTIVOS ENTRE MSPE Y SUS HIJOS

Murray y Golombok (14), en un estudio longitudinal, entrevistaron a 27 MSPE vía DAE y a otras 50 madres casadas vía DAE, todas con hijos entre 6 semanas y 1 año. La entrevista analizaba las expresiones de afecto madre-hijo, las interacciones y la sensibilidad ante las demandas de los bebés. En un primer momento, los resultados indicaban que las MSPE mostraban niveles más bajos de interacción con sus hijos. En un segundo momento, Murray y Golombok (15) entrevistaron a las mismas familias cuando los niños tenían 2 años y los resultados fueron diferentes: las MSPE mostraban niveles más altos de placer con sus hijos y niveles más bajos de enojo que las madres casadas, concluyendo que esta vía a la maternidad no parece afectar la calidad del vínculo madre-hijo. Sin embargo, a los dos años no es posible evaluar el significado social del padre ausente.

En 2016 el mismo equipo (16) publicó resultados de un nuevo estudio longitudinal, esta vez comparando 51 MSPE vía DAE con 52 familias tradicionales vía DAE, y no encontraron diferencias en la calidad parental, vínculo madre-hijo o desarrollo emocional de los niños entre 4 y 9 años. Sin embargo, las autoras concluyen que un riesgo potencial para los hijos de MSPE es crecer sin saber la identidad del padre biológico. Dicen que en este estudio eso no ha generado impacto aún, porque la muestra tiene en promedio 5 años y medio y que de lo que se sabe de los estudios en adopción, es en la adolescencia, con la configuración de la identidad, que el tema puede resultar problemático.

En un estudio publicado también en 2016, Slutsky, Jadvá, Freeman *et al.* (17) se preguntan sobre cómo los niños y adolescentes incorporan a su identidad la noción de ser concebidos por donante anónimo. Para este equipo, la capacidad de desarrollar curiosidad sobre los propios orígenes genera un sentido de identidad más profundo, y la capacidad de tener curiosidad está ligada para ellos a vínculos seguros durante la infancia. Así, la hipótesis del estudio era que niños con mejores apegos tendrían una base segura desde la cual explorar. Y los resultados con 19 adolescentes concebidos por donante anónimo demuestran exactamente eso: los hijos con apegos seguros eran más capaces de explorar sus orígenes sin que esto les generara ansiedad o rechazo. Así, el tema no es únicamente cómo se explican los orígenes en la adolescencia, sino el tipo de vínculo

que se construye con los niños desde temprano en la infancia (17).

¿Y QUÉ DICEN LOS HIJOS?

Blake, Casey, Jadva y Golombok (18) decidieron entrevistar a 31 niños entre 7 y 10 años, hijos de parejas heterosexuales, sobre su concepción por donante y sus relaciones familiares, comparándolos con 51 niños nacidos por concepciones naturales. Utilizaron el MacArthur Story Stem Battery (MSSB), que es un modo para poder comunicarse con niños con menor lenguaje a través de un set de historias con muñecos que ellos deben completar. En términos de los vínculos parentales no había diferencia entre los hijos por donante y los no. En relación con su historia de concepción, los niños de 10 años eran capaces de hablar de sus orígenes y, en general, reportaban sentimientos positivos al respecto, aunque lo discutían con muy pocas personas. En un estudio español (12) encontraron que la definición de familia que manejan los niños de MSPE vía DAE es no tradicional y lo electivo desempeña desde temprano un papel importante en la representación de la familia que co-construyen con sus madres. Estas representaciones se consolidan a partir de 7-8 años. Los niños a esta edad especifican y seleccionan claramente qué vínculos son significativos y definen su familia independientemente del parentesco consanguíneo o legal (12, 18).

En Chile existe escasa investigación sobre las MSPE vía DAE. No hay estudios desde la psicología que evalúen a las MSPE y los vínculos que establecen con sus hijos o que exploren cómo los hijos van construyendo su visión de familia (19).

La revisión de la evidencia científica disponible a la fecha da cuenta de que existen buenas razones para pensar que el hecho de ser hijo de MSPE, teniendo un progenitor biológico que es un donante anónimo, por sí mismo no es un factor que afecte el desarrollo socioemocional normal de los niños. Estudios generales muestran que la calidad de la relación que se establece entre las madres y sus hijos es más relevante que la existencia o no de un progenitor masculino o de un donante anónimo. Es importante considerar, sin embargo, que esta configuración familiar específica está en riesgo de ser víctima de un discurso público de ‘condena’ a los niños por ser hijos de donantes anónimos, lo que puede afectar su desarrollo en la medida que las madres incorporen o compartan elementos de este discurso, generando ansiedad y temores que eventualmente afecten la calidad del vínculo. De este modo, resulta clave indagar en ansiedades y temores de estas

madres y el tipo de vínculos que están construyendo con sus hijos.

El objetivo de las siguientes viñetas clínicas es mostrar un caso de psicoterapia vincular con una MSPE y su hijo. En este caso la consulta inicial está motivada por las ansiedades asociadas a la falta de padre, pero rápidamente va quedando claro durante el proceso que el factor que más afecta el desarrollo emocional del niño, más que la ausencia del padre, es la emergencia de fantasmas en la guardería (Fraiberg, 1975), asociada a la historia traumática de la propia madre, poniendo en juego la posibilidad de construcción de un vínculo seguro.

FRANCISCA Y BENJAMÍN: UN CASO DE SUB-REGULACIÓN DEL AFECTO⁴

Francisca (47) y Benjamín (4) consultan debido a la angustia de la madre respecto a las “pataletas” de Benjamín, que pueden llegar a agresiones hacia ella con “empujones, tirones y golpes”. La madre reconoce que se siente colapsada debido a la mala relación con su hijo y que a veces ella también ha contestado con gritos, tirones e incluso duchas de agua fría. Además agrega que Benjamín es hijo a través de un donante anónimo y no sabe cómo manejar las preguntas respecto a su padre.

De la historia de Francisca es posible pesquisar varios elementos traumáticos. Creció en medio de una relación muy violenta entre sus padres. Recuerda que era habitual que la madre pusiera a todos los hijos en fila y les pegara sin aparente razón. Francisca recuerda que los golpes a ella eran especialmente intensos. A los 14 años fue abusada sexualmente por un amigo del padre que luego cae preso por estafa, y Francisca es obligada por la familia a visitar a su abusador en la cárcel: “Mi madre me obligaba, ella tiene un carácter muy fuerte, el mismo que sacó Benjamín”.

De sus relaciones de pareja, dice que solo se enamoró una vez a los 25 años y justo antes de ponerse a pololear el hombre muere en un accidente de tránsito. “La única vez que me enamoré fue del hombre cuyo apellido le puse al Benjamín (...) hasta hoy me duele, con él se fueron todos mis sueños”.

En un comienzo, por disposición institucional, la intervención psicoterapéutica tiene por foco a Benjamín y la madre comienza un proceso terapéutico paralelo. Benjamín se muestra como un niño dispuesto a

⁴ Los nombres y algunos datos han sido modificados para mantener la confidencialidad

trabajar, llama la atención que en las sesiones exige “ser visto”, mira constantemente la cara de la terapeuta y no deja que esta se desconcentre ningún segundo haciendo anotaciones. Sin embargo, los síntomas no tienen evolución positiva.

Luego de tres meses de trabajo sin grandes avances en la relación madre-hijo, Benjamín llega a una sesión completamente desbordado, se resiste a entrar a la sala, llorando y diciendo que solo entrará con su madre. La mayor parte del trabajo de esta sesión debe ser hecho en la sala de espera para contenerlo. La madre lo ignora completamente, sin mirada, sin palabra, sin contención física. A partir de este punto, la terapeuta decide empezar sesiones vinculares continuas, intercaladas con sesiones de trabajo parental con Francisca. Este minuto también coincide con un *impasse* en la relación terapéutica, donde la madre acusa a la terapeuta que la terapia no avanza, y manifiesta su temor de que la terapeuta pueda hacer una denuncia por maltrato infantil.

En las sesiones vinculares de Benjamín y Francisca, la madre comienza lentamente a ver las necesidades de Benjamín, aunque todas las sesiones parten con unos minutos de “acusaciones” sobre el mal comportamiento del niño. La madre dice: “yo necesito que él entienda que cuando estoy cansada no puedo acompañarlo a jugar”.

Luego de varias sesiones vinculares poco exitosas Francisca logra acceder a un juego de “un títere robot muy poderoso y asesino” y frente a la inicial mirada de angustia hacia la terapeuta, quien le hace un gesto de que le siga el juego a su hijo, ella logra por primera vez involucrarse y tolerar representar distintos títeres que son degollados, asfixiados y comidos por el títere robot. La terapeuta es la encargada de enterrar a todas las víctimas. La madre pregunta, manteniendo el *como si*, “¿por qué está tan enojado ese robot?” y Benjamín contesta reflexivamente: “No sabe lo que le pasa”. Lo significativo de esta sesión es que por primera vez logran explorar la agresión juntos a través del juego. En esta sesión, al finalizar la hora Benjamín ordena todo sin hacer pataleta. La madre y el niño empiezan a sentir que el espacio es seguro para explorar y regular afectos. Desde entonces el trabajo terapéutico ha sido tremendamente fructífero.

CONCLUSIONES

El objetivo de presentar este caso clínico es mostrar lo particular de estas nuevas configuraciones familiares y, a su vez, lo que es universal de cualquier proceso psicoterapéutico desde un marco psicoanalítico relacional inspirado en la clínica winicottiana. La principal

conclusión es que no es la estructura parental o ausencia de un padre lo que genera desafíos para el desarrollo emocional temprano de los niños, sino las intrusiones ambientales que devienen de las dificultades en los desarrollos emocionales tempranos y los traumas no resueltos de las propias madres, que no permiten generar esa seguridad vincular que les permitirá más tarde poder explorar sus orígenes.

REFERENCIAS

1. Natella B, Rokach R, Filtzer L, Feldmand R. When two are a family: looking backward and looking forward in a group intervention with single by-choice mothers. *Journal of Family Therapy* 2007; 29(3): 249-266
2. Jociles M, Villaamil F. Madres solteras por elección: representaciones sobre la fecundación sexual como vía de acceso a la maternidad. *Chungara. Revista de Antropología Chilena* 2012; 44(4): 717-731
3. Golombok S. *Modern families. Parents and children in new family forms*, 2015. Cambridge: Cambridge University Press
4. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN). 2011
5. MacCallum F, Golombok S. Children raised in fatherless families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers at early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004; 45(8): 1407-1419
6. Hertz R, Ferguson F. Kinship strategies and self-sufficiency among single mothers by choice: post modern family ties. *Qualitative Sociology* 1997; 20(2): 187-209
7. Mannis V. Single mothers by choice. *Family Relations* 1999; 48(2): 121-128
8. Bock J. Doing the right thing? Single mothers by choice and the struggle for legitimacy. *Gender and Society* 2000; 14(1): 62-86
9. Hertz R. Single by chance, mothers by choice. How women are choosing parenthood without marriage and creating the new american family. Oxford: Oxford University Press, 2006
10. Jordana O. Una aproximación antropológica a la maternidad voluntariamente sola en Barcelona. *Revista de Antropología Experimental* 2011; 11(5): 67-78
11. González M, Díez M, Morgado B, Tirado M. Nuevas familias monoparentales: Madres solas por elección. Universidad de Sevilla: Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, 2007
12. Poveda D, Jociles M, Rivas A. Monoparentalidad por elección: procesos de socialización de los/las hijos/as en un modelo familiar no convencional. *Athenea Digital* 2011; 11(2): 133-154
13. Jociles M, Rivas A. Motivaciones genéticas y experienciales: El discurso de las MSPE sobre la fecundación asistida como vía de acceso a la maternidad en solitario. *Alteridades* 2010; 20(39): 107-124
14. Murray C, Golombok S. Solo mothers and their donor insemination infants: follow-up at age 2 years. *Human Reproduction* 2005; 20(6): 1655-1660
15. Murray C, Golombok S. Going it alone: Solo mothers and their infants conceived by donor insemination. *American Journal of Orthopsychiatry* 2005; 75(2): 242-253
16. Golombok S, Zadeh S, Imrie S, Smith V, Freeman T. Single Mothers by Choice: Mother-Child Relationships and Children's Psychological Adjustment. *Journal of Family Psychology* 2016; 30(4): 409-418
17. Slutsky J, Jadva V, Freeman T, Persaud S, Steele M, Steele H, Kramer W, Gombolok S. Integrating donor conception into identity

- development: Adolescents in fatherless families. *Fertility and Sterility* 2016; 106(1): 202-208
18. Blake L, Casey P, Jadva V, Golombok S. 'I Was Quite Amazed': Donor Conception and Parent-Child Relationships from the Child's Perspective. *Children & Society* 2014; 28: 425-437
 19. Salvo I, González H. Monoparentalidades electivas en Chile: Emergencias, tensiones y perspectivas. *Psicoperspectivas* 2015; 14(2): 40-50
 20. Herrera F. The building of parental bonds: Adoptions and assisted reproduction in Chile. *Review of Research and Social Intervention* 2011; 32: 25-43
 21. Furman I, Devoto L, Ramos A, Urmeneta L, Vantman D, Fuentes A. Estudio comparativo de los efectos psicológicos de la infertilidad en hombres y mujeres chilenos. *Revista Chilena de Obstetricia Ginecológica* 1997; 62(1): 9-14
 22. Domínguez R. La pareja infértil: el proceso psicológico de la mujer, el hombre y su relación. En: Roizblatt A (Ed.) *Terapia familiar y de pareja*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2006, pp. 381-399
 23. Domínguez R. ¿Qué sabemos hoy sobre las relaciones entre estrés e infertilidad? *Revista Médica Clínica Las Condes* 2010; 21(3): 463-468

PSIQUIATRÍA Y DERECHO

EL OTORGAMIENTO¹ FRAUDULENTO DE LICENCIAS MÉDICAS² EN CHILE

UN ANÁLISIS PRELIMINAR A LA LUZ DE LA TEORÍA DEL DELITO

(Rev GPU 2017; 13; 2: 198-207)

Claudio Filippi³

La mentira es mejor cuanto más parece verdadera,
tanto más agrada cuanto tiene más de lo dudoso y posible.

MIGUEL DE CERVANTES

Según la Organización Panamericana de la Salud, Chile, es el cuarto país de América Latina con más alta tasa de suicidios muriendo anualmente de 11 a 13 personas por cada 100 mil habitantes (OPS, 2014) (Valenzuela y Acevedo, 2012). Esta tasa ha aumentado sostenidamente en la última década (Baader *et al.*, 2011) (Tabla 1), comprometiendo sobre todo al grupo de 10 a 19 años, siendo la tercera causa de muerte entre adolescentes.

Esa situación está dando cuenta de un fenómeno epidemiológico grave, no abordado adecuadamente por la autoridad (Echavarri, Maino, Fischman, Morales y Barros; 2015). Este fenómeno afecta directamente a la población chilena trabajadora y presiona sostenidamente al sistema de financiamiento de los subsidios de incapacidad laboral, los cuales son de carácter mixto, en cuanto son financiados por entidades estatales (FONASA) o Privadas (ISAPRES). El objetivo de este trabajo es hacer un análisis crítico del delito de emisión de licencias médicas fraudulentas en la legislación chilena de modo de desarticular la falacia que los medios de prensa y la autoridad utilizan como argumento para imputar dicho delito.

¹ Este título es incorrecto en su formulación. A pesar de ello, lo mantendré por la acepción comúnmente utilizada que solo hace recaer en el emisor de licencias médicas el fraude. Más adelante explicaré lo insuficiente de dicho título a la luz del derecho.

² Para efectos de este artículo, cuando se mencione "licencia médica" se referirá al documento en sí y cuando se quiera hablar del derecho a licencia médica se expresará explícitamente como "derecho a licencia médica".

³ drfilippi@inepsa.cl

INTRODUCCIÓN

La tesis oficial sostenida, tanto por autoridades gubernamentales como del sector privado, es que el aumento de Licencias Médicas en los últimos años es el producto de práctica de emisión fraudulenta. De esta manera la Asociación de ISAPRES ha exagerado la cifra diciendo que un 30% de las Licencias Médicas emitidas son falsas (*La Segunda*, 2014) y argumentando que no existe una causa epidemiológica que lo explique (Varela, 2016). Al parecer esta empresa desconoce el cambio epidemiológico de las enfermedades mentales y especialmente la alta tasa de suicidios que explicarían la precaución médica de indicar reposo. Las cifras entregadas a la opinión pública más parecen una falacia estadística que una verdad científica fruto de una investigación imparcial y desinteresada.

Este orden de cosas ha puesto en tela de juicio el acto médico y ha llevado al médico emisor de licencias al banquillo de los acusados, de manera justa o injusta. En los últimos años se han realizado modificaciones legales para sancionar drásticamente la emisión fraudulenta de dichos instrumentos. Esos cambios, si bien fueron impulsados cuando el mercado de ISAPRES comenzó a presentar un estancamiento y franco retroceso (PUCV, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, 2012) pusieron en el centro de la noticia el tema de las licencias médicas.

El objetivo de este trabajo es hacer un análisis crítico del delito de emisión de licencias médicas fraudulentas en la legislación chilena de modo de desarticular la falacia que los medios de prensa y la autoridad utilizan como argumento para imputar dicho delito.

NÚMERO “NORMAL” DE LICENCIAS MÉDICAS EMITIDAS POR UN PROFESIONAL

Cuando, el año 2009, se fomentó el debate público sobre el tema de las licencias médicas fraudulentas, se partió señalando que “lo normal era que un médico emitiera 100 licencias médicas al año”. En ese momento, nadie cuestionó las cifras, a pesar de lo absurdo de las mismas. Con el pasar de pocos años variaron a 1.000 y a 2000 Licencias por año y se argumentó una media estadística sin mencionar la población en estudio ni su distribución normal. Tampoco se consideraban las desviaciones estándar de la media, que hubieran permitido entender, de ser el caso, la distribución de la población (Filippi, 2013). Desde el punto de vista epidemiológico la medida correcta a utilizar debió ser una Tasa específica, la relación entre dos magnitudes de diferente naturaleza, que es un indicador del riesgo

de ocurrencia de un hecho en una población determinada y en un tiempo determinado (Albhom, Afredssb, Alfvén, Bennet; 2009).

Por otro lado, se homogeneizó artificialmente la población en estudio y se mezclaron especialidades médicas con comportamiento diverso como Oftalmología, Psiquiatría, Medicina Legal, Medicina Interna, etc. Todas ellas están expuestas de manera diferente al evento de emitir una licencia médica y, por lo mismo, es inapropiado epidemiológicamente mezclarlas para asumir un valor normal de emisión de licencias por médicos.

De manera complementaria, médicos de la misma especialidad que laboran con poblaciones de pacientes diferentes van a presentar riesgos diferentes de emitir una licencia médica. No es lo mismo laborar en un sector acomodado que en un sector socioeconómicamente más desfavorecido, ya que el perfil epidemiológico puede ser bastante diferente.

Tabla 1

EVOLUCIÓN DE LA TASA DE SUICIDIO, CHILE 1991-2010⁴
(por 100 mil habitantes)

Año	Tasa
1991	5,6
1992	5,9
1993	4,8
1994	5,3
1995	5,7
1996	6,5
1997	6,3
1998	6,2
1999	6,9
2000	6,8
2001	9,6
2002	10,4
2003	10,2
2004	10,4
2005	10,8
2006	10,3
2007	10,3
2008	11,6
2009	10,7
2010	13

⁴ Acevedo y Valenzuela, 2012. Reproducido con permiso de los autores.

De esta forma las cifras no son confiables para que ninguna autoridad determine la ocurrencia o no de un delito.

Para entender la lógica distorsionada que hay detrás del argumento de utilizar una media estadística para determinar un delito, podemos llevar el argumento al absurdo:

- En Chile el ingreso *per cápita*⁵ anual corresponde aproximadamente a USD 13.384 (Banco Mundial, 2016). Esto equivale, en pesos chilenos, a un ingreso mensual promedio de \$742.906. Según la calidad del argumento esgrimido por las autoridades chilenas, cuando se inició la persecución de la emisión fraudulenta de licencias médicas, y señalado anteriormente, todo aquel chileno que superara esa cifra “era un ladrón”.
- Otro ejemplo lo constituye la esperanza de vida, la que en Chile, según el Instituto Nacional de Estadísticas (MINSAL, 2016), ascendería para el quinquenio 2015-2020 a 76,68 y 82,81 años para hombres y mujeres, respectivamente. Esa cifra, lógicamente, no autorizaría a un médico para declarar muerta a la vecina de 91 años que está viva y gozando de una estupenda salud.

Como ambas situaciones son absurdas, se comprueba que la estadística en sí no sirve para determinar un delito, como pretenden los interesados en el tema.

Eso no significa que no se pueda estudiar el número de licencias que emite un médico en un año, pero lo que no se puede es asignarle a ese valor un valor probatorio de delito.

Un estudio serio y confiable sobre el número anual de licencias médicas emitidas en una realidad particular lo realiza Cifuentes (2015), quien estudia el número de licencias emitidas en una consulta particular de la especialidad de medicina familiar el año 2012 en una consulta privada en la ciudad de Talca. En dicho estudio la autora obtiene que durante el año 2012 se emitió un total de 2.126 licencias médicas de un total de 4.706 consultas realizadas, lo que representa un 45,17% del total. De estas, un 74,3 % corresponde a mujeres y mayoritariamente y un 88,9 % corresponde a licencias del Fondo Nacional de Salud o FONASA. Un 54 % corresponde diagnósticos por enfermedades de Salud Mental. El

98% de las licencias fueron de 15 días o menos, siendo la más alta frecuencia de 15 días (37%). Estos datos por supuesto tienen la validez particular y específica para esa realidad epidemiológica y no pueden generalizarse a otras, aunque sirven como un referente interesante.

Analizado lo anterior, es válida la pregunta ¿existe un número de licencias óptimo? La respuesta es cualitativa: Ese número está dado por las limitantes ergonómicas y epidemiológicas de la labor médica en cuestión. Por eso es que nos resulta ridículo, bizarro o asombroso cuando un médico aparece firmando 17 mil permisos anuales, lo cual indudablemente escaparía a esas limitantes ergonómicas y epidemiológicas.

No obstante, desde lo penal, realizar un estudio ergonómico o epidemiológico frente a cada caso particular sería algo engorroso e impracticable, en parte porque lo que se considera delito puede ser la manifestación epidemiológica de un fenómeno mórbido anómalo. En este caso, se caería en una evidente tautología al tratar de fundamentar epidemiológicamente el mismo fenómeno epidemiológico denunciado.

Entonces surge la pregunta: ¿cuál es el enfoque que debe ser adoptado para evaluar un supuesto delito?

Y es ahí donde la ciencia penal acude con una respuesta simple, de años de desarrollo intelectual: La teoría del delito.

LA TEORÍA DEL DELITO⁶

Para Bacigalupo (1997) la teoría del delito es una teoría de aplicación de la ley penal que “Pretende establecer un orden para el planteamiento y la resolución de los problemas implicados en la aplicación de la ley penal a un caso”.

La teoría del delito, según lo señala Garrido, engazaría tres ámbitos diferentes:

- a) el comportamiento humano, ya que en el mundo de la naturaleza el hombre y su actuar –que constituye el ser– es un suceso más junto a las cosas y eventos que en él se desarrollan y, como estos, el comportamiento puede ser analizado objetivamente;
- b) los mandatos o prohibiciones que establecen las normas penales dirigidas al hombre y que solo a él se refieren, que constituyen el mundo normativo –un deber ser–, y

⁵ Es el resultado de la razón entre el producto total de un país en un determinado año y su número de habitantes (Ministerio de Hacienda: <http://www.hacienda.cl/glosario/ingreso-per-capita.html>)

⁶ A fin de no extenderse y alejarse innecesariamente de la temática en cuestión de este trabajo, se reseñarán solamente los conceptos generales de la teoría del delito.

- c) la apreciación axiológica de tal comportamiento en su dimensión humana correcta frente a los valores recogidos y considerados idealmente por la norma que constituye la antijuridicidad y la culpabilidad (Garrido, 2007).

Para Mir Puig (2008), la teoría del delito reúne en un sistema los elementos que, en base al Derecho positivo, pueden considerarse comunes a todo delito o a ciertos grupos de delitos.

Sin embargo, ¿qué es un delito? Cury (2009) nos responde que es una acción u omisión típicamente antijurídica y culpable.

Esta definición es similar a la que señala el artículo 1 del Código Penal que señala que “Es delito toda acción u omisión voluntaria penada por la ley.”

La teoría del delito, si bien se ajusta a cada realidad jurídica particular, como señala Garrido (2007), esta nos señala elementos comunes a todo delito. Sin entrar en las discusiones teóricas que subyacen en lo dogmático a este tema, lo que nos alejaría del objeto de nuestro análisis, es menester señalar, siguiendo a Politoff, Matus y Ramírez (2004), que esos elementos serían:

- Una acción u omisión (conducta),
- Su adecuación a la descripción legal (tipicidad),
- Su carácter contrario al ordenamiento jurídico (antijuridicidad), y
- Su atribución a la responsabilidad personal del autor (culpabilidad)

La acción u omisión

En el primer elemento, la acción, según Santibáñez (2010), correspondería a un obrar del sujeto orientado conscientemente desde el fin, lo que exigiría una orientación final de la conducta.

Por otro lado, en el caso de la omisión, se exige no solo la falta de acción, sino que esta involucra una que es exigida por el ordenamiento jurídico y que se tenía el poder de ejecutar (Santibáñez; 2010), o lo que es equivalente, la responsabilidad penal se genera a partir de la obligación de evitar un hecho cuando está ordenado actuar para evitarlo (Politoff, Matus y Ramírez; 2004) y esto no se realizare.

La tipicidad

En el segundo elemento, la tipicidad se refiere al hecho de que la acción u omisión deben necesariamente corresponderse a una de las descripciones que traza la ley penal (Cury, 2009). Estas descripciones poseen, a

su vez, otros elementos que los caracterizan y que son de carácter:

- descriptivos o normativos,
- positivos o negativos,
- específicos o genéricos,
- objetivos o subjetivos,

todos los cuales son propios de cada tipo penal en sí. Al concordar esos elementos con ese tipo en cuestión, se puede plantear que la acción u omisión se encuentran dentro del tipo injusto (Santibáñez; 2010) (Politoff, Matus y Ramírez; 2004).

El análisis del tipo desde la perspectiva de los elementos objetivos (externos) o subjetivos (internos)

En el aspecto objetivo o externo, se debe determinar si la acción u omisión, si la adecuación de estos con el tipo del delito se cumple con la sola realización de una acción o, además se requiere un resultado externo (Santibáñez; 2010). En este último caso se debe demostrar que ese resultado es producto de esa acción u omisión que obra como causa, y por otro es la imputación normativa de ese resultado al sujeto.

Desde el aspecto subjetivo o interno los delitos podrían considerarse bajo dos elementos, como son el dolo o la culpa. En el caso del dolo este es entendido como el conocimiento del hecho que integra el tipo, acompañado por la voluntad de realizarlo o, al menos, por la aceptación de que sobrevenga por el resultado como consecuencia de la actuación voluntaria (Cury, 2009). Esta actuación voluntaria involucra que en la voluntad del que obra u omite se encuentran presentes los objetivos de su actuar, los medios para la persecución de ese objetivo, y la aceptación de las consecuencias de ese accionar u omitir.

En el caso de la culpa, en esta el sujeto obra u omite con culpa cuando el sujeto no obra con conocimiento y voluntad de realización sino negligentemente (Santibáñez; 2010).

La mayoría de los delitos de nuestra legislación son del tipo doloso, y excepcionalmente de tipo culposo.

La antijuridicidad

En el tercer elemento se define como antijurídica a aquella acción u omisión típica que lesiona o pone en peligro un bien jurídico y no se encuentra autorizada por la ley (Politoff, Matus y Ramírez; 2004). Es una relación de contradicción entre el hecho, acción u omisión, y el ordenamiento jurídico. Esta relación no se agota en la tipicidad,

sino que va más allá, pues existen casos que, adecuándose a un determinado tipo, pudieran estar permitidos o exigidos por el ordenamiento jurídico. Un ejemplo sería el caso del homicidio por causa de legítima defensa.

Las autorizaciones que concede el ordenamiento jurídico se denominan “causales de justificación” y se encuentran descritos en algunos de los numerales del artículo 10 del Código Penal (Santibáñez; 2010).

La culpabilidad

El último elemento se refiere a la culpabilidad, que es definida como la reprochabilidad del hecho típico y antijurídico, fundada en que su autor lo ejecutó no obstante que en la situación concreta podía someterse a los mandatos y prohibiciones del derecho (Cury, 2009).

Para Garrido (2007) el problema de la culpabilidad radica en establecer cuáles son las condiciones que determinan que a un sujeto corresponde imponerle castigo por su acto típico y antijurídico.

Como constituyentes de este elemento se encuentran la imputabilidad⁷, la conciencia de la licitud del injusto del actuar y la exigibilidad de la conducta asociada a derecho (Santibáñez; 2010).

Realizada esta breve reseña de lo que se entiende por la teoría del delito, se abordará el marco jurídico que rige la emisión, obtención y tramitación de licencias médicas en Chile, con la finalidad de avanzar en nuestro análisis.

LA LICENCIA MÉDICA Y SU MARCO NORMATIVO EN CHILE

La licencia médica comúnmente es entendida en términos anfibológicos, es decir, de manera doble. Por un lado, en el sentido del derecho que le asiste al “trabajador de ausentarse o reducir su jornada de trabajo, durante un determinado lapso de tiempo, en cumplimiento de una indicación profesional certificada por un médico-cirujano, cirujano-dentista o matrona” (Ministerio de Salud, 1984), tal y como lo señala el Decreto Supremo N° 3 del Ministerio de Salud en su artículo 1°. En segundo lugar, se entiende, de manera impropia como

⁷ La imputabilidad es definida como la capacidad de conocer lo injusto del actuar y de determinarse conforme a ese conocimiento (Cury, 2009). La imputabilidad es la regla general e inimputables solo son aquellos que estarían afectos a lo contemplado en el artículo 10 N° 1 del Código Penal, lo que es determinado por los Tribunales de Justicia en cada caso en particular.

el documento o formulario que es emitido por parte de estos profesionales, el cual puede ser físico o electrónico, para hacer efectivo ese derecho.

El otorgamiento, obtención y tramitación de este documento que autoriza al trabajador a ausentarse de su trabajo está regulada por lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 3 que Aprueba el Reglamento sobre Autorización de Licencias Médicas por las COMPIN⁸ e Instituciones de Salud Previsional; y la ley 20.585 Sobre otorgamiento y uso de licencias médicas, cuerpo legal que en su artículo primero establece que esta norma “tiene por objeto establecer regulaciones que permitan asegurar el otorgamiento, uso correcto de la licencia médica y una adecuada protección al cotizante y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, mediante la aplicación de medidas de control y fiscalización, y de sanciones respecto de las conductas fraudulentas, ilegales o abusivas relacionadas con dicho instrumento”.

El Decreto Supremo N° 3

En el caso de este cuerpo legal, este señala en su articulado una serie de preceptos que son interesantes para nuestro análisis, los que señalamos a continuación, obviando otros que no son de interés inmediato para los fines de este:

- En el Artículo 1° define la licencia en términos del derecho, considerado en el primer párrafo de este punto.
- En el Artículo 2° establece el ámbito de competencia del Decreto, el cual incluye la tramitación de todas las licencias médicas que den origen a los beneficios sobre protección del riesgo de enfermedad e incapacidad temporal reguladas por una serie de leyes, las cuales excluyen las originadas por la Ley 16.744 sobre Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales (Inciso quinto del mismo artículo). En la práctica, también están excluidas las tramitadas por las instituciones de la Defensa Nacional y las regidas por Carabineros de Chile, la Policía de Investigaciones y Gendarmería de Chile, que poseen sus propios sistemas de Salud y autorización de Licencias Médicas y obran en el marco de sus propias instituciones.
- En el Artículo 5° se da una nueva definición de licencia médica, entendiéndose como “un acto médico

⁸ Sigla que corresponde a Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.

administrativo en el que intervienen el trabajador, el profesional que certifica, la COMPIN o ISAPRE competente, el empleador y la entidad previsional o la Caja de Compensación de Asignación Familiar, en su caso." Este mismo artículo, en su inciso segundo, se señala que este acto se materializará en un formulario especial en papel o en formato electrónico, en el que deben constar todas las certificaciones, resoluciones y autorizaciones que procedan. Este formulario es determinado en su texto por el Ministerio de Salud.

- En el Artículo 6° se plantea que los profesionales habilitados para certificar la dolencia que afecte al trabajador, y el reposo necesario para su recuperación son un médico-cirujano, un cirujano-dentista o una matrona, esta última en caso de embarazo y parto normal.

Así mismo, en su inciso segundo señala que esto se realizará considerando la naturaleza y gravedad de la afección, el tipo de incapacidad que esta produzca y la duración de la jornada de trabajo del trabajador, pudiéndose prescribir reposo total o parcial.

- Por su parte, el Artículo 7° señala que "Corresponderá al profesional certificar, firmando el formulario respectivo, el diagnóstico de la afección del trabajador; establecer el pronóstico, fijar el periodo necesario para su recuperación; el lugar de tratamiento o reposo con su dirección, y teléfono; el tipo de este; si constituye o no prórroga de uno anterior; la fecha de concepción y la del nacimiento del hijo; la fecha y hora del accidente si es del caso y el tipo de licencia.

Asimismo, deberá dejarse constancia de los datos profesionales y personales del otorgante."

- En el caso del Artículo 14° establece la competencia privativa de la Unidad de Licencias Médicas de la COMPIN o de la ISAPRE en su caso para ejercer el control técnico de las Licencias médicas.
- El Artículo 16° establece que la COMPIN, la Unidad de Licencias Médicas o la Isapre, según corresponda podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Obligando a dejar constancia de la resolución o pronunciamiento respectivo, con los fundamentos tenidos a la vista para adoptar la medida, en el formulario digital o de papel de la respectiva licencia.
- El Artículo 21° otorga facultades a la COMPIN, la Unidad de Licencias Médicas o la Isapre para disponer de una serie de medidas adicionales que le permitan un mejor acierto en su función. Estas medidas

son amplias e incluyen la realización de nuevas evaluaciones, interconsultas, solicitud de informes complementarios, visitas domiciliarias, entre otras.

- El Artículo 21° otorga facultades a la COMPIN para declarar la irreversibilidad de la dolencia de un trabajador, acogido a Licencia Médica.
- El Artículo 30° establece el plazo de 52 semanas continuas de Licencia Médica para evaluar la recuperabilidad de un trabajador, pudiendo la COMPIN, autorizar un plazo de seis meses más. Cumplidas 78 semanas la COMPIN puede autorizar nuevas Licencias Médicas en aquellas enfermedades que tengan un curso prolongado y requieran una recuperación de más largo plazo, obligando a un examen médico cada tres meses.
- El Artículo 48° otorga la facultad de fiscalización del ejercicio legítimo del derecho a licencia médica a las COMPIN y las ISAPRE.
- El Artículo 49° establece la obligatoriedad de que el profesional que emite licencias médicas mantenga un registro de los pacientes a los cuales ha otorgado licencias médicas, con los antecedentes que le dieron origen, así como la obligatoriedad de verificar la identidad del paciente al extender la licencia.
- El Artículo 50° señala la obligatoriedad, para la COMPIN o la ISAPRE, de que una vez que se constate una infracción a normas legales y reglamentarias que rijan el uso, otorgamiento o autorización de licencias médicas, o cualquiera otra infracción a las normas del reglamento, de dar cuenta a una serie de instancias correspondientes:
 - Al empleador, para que se adopten las medidas que correspondan según su dependencia pública o privada.
 - Si así correspondiere, a la Contraloría General de la República, a la Superintendencia de Seguridad Social, a la Dirección del Trabajo o a otros organismos de control competentes.
 - A la Justicia Ordinaria.
- El Artículo 55° obliga el rechazo o invalidación de la licencia médica ya concedida, y a la denuncia de los hechos a la Justicia Ordinaria si procediere, cuando el trabajador incurra en incumplimiento del reposo, la realización de trabajos remunerados o no durante el periodo de reposo dispuesto en la licencia, la falsificación o adulteración de la licencia médica y/o la entrega de antecedentes clínicos falsos o la simulación de enfermedad por parte del trabajador, debidamente comprobada.

La Ley 20.585

En el caso de la Ley 20.585, cuyo objeto ya fue mencionado, al inicio de esta sección, contiene un articulado directamente relacionado con la temática que nos ocupa y que reseñaremos a continuación, en sus cinco primeros artículos:

- En el caso del Artículo 2° faculta a las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez para solicitar a los profesionales emisores de licencias médicas que se encuentren sometidas a su conocimiento, la entrega o remisión de los antecedentes o informes complementarios que las respalden y, en casos excepcionales y por razones fundadas, los citará a una entrevista para aclarar aspectos de su otorgamiento. Establece que estos procedimientos se realizarán por carta certificada o medios electrónicos.

En caso de que el profesional no asista injustificadamente o no entregue en forma reiterada los antecedentes, o los remita fuera de los plazos fijados al efecto, que es de un máximo de 7 días corridos, habilitarán a la Comisión para que se sancione al profesional con:

- Multas a beneficio fiscal de hasta 10 unidades tributarias mensuales.
- En casos calificados, la suspensión de la venta de formularios de licencias médicas, como la facultad para emitirlas, hasta por 15 días, renovables en caso de persistencia de la conducta del profesional.

Así mismo, establece que este procedimiento administrativo podrá ser reclamado por el profesional, ante la Superintendencia de Seguridad Social, dentro de cinco días hábiles, contados desde la respectiva notificación.

- El Artículo 3° faculta a las Instituciones de Salud Previsional para solicitar a los profesionales que emitan licencias médicas la entrega o remisión de los antecedentes o informes complementarios que las respalden. Esta facultad ya se encontraba presente en lo estipulado por el Artículo 21° del Decreto Supremo N° 3 visto anteriormente.

En caso de que los profesionales no proporcionen los antecedentes requeridos, la Institución de Salud Previsional podrá solicitar a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez que aplique, en lo pertinente, el procedimiento del artículo 2° de la ley.

En su inciso tercero obliga a la Institución de Salud Previsional en caso de que esta determine la reducción o rechazo de una licencia médica, a remitir los antecedentes que fundamentan la decisión a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, quien podrá ratificar o denegar la modificación de la licencia médica.

De igual manera, establece que los cotizantes o beneficiarios podrán solicitar a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez la entrega o remisión de los antecedentes o informes complementarios que justifiquen el rechazo o disminución de una licencia médica.

- El Artículo 4° señala que un reglamento conjunto entre el Ministerio de Salud y el Ministerio del Trabajo y Previsión Social establecerá respecto de determinadas patologías, guías clínicas referenciales relativas a los exámenes, informes y antecedentes que deberán respaldar la emisión de licencias médicas.

Este Reglamento constituye el Decreto N° 7, que comentaremos más adelante.

- El Artículo 5° señala que en el caso de que el profesional que emite licencias médicas las emita con evidente ausencia de fundamento médico, la Superintendencia de Seguridad Social, de oficio o a petición de la Secretaría Regional Ministerial de Salud o de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez respectiva, del Fondo Nacional de Salud o de una Institución de Salud Previsional o de cualquier particular, podrá, si existe mérito para ello, iniciar una investigación.

Así mismo, este artículo establece el procedimiento para que la Superintendencia realice esta investigación. No obstante, surge la duda con respecto a qué se entiende con la frase "evidente ausencia de fundamento médico", lo cual es definido en el inciso siguiente como la ausencia de una patología que produzca incapacidad laboral temporal por el periodo y la extensión del reposo prescrito.

La anterior definición, aparentemente clara, deja abierta en la práctica una brecha muy peligrosa, para acciones y medidas arbitrarias, pues hace descansar en instancias administrativas la determinación de la existencia de un fundamento para un determinado reposo y no en la valoración clínica. Esto es aún más peligroso en áreas como la Psiquiatría, donde la realidad clínica se construye a partir de una relación dialógica entre el paciente, el médico y, en algunas ocasiones, su familia.

Esa realidad clínica no es directamente traspasable a un mero acto administrativo, sin la presencia del paciente.

Además de lo anterior, este artículo establece una serie de sanciones posibles de aplicar al profesional que emita licencias, las cuales van desde la multa hasta la suspensión de la facultad de emitir licencias médicas por un año.

Por último, el inciso final de este artículo señala que, sin perjuicio de las sanciones administrativas señaladas previamente, la Superintendencia deberá remitir los antecedentes al Ministerio Público sin más trámite “en el evento de existir antecedentes referidos a que el profesional ha incurrido en falsedad en el otorgamiento de licencias médicas”.

Desde el punto de vista lógico, la redacción misma del cuerpo legal es ambigua y poco elaborada, pues da a entender taxativamente la existencia de dos figuras. Una administrativa, determinada por el otorgamiento de licencias médicas con una “evidente ausencia de fundamento médico, cuya resolución se da solo en el ámbito de las COMPIN y la Superintendencia de Seguridad Social; y otra de carácter penal “en el evento de existir antecedentes referidos a que el profesional ha incurrido en falsedad en el otorgamiento de licencias médicas”.

Los alcances de esa ambigüedad son amplios y someten a los profesionales y sus pacientes a un abuso sistemático por parte de un sistema que se encuentra subordinado al interés económico de los grandes grupos de inversión.

El Decreto N° 7

Este Decreto, contemplado en el Artículo 4° de la Ley 20.585, establece, respecto de determinadas patologías, guías clínicas referenciales relativas a los exámenes, informes y antecedentes que deberán respaldar la emisión de licencias médicas. No obstante, este instrumento posee algunos reparos que, si bien es interesante analizar, nos alejaría de la temática central. Solo dos aspectos son importantes de señalar:

- El primero es el hecho de que el Decreto en sí fue más allá del mandato que el legislador le otorgó al Ejecutivo, normando plazos de duración de los reposos y procedimientos administrativos. Estos, si bien son relativos a los exámenes, informes y antecedentes que deben respaldar la emisión de licencias médicas, en la práctica terminan estableciendo que el sector más desposeído del país, con menos acceso a especialistas y exámenes, tiene más dificultades para fundamentar su reposo, estableciendo una barrera que se transforma en una restricción de facto del derecho a licencia médica.

- El segundo se refiere al carácter referencial de esa guía, el cual no fue aplicado de esa manera, sino que se transformó en la práctica en una normativa obligatoria a cumplir, aplicada “talibánicamente”, lo que desdice claramente su sentido original.

El delito de otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez en Chile. Su análisis a la luz de la teoría del delito.

Para entender el delito en sí debemos considerar dos preceptos penales:

- En el Artículo 202 inciso segundo del Código Penal Chileno se establece que “El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales”.
- Por su parte, el Artículo 193 del mismo Código señala las falsedades a las que hace alusión el artículo 202, las que son:

- 1°. Contrahaciendo o fingiendo letra, firma o rúbrica.
- 2°. Suponiendo en un acto la intervención de personas que no la han tenido.
- 3°. Atribuyendo a los que han intervenido en él declaraciones o manifestaciones diferentes de las que hubieren hecho.
- 4°. Faltando a la verdad en la narración de hechos sustanciales.
- 5°. Alterando las fechas verdaderas.
- 6°. Haciendo en documento verdadero cualquiera alteración o intercalación que varíe su sentido.
- 7°. Dando copia en forma fehaciente de un documento supuesto, o manifestando en ella cosa contraria o diferente de la que contenga el verdadero original.
- 8°. Ocultando en perjuicio del Estado o de un particular cualquier documento oficial.

Esto nos lleva a la primera consideración de que el delito en sí no solo es de otorgamiento de licencias médicas, sino que, por un lado, es también involucra las declaraciones de invalidez; y por el otro, también contempla la obtención o tramitación de licencias médicas, cuando se incurran en las falsedades señaladas en el artículo 193 del Código Penal.

Lo anterior, nos lleva a considerar que el autor del delito no solo puede ser el facultativo que otorga el respectivo certificado y el paciente que lo obtiene, sino que además el que, en la tramitación misma de ese derecho, incurra en dichas falsedades. Eso contempla, por cierto, a juicio de este autor, el rechazo de licencias médicas, lo que entraría en la misma categoría delictiva que el otorgamiento u obtención de licencias médicas, cuando se incurra en las falsedades contempladas en el artículo 193 del Código Penal.

Desde el punto de vista de la faz subjetiva del tipo penal, el delito de otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez es de carácter doloso, es decir, involucra la voluntad de los autores del mismo. Existiría diferentes posibilidades lógicas de que el delito se configure según sea la voluntad de quienes intervengan:

- a. Sin voluntad del profesional de incurrir en las falsedades que señala el artículo 193 del Código Penal, sino que es el paciente, en el caso de las Licencias médicas, el que incurre en la figura contemplada en el artículo 55° letra d) del Decreto Supremo N° 3 (La entrega de antecedentes clínicos falsos o la simulación de enfermedad por parte del trabajador debidamente comprobada). En este caso el autor del delito es el paciente y no el profesional.
- b. Con voluntad tanto del profesional como del paciente de incurrir en las falsedades que señala el artículo 193 del Código Penal. En este caso hay coautoría tanto del profesional como del paciente.
- c. Con voluntad tanto del profesional como del paciente como de quien tramita el certificado de incurrir en las falsedades que señala el artículo 193 del Código Penal. En este caso hay coautoría de todos los intervinientes.
- d. Cuando se otorgue y se obtenga en forma verdadera o cierta una licencia médica, y en su tramitación se incurran en las falsedades que señala el artículo 193 del Código Penal. En este caso la autoría estaría en aquellos encargados de ejercer el control técnico de los certificados y/o ejercer la supervisión del sistema.

En este caso, además, si existiere la voluntad manifiesta de defraudar sistemática y organizadamente a los pacientes, o inculpar a los profesionales, cualquiera sea su motivación final se podría configurar el delito contemplado en el Artículo 292° del Código Penal, es decir, Asociación Ilícita: “Toda asociación formada con el objeto de atentar contra el orden social, contra las buenas costumbres, contra las personas o las

propiedades, importa un delito que existe por el solo hecho de organizarse.”

UNA REFLEXIÓN FINAL

El delito de otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez constituye un tipo penal recientemente descrito por nuestra legislación, y los medios de comunicación se han enfocado interesada y preponderantemente a enfatizar el rol del profesional emisor de los certificados y en los pacientes que lo obtienen, sin atender a que, como se describió el delito también contempla casos graves en los que la figura se invierte y son las Instituciones públicas o privadas, a las que a la propia ley le ha otorgado la facultad de controlar el sistema, las que pudieran estar sistemática y organizadamente incurriendo en el mismo, con el agravante que además pudieran estar incurriendo en aquel que la legislación contempla como Asociación Ilícita.

Lo anterior es de suma gravedad en un país en el que el 70% de las personas no concurre a emitir un sufragio simplemente porque no se siente representado por el sistema político y administrativo.

Y este tipo de delito está reflejando desde todos los ámbitos de análisis, ya sea sociológicos, políticos, o jurídicos, la complejidad de los intereses intervinientes y ópticas en juegos que se traducen en lo que la Ciencia Penal ha definido como la Teoría de los Bienes Jurídicos. Y es precisamente ahí dónde se debe responder la pregunta: ¿Qué bien jurídico se privilegia, la vida o el bien económico?

Dependiendo de la respuesta que se dé a esa pregunta, serán el énfasis y la orientación con los que se perseguirá este delito. Hasta el momento el esfuerzo público ha sido perseguir al profesional y al particular, que en forma aislada cometen este delito, pero no se ha dedicado el mismo esfuerzo a investigar la sistemática práctica abusiva que afecta a nuestra población.

El poder mediático y el control económico de los grandes medios de comunicación explica esta actitud de la autoridad.

Sin embargo, el escenario actual es complejo. Hace algunas semanas el autor escuchaba una charla del presidente de la H. Corte Suprema de Justicia de Chile. Con sorpresa para la audiencia, el Jurista llamaba a votar en las elecciones pasadas, pues él señalaba que si la abstención llegaba a niveles cercanos al 70% el sistema perdía tanta legitimidad, que con justa razón cualquiera podría decir que ya no representa a la mayoría de los chilenos. Y vaticinaba el colapso del mismo en corto tiempo.

Cuando los médicos vemos a nuestros pacientes mendigando para que se les reconozca el justo derecho

a licencia médica en una sociedad que ve con espanto cómo los recursos públicos son expoliados por la colusión público-privada, entendemos que el Supremo Juri-
sta tiene razón.

Y ahí entendemos la importancia de este análisis.

REFERENCIAS

1. Acevedo C, Valenzuela S (2012). *Licencias Médicas Fraudulentas. ¿Mito o Realidad?* Santiago de Chile: Rial Editores
2. Althom A, Afredssb L, Alfvén T, Bennet A (2009). *Fundamentos de Epidemiología*, 3ª Edición. Siglo XXI Editores, Madrid
3. Baader T, Behne P, Molina JL, Gacitúa L, Yáñez L, Urrea E, Millán R (2011). ¿Está cambiando la prevalencia de los suicidios y sus características en la población chilena? Análisis de las tasas de suicidios y sus características sociodemográficas, ocurridas en la provincia de Valdivia, actual Región de Los Ríos, entre los años 1996 a 2008. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49(3), 273-282. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000300008>
4. Bacigalupo E (1997). *Principios de Derecho Penal*. 1ª Edición. Madrid: Ediciones Akal
5. Cifuentes S (2015). Caracterización del perfil de las consultas y licencias médicas otorgadas en consulta privada año 2012 en la comuna de Talca, Tesis para optar al Grado de Magister en Gestión de Instituciones de Salud. Talca: Universidad de Talca
6. Cury E (2009). *Derecho Penal. Parte General*. Novena edición. Santiago de Chile: Ediciones UC
7. *Diario La Segunda*. Edición del 24 de enero de 2014. Recuperado del world wide web <http://www.lasegunda.com/Noticias/Nacional/2014/01/909455/denuncian-que-30-de-las-licencias-medicas-son-fraudulentas-ahora-las-venden-por-internet>, 21 de octubre de 2016
8. Echávarri O, Maino MP, Fischman R, Morales S, Barros J (2015). Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. *Temas de la Agenda Pública Año 10 / No 79 / junio 2015*. Santiago de Chile: Centro de Políticas Públicas, Pontificia Universidad Católica de Chile
9. Filippi C (2013). La gran mentira del Señor Elizalde. Recuperado del world wide web <http://www.elclarin.cl/web/opinion/politica/8229-la-gran-mentira-del-senor-elizalde.html> el 22 de octubre de 2016
10. Garrido M (2007). *Derecho Penal. Parte General, Tomo II*. Santiago de Chile: Editorial Jurídica de Chile
11. MINSAL (2016). Recuperado del world wide web http://deis.minsal.cl/deis/ev/esperanza_de_vida/index.asp el 31 de octubre de 2016
12. Mir S (2008). *Derecho Penal. Parte General*. 8ª Edición. Barcelona: Editorial Reppertor
13. Organización Panamericana de la Salud (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas*. Informe regional. Washington, DC: OPS
14. PUCV, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (2012). *Mercado de la Salud Privada en Chile*. Estudio Solicitado por la Fiscalía Nacional Económica
15. Radio Biobío. Álvaro Elizalde, superintendente de Seguridad Social y la polémica por la denuncia sobre excesos en entrega de licencias médicas. Recuperado del world wide web: <http://www.biobiochile.cl/2009/09/22/alvaro-elizalde-superintendente-de-seguridad-social-y-la-polemica-por-la-denuncia-sobre-excesos-en-entrega-de-licencias-medicas.shtml> el día 2 de diciembre de 2012 (Archivo de Audio)
16. Santibáñez M (2010). En Dresdner R. *Psiquiatría Forense lo penal*. Santiago de Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
17. Varela R (2016). *Diario Financiero, Opinión-Cartas*, 16 de junio de 2016, p. 2

