

SODEPSI

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE

# PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

PSIQUIATRÍA · PSICOLOGÍA · CIENCIA · CULTURA | TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 14, VOLUMEN 14, Nº 1 JUNIO DE 2018

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

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

## IMPORTANTE

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

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

### SUSCRIPCIONES DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

(incluye envío por correo certificado)

Psiquiatras.....	\$ 42.000*
Médicos no psiquiatras .....	\$ 56.000*
Otros profesionales .....	\$ 56.000*

### SUSCRIPCIONES EN EL EXTRANJERO

(incluye envío por correo certificado)

Psiquiatras.....	US\$ 70*
Médicos no psiquiatras .....	US\$ 85*
Otros profesionales .....	US\$ 85*

#### Solicitudes

CyC Salud Limitada

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

Fono: (56-2) 2269 7517

---

\* Suscripción por un año (cuatro números).

**DIRECTOR ACADÉMICO**

Alberto Botto

**EDITOR GENERAL**

Hernán Villarino

**SUBEDITORES GENERALES**

Patricia Cordella, Juan Carlos Almonte

**SUBEDITORES DE ÁREA**

**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 Bascañán	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](http://www.revistagpu.cl)

Gaceta de Psiquiatría Universitaria

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

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

Revista de distribución gratuita a los profesionales psiquiatras

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

ISSN: 0718-4476 (Versión impresa)

ISSN: 0718-9346 (Versión en línea)

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

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

*Artículo:*

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

*Libro:*

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

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

# ÍNDICE

---

## 6 EDITORIAL

## 7 COMENTARIO DE LIBROS

### 7 SIN SIMPATÍA NO HAY CURACIÓN. EL DIARIO CLÍNICO DE 1932

Autor: Sándor Ferenczi

Editorial: Amorrortu, Buenos Aires, 2008, 296 págs.

Comentarista: Carlos Gallardo Henríquez

## 9 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

## 11 PINCELADAS

### 11 CUIDA EL TODO

César Ojeda

## 13 CONMEMORACIÓN

### 13 JUEVES 8 DE MARZO: DÍA MUNDIAL DE LA MUJER

MANIFIESTO I

MANIFIESTO II

## 19 HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

### 19 CONSIDERATIONS SUR L'EXTASE

Louis Delasiauve

## 25 REPORTE

### 25 SUICIDIO ADOLESCENTE Y OTREDAD: LA BALLENA AZUL DENTRO DEL AULA

Francisco Ceballos-Espinoza

## 35 INVESTIGACIÓN

### 35 ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL DE LA PSIQUIATRÍA PÚBLICA EN EL NIVEL SECUNDARIO DE ATENCIÓN DE LA REGIÓN DE COQUIMBO: APROXIMACIONES A LA CRISIS DEL SISTEMA

Bruno Barahona, Marcel Souyet, Héctor Carrasco, Rodrigo Cárdenas

## 45 VIH PSICOPATOLOGÍA ADHERENCIA A TRATAMIENTO CALIDAD DE VIDA

### 45 PSIQUIATRÍA Y VIH

Tomás Serón D., Felipe Echeverría P.

## 51 EXPOSICIÓN

### 51 LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA INTERSUBJETIVA COMO ESPACIO HERMENÉUTICO

André Sassenfeld J.

## 67 ENSAYO

### 67 CARL ROGERS Y SU PÓSTUMO INTENTO POR SER AUTÉNTICO

Jaime Boetsch

## 73 POESÍA LOCURA LENGUAJE

### 73 LA LOCURA, UN CONCEPTO PATÓGENO-POÉTICO

Andrés Correa M.

## 77 FUNDAMENTACIONES

### 77 ¿ES EL HUMANISMO UN EGOCENTRISMO?

Hernán Villarino

## 86 PATOGRAFÍA

### 86 APROXIMACIONES AL MÉTODO PARANOICO CRÍTICO DE SALVADOR DALÍ

Juan Pablo Vildoso

**E**n este número presentamos, en primer lugar, el interesante comentario a un libro de Sandor Ferenczi, un importante psicoanalista de la primera hornada.

En segundo lugar, nos ha parecido necesario rendir nuestro homenaje a las mujeres en su día –acontecido recientemente–, de modo que nos hemos propuesto mostrar, a través de dos manifiestos, algo de las distintas cosmovisiones que animan la existencia de las mujeres actuales y reales.

A continuación, una breve pero enjundiosa meditación de César Ojeda sobre el todo, donde se combinan la física y la filosofía, y donde se hace una oportuna observación sobre nuestra corriente y habitual sed de novedades.

El éxtasis es un ameno trabajo sobre la conciencia, de un alienista francés del siglo XIX, cuya temática, observaciones y deducciones parecen mantener su vigencia casi dos siglos después.

Según algunos datos, que son de público conocimiento, la tasa de suicidio infantojuvenil chilena es una de las más altas del mundo. Aparte el cuidado que debe ponerse a este asunto por sí mismo, el antecedente consignado más atrás debiera constituir una fuente de interés particular tanto de los profesionales como de las autoridades. En la línea de conocer mejor esta dolorosa realidad, viene a continuación un amplio trabajo de Francisco Ceballos-Espinoza sobre el tema.

Hay muy pocos estudios objetivos, si es que alguno, sobre la psiquiatría en el ámbito público, y sobre las reales dificultades de su implementación como de los reales resultados de los programas y proyectos que se han puesto en práctica. Por eso es tan rara, original y valiosa la investigación que sobre la materia presentamos

en este número firmada por el Dr. Bruno Barahona, en primer lugar, junto a una amplia red de colaboradores.

El asunto del VIH y el Sida ha estado últimamente muy de actualidad en el país a raíz de los desinformados comentarios de alguna autoridad sobre la materia, por lo cual, es seguro que el artículo de Tomás Serón y Felipe Echeverría, sobre psiquiatría y VIH, servirá también a esas autoridades para dar claridad definitivamente sobre la magnitud y características de este asunto.

A continuación, dos textos sobre psicoterapia. Uno de orientación hermenéutica, de un autor prolífico y original, André Sassenfeld, ya ampliamente conocido. El otro, de Jaime Boetsch, es un refresco biográfico y metodológico sobre la vida y la obra de Carl Rogers.

Se cierra este número con tres trabajos. Uno versa sobre los vínculos entre locura y poesía, cuyo autor es Andrés Correa. El otro, de Hernán Villarino, es una exploración sobre la probable y liberadora muerte del humanismo; y cierra el número actual un interesante estudio de Juan Pablo Vildoso sobre el método paranoico crítico, del genial y controvertido Salvador Dalí.

La revista presenta, en este y en todos sus números, una variada temática de asuntos que interesan originalmente a los autores vinculados con la psiquiatría, la psicología, la filosofía, la antropología, y otras ramas del saber. El carácter abierto y dialógico que se ha querido imponer, y que efectivamente se le ha impreso a esta publicación, nos mueve a reiterar, una vez más, a todos los interesados, la invitación para que nos envíen sus trabajos y publiquen.

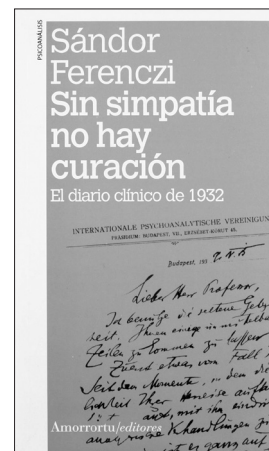
EL EDITOR

# SIN SIMPATÍA NO HAY CURACIÓN. EL DIARIO CLÍNICO DE 1932

**Autor:** Sándor Ferenczi

**Editorial:** Amorrortu, Buenos Aires, 2008, 296 págs.

(Rev GPU 2018; 14; 1: 7-8)



**Carlos Gallardo Henríquez<sup>1</sup>**

La publicación del diario clínico que Ferenczi escribiera un año antes de su muerte significa un acercamiento esencial a una genuina recapitulación de su pensamiento. Escrito de forma radical, por momentos con una cierta urgencia, sugiere el afán personal de preservar una observación plagada de descubrimientos de una inminente disgregación.

Nuevamente la cuestión del método psicoanalítico y la posibilidad de cura de la psicosis se revisan sobre la base del caso clínico. Consideremos que a esas alturas el debate estaba lejos de resolverse. Luego de cerca de tres décadas de construcción del método solo podía esperarse una mayor complejidad a partir de estas aportaciones. Ferenczi revisa nuevamente el rol del analista, el desarrollo de las crisis afectivas y la desorganización que puede implicar el acercamiento analítico a las vivencias traumáticas.

Recordemos que tempranamente Ferenczi en su obra *Transferencia e Introyección*, de 1909, intentaba contribuir al establecimiento de una metodología específica para la cura psicoanalítica. Era necesario mostrar de forma clara en qué consistía el tratamiento. Freud había afirmado su pesimismo sobre su utilidad en pacientes psicóticos y ello no era extraño dado que su práctica se había desarrollado fuera de los hospita-

les psiquiátricos. Las ideas psicoanalíticas, sin embargo, habían sido bien recibidas en la Clínica Burghölzli, de Zurich. La falta de un manual oficializado, y de adaptaciones específicas para el trabajo en el ámbito de la psicosis, no significó un límite para que psiquiatras que trabajaban en ese centro hospitalario, como Bleuler, Jünger, Spilrein, Abraham, Binswanger, intentaran los primeros esbozos de psicoterapia dinámica en pacientes internados.

La propuesta de Ferenczi implica otorgar al trabajo analítico un matiz maternal para lograr un entorno terapéutico suficientemente seguro que permitiera al paciente revelar sus aspectos fragmentados y regresados. Preguntaba en su diario: "Si ahora como antes se interviene con la afabilidad fría y cortés del analista, y por añadidura con la pregunta estereotipada ¿qué más se le ocurre sobre esto?, se asiste a un repentino despertar del sufrimiento y el trance. Los pacientes declinan seguir cooperando, sienten que yo nunca jamás podré prestarles auxilio, y amagan huir del análisis, no esconden su desprecio por nuestra incapacidad de acción, nuestra total falta de sentimiento humano; no es raro que mezclen esta reacción con experiencias análogas de su vida anterior, sobre todo las que tuvieron con miembros de sus familias. En lo sucesivo quedan

<sup>1</sup> Psiquiatra de Adultos. Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak; Unidad de Psicosis en Adolescencia. Programa de Intervención Temprana en Psicosis.

por entero convencidos de nuestro egoísmo (p.ej. el del padre y el mío). La repetición ha sido demasiado exacta –dicen–; “¿de qué vale (repetir) el trauma literalmente y con el mismo desengaño de todo el mundo y de la humanidad entera?”

Ferenczi hace una lúcida advertencia sobre esta forma de diálogo equívoco que finalmente significa el retorno del paciente a la escena traumática desprovisto de toda protección. Nuevamente el sujeto es invadido por lo externo, y tal como ha dicho posteriormente Gaetano Benedetti, se transforma en un objeto que carece de señales sobre la subjetividad de quienes le rodean, perdiendo la posibilidad de límites que preserven su yo. La escena analítica, carente de seguridad, puede recrear aquella “confusión de lenguas” entre adulto y niño que describe Ferenczi a propósito del trauma sexual temprano.

La “perduración semiembotada en ese estado; probablemente un íntimo no-querer vivir” surge como consecuencia de aquella serie de catástrofes psíquicas

que dividen al individuo en partes disociadas, “restos del ser humano genuino”. Para Ferenczi la relación entre la sucesión de traumas y lo que llama “esquizofrenia progresiva” se hace evidente en la clínica.

En su diario la crítica del autor al método analítico clásico no solo está referida a su propia teoría del trauma, su relación con la psicosis y el riesgo de iniciar un tratamiento sin las modificaciones adecuadas a la gravedad de estos pacientes. Ferenczi muestra la necesidad de que este nuevo conocimiento se aplique cuanto antes. Toma notas, reflexiona, explora en la posibilidad del análisis mutuo extendiendo hacia áreas insospechadas los márgenes de la intersubjetividad. Como paradoja ante lo ineludible de este pensamiento, sus escritos nos llegan de forma tardía. Sin embargo, no hacen más que actualizar el largo debate sobre psicoterapia dinámica en psicosis, aparentemente cerrado en 1998 luego del informe PORT, reabierto posteriormente como si se tratara de una conversación apenas interrumpida.



## CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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



### THE SHELL AND THE KERNEL

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



### CEROCEROCERO

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



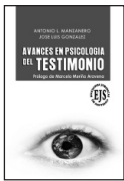
### PSIQUIATRAS CHILENAS: PIONERAS EN LA LOCURA

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



### 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



### 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



### 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



### 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



### 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



### COMPLEXITÉ-SIMPLEXITÉ

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



### LA PLASTICIDAD EN ESPERA

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



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

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



### HISTORIAS DE PSIQUIATRAS. TESTIMONIOS DE PSIQUIATRAS CHILENOS

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



### TORTURA Y RESISTENCIA EN CHILE

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



### EMPATÍA CERO. NUEVA TEORÍA DE LA CRUELDAD

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



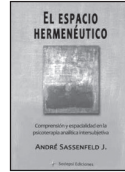
**LECTURAS AL ATARDECER: OCHO TEMAS ACERCA DEL ENVEJECIMIENTO**  
 Autoras: Beatriz Zegers Prado y María Elena Larraín Sundt  
 Editorial: Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 2015  
 Comentario: Rev GPU 2015; 11; 2: 128-129



**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



**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



**EL ESPACIO HERMENÉUTICO. COMPRESIÓN Y ESPACIALIDAD EN LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA INTERSUBJETIVA**  
 Autor: André Sassenfeld J.  
 Editorial: Sodepsi Ediciones, 2016, 814 págs.  
 Comentario: Rev GPU 2017; 13; 3: 216-219



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



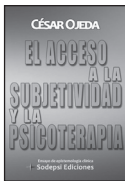
**MEDITACIÓN, MINDFULNESS Y PSICOTERAPIA. ENSAYOS SOBRE EL SUFRIMIENTO, LA SANACIÓN Y EL DESPERTAR**  
 Autores: R. Pulido y E. Thumala  
 Editorial: JC Sáez  
 Comentario: Rev GPU 2017; 13; 3: 220-223



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



**ALGUNOS REFERENTES PARA EL TRATAMIENTO PSICODINÁMICO DE LAS PSICOSIS**  
 Autores: Viviana Pereda, François Davoine, Jean Max Gaudillière, Laura Andreoli, Piera Aulagnier  
 Editorial: CORDES, 2017, 85 págs.  
 Compiladoras: Viviana Pereda, Carla Sandoval  
 Comentario: Rev GPU 2017; 13; 3: 224-226



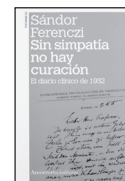
**EL ACCESO A LA SUBJETIVIDAD Y LA PSICOTERAPIA. ENSAYO DE EPISTEMOLOGÍA CLÍNICA**  
 Autor: César Ojeda  
 Editorial: Sodepsi Ediciones, Santiago de Chile, 2016  
 Comentario: Rev GPU 2016; 12; 2: 119-123



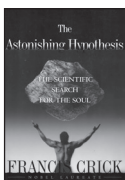
**EL MOMENTO PRESENTE. EN PSICOTERAPIA Y LA VIDA COTIDIANA**  
 Autor: Daniel N. Stern  
 Editorial: Cuatro Vientos, 2017, 276 págs.  
 Comentario: Rev GPU 2017; 13; 4: 326-328



**GESTALT: TERAPIA DE LA SITUACIÓN**  
 Autor: Georges Wollants  
 Comentario: Rev GPU 2016; 12; 2: 124-129



**SIN SIMPATÍA NO HAY CURACIÓN. EL DIARIO CLÍNICO DE 1932**  
 Autor: Sándor Ferenczi  
 Editorial: Amorrortu, Buenos Aires, 2008, 296 págs.  
 Comentario: Rev GPU 2018; 14; 1: 7-8



**FRANCIS CRICK Y "LA HIPÓTESIS ASOMBROSA"**  
 Touchstone, New York, 1995, 317 págs.  
 Comentario: Rev GPU 2017; 13; 1: 12-14

## PINCELADAS

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

# CUIDA EL TODO

(Rev GPU 2018; 14; 1: 11-12)



**César Ojeda**

*Todo ha sido dicho antes, pero como nadie escucha  
tenemos que seguir adelante hacia atrás y comenzar de nuevo.*

ANDRÉ GIDE

Hace algunos años escuché una conferencia de una destacada astrofísica chilena. Su tema no era menor: el Universo. Ella centraba su interés en la “infancia” de este universo, en su etapa de párvulo, pues, por razones conocidas, podemos ver el pasado de él en las emisiones luminosas de lugares extraordinariamente lejanos que, como fotos extraviadas en un correo primitivo, llegan retrasadas y nos muestran lo que ocurrió hace miles de millones de años. Pero lo que más llamó mi atención fue el concepto de “totalidad”, es decir, la idea de que el universo ha estado completo siempre, incluso cuando habitaba en un es-

pacio infinitamente pequeño. Desde muy niño me conmovió la capacidad de la física para crear imágenes y fantasías acerca del espacio, el tiempo, la materia y la energía. Esta disciplina nunca descuidó el *meleta to pan* de los orígenes del pensamiento griego, es decir, el tener a la vista de la inteligencia el “todo” y “cuidarlo”. Repetidamente durante la conferencia se me hicieron presentes Parménides y el Fragmento B-8 de sus escritos, reunidos en lo que se conoce como *El Poema de Parménides*. Me parecía estar escuchándolo reencarnado en esta destacada investigadora. Sentí entonces que el pensamiento y la creatividad huma-

nos están lejos de ser una escalera que va de lo inferior a lo superior. El pensamiento parece, como el Universo, ser un todo permanente y, al unísono, estar en un paradójico cambio que fácilmente hace pensar que la novedad es lo único válido. El lector ya se ha dado cuenta de que los presocráticos dijeron mucho de lo que se ha dicho y dice en la historia humana, y quien lo dice no es solo este o este otro autor, sino un centro de conciencia impersonal. “No a mí (yo no intereso), sino al *logos* (el pensamiento universal) escuchando, es sabio con-decir (estamos vinculados inevitablemente) que todo es uno”. Esto no es de Parménides, sino

del sorprendente Heráclito y su fragmento 50. Impresionado, pensé que la conferencista tal vez no conocía a Parménides. Le envié el texto (que, en lo pertinente, no es más de una página) del filósofo presocrático y un pequeño análisis como el que aquí hago junto a un par de preguntas. Lo envié por correo postal pues no pude conseguir su correo electrónico. Jamás respondió. Quedé como si en mi partitura vital hubiesen puesto un silencio incomprensible. Pero me adapté y pensé que probablemente a ella no le interesaba Parménides y, con mayor razón, la reflexión de un desconocido (yo) sobre este

respecto. Inventé entonces que ella decía: “estamos hablando de ciencia, de astrofísica contemporánea y no de filosofía”. Y me convencí, además, que ella creía que eran cosas muy diferentes. Sin embargo, también pensé que su inteligencia y comprensión no podían sino estar también integradas al universo: si la materia y la energía no pueden estar “fuera” del “todo”, el conocimiento (y la conciencia) tampoco. Quizás Parménides la habría abierto a la idea de que la filosofía es, en su origen, física. Basta recordar a Tales y su pregunta por el principio y fundamento de todas las cosas, y su conclusión

de que todo “procede del agua”, la única “materia” universal. O, inversamente, como decía el siempre recordado Albert Einstein, que la física es “metafísica”.

Pero abrirse a estas visiones no es fácil, pues se requiere salir un poco de los márgenes habituales (de los hábitos) y abrirse a “otros” lenguajes, que no están dentro de nuestras rutinas científicas y culturales. Por lo mismo, para entender a otros es necesario alfabetizarse en su lenguaje y no creer que nuestra incapacidad de entender ese lenguaje equivale a que lo dicho por ellos no tiene valor alguno.

## CONMEMORACIÓN

# JUEVES 8 DE MARZO: DÍA MUNDIAL DE LA MUJER

(Rev GPU 2018; 14; 1: 13-18)



Imagen sobre la mujer (Unesco)

La revista ha querido rendir un homenaje y reconocer a todas las mujeres, reproduciendo dos manifiestos realizados y proclamados por mujeres, en su día, donde se muestran los diferentes modos de pensar y experimentar la propia existencia que se evidencian entre ellas. Hay muchos modos de ser mujer, seguramente es una simplificación tipológica considerarlas como si se tratara de un bloque monolítico, o como si fueran todas iguales en todo. Prueba de ello son estas declaraciones sobre la situación de la mujer en el mundo, tan abismalmente diferentes, hechas ambas por feministas españolas.

## MANIFIESTO I<sup>1</sup>

### ¡JUNTAS SOMOS MÁS!

Hoy, 8 de Marzo, las mujeres de todo el mundo estamos convocadas a la **HUELGA FEMINISTA**.

Cada 8 de Marzo celebramos la alianza entre mujeres para defender nuestros derechos conquistados. Nos precede **una larga genealogía de mujeres** activistas, sufragistas y sindicalistas. Las que trajeron la Segunda República, las que lucharon en la Guerra Civil, las que combatieron al colonialismo y las que fueron parte en las luchas anti-imperialistas. Sin embargo, sabemos que aún no es suficiente: **queda mucho por hacer y nosotras seguimos luchando**.

La sororidad es nuestra arma; es la acción multitudinaria la que nos permite seguir avanzando. **La fecha del 8 de marzo es nuestra, es internacional y es reivindicativa**.

Nuestras identidades son múltiples, **somos diversas**. Vivimos en los pueblos y en las ciudades, trabajamos el ámbito laboral y en el de los cuidados. Somos payas, gitanas, mujeres con diversidad funcional, migradas y racializadas. Nuestras edades son todas y nos sabemos lesbianas, trans, bisexuales, inter, queer, hetero... Somos las que no están: somos las asesinadas, somos las presas, somos las que se quedaron en el mar, somos las que se quedaron en las fronteras. **Somos TODAS**. Juntas hoy paramos el mundo y gritamos:

**¡BASTA! Ante todas las violencias machistas que nos atraviesan.**

**¡BASTA! De agresiones, humillaciones, marginaciones o exclusiones.** Exigimos que el Pacto de Estado contra las violencias machistas –por lo demás insuficiente– se dote de recursos y medios para el desarrollo de políticas públicas reales y efectivas que ayuden a conseguir una sociedad libre de violencias contra las mujeres y niñas. Denunciamos la represión sobre quienes encabezan la lucha por los derechos sociales y reproductivos.

**¡BASTA! De violencias machistas, cotidianas e invisibilizadas** que vivimos las mujeres sea cual sea nuestra edad y condición. QUEREMOS poder movernos en libertad por todos los espacios y a todas horas. QUEREMOS disfrutar de nuestro derecho a vivir una vida libre de violencias machistas. Señalamos y denunciamos la violencia sexual como expresión paradigmática de la

apropiación patriarcal de nuestro cuerpo, que afecta de modo aún más marcado a las mujeres migradas y a las trabajadoras domésticas. Es urgente que nuestra reivindicación *Ni una menos: vivas nos queremos* sea una realidad.

**¡BASTA! De opresión por nuestras orientaciones e identidades sexuales!** Denunciamos la LGTBI fobia social, institucional y laboral que sufrimos muchas de nosotras, como otra forma de violencia machista. Somos mujeres y somos diversas. **¡Si nos tocan a una, nos tocan a todas!**

Somos las que reproducimos la vida. El trabajo doméstico y de cuidados que hacemos las mujeres es imprescindible para el sostenimiento de la vida. Que mayoritariamente sea gratuito o esté devaluado es una trampa en el desarrollo del capitalismo. Hoy, con la **huelga de cuidados** en la familia y la sociedad, damos visibilidad a un trabajo que nadie quiere reconocer, ya sea en la casa, mal pagado o como economía sumergida. Reivindicamos que el trabajo de cuidados sea reconocido como un bien social de primer orden, y exigimos la redistribución de este tipo de tareas.

Hoy reivindicamos una sociedad libre de opresiones, de explotación y violencias machistas. Llamamos a la rebeldía y a la lucha ante la alianza entre el patriarcado y el capitalismo que nos quiere dóciles, sumisas y calladas.

Para conseguir una vida libre de violencias es preciso actuar en todos los ámbitos de nuestra vida. En Catalunya estamos viviendo una escalada de la represión: cargas policiales el 1 de octubre con denuncias de agresiones sexuales. Las feministas también estamos comprometidas en la defensa de la democracia y de las libertades en nuestro país y entendemos que la criminalización y/o la judicialización de formas pacíficas de protesta social y reivindicación política también son formas de violencia institucional que tenemos que denunciar. Por ello, **denunciamos** la aplicación del Artículo 155 de la Constitución española y exigimos su inmediata suspensión.

No aceptamos estar sometidas a peores condiciones laborales, ni cobrar menos que los hombres por el mismo trabajo. Por eso, hoy también hacemos **huelga laboral**.

<sup>1</sup> Texto del "Manifiesto 8M" (hacialahuelgafeminista.org). Los resaltados en negrita y en mayúsculas son del original.

Huelga contra los techos de cristal y la precariedad laboral, porque los trabajos a los que logramos acceder están marcados por la temporalidad, la incertidumbre, los bajos salarios y las jornadas parciales no deseadas. Nosotras engrosamos las listas del paro. Muchos de los trabajos que realizamos no poseen garantías o no están regulados. Y cuando algunas de nosotras tenemos mejores trabajos, nos encontramos con que los puestos de mayor salario y responsabilidad están copados por hombres. La empresa privada, la pública, las instituciones y la política son reproductoras de la explotación laboral de las mujeres.

**¡BASTA!** de discriminación salarial por el hecho de ser mujeres, de menosprecio y de acoso sexual en el ámbito laboral.

Denunciamos que ser mujer sea la principal causa de pobreza y que se nos castigue por nuestra diversidad. La precariedad se agrava para muchas de nosotras por tener mayor edad, ser migrada y estar racializadas, por tener diversidad funcional o una imagen alejada de la normatividad. Reivindicamos que nuestra situación laboral nos permita desarrollar un proyecto vital con dignidad y autonomía; y que el empleo se adapte a las necesidades de la vida: el embarazo o los cuidados no pueden ser objeto de despido ni de marginación laboral, ni deben menoscabar nuestras expectativas personales ni profesionales.

Consideramos fundamental **denunciar** las normas y las políticas opresivas contra las mujeres migrantes

Exigimos también **las pensiones que nos hemos ganado**. No más pensiones de miseria, que nos obligan a sufrir pobreza en la vejez. Pedimos la cotitularidad de las pensiones y que el tiempo dedicado a tareas de cuidado, o que hemos desarrollado en el campo, sea reconocido en el cálculo de las pensiones al igual que el trabajo laboral y demandamos la ratificación del convenio 189 de la OIT que regula el trabajo doméstico.

Gritamos bien fuerte contra el neoliberalismo salvaje que se impone como pensamiento único a nivel mundial y que destroza nuestro planeta y nuestras vidas. Las mujeres tenemos un papel primordial en la lucha contra del cambio climático y en la preservación de la biodiversidad. Por eso, apostamos decididamente por la soberanía alimentaria de los pueblos. Apoyamos el trabajo de muchas compañeras que ponen en riesgo su vida por defender el territorio y sus cultivos. Exigimos que **la defensa de la vida se sitúe en el centro de la economía y de la política**.

Exigimos ser protagonistas de nuestras vidas, de nuestra salud y de nuestros cuerpos, sin ningún tipo de presión estética. Nuestros cuerpos no son mercadería ni objeto, y por eso, también hacemos huelga de consumo. ¡Basta ya de ser utilizadas como reclamo!

Exigimos también la **despatologización** de nuestras vidas, nuestras emociones, nuestras circunstancias: la medicalización responde a intereses de grandes empresas, no a nuestra salud. ¡Basta de considerar nuestros procesos de vida como enfermedades!

Exigimos la **despenalización total del aborto**, incluyendo a las menores de edad, así como su legalización y cobertura gratuita en el sistema de la sanidad pública. Repudiamos cualquier tipo de injerencia en la decisión de las mujeres sobre nuestros cuerpos. **¡Nosotras parimos, nosotras decidimos!**

La educación inicial es la etapa principal en la que construimos nuestras identidades sexuales y de género y, por ello, las estudiantes, las maestras, la comunidad educativa y todo el movimiento feminista exigimos nuestro derecho a una **educación pública, gratuita, laica y feminista** libre de valores heteropatriarcales e imperialistas desde los primeros tramos educativos hasta la universidad, en los que las profesoras somos mayoría.

**Reivindicamos** también nuestro derecho a una formación afectivo-sexual que nos enseñe en la diversidad, sin miedos, sin complejos, sin reducirnos a meros objetos y que no permita una sola agresión machista ni LGTBIfóbica en las aulas.

**Exigimos** el mantenimiento y la ampliación de los programas de becas de estudio para las estudiantes de todos los niveles educativos.

**Denunciamos** el presupuesto público que se destina a las escuelas gestionadas por el Opus Dei y a todas las escuelas concertadas que segregan por sexo. Reivindicamos una red de educación única, pública y gratuita y con perspectiva de género.

**Exigimos** un avance en la coeducación en todos los ámbitos y espacios de formación y una educación que no relegue nuestra historia a los márgenes de los libros de texto; y en la que la perspectiva de género sea transversal a todas las disciplinas. ¡No somos una excepción, somos una constante que ha sido llamada!

**¡VIVA LA HUELGA DE CUIDADOS, DE CONSUMO, LABORAL Y EDUCATIVA!**

**¡VIVA LA HUELGA FEMINISTA!**

**Ninguna mujer es ilegal.** Decimos **¡BASTA!** al racismo y la exclusión. Gritamos bien alto: ¡No a las guerras y a la fabricación de material bélico! Las guerras son producto y extensión del patriarcado y del capitalismo para el control de los territorios y de las personas. La consecuencia directa de las guerras son millares de mujeres migradas y refugiadas por todo el mundo, mujeres que estamos siendo victimizadas, olvidadas y violentadas.

**Denunciamos** las políticas migratorias y de fronteras del Estado español y de la Unión Europea y **exigimos** la acogida de todas las personas migradas, sea por el motivo que sea, atendiendo al derecho a la movilidad humana. **Denunciamos** la opresión que sobre las mujeres trabajadoras migrantes tiene la actual legislación y las políticas públicas en la materia. **Exigimos** la derogación de la Ley de Extranjería. **Exigimos** el cierre inmediato de los CIE. **¡Somos mujeres libres en territorios libres!**

**Denunciamos** los recortes presupuestarios en los sectores que más nos afectan a las mujeres y LGTBI: el sistema de salud, los servicios sociales y la educación.

**Denunciamos** la corrupción como un factor agravante de la crisis.

**Denunciamos** la justicia patriarcal que no nos considera sujetas de pleno derecho.

**Denunciamos** la grave represión y recortes de derechos que estamos sufriendo.

**Exigimos** la recuperación de la memoria histórica y del protagonismo de las mujeres y de sus luchas así como mantener el recuerdo de las que ya no están: **Verdad, justicia, reparación y no repetición.**

**Reivindicamos** la total separación entre la Iglesia y el Estado.

**Exigimos** plena igualdad de derechos y condiciones de vida, y la total aceptación de nuestra diversidad.

**¡NOS QUEREMOS LIBRES, NOS QUEREMOS VIVAS, FEMINISTAS, COMBATIVAS Y REBELDES!**

**Hoy, la huelga feminista no se acaba:**

**¡SEGUIREMOS HASTA CONSEGUIR EL MUNDO QUE QUEREMOS!**



## MANIFIESTO II<sup>2</sup>

### NO NACEMOS VÍCTIMAS

En el Día de la Mujer nos proclamamos en deuda con aquellas mujeres que lucharon por conseguir la igualdad de derechos y deberes entre los sexos. También expresamos nuestra inquietud ante una corriente de opinión supuestamente feminista que pretende hablar en nombre de todas las mujeres, imponerles su forma de pensar y retratarlas como víctimas de nacimiento de lo que llaman el heteropatriarcado. Nosotras no nos reconocemos víctimas de nuestros hermanos, parejas, padres, hijos, amigos y compañeros, nuestros iguales masculinos. Nos rebelamos contra esa política de identidad que nos aprisiona en un bloque monolítico de pensamiento que niega la individualidad.

La situación de las mujeres en España, según todas las estadísticas de organismos internacionales, es de las mejores del mundo, sin que ello signifique que no pueda mejorar. En la actualidad, hay más mujeres en la universidad que hombres, el fracaso escolar es mayoritariamente masculino, al igual que el suicidio, y la presencia femenina se hace cada vez más evidente en profesiones como la medicina, la judicatura, la Administración del Estado o los niveles más altos de la política. Además, nuestra expectativa de vida supera en varios años a la de los hombres.

En la última década, sin embargo, coincidiendo con la entrada en vigor de la Ley de Violencia de Género, se ha instalado en el discurso predominante en los medios y en la política una corriente de pensamiento que presenta a las mujeres como víctimas por definición de una sociedad machista. El victimismo es un estado psicológico que conduce a la parálisis y nosotras no estamos dispuestas a perder la libertad, conquistada a lo largo de un siglo de lucha, porque nos quieran amilanadas.

Subrayamos que nuestro país, España, es uno de los más seguros del mundo para las mujeres, con un índice de violencia de pareja comparativamente inferior a nuestro entorno, incluidos los igualitaristas países nórdicos. Llamamos a que la lucha contra la Violencia de Pareja sea siempre guiada por la evidencia científica

más que por la ideología. Sólo así llegaremos a intervenciones sociales más eficaces para frenar la intolerable violencia contra las mujeres. Simultáneamente, no ignoramos a las víctimas masculinas de otro tipo de violencia, hombres y niños, y rechazamos la postura anticientífica que niega la agresión femenina.

Celebramos la eliminación de las barreras para que las mujeres puedan colmar sus más altas ambiciones profesionales. Ahora bien, si las cimas más visibles de la política y la empresa no están ocupadas de manera paritaria por mujeres no tiene por qué ser debido a la discriminación ni a la opresión patriarcal. La brecha de género en profesiones de ciencia y tecnología sigue siendo un desafío que requiere nuevos enfoques pedagógicos y respeto a las opciones de cada una de las mujeres. Aquí, como en todo, la mujer es libre para escoger, sin tener que ser un clon del hombre.

El 8 de marzo conviene celebrar que la gran mayoría de las mujeres en España somos libres para elegir carrera profesional, trabajo y tipo de vida. Reconocemos la responsabilidad derivada de esa elección a la hora de decidir qué estudiar, quién escoge la jornada reducida o no en caso de ser padres, la duración del período de alimentación del lactante por la madre o cómo se organiza la conciliación laboral.

Proclamamos el derecho de nuestros hijos a saber que han tenido la inmensa suerte de nacer en un país donde existe el respeto a las mujeres y donde las niñas llegarán donde quieran. Porque ya lo han hecho. Porque ya hay rectoras de universidad, investigadoras, políticas, médicas, ingenieras, abogadas, escritoras, diplomáticas, periodistas, pilotos, empresarias o juezas. Desde hace décadas ha habido ministras, alcaldesas, presidentas de comunidades autónomas, del Senado, del Congreso, comisarias europeas y vicepresidentas del Gobierno. Obviamente, existe amplio campo de negociación en los hogares donde haya parejas con aspiraciones profesionales porque nadie –ni la mujer ni el hombre– puede tenerlo absolutamente todo. Se trata pues de consensuar mecanismos para aspirar a la mayor conciliación posible entre la vida familiar, la profesional y la estrictamente personal.

<sup>2</sup> Este manifiesto, a diferencia del anterior, no pertenece a ninguna organización, pero ha sido redactado y firmado por un amplio grupo de historiadoras, economistas, empresarias, ingenieras, escritoras, bioquímicas, agentes literarias, abogadas, editoras, diputadas, eurodiputadas, etc., al que posteriormente se han adherido miles de otras mujeres.

Las niñas de hoy necesitan saber que ellas no son víctimas y que tienen su futuro en sus manos.

Esa situación privilegiada de España, que destaca incluso dentro del mundo occidental, es uno de nuestros signos de identidad positivos como país. Según UNICEF, se estima que 133 millones de niñas han sufrido mutilación genital, sobre todo en Oriente Medio y en África. En Irán, hemos visto cómo se ha encarcelado a activistas por quitarse el velo. En Arabia Saudí, por fin, este año, las mujeres podrán conducir. Las tasas de maltrato en América Latina son aterradoras y en gran parte de África ni siquiera hay planificación familiar.

Hace cuatro décadas que las mujeres en España dejaron de depender de los hombres para conquistar la igualdad. A muchas nos sobra el paternalismo y lamentamos que una ideología contraria a la libertad pretenda arrogarse la representación de la mitad de la humanidad y que se alimente de dinero público, de nuestro dinero, para fomentar una guerra de sexos que nos degrada y nos aleja de un futuro compartido.

Celebremos el 8 de marzo que, a diferencia de otras partes del mundo, en España las mujeres no nacen víctimas. Que somos personas adultas, libres y responsables de nuestras elecciones.

## HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

# CONSIDERATIONS SUR L'EXTASE<sup>1</sup>

(Rev GPU 2018; 14; 1: 19-24)

Louis Delasiauve<sup>2</sup>

Delasiauve nació el 1804 en Garennes, Departamento del Eure, y murió en París hacia 1893. Comenzó su actividad de alienista en el Servicio de Leuret, en *l'Hospice de La Seine*, donde ejercían Ballairger, Trélat y Moreau de Tours, discípulos todos de Esquirol. Es autor de una copiosa obra que, entre libros y artículos alcanza más de cien títulos, y en los cuales expone, desarrolla y discute problemas diagnósticos, nosológicos y terapéuticos. Médico de provincias, ayuno de fama y renombre, sostuvo una memorable polémica respecto del carácter y la naturaleza de la confusión mental con la luminaria más brillante del sofisticado cielo parisino, Ballairger, el famoso descriptor, entre otros muchísimos y brillantes aportes, de la locura circular. A consecuencia de esas diferencias, algún acólito del último acometió a Delasiauve con despectiva fiereza, pero, en la conclusión de la polémica, Ballairger, personalmente, en un generoso y raro gesto de honradez intelectual, le concedería la razón. Delasiauve fue un ardiente republicano. Sorprendía a sus visitantes, porque ya nonagenario y en su lecho de muerte seguía discutiendo con la misma pasión, y el partidismo de siempre, acerca de los agitados cambios y mutaciones que se verificaron en Francia durante el siglo XIX. Otro francés, Pascal, reconocía dos variedades en el espíritu humano: el geométrico y el de fineza. En el primero, el juicio se remonta a los principios generales y alejados del consenso habitual, desde donde resulta difícil descender a la realidad tumultuosa, opaca y cambiante, por el hábito adquirido de vivir en un mundo de nociones globales y bien perfiladas. En el espíritu de fineza, muy por el contrario, *los principios son de uso común y están ante los ojos de todo el mundo. No es menester volver la cabeza ni hacerse violencia; basta tener buena vista, pero es menester tenerla buena de veras, porque los principios están tan desleídos y son tan numerosos que es casi imposible que no se escapen.* Karl Jaspers, ajeno a las sectas, las capillas o la soberbia nacionalista, reitera el matiz de Pascal al comparar el conjunto de la obra psiquiátrica alemana y francesa. Consideraba a la segunda más como una crónica, el fruto de una poderosa intuición concreta vertida en una espléndida configuración artística. *El descubrimiento originario de los nuevos puntos de vista –dice en la Psicopatología General refiriéndose a la historia de la psiquiatría– debe atribuirse a los franceses. Los alemanes tomaron sus ideas, las purificaron de*

<sup>1</sup> Traducción y presentación: Dr. Hernán Villarino.

<sup>2</sup> Médico-Alienista. Miembro de la Sociedad Libre de Agricultura, Ciencias, Artes y Letras del Departamento del Eure. Texto extraído de la *Colección de Trabajos de la Sociedad de Medicina de París*, 1842.

***sus accesorios fantásticos, ahondaron los conceptos e hicieron investigaciones que dieron contribuciones por vías objetivas. Veía a los franceses como narradores y como analistas a los alemanes; espíritu de fineza y espíritu geométrico, en definitiva. El presente artículo del gran alienista Louis Delasiauve, olvidado como casi toda la monumental psiquiatría de Francia, representa y encarna brillantemente la distinción de Jaspers. En su ameno relato quizá se combinen la fenomenología, la psicología comprensiva, el psicoanálisis y hasta la analítica existencial, antes que cada uno tuviera un nombre propio gracias al afán de la psiquiatría alemana.***

La palabra éxtasis, muy mal definida en la ciencia, tiene en el lenguaje ordinario una acepción muy certera y precisa. Según la etimología griega, éxtasis significa existencia fuera de sí, y se entiende generalmente por éxtasis la inmovilidad exterior del cuerpo mientras que el alma está entregada a una pasión, a un sentimiento, a un trabajo intelectual muy particular. Las variedades del éxtasis se multiplican en razón del tipo de concepción intelectual, de pasión y de sentimientos por los cuales el hombre puede encontrarse absorto. Pero uno debe guardarse de confundirlo con ciertos estados, que por sus síntomas y el modo de acción de sus causas se parecen. Así, por ejemplo, el sonambulismo natural o artificial, si es que se puede admitir que este último existe realmente

En efecto, ¿qué sucede en el sonambulismo natural cuya existencia admitimos sin discusión? La persona afectada se abandona a diferentes actos, igual que durante la vigilia, como si poseyera la plenitud de su razón y de sus facultades. Se relatan acerca de este estado miles de curiosas particularidades. Se ha visto a mujeres sacar todo el menaje de la casa, limpiar y barrer el departamento que habitan, ponerlo en orden, acostarse luego sin guardar durante el día ningún recuerdo de sus actividades nocturnas. Algunos caminan sobre los tejados con una milagrosa agilidad, individuos no sujetos a esta afección no se atreverían a intentarlo impunemente. Otros se encuentran de súbito en un lugar solitario en el que se sorprenden de hallarse cuando vuelven a la vida real. Durante este extraño sueño se deviene músico o poeta, es una historia bien vulgar la de aquel seminarista que compone un sermón con la brillante elocuencia de un Masillon y de un Bossuet.

Los actos exteriores del sonambulismo, su visión real en las tinieblas, son olvidados junto a las impresiones, pensamientos y acciones. Todo ello no guarda proporción con la inmovilidad del éxtasis, con las sensaciones íntimas que depara, las íntimas concepciones que evoca y que se guardan en la memoria. Esta diferencia es tan evidente, que el público, testigo de los

hechos, aplica a estos estados diferentes una denominación distinta.

En una famosa obra sobre el magnetismo animal, Alexandre Bertrand ha consagrado numerosas páginas al éxtasis, pero incurriendo en una extrema confusión de esta afección con una serie de estados esencialmente diferentes, tanto por la forma como por el fondo. En efecto, ¿cómo asimilar el extático con el magnetizado? No solamente el sueño del segundo es provocado, sino que su visión, por decirlo de algún modo, es muy directa y muy terrestre; puesto en contacto con el mundo exterior se ocupa de esas cosas básicas de las que el extático pierde el recuerdo. La actitud de uno es la del hombre dormido, la del otro, la de una estatua viviente. Uno responde cuando se le interroga sin dejar de dormir; el otro, insensible a lo que le rodea, no siente ni entiende nada. En fin, el magnetizado, como el sonámbulo, no posee ninguna idea de las emociones que ha experimentado ni de las palabras que pueda haber dicho.

Alexandre Bertrand yerra igualmente cuando identifica el éxtasis con las posesiones de las religiosas de Loudon y los fenómenos experimentados por los convulsionarios de Saint-Medard o las tremolantes de Cévennes. Estos hechos, que removieron tan profundamente la credulidad popular, y que son conservados en la historia con un velo de misterio, pertenecen, a nuestro juicio, a una categoría totalmente diferente. ¿Quién no conoce la historia de Urban Grandier? Cura de Loudon, sus modales liberales excitaban más de un escándalo. Dos religiosas, donde él era director, súbitamente fueron presas de bizarras convulsiones y extrañas alucinaciones. Esto ocurre en el siglo XVI. Se piensa que, por desgracia, están poseídas, se las exorciza y, se dice, caen en éxtasis. El exorcista dirigiéndose al demonio le pregunta con qué derecho ha venido a habitar el cuerpo de las religiosas. El demonio responde: por orden de Urban Grandier. La misma respuesta se obtuvo cuantas veces se hizo la pregunta. Otras religiosas Ursulinas y damas de la villa presentaron análogos accidentes que fueron atribuidos a la misma causa. Finalmente,

Urban Grandier fue declarado hechicero y condenado a ser quemado vivo. Recibida esta inhumana y estúpida condena, se lo ejecutó<sup>3</sup>.

Estos hechos, evidentemente, no coinciden con el éxtasis, donde la inmovilidad e insensibilidad exteriores constituyen los principales caracteres. El estado convulsivo de las mujeres pertenece a otro orden de fenómenos, y la historia de las religiosas de Loudon ofrece a los ojos del fisiólogo un encadenamiento de sensaciones de fácil solución. Se sabe que las mujeres forzadas a la continencia sufren con frecuencia ataques histéricos. ¡Y bien!, que uno se imagine a dos jovencitas en la flor de la edad, nerviosas por temperamento, apasionadas por naturaleza, puestas en lucha entre la impetuosidad de los sentidos y el poder de los escrúpulos religiosos; además a un hombre, joven también, apasionado como ellas, llamado por su ministerio a convertirse en el confidente de los secretos movimientos de sus almas. ¿Adónde conducirá esta situación? ¿Contendrá este hombre, fríamente, la tempestad de los deseos que bullen en él? La expresión de su mirada, el sonido de su palabra, la calidez enervante de su aliento, ¿no serán suficientes para encender los corazones donde reinan ya deseos profundos e instintos imperiosos? ¿Puede entonces, razonablemente, sorprender que la imagen de tal hombre se asocie a la idea de un daño eterno y de tentaciones diabólicas que conduzcan a ataques nerviosos e ideas de posesión? Pero, lo repetimos, esto no es el éxtasis: es del delirio de la locura, de donde se ofrecen estos ejemplos.

El origen de los convulsionarios de Medard es muy obscuro. El Diácono de París tenía reputación de virtuoso. Había abrazado con ardor el partido de los jansenistas, con ocasión de la Bulle Ingenitus. Después de muerto se atribuyó a su tumba la propiedad de obrar milagros, curaciones, y todo aquello que se figuran los crédulos. Las curaciones se acompañaban de extrañas condiciones, estaban precedidas de movimientos convulsivos y de cambios en las facultades morales e intelectuales. Algunos milagrosos predecían el porvenir y penetraban en el secreto de los corazones. Los cuerpos se tornaban invulnerables y resistían las más terribles pruebas. Sin duda, los malabarismos tenían su parte en estos prodigios; no obstante, para quien haya estudiado los efectos de la imaginación estos fenómenos, por sorprendentes que sean, no tienen nada de

sobrenatural. La fe que produce milagros, se ha dicho, es una verdad que la ironía no destruirá jamás. Como el miedo, evoca los fantasmas y determina en nosotros movimientos indefinibles. La convicción que tienen los visitantes de la tumba de Saint-Medard de experimentar estas convulsiones es suficiente para que se produzcan. Pero lo que nos importa constatar es la diferencia esencial de estos fenómenos, eminentemente activos, con los pasivos del éxtasis.

Estas reflexiones valen, así mismo, para las tremolantes de Cevennes, análogas en casi todo a las convulsionarias de Saint-Medard. También profetizaban el porvenir y penetraban en el pensamiento, pero las agitaciones convulsivas que las afectaban tenían la forma del temblor. Algunos poseían el don de lenguas, como el pastor de Creta que hablaba el francés que no entendía, y que a pesar de no conocer más que el Pater y el Credo elevaba a Dios elocuentes preces.

Las características del éxtasis no son mejor constatadas entre los iluminados de la antigüedad o de los tiempos modernos. Así, que se hable de las pitonisas, de los contemplativos sacerdotes egipcios, gnósticos, faquires de la India, solitarios de la Tebaida, fanáticos de Alemania, monjes del monte Athos, iluminados de España y de Francia, Vaudois y Albigenses, muestran todos características muy particulares.

Las pitonisas rendían sus oráculos en medio de la más viva agitación, su rostro estaba vultuoso, sus ojos brillantes, su cabeza desgreñada. En cuanto a la iniciación en los misterios egipcios, eran mantenidos tan en secreto que no sabemos si la teosofía de aquellos sacerdotes provenía de sueños extáticos o de una política inteligente, que invocando los poderes celestes diera una sanción poderosa a sus preceptos morales y a sus leyes.

Entre los faquires la inmovilidad era voluntaria. Gracias a las largas prácticas gimnásticas prescritas por sus dogmas, ellos estaban entrenados para soportar durante un tiempo considerable, ocho días a veces, en las posturas más difíciles y molestas, lo mismo sobre un solo pie, con una mano suspendida en el aire, o con los dos brazos extendidos detrás de la cabeza. Si se cree al viajero Bernier, existe una secta de yoguis perfectos, es decir, completamente unidos a la divinidad. *Uno los tiene –dice– como abismados en la meditación, porque se pasan horas enteras en éxtasis, sus sentidos externos, sin ninguna función, ven a Dios con certeza, muy blanco, muy vivo e inexplicablemente luminoso, a través de una alegría y una satisfacción no menos inexplicables.*

¿No es el momento de demostrar que las tentaciones de los solitarios de la Tebaida, los combates imaginarios que libraban contra ellos mismos, y de donde resultaban victoriosos por el poder de las mortificaciones

<sup>3</sup> Aldous Huxley, en los *Demonios de Loudon* (Barcelona, Planeta, 1973), ha historiado pormenorizadamente estos sucesos del siglo XVI –y el lamentado destino de Grandier– que no han podido caer en el olvido.

y las preces no eran otra cosa que ilusiones producidas por su naturaleza violentamente comprimida? En efecto, para construir esos fantasmas que les perseguían sin cesar ellos no tenían necesidad que su vida exterior pareciera abolida, que sus sentidos estuvieran in-móviles, de estar, en una palabra, arrebatados por el éxtasis.

La mayoría de los otros eran visionarios, locos o hipócritas que pasaban por iluminación celeste los frutos de una imaginación desarreglada. Si algunos podían elevarse por la oración mental al éxtasis no está suficientemente notificado, ni sus caracteres bien descritos para permitir fundar, a partir de sus experiencias, una definición exacta.

Los médicos, por otra parte, tropezando en las similitudes, designan la catalepsia con el nombre de éxtasis. Esta enfermedad afecta de dos maneras: en una, la inmovilidad aparente es absoluta, en la otra es incompleta. Los movimientos convulsivos que en esta segunda especie agitan el rostro del enfermo establecen la afinidad de este trastorno con afecciones nerviosas comunes conocidas bajo el nombre de histeria, de epilepsia, etc. La primera de las formas, en cambio, nos muestra al afectado de catalepsia inmóvil como una estaca de madera. Los ojos están generalmente abiertos y miran hacia lo alto; el cuello está ligeramente sobreextendido, los miembros están extremadamente rígidos y los puños convulsivamente apretados. Si se levanta al enfermo se mantiene en la misma postura y sus miembros guardan la posición en la que se los deja. El cuerpo es insensible y el alma está ajena a lo que la rodea.

Algunos pueden entender lo que se les dice conservando un recuerdo confuso de su situación. La mayoría ignora lo que está pasando alrededor y salen insensiblemente, como de un sueño penoso, del letargo en el que estaban hundidos. Tulpius cita la historia de un joven varón perdidamente enamorado de una dama cuyos padres le rehusaron la mano; rotas sus esperanzas, cayó inmediatamente en un estado de insensibilidad y rigidez. En su reciente tratado sobre la Catalepsia, el Dr. Bourdin refiere un suceso cuyas curiosas peculiaridades merecen ser reproducidas: una mujer de 25 años se resintió de tal pavor, luego de una caída del *cabriolet*, donde viajaba con otras dos personas, que no pudo levantarse. Cayó en un profundo silencio seguido por una incoercible locuacidad. Quedó inmóvil y como privada de sentimientos. Este estado duró dos horas, después de las cuales volvió a la vida y a la inteligencia. Pero había olvidado todo.

A la luz de estos distintos ejemplos se evidencia que la catalepsia es precisamente lo contrario del éxtasis. En uno, los poderes del cerebro son exaltados y la acción muscular decae; en el otro, la dispersión del

fluido nervioso por el tejido muscular parece privar de los sentidos y el intelecto.

Queda aún por distinguir del éxtasis una serie de estados que le son aún más afines que los precedentes, en particular la contemplación. Meditación profunda, en cualquier estado, la contemplación no se sustrae por completo al imperio de las sensaciones físicas. El hombre que está concentrado, aunque maquinalmente, ejecuta ciertos actos exteriores y realiza combinaciones racionales y reflejas. Muy al contrario, por entero en su arrebatado, en su comercio íntimo con los seres imaginarios, el extático no sabrá en qué momento comienza o cesa la causa de su éxtasis, ni cuándo los órganos, al amparo de esta situación anormal, han perdido el grado de excitación necesario para activarse.

Todos los hombres, en distintos grados, son capaces de entrar en contemplación; no obstante, los casos citados son raros, ya que de alguna manera este es un estado normal que no afecta de un modo notable ni induce extravagancias. La contemplación debe ser considerada como el comienzo del éxtasis, su transformación puede conducir a esta afección.

Por contemplación se entiende, generalmente, el grado supremo de la meditación religiosa, pero esta palabra se puede aplicar a todas las formas de meditación, y las distracciones que engendra han alcanzado celebridad entre las anécdotas históricas. Arquímedes, por ejemplo, durante el sitio de Siracusa, concentrado en el diseño de una nueva máquina, no se apercebía de la presencia de un soldado romano que lo amenazaba con su espada hasta después de un largo tiempo, abstraído en su contemplación geométrica. Newton y La Fontaine sufrían de similares ausencias. Según Herault-Séchelles, el académico Thomas paseaba frecuentemente por las verdegueantes praderas de Chantilly, y se le veía con la cabeza baja durante horas hablando consigo mismo y llevándose maquinalmente a la nariz un eterno trozo de tabaco. En fin, el matemático Wiette, ocupado en importantes problemas, habría olvidado durante tres días con sus noches de comer, beber y dormir.

La contemplación, si carece de una base fija y positiva, engendra las concepciones más bizarras. Sin duda, los inspirados y los visionarios han sido originalmente contemplativos en quienes el hábito del ensueño, junto a una inteligencia viva, han conducido finalmente a personificar sus pensamientos. ¿Qué de formas no adquieren nuestras ideas por la combinación de deseos, de pasiones, de creencias, de prejuicios y de recuerdos? La facilidad con que cada uno de nosotros se pierde más o menos dentro de parecidas quimeras, el pensamiento natural que nos lleva a creer en las maravillas

de la brujería, donde nuestra razón es apenas capaz de disipar los fantasmas, ¿no explican cómo ha ocurrido en otras épocas la creencia en tantas apariciones? Un alma dolorida espera la liberación de un voto incumplido. Empezando, la conciencia se reprocha de una negligencia criminal, cuya existencia lamenta sobre todo durante la noche, cuando las distracciones del día no vienen a contrabalancear y destruir los efectos de la contemplación. Por una filiación gradual e inevitable, los remordimientos evocan los espectros por sí mismos, que se sitúan delante de la cama, acusan y cada noche se complacen en renovar los suplicios que infligen. Es imposible dudar, y a medida que se reviven las circunstancias de estas misteriosas visiones, más se persuade y más decidido se está en proclamar su autenticidad. O bien es una madre piadosa que llora a un infante querido: la imagen está profundamente grabada en su corazón; absorta en una dulce melancolía ella lo contempla al tiempo que su imaginación le sueña resplandeciente y radiante en el seno de la divinidad, rodeado de un coro de ángeles. Sus visiones se reproducen sin cesar, y lo que al principio no era sino un recuerdo deviene una realidad. Así se explican las historias de los soñadores y sus exaltaciones maníacas, que, según la época en que se producen, se revisten con las ideas y las pasiones dominantes.

En cuanto al éxtasis, según nosotros, la inmovilidad es aparente, determinada por una concentración moral exclusiva e involuntaria, encadenado a pesar de sí mismo a un sentimiento que lo domina, el hombre se transforma en súbdito de una influencia a la que no logra sustraerse. Sus facultades menos activas y menos exaltadas de lo que se ha pretendido son, por el contrario, subyugadas por un movimiento violento, su sensibilidad está puesta en juego sin que ellos tengan conciencia del mecanismo de sus diversas operaciones.

Finalmente, ¿qué idea más justa podríamos dar nosotros sobre este maravilloso estado que la descripción hecha por Santa Teresa?

*Uno experimenta –dice ella– una especie de sueño en la potencia del alma, del entendimiento, de la memoria y de la voluntad, durante el cual, aunque ella no está completamente adormecida, no sabe cómo opera. Se siente una especie de voluptuosidad que semeja la que pudiera sentir una persona agonizante arrebatada de muerte en el seno de Dios. El alma entonces no sabe lo que hace, ignora si habla o si calla, si ríe o si llora; es una feliz extravagancia, una celeste locura, durante la cual se instruye en la verdadera sabiduría de una manera que la llena de un inconcebible consuelo. Poco falta entonces para que se sienta desfallecer, está como desmayada, apenas puede respirar. Todas las fuerzas corporales se*

*sienten tan debilitadas, que hace falta un gran esfuerzo para mover solamente las manos. Los ojos se entornan por sí mismos, y si permanecen abiertos no ven nada, no sabrían leer aunque quisieran, saben bien qué son las letras, pero no pueden distinguirlas ni juntarlas porque el espíritu no está activo entonces. Y si alguien habla a esta persona, no entenderá nada de lo que se le dice, intentará en vano hablar porque no sabrá ni formar ni pronunciar una sola palabra; todas las fuerzas exteriores la abandonan, pero las de su alma aumentan para mejor poseer la gloria de la que goza.*

Hemos leído en Santa Teresa el paroxismo del éxtasis. Ella se entendía con Dios y los ángeles, con quienes sostenía elevadas conversaciones. Después de media o una hora salía de este arrebato y se deshacía en lágrimas.

¿Citaremos todavía a Sócrates? Este filósofo inmortal se tornaba a veces exánime y como petrificado. Caminando un día con algunos de sus seguidores, en Potidea, se retrasó un tanto. Cuando sus discípulos se voltearon para mirarlo, lo sorprendieron en la actitud de una estatua, los ojos abiertos y fijos sobre el cielo. Sócrates conversaba entonces con su genio familiar.

Tales ejemplos abundan en la historia. Cardan, célebre médico milanés del siglo XVI, tenía, por la sola fuerza de su voluntad, el don de entrar en este estado de éxtasis. San Pablo, arrebatado al tercer cielo, prueba la plenitud de las celestes voluptuosidades. *El corazón del hombre –escribe– no puede hacerse una idea de las bondades que Dios prepara para aquellos que ama.* La Srta. Guyon, cuyo nombre evoca las penas de Fenelón y el quietismo, gustó también, según asegura, la inefable dulzura de las uniones místicas.

Montégre informa a su vez de diez casos que pertenecen incontestablemente al dominio del éxtasis. Una mujer quedó primero en un estado de inmovilidad y de insensibilidad completa; después, penetrada del amor divino, sintió nacer una vida nueva y apasionada. Su exaltación degeneró en un auténtico delirio. Un día se arroja de su cama y se lanza a los brazos de un compañero: *ven conmigo para llamar al amor, yo sola no sabría nombrarlo lo suficiente.*

Una joven francesa, histérica, tierna y sensible, perdía frecuentemente el uso de la palabra y de todos los sentidos, y se creía confundida por su amante místico.

La naturaleza de esta afección podría servir para resolver ciertos enigmas históricos, vistos como fábulas. No sería justo, por ejemplo, considerar como éxtasis el comercio de íncubos y súcubos con el diablo, sobre todo si uno admite que este pretendido comercio no fue siempre una invención a propósito para disimular pasiones culpables y vergonzosos excesos

El éxtasis debuta, a veces, de una manera instantánea, como en Sócrates, por ejemplo. Por el apagamiento de la inteligencia y la rigidez muscular se aproxima a la catalepsia, donde los ataques son también súbitos e involuntarios. Lo más frecuente es que los síntomas se desarrollen gradualmente; el ensueño conduce a la contemplación, la contemplación al raptó, el raptó al éxtasis. Los accesos tienen una duración indeterminada. Aun cuando el extático rechace sus ilusiones, casi siempre agradables, para reentrar en una realidad frecuentemente penosa, su cuerpo queda fatigado, su alma inerte, su inteligencia oscurecida.

No debe sorprender que en general los hombres que sufren esta afección sean aquellos que practican la vida ascética. Las alegrías terrestres necesitan de actividad, de movimiento, de agitación como para conducir al éxtasis. El estudio de las ciencias deja, en general, la imaginación demasiado insensible y el cuerpo demasiado frío. Sin embargo, la voluptuosidad sensual de las naturalezas tiernas y apasionadas, el nerviosismo melancólico, todas esas emociones que no sabrían ser descritas, hallan en el éxtasis una afinidad muy característica. El alma entonces no enmudece más que para un solo sentimiento, confuso e indecible, las delicias en que queda hundida.

Un temperamento nervioso, la exquisita sensibilidad de un corazón impresionable, la vivacidad de una imaginación ardiente predisponen al éxtasis, cuyo desarrollo se favorece con el hábito de la meditación, la lectura de los libros místicos, la frecuencia de satisfacciones voluptuosas. Puede también nacer por la influencia de sensaciones puramente físicas. Así lo alcanzó J.J. Rousseau en las montañas suizas al contemplar la majestuosa belleza de la naturaleza. Este fenómeno es sobre todo frecuente entre las personas

dotadas de una organización musical. ¿Quién no conoce el poderoso efecto de la melodía? El arpa de David podía apartar las melancólicas sombras de Saúl; al son de la flauta de Amphyon las piedras se ubicaban ellas mismas sobre las murallas que construía; la lira de Orfeo encadenó a Cerbero. Esto es poesía, sin duda, pero revela una incontestable verdad. Porque uno ha visto a personas subyugadas por esta sensación única quedar privadas de pensamiento y movimiento durante largo tiempo, aún después que la música hubiera cesado.

También se produce el éxtasis por el uso de diversas sustancias que ejercen una acción profunda sobre las funciones cerebrales. Es por estos alegres medios homicidas que los asiáticos alcanzan la vejez y la muerte a una edad en que los otros hombres están aún en todo su vigor. Entre los fumadores de opio se producen los más singulares fenómenos, el cuerpo queda en un reposo absoluto mientras el alma está en posesión de las más deliciosas visiones, en los más ardientes transportes. Según una ficción poética de Béranger, el vino de Chipre ha creado todos los dioses. ¿No podríamos decir lo mismo, y con razón, respecto del opio y de otros agentes análogos, que han construido el paraíso de las huríes, los palacios mágicos de los cuentos, y dado a luz todos los relatos maravillosos cuya patria es el Oriente? Hay una sustancia, el haschich, extraído de una especie de cáñamo, usada en Asia y conocida recientemente en Francia, que posee en alto grado la propiedad de inducir el éxtasis, y de la cual el Dr. Moreau de Tours, en una sabia memoria, ha comprobado sus sorprendentes efectos.

El éxtasis puede ser funesto para quienes lo prueban, el mejor modo de curar una tal afección está en sustraer a los extáticos a las causas morales que lo hacen nacer.



## REPORTE

# SUICIDIO ADOLESCENTE Y OTREDAD: LA BALLENA AZUL DENTRO DEL AULA<sup>1</sup>

(Rev GPU 2018; 14; 1: 25-34)

Francisco Ceballos-Espinoza<sup>2</sup>

Durante los últimos años se han registrado cambios sustanciales en el comportamiento estadístico del fenómeno suicida. Una de estas variaciones tiene relación con el aumento significativo de la tasa de mortalidad por suicidio adolescente. Aunque no existe una explicación unívoca respecto de esta tendencia estadística, es innegable la incidencia del desarrollo tecnológico y los factores contextuales propios de la modernidad. De esta forma, conjuntamente con las características endógenas presentes en esta etapa vital, resulta necesario enfocar la atención al escenario en que los adolescentes se movilizan en la actualidad. El acceso a internet y la masificación del uso de teléfonos móviles conforman los nuevos espacios de comunicación e interrelación entre los jóvenes y su entorno. La otredad, en este escenario generacional –aun cuando en ocasiones se instala desde la incertidumbre y lo desconocido– resulta determinante en el desarrollo adolescente. En esta etapa de vida algunos elementos –propios del contexto escolar y de la influencia de internet– constituyen dos de los factores de riesgo de mayor estudio dentro de la literatura científica en esa línea de investigación; sin embargo, estos elementos resultan insuficientes a la hora de explicar la complejidad del suicidio adolescente.

<sup>1</sup> Adolescent suicide and otherness: The blue whale inside the classroom: ponencia presentada en el VI Congreso Internacional de Psicología y Educación organizado por Psychology Investigation Corp. Octubre, 2017. Lima, Perú. ISBN: 978-9962-5571-3-5.

<sup>2</sup> Detective/Psicólogo Criminalista. Departamento de Estudios Criminológicos, Instituto de Criminología de la Policía de Investigaciones de Chile (PDI). Docente de la Academia Superior de Estudios Policiales. Correspondencia: Avda. José Domingo Cañas N° 2025, Ñuñoa, Santiago de Chile. Cod. Postal 7750000. Mail: fceballose@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE, 2015) reportó cerca de 150 mil suicidios durante el año 2013 entre los 34 países que integran el señalado organismo. Durante el mismo año las tasas más bajas<sup>3</sup> se registraron en Turquía (2.6 x 100 mil habs.), Grecia (4.2 x 100 mil habs.), México (5.0 x 100 mil habs.), Italia (6.3 x 100 mil habs.) e Israel (6.4 x 100 mil habs.). En sentido contrario, Corea del Sur tuvo la mayor tasa de suicidios (29.1 x 100 mil habs.), seguido de Hungría (19.4 x 100 mil habs.), Japón (18.7 x 100 mil habs.) y Eslovenia (18.6 x 100 mil habs.). Chile, por su parte se sitúa en el lugar 17 con 11 muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes. Sin embargo, al comparar la variación de las tasas de suicidio durante el periodo 1995-2009, este país presenta la segunda mayor alza en la tasa de mortalidad por esta causa –en la población adolescente– entre los Estados miembros de la OCDE. Esta variación estadística, solo es superada por Corea del Sur con un aumento que promedia el 54,9% para el periodo en estudio, seguido –en ese orden– por Japón, México y Portugal (OCDE, 2011).

Este indicador no resulta un dato aislado y las cifras instalan un panorama particularmente preocupante. El aumento de adolescentes que fallecen por causas externas, tales como homicidio, accidentes de tránsito y suicidio, representa –en la actualidad– un 60% del total de muertes para este grupo etario (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2013); y, en el caso particular de las muertes a causa de suicidio, Chile forma parte de los 5 países con mayor tasa de mortalidad adolescente auto-provocada (rango etario de 15 a 19 años), situándose solo por debajo de Rusia, Nueva Zelanda, Irlanda y Finlandia (OCDE, 2011). En consecuencia, este fenómeno criminológico se instala como uno de los mayores problemas a los que se encuentra expuesta la población adolescente.

## ADOLESCENCIA Y SUICIDIO

La Organización Mundial de la salud define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años<sup>4</sup>. En esta etapa

los adolescentes –junto con los cambios físicos experimentados– tienden a reafirmar su propia identidad, a la vez que buscan identificarse y ser aceptados por el grupo social de referencia. Este sistema de valores –y los puntos de referencia– cambia de una forma considerable, especialmente en lo referido a la relación con la familia y la escuela, espacios en los cuales se establecen nuevas formas de interrelación, comunicación y utilización del tiempo libre y de recreación. Por lo mismo, este periodo es idóneo para la adopción de hábitos y actitudes nocivas como el uso de sustancias adictivas y el intento suicida que posteriormente pueden permanecer en la adultez (Álvarez-Toste *et al.*, 2018).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad durante la adolescencia, en tanto que la depresión constituye la primera causa de morbilidad y discapacidad para el mismo rango etario (10-19 años). No cabe duda que el suicidio, tanto en la adolescencia como en la población en general, es una conducta de etiología multideterminada y compleja, parte de un proceso dinámico de carácter biopsicosocial en el que influye una serie de factores de distinta naturaleza. Al respecto, diversas investigaciones han reportado que la depresión (Villalobos-Galvis, 2009), la baja autoestima (Fuentes *et al.*, 2009; Cabra, Infante y Sossa, 2010), un historial familiar con antecedentes de suicidio (Vargas y Saavedra, 2012), la disfuncionalidad familiar (Carvajal y Caro, 2011; Pérez, Téllez, Vélez y Ibáñez, 2012) y la angustia por sentimientos de rechazo e incompreensión por parte de los padres como dinámica de relación interpersonal (Córdova, Cubillas y Román, 2011), son las variables que mejor explican la presencia de ideación suicida en la población adolescente.

Pese a tales hallazgos, algunos investigadores advierten que la ideación suicida –por sí sola– no conduce a la planificación o a la tentativa suicida, en tanto, esta requiere de la vinculación con otras variables para suscitar el tránsito del pensamiento hacia la planificación, la tentativa o el suicidio consumado (Boeninger, Masyn, Feldman y Conger, 2010; Bowers, Banda y Nijman, 2010). Al respecto, Beck, Rush, Shaw y Gary (1983), señalan que la etiología implicada en el intento suicida es un continuo en el que hay que otorgar especial atención a los deseos y a los planes para cometerlo (ideación suicida), a los sentimientos de inutilidad, a las pérdidas recientes, al aislamiento social, a la desesperanza y a la incapacidad para pedir ayuda. En esta línea de investigación, Tang *et al.* (2009) reportaron que el sexo femenino, la baja autoestima, el consumo semanal de alcohol, el consumo de drogas ilícitas, presencia de cuadro depresivo, conflictos familiares, el bajo nivel de

<sup>3</sup> En el mismo documento la OCDE señala que el número de suicidios en ciertos países puede ser inferior al real debido al estigma asociado con el acto o la falta de fiabilidad de datos asociados con los criterios de notificación.

<sup>4</sup> Recuperado de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)

educación materna, familia disfuncional, la escasa conexión con la escuela, problemas relacionales con el grupo de pares y el abandono escolar son indicadores que se asocian con el intento suicida del adolescente.

De cualquier forma, las investigaciones son coincidentes en señalar la relevancia de la familia para este grupo etario. De acuerdo con Montero (1997), la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, amortiguadora de las tensiones que engendra la vida cotidiana; sin embargo, advierte que –de igual forma– podría constituir un elemento generador de estrés en sí mismo. De tal manera que, así como constituye un factor protector, puede –también– representar un factor de riesgo y desempeñar una función importante en la aparición de conductas de tipo suicida (Arias *et al.*, 2009; Turecki, Ernst, Jollant, Labonté y Mechawar, 2012; Rajalin, Hirvikoski y Jokinen, 2013).

Se puede afirmar, por lo tanto, que un clima familiar desfavorable incide negativamente en la conducta adolescente, propiciando la aparición de conductas disruptivas que visibilizan el conflicto con su entorno; y, como parte de aquellas, surge la posibilidad de concretar actos lesivos que atenten contra sí mismo. Frente a esta carencia familiar, la existencia de redes sociales de apoyo constituye un elemento fundamental en el desarrollo adolescente, de tal manera que las redes vinculares que se establecen dentro del contexto escolar tienen una importancia fundamental; entre otras cosas, por la gran cantidad de tiempo que el adolescente permanece –durante el día– en ese espacio de convivencia con sus pares.

## LA OTREDAD EN EL CONTEXTO ESCOLAR

En la adolescencia, tanto la familia como el entorno social más amplio cumplen un rol fundamental y relevante para la conformación del sujeto (Kidd *et al.*, 2006). En estos espacios interpersonales la percepción sobre sí mismo –del esquema corporal y las características físicas– junto a la percepción que los demás tienen sobre él, constituyen los elementos de mayor peso en la consolidación de su identidad (Di Rico, Paternain, Portillo y Galarza, 2016). La familia, en este nuevo escenario, deja de ser el eje fundamental de socialización; y los amigos pasan a desempeñar un papel preponderante en su constitución como sujeto. De ahí deriva la importancia de la presión social y del cambio de intereses en la ocupación del tiempo de ocio en esta etapa de la vida.

Para Echeburúa y Requesens (2012), al mismo tiempo que el adolescente se desconecta de sus padres exigiendo privacidad y autonomía frente al control, se

intensifica el uso que hace de las nuevas tecnologías; por ello, la adolescencia puede suponer –en sí misma– un factor de riesgo ante el uso de estos nuevos medios, elemento que los educadores deben identificar y prevenir adecuadamente.

Se ha sugerido, en tal sentido, que los medios de comunicación –dentro de ellos las redes sociales– podrían tener una actuación determinante y un efecto de contagio en la instalación de conductas suicidas de tipo imitativo (Cheng, Hawton, Lee y Chen, 2007; Kirkland, 1999; Phillips, 1982; Stack, 1996). Es lo que se ha denominado *efecto Werthef*, también conocido como *efecto Copycat*, el cual –según algunos estudios realizados– es más probable que se produzca cuando el modelo es una persona célebre (Cheng, Hawton, Lee y Chen, 2007; Fu y Chan, 2013; Park *et al.*, 2016; Pirkis y Blood, 2001). De ahí que Kaplan y Sadock (2000) se refieran a este fenómeno como *efecto de identificación*, según el cual, una conducta suicida puede precipitar otros intentos en un grupo de adolescentes con características similares, lo que se ha descrito también como *suicidio por imitación*. Para Durkheim (1897) es probable que este suicidio por imitación ocurra en cuanto más cercana sea la víctima de suicidio anterior. El aula se transforma así en un espacio de cuidado, pues la exposición a conductas suicidas –o intentos suicidas– por parte de compañeros aumenta seriamente el *riesgo de contagio* en el entorno más próximo (Chan *et al.*, 2017; Phillips, 1982; Zimmerman, Rees, Posick y Zimmerman, 2016).

De esta forma, no cabe duda que el contexto escolar –como espacio de conformación adolescente (al igual que la familia)– puede representar un factor protector, pero también puede constituir un factor de riesgo. En este lugar el grupo de pares resulta esencial a la hora de entender los comportamientos individuales. Aquí, la *otredad* entendida como “los otros”, el grupo de afuera, constituye un elemento clave para la comprensión de los fenómenos conductuales desplegados dentro de este espacio escolar (Fossaert, 1983). En este lugar el adolescente considera al otro como parte externa a él, ajeno a su actuar; y por lo mismo, la valoración que hace del otro surge de sus propios principios y valores (Montero, 2001); y, aunque se exterioriza a partir del deseo de convivir con los miembros de su entorno, esto no siempre es tarea sencilla, en tanto los roles y percepciones presentes –en el adolescente y el otro– distorsionan la realidad y la forma de visualizar el entorno (Flores, 1999).

El contexto escolar se instala, entonces, como un elemento altamente influyente en el desarrollo adolescente; aunque en ocasiones lo excluye, de la misma forma demanda –de él– su adaptación al medio en los

términos que la modernidad lo impone; de lo contrario –no siendo parte de la normalidad impuesta en el aula– presenta un alto riesgo de ser víctima de *bullying*; y, en consecuencia, de externalizar conductas agresivas, de retraimiento y/o tendencias suicidas (Vessey, Lulloff, Hernández, Strout y Di Fazio, 2016). Al respecto, investigadores han identificado que los problemas con los compañeros y el consumo de alcohol constituyen los principales factores de riesgo suicida (Bousoño *et al.*, 2017). Otros factores de gran influencia en esta determinación autolesiva lo constituirían los maltratos físicos y psicológicos efectuados por los propios padres y la falta de redes de apoyo (Hernández, Eiranova y López, 2013). Por el contrario, un mejor funcionamiento en las relaciones interpersonales (Morales, *et al.*, 2017), ser competente socialmente, tener una adecuada autoestima y sentirse integrado (Dale, Power, Kane, Stewart y Murray, 2010) han sido identificados como factores protectores y, por tanto, constituyen variables que disminuirían la posibilidad de desplegar conductas suicidas. Basados en estos presupuestos, Gormley y McNiel (2010) concluyen que los vínculos –dependiendo de su calidad– pueden atenuar o potenciar el riesgo de presentar prácticas autolesivas; por ello, la ruptura de las relaciones interpersonales significativas representa uno de los estresores más habituales asociados al desencadenamiento de una crisis suicida (Morales, Echávarri, Barros, Zuloaga y Taylor, 2016). Esto es aún más complejo si se considera que el contexto escolar ha sido definido como un espacio propicio para el enamoramiento entre pares y la conformación de lazos de tipo afectivo que incluyen –la mayoría de las veces– la iniciación de la vida sexual dentro de la relación amorosa. Para Cohen (2007) el amor entre pares dentro de este rango etario se relaciona con la conformación y el establecimiento de su imagen narcisista, por tanto, una ruptura en esta etapa del desarrollo constituye un quiebre y sustracción de ese espejo, devenir adverso que puede generar conflictos intrapsíquicos que, entre otros problemas, pueden promover la aparición de tendencias suicidas, y, con ello, la manifestación de conductas letales contra sí mismo.

Otro elemento esencial para entender la envergadura de esta problemática en edad escolar surge de la comprensión de los efectos del entorno en el adolescente. Investigaciones recientes han reportado una asociación entre acoso escolar e ideación suicida (García, Moncada y Quintero, 2013; Kim, Koh, y Leventhal, 2005; Kim y Leventhal, 2008; Roeger, Allison, Korossy-Horwood, Eckert y Goldney, 2010; Ybarra, Mitchell, Kosciw y Korchmaros, 2014). Dentro de ella se ha identificado una asociación particularmente fuerte

para quienes han referido ser intimidados con mayor frecuencia, independiente de la morbilidad psiquiátrica presente (Skapinakis, *et al.*, 2011). Un claro ejemplo de los nocivos efectos del acoso escolar lo constituye el hostigamiento hacia la población homosexual adolescente por parte de compañeros. Investigadores han reportado que tanto la homosexualidad como las relaciones amorosas entre adolescentes del mismo sexo no constituyen un factor de riesgo en sí mismo; sino del adolescente en tanto sujeto víctima de acoso (escolar) por tal motivo (Ortega-Barón, Buelga, Cava, y Torralba, 2017; Montoro, Thombs y Igartua, 2015; Trigueiro, 2015).

López (2016), concentrando sus investigaciones en la figura del acosador concluye que los estudiantes agresores han sabido recurrir y aprovechar los actuales recursos disponibles para abrir nuevas formas de violencia, dando lugar al acoso cibernético mediante la utilización de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) con la finalidad de hostigar de manera deliberada a la víctima. El objetivo entre los agresores tiende a ser transversal, la demolición de la imagen del otro, la búsqueda de humillación y el chantaje afectivo, a partir de los cuales se establece un circuito altamente complejo de mecanismos de roles que estallan en actos fácticos de una violencia inusitada (Rodríguez, 2012). Estas herramientas –disponibles en internet– facilitan la propagación del acoso (mediante ridiculizaciones, amenazas, chantajes y discriminaciones), a la vez que aseguran el anonimato del autor de modo que las víctimas desconozcan el origen del acoso y la identidad de su agresor (Hernández y Solano, 2007).

## ADOLESCENTES EN LA ERA DIGITAL

Dentro del espacio escolar el uso de tecnología y plataformas virtuales es cada vez más común y necesario para la formación educativa de los estudiantes; sin embargo las redes sociales no están exentas de peligros. La mayoría de los alumnos utiliza las redes sociales principalmente para divertirse y ponerse en contacto con sus amigos, también para conocer a otros e intercambiar mensajes e imágenes (Ballesta, Lozano, Cerezo y Soriano, 2015). Por otro lado, aunque minoritario, se estima que entre un 3% y un 6% de los adolescentes hace un uso abusivo de Internet y, en particular, de las redes sociales (Echeburúa y Requesens, 2012). Este escenario, sin duda, da cuenta de una generación de adolescentes marcada por la tecnología y el uso de dispositivos electrónicos con acceso permanente a internet. Al respecto, el Observatorio del Instituto Nacional de las Tecnologías de la Información (2010) reportó

que –en España– 8 de cada 10 adolescentes, entre 15 y 16 años de edad, maneja un teléfono móvil personal propio, usándolo para tomar imágenes (88%), que se publican en Internet (20,8%) y/o se envían a otras personas (48,2%); a su vez, indican que 2 de cada 3 personas de entre 10 y 16 años poseen un teléfono móvil y cerca del 4% de ellas confirman que tiene fotos o videos de carácter provocativo, en tanto que un 8,1% afirma que ha recibido información de extraños.

Así, hoy en día, frecuentemente se reportan estudios sobre el acceso a dispositivos electrónicos, el uso y abuso de internet y los efectos del manejo patológico de ambos elementos. En tal sentido, existe un importante número de investigaciones orientadas a explicar el uso problemático de estos nuevos medios de comunicación entre niños y adolescentes (Gabarda, Orellana, Pérez, 2017; Livingstone, 2001; Martínez, *et al.*, 2017). De hecho, ambos grupos etarios (niños y adolescentes) y sujetos con algún trastorno psiquiátrico presente constituyen una población especialmente vulnerable al desarrollo de problemas relacionados con el uso de Internet (Müller *et al.*, 2015; Liberatore, Rosario, Colón, Martínez, 2011).

Al respecto, Echeburúa y De Corral (2010) señalan que es posible determinar un uso patológico de medios tecnológicos cuando el sujeto presenta un marcado descuido de actividades académicas, laborales o domésticas, las que reemplaza por actividades *on line* como las redes sociales, el uso del correo electrónico y/o una participación adictiva en juegos virtuales. En esta misma dirección, otros investigadores apuntan que el uso problemático de internet tiene una base común con el resto de las conductas adictivas (Kormas, Critselis, Janikian, Kafetzis y Tsitsika, 2011; Montag, Kirsch, Sauer, Markett y Reuter, 2012; Prabhakaran, Patel, Ganjiwale, Nimbalkar, 2016; Zhou *et al.*, 2011). Consecuente con estos hallazgos, se ha identificado una asociación directa entre la adicción a internet y la aparición de conductas de tipo suicida (Fernández-Villa *et al.*, 2015; Kim, 2012; Kim *et al.*, 2016; Shapira, Goldsmith, Keck, Khosla y McElroy, 2000; Yoo, Cho, Cha, 2014), las que difieren –en términos de gravedad (intención/letalidad)– en relación con el tipo de actividad desarrollada por el adolescente en internet y/o los contenidos que revisa en la red (Lin *et al.*, 2014). Estas actividades se encuentran evidentemente afectadas por la masificación de nuevas tecnologías informáticas y el fácil acceso a nuevos medios de comunicación – junto con la expansión masiva de redes sociales como Facebook o WhatsApp– instalando espacios de difusión de información en tiempos inmediatos, la mayoría de las veces sin mecanismos de filtro y/o carente de

restricciones de algún tipo, fenómeno conocido como *viralización* de contenidos, lo que provoca que información de cualquier naturaleza sea difundida de manera simultánea en múltiples regiones, independiente de su cercanía geográfica.

Para Navarro-Gómez (2017), en este escenario virtual los menores de edad constituyen una población especialmente vulnerable a las posibles consecuencias negativas de la pérdida de privacidad como consecuencia del uso indebido de las redes sociales por parte de estos usuarios y/o de las políticas de privacidad que ofrecen tales plataformas de comunicación. El mismo autor señala que el gran problema surge cuando estos contenidos son vejatorios y atentan contra la integridad de un sujeto, pues, constituye –en estas circunstancias– una potencial arma de abuso, cuestión que reside principalmente en su posibilidad de anonimato, al hacer posible el ocultamiento de la identidad de quien propicia este tipo de conductas; y, por lo mismo, dificulta las posibilidades de intervención para frenar eventos de esta naturaleza.

Uno de los fenómenos de mayor viralización durante el último tiempo responde al nombre de *Ballena Azul*, un supuesto juego planteado en forma de pruebas o desafíos que el adolescente debe cumplir diariamente y que finaliza con el reto de saltar desde un edificio con el objeto de quitarse la vida<sup>5</sup>. Algunos medios de comunicación han vinculado el origen de este fenómeno viral a un artículo sobre suicidios publicado el año 2013 en un diario ruso, a partir de un juego que circulaba en Vkontakte (equivalente a Facebook en Rusia, muy popular entre adolescentes), el cual –meses después– trascendió a medios anglosajones y, durante el presente año, a los países iberoamericanos.

Pese a que no existen datos estadísticos que den sustento a la alarma originada, y que la mayoría de los casos publicados se han desvirtuado tras la investigación policial<sup>6</sup>, la propagación sobre los supuestos daños causados por este fenómeno se ha instalado como una verdadera leyenda urbana. En Chile, por ejemplo, pese a lo señalado por algunos medios de prensa, fuentes policiales han descartado el registro del algún

<sup>5</sup> En internet se ha publicado la supuesta lista de pruebas que debe cumplir el adolescente. En términos generales se plantean 50 desafíos bajo la imposición de cumplir diariamente uno de ellos. El nivel de riesgo y de gravedad autolítica aumenta conforme va superando los desafíos impuestos.

<sup>6</sup> Recuperado de <https://eldiariiony.com/2017/04/25/ballena-azul-el-juego-que-incita-al-suicidio-de-jovenes/>

fallecimiento adolescente vinculado a esta intervención virtual, así como también han descartado la ocurrencia de intentos de suicidio que tengan como base la práctica de esta dinámica. Lo que sin duda constituye una evidencia es el impacto mediático que ha generado este fenómeno, instalándose –en su momento– como uno de los conceptos que registró el mayor número de búsquedas en internet<sup>7</sup>. Sin embargo, este no ha sido el único viral que ha transitado entre la población más joven. Luego que la *baleña azul* alertó a las autoridades en países de todo el mundo, surgió un nuevo y peligroso entretenimiento que de igual manera comenzó a popularizarse entre la población preadolescente<sup>8</sup>. Así, bajo el nombre del *Abecedario del Diablo*, se instaló –principalmente en este rango etario– un juego cuya dinámica responde al desafío de recitar el abecedario, señalando una palabra que empiece con cada letra del alfabeto mientras el participante ejerce violencia física focalizada contra sí mismo generando el mayor dolor posible. Este ritual formaría parte de las exigencias que el prepúber debe cumplir para ingresar a un supuesto club, desde el cual se continuaría con su manipulación agudizando el patrón de maltrato. No obstante, estas prácticas no son las únicas: otros actos simbólicos tales como el denominado *cutting*, *risuka*, o *self injury*, se promueven desde la web, definiéndolos como modas y tendencia entre la población más joven<sup>9</sup>.

De todas formas, queda claro que cada día emergen nuevas dinámicas que propician conductas autolesivas en este tipo de población en particular; sin embargo, todas ellas operan desde una misma lógica: Para el adolescente el cuerpo toma el lugar de palabra. En este lugar la destrucción de este cuerpo-signo termina por desbordar las coordenadas familiares y el sentido de los marcos sociales como último recurso para transformar la dinámica del sistema (Payá, 2012). El cuerpo –para el adolescente– deviene escritura, y, como tal, un instrumento y/o medio para expresar aquello que no se pone en palabras, prefiriendo el dolor físico antes que correr el riesgo de un sufrimiento psíquico. Desde el psicoanálisis es posible interpretar este fenómeno comportamental bajo el concepto de *acting out*, con el cual se pretende dar cuenta de esta tentativa última dirigida a

buscar el reconocimiento del otro. En este sentido, pese a que el suicidio adolescente se presente –mayoritaria y aparentemente– como una reacción impulsiva frente a un precipitante, lo cierto es que investigaciones en este grupo etario han reportado la existencia de un discurso suicida manifiesto –y también latente– durante el último tiempo, previo a su muerte (Ceballos-Espinoza, 2013, 2014), discurso que aparece impregnado de afectos –positivos y negativos– principalmente hacia los padres y/o la pareja, dando cuenta de las motivaciones tras una determinación tan paradójica como quitarse la vida por sí mismo, y develando tras el acto la única posibilidad cierta de devenir para un otro, de salir de este *no lugar*, y abandonar el estatus de objeto no deseado sin renunciar a su existencia, como una forma particular y drástica de marcar finalmente su presencia dentro de la estructura y encontrar ese lugar imposible en el otro.

## DISCUSIÓN

La revisión de la literatura científica reporta una amplia lista de factores de riesgo vinculados a la conducta suicida en la población adolescente. Los investigadores son coincidentes en reconocer la existencia de factores de tipo personal, propios del adolescente (depresión, impulsividad, consumo de alcohol, entre otros) como factores interpersonales, relativos al ambiente en el cual se desarrolla (relaciones familiares, historia familiar con antecedentes suicidas y/o *bullying*, por mencionar algunos). Junto a estos agentes, en estudios más recientes se han identificado factores propios de la modernidad y el avance tecnológico, como el perfeccionismo social prescrito, el contagio social, el uso problemático de internet y el *ciberbullying*, entre otros.

Esta complejidad cambiante se instala en el campo de lo subjetivo, a la vez que se expresa en el dispositivo social. En este espacio la irrupción de nuevas tecnologías ha instalado nuevos mecanismos de interrelación, modificando los procesos tradicionales de comunicación y vinculación afectiva. Junto a ello, la modificación del orden simbólico y la desidentificación con valores y figuras históricamente instaladas en esta etapa evolutiva, han posibilitado –junto a su reemplazo por otras figuras representativas– el surgimiento de nuevos fenómenos socioconductuales. En este escenario la otredad deviene subsumida en un discurso represivo y demandante. Los cánones de belleza y valores vitales impuestos, junto a los efectos colaterales de la masificación de modas juveniles altamente simbólicas, sitúan a los jóvenes con escasas posibilidades de abstracción y de mantener su individualidad, al mismo

<sup>7</sup> Recuperado de [http://verne.elpais.com/verne/2017/04/28/articulo/1493372590\\_262666.html](http://verne.elpais.com/verne/2017/04/28/articulo/1493372590_262666.html)

<sup>8</sup> Recuperado de <http://www.minutouno.com/notas/1553622-el-abecedario-del-diablo-el-peligroso-juego-la-baleña-azul>

<sup>9</sup> Recuperado de <http://periodicoeltiempo.mx/cutting-en-menores-es-causa-de-alarma/>

tiempo que aumenta el desarraigo familiar, de tal manera que el adolescente actual padece no solo de los sufrimientos propios de la etapa de desarrollo en la cual se encuentra, sino de que además sobrelleva una gran desorientación, acompañada de síntomas, comportamientos y posiciones subjetivos que lo mantienen en constante conflicto consigo mismo y con su entorno. En este lugar el objeto tecnológico cumple un rol fundamental para el adolescente, constituyendo una herramienta que puede, de igual forma, aislarle como vincularle socialmente.

Generaciones anteriores gozaban de un círculo social que se reducía a los compañeros de aula. Hoy las nuevas formas de comunicación y de interrelación, como las redes sociales, extienden el campo de lo social de manera inaudita y, en algunos casos, de manera conflictiva. Las investigaciones respecto del uso problemático de internet y su impacto en los adolescentes han reportado resultados ambivalentes; y por lo mismo, constituyen un elemento difícil de evaluar. Ello, por cuanto el uso de internet puede confinar al adolescente con el objeto técnico como único *partenaire*; pero también puede facilitar la producción de espacios de socialización e interrelación, donde –junto con mantener las relaciones entre compañeros– se abren posibilidades de encuentro con otros sujetos. El gran asunto a discutir, en este aspecto, ha sido la calidad del vínculo y la tolerancia hacia un otro diferente, del cual disiente, pues, a partir de un *click*, el sujeto tiene la posibilidad de *eliminar* de manera instantánea al otro diferente, al disidente, a quien opina distinto, a quien molesta con su punto de vista discrepante. En tal sentido, internet tiene la posibilidad de crear la ilusión de que el sujeto cuenta con un número importante de lazos de amistad.

De esta forma, inserto en una cultura exhibicionista, bajo una lógica de mercado, el adolescente cree contar con cientos de amigos, basado en el número de *likes* que recibe frente a una publicación. En consecuencia, las nociones de interacción y amistad son altamente complejas cuando se instalan en este espacio virtual. En este lugar, se construye una especie de no relación, donde lo relevante es el Yo, caracterizado por un narcisismo encerrado en sí mismo, en su incapacidad para mirar más allá del Yo y en la imposibilidad de establecer un vínculo con el otro, darle un lugar y reconocerlo como distinto. Esta diferencia se pierde en las redes sociales, pues tras cada *like* se esconde la necesidad de aprobación y de homogenizar al otro; he ahí el componente narcisista, en tanto que esta igualdad hace desaparecer al otro y, con él, la experiencia de alteridad, de reconocer a ese otro que lo contempla y le da sentido. Así, dentro de este espacio, de relación mediada por

la maquinaria digital, surge la posibilidad de construir una identidad virtual y, junto con ello, espacios para conformar entidades digitalizadas que propicien conductas de riesgo como el *phishing*, *ciberbullying*, *sexting*, *grooming*, *powerleveling*, entre otras; y, que –de igual forma– pueden desencadenar actos autolesivos de carácter letal.

Las investigaciones revisadas en el presente artículo han confirmado una asociación robusta entre estos fenómenos digitales y la conducta suicida; sin embargo el suicidio es un acto multideterminado y, por lo mismo, extremadamente abstruso y complejo en su génesis, desarrollo y desenlace, por lo que difícilmente podría ser explicado a partir de un hecho unívoco como lo es el uso de internet. Pese a ello, los medios de comunicación y las redes sociales han insistido en instalar fenómenos como la *Ballena Azul* para dar cuenta de una supuesta masificación de conductas suicidas en la población adolescente; sin embargo, no existe evidencia que respalde este aumento de suicidios como consecuencia de tal fenómeno viral, así como tampoco se ha cuantificado el impacto de este elemento en la determinación suicida. No obstante, parece ser una explicación que resulta cómoda, que exculpa al entorno y que permite, convenientemente, formular respuestas simplistas y causales frente a un fenómeno antagónicamente complejo y paradójico.

En contraposición a la exposición mediática de posturas ingenuas que intentan difundir la idea del suicidio como acto monocausal y reactivo, existe evidencia empírica que sostiene que el suicidio no constituye un acto reflejo ni mucho menos una respuesta instintiva. Por lo mismo, no responde al proyecto de un mundo basado en leyes causales, que intenta reducir la naturaleza de una conducta tan paradójica como el suicidio a criterios funcionales, pragmáticos y utilitarios –desde el punto de vista psicológico– bajo una lógica de causa/efecto. De esta manera, es factible concluir que la *Ballena Azul* no es causa del suicidio adolescente ni mucho menos puede constituir la explicación al aumento de la tasa de suicidio adolescente, así como tampoco lo es el *Abecedario del Diablo*, ni cualquier otra dinámica que se encuentre instalada en las redes sociales. Por lo mismo, es necesario asumir que el acto suicida es el resultado final de un proceso dinámico, por tanto, refiere a un continuo de conductas que incluyen una serie de aspectos cognitivos, como ideas suicidas y su planificación, además de aspectos conductuales como el intento de suicidio y el suicidio consumado (Mosquera, 2016). En esta misma línea, la evidencia demuestra que el discurso suicida adolescente presente en las notas de despedida refiere a elementos de vulnerabilidad propios

de esta edad: problemas interpersonales, conflictos con sus figuras significativas y familias disfuncionales que no le otorgan un espacio dentro de la estructura. De esta forma, apoyado en esta evidencia y tomando la Teoría de Augé (1992), Ceballos-Espinoza (2015), señala que el adolescente suicida deviene en un *no lugar*, el cual le resulta imposible habitar. Según palabras del mismo autor, en este *no lugar* no hay encuentro para el sujeto más que con otra imagen de sí mismo, con su espejo, territorio donde el suicida se descubre habitando un espacio no simbolizado, envuelto herméticamente en su individualidad; y, por lo mismo, sin su huella en los espacios por donde transita. Desde este *no lugar* surge la idea de acabar con su vida como un acto de resistencia, y a la vez, paradójicamente como un acto de sobrevivencia: “Muero, luego existo” se podrá interpretar de las notas suicidas que el adolescente deja en el lugar de su muerte, deviniendo subsistencia y eternidad, en lo que constituye su última esperanza para inscribirse en esta otredad donde ha dejado de existir.

Finalmente, desde un enfoque preventivo, es necesario comprender que la vulnerabilidad adquirida no basta para explicar la ideación suicida y el pasaje al acto, pues, si bien es cierto que el factor precipitante proviene mayoritariamente del grupo, difícilmente podría considerarse como la causa del gesto suicida. Se requiere la convergencia de factores de riesgo biopsicológicos de orden micro/macro social (familia, sociedad y cultura) para que un evento desencadene una agresión autolesiva mortal. Dentro de estos factores, resulta necesario prestar atención a los nuevos dispositivos de interrelación, así como también los fenómenos virales presentes en estos espacios. La periodicidad con que emergen en el colectivo adolescente y el consumo de medios de comunicación social problemática por parte de un número importante de esta población etaria hace necesaria la instalación de programas de prevención e intervención focalizada en establecimientos educacionales. De la misma forma que, de ocurrir un suicidio dentro del espacio escolar, se debe instaurar –de manera inmediata– dispositivos de prevención ante posibles nuevas conductas de esta naturaleza, evitando –ante todo– las explicaciones simplistas respecto a la conducta autolesiva realizada por uno de los compañeros del establecimiento educacional, pues el suicidio es una acción con precipitantes altamente complejos que no deben ser subestimados ni malentendidos; por lo mismo, los primeros esfuerzos en la intervención escolar con población adolescente deben dirigirse a desalentar toda expresión –verbal o conductual– que propenda a instalar la idea que el suicidio sea visto como un acto heroico, romántico, fascinante

o como una salida a determinados problemas, evitando con ello nuevos suicidios por deslizamiento o imitación.

## REFERENCIAS

1. Álvarez-Toste M, Hernández-Bernal F, Castillo-Hernández N, Hernández-Álvarez Y, Sibila-González M, Castro-Masson C, Romero M (2008). Algunos factores de riesgo en la adolescencia, hallazgos en un área de salud. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 46(3), 1-8. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032008000300007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032008000300007&script=sci_arttext)
2. Albero M (2002). Adolescentes e Internet. Mitos y realidades de la sociedad de la información. *Revista de estudios de comunicación* 3, 55-62
3. Arias M, Marcos S, Fernández S, Martín M, Arias J, Deronceré T (2009). Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *Medisan* 13(1). Recuperado de <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_1\\_09/san05109.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm)>
4. Ballesta F, Lozano J, Cerezo M, Soriano E (2015). Internet, redes sociales y adolescencia: un estudio en centros de educación secundaria de la Región de Murcia. *Revista Fuentes* 16, 109-130
5. Beck A, Rush A, Shaw B, Gary E (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Biblioteca de Psicología. Bilbao, España: Desclee De Brower
6. Boeninger D, Masyn K, Feldman B, Conger R (2010). Sex Differences in Developmental Trends of Suicide Ideation, Plans, and Attempts among European American Adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 40(5), 451-464. doi:10.1521/suli.2010.40.5.451
7. Bowers L, Banda T, Nijman H (2010). Suicide Inside: a Systematic Review of Inpatient Suicides. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 198(5), 315-28. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181da47e2
8. Bousño M, Al-Halabí S, Burón P, Garrido M, Díaz-Mesa E, Galván G, García-Álvarez L, (...), Bobes J (2017). Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones* 29(2), 97-104. doi: 10.20882/adicciones.811
9. Cabra O, Infante D, Sossa F (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas* 13(2), 28-35
10. Carvajal G, Caro C (2011). Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá 2009. *Revista Colombia Médica* 42(2), 45-56
11. Ceballos-Espinoza F (2013). El Suicidio en Chile: Una aproximación al perfil suicida a partir del análisis de notas suicidas. *Revista Estudios Policiales*. Vol. 10, pp. 77-92
12. Ceballos-Espinoza F (2014). El discurso suicida: Una aproximación al sentido y significado del suicidio basado en el análisis de notas suicidas. *Sciences PI Journal* 1(1), 23-56
13. Ceballos-Espinoza F (2015). Mensajes póstumos y discurso suicida: hacia la teoría del no lugar suicida. *Estudios Sociohumanísticos* 1(1), 5-16
14. Chan. S., Denny S, Fleming T, Fortune S, Peiris-John R, Dyson B (2017). Exposure to suicide behavior and individual risk of self-harm: Findings from a nationally representative New Zealand high school survey. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. Publicación online. doi: 10.1177/0004867417710728
15. Cheng A, Hawton K, Lee C, Chen T (2007). The influence of media reporting of the suicide of a celebrity on suicide rates: a population-based study. *Int J Epidemiol* 36(6), 1229-1234
16. Chile, Ministerio de Salud. (MINSAL). (2013). Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género.



- Santiago, Chile: Autor. Extraído de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SituacionActualdelSuicidioAdolescente.pdf>
17. Cohen D (2007). Por mano propia. Estudio sobre prácticas suicidas. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica
  18. Córdova M, Cubillas M, Román R (2011). ¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato. *Pensamiento Psicológico* 9(17), 21-32
  19. Dale R, Power K, Kane S, Stewart A, Murray L (2010). The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behavior repetition. *Archives of Suicide Research* 14, 311-328. doi:10.1080/13811118.2010.524066
  20. Di Rico E, Paternain N, Portillo N, Galarza A (2016). Análisis de la relación entre factores interpersonales y riesgo suicida en adolescentes de la ciudad de Necochea. *Perspectivas en Psicología* 13(2), 95-106
  21. Durkheim E (2012). *El suicidio* (2da. Ed.). Madrid, España: Akal. (obra original publicada en 1897. Título original: *Le suicide*)
  22. Echeburúa E, De Corral P (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones* 22(1), 91-96
  23. Echeburúa E, Requesens A (2012). Adicción a la redes sociales y nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Madrid, España: Ediciones Pirámide
  24. Fernández-Villa T, Alguacil J, Almaraz A, Cancela J, Delgado-Rodríguez M, García-Martín M (...) Martín V (2015). Uso problemático de internet en estudiantes universitarios: factores asociados y diferencias de género. *Adicciones* 27(4), 265-275. doi:10.20882/adicciones.27.4
  25. Flores O (1999). Octavio Paz. La otredad, el amor y la poesía. *Revista Razón y palabra* 15(4). México, ITESM
  26. Fossaert R. 1983. *Les structures idéologiques*. París, Francia: Seuil
  27. Fu K, Chan C (2013). A study of the impact of thirteen celebrity suicides on subsequent suicide rates in South Korea from 2005 to 2009. *PLoS One* 8: e53870
  28. Fuentes M, González A, Castaño J, Hurtado C, Ocampo P, Páez M (...) Zuluaga L (2009). Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). 2007-2008. *Archivos de Medicina* 9 (2), 110-122
  29. Gabarda S, Orellana N, Pérez A (2017). La comunicación adolescente en el mundo virtual: Una experiencia de investigación educativa. *Revista de Investigación Educativa* 35(1), 251-267
  30. García J, Moncada R, Quintero J (2013). El bullying y el suicidio en el escenario universitario. *Revista Colombiana de Ciencias Universitarias* 4(2), 298-310
  31. Gormley B, McNiel D (2010). Adult attachment orientations, depressive symptoms, anger, and self-directed aggression by psychiatric patients. *Cognitive Therapy and Research* 34, 272-281. doi:10.1007/s10608-009-9267-5
  32. Hernández, A., Eiranova E, López Y (2013). Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. *Medisan* 17(12), 9027-9035. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013001200001&lng=es&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200001&lng=es&lng=pt)
  33. Hernández M, Solano I (2007). Cyberbullying, un problema de acoso escolar. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia* 10(1), 17-36
  34. Kaplan H, Sadock B (2000). Sinopsis de psiquiatría (8va ed). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, pp. 1423-1425
  35. Kidd S, Henrich C, Brookmeyer K, Davidson L, King R, Shahar G (2006). The social context of adolescent suicide attempts: interactive effects of parent, peer, and school social relations. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 36(4), 386-395. doi: 10.1521/suli.2006.36.4.386
  36. Kim J (2012). The nonlinear association between Internet using time for non-educational purposes and adolescent health. *Journal of Preventive Medicine and Public Health* 45(1), 37-46. doi:10.3961/jpmph.2012.45.1.37
  37. Kim N, Hwang S, Choi J, Kim D, Demetrovics Z, Király O, (...), Choi S (2016). Characteristics and psychiatric symptoms of internet gaming disorder among adults using self-reported DSM-5 criteria. *Psychiatry Investigation* 13(1), 58-66. doi: 10.4306/pi.2016.13.1.58
  38. Kim Y, Leventhal B (2008). Bullying and suicide. A review. *Int Adolesc Med Health*. 20(2), 133-154
  39. Kim Y, Koh Y, Leventhal B (2005). School bullying and suicidal risk in Korean middle school students. *Pediatrics* 115(2), 357-363
  40. Kirkland L (1999). To end itself by death: suicide in Shakespeare's tragedies. *South Medical Journal* 92(7), 660-666
  41. Kormas G, Critselis E, Janikian M, Kafetzis D, Tsitsika A (2011). Risk factors and psychosocial characteristics of potential problematic and problematic internet use among adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 11(595), 1-8. doi: 10.1186/1471-2458-11-595
  42. Liberatore K, Rosario K, Colón, L. Martínez K (2011). Prevalence of Internet addiction in Latino adolescents with psychiatric diagnosis. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 14(6), 399-402. doi: 10.1089/cyber.2010.0252
  43. Lin I, Ko C, Chang Y, Liu T, Wang P, Lin H, Huang M (...) & Yen C (2014). The association between suicidality and Internet addiction and activities in Taiwanese adolescents. *Comprehensive Psychiatry* 55(3):504-10. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.11.012
  44. Livingstone S (2001). *Children and their Changing Media Environment: A European Comparative Study*. London: Lawrence Erlbaum Associates
  45. López M (2016). Propiedades psicométricas de un instrumento de acoso cibernético en estudiantes universitarios mexicanos. *Actualidades Investigativas en Educación* 16(1), 91-111. <https://dx.doi.org/10.15517/aie.v16i1.21716>
  46. Martínez Á, Márquez M, Martín A, Jurado M, Fuentes M, Linares J (2017). Revisión del uso de las nuevas tecnologías para la intervención en violencia de género en parejas de adolescentes. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology* 4(1), 63-73
  47. Montag C, Kirsch P, Sauer C, Markett S, Reuter M (2012). The role of the CHRNA4 gene in Internet addiction: a case-control study. *Journal of Addiction Medicine* 6(1), 191-195. doi:10.1097/ADM.0b013e31825ba7e7
  48. Montero M (1997). Apoyo social y salud mental. En *Psiquiatría social y comunitaria* I. Pp 253-268. Madrid, España: ICEPSS
  49. Montero M (2001) *Ética y política en Psicología. Las dimensiones no reconocidas*, Athenea Digital 1, 1-10. España, Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53700001>
  50. Montoro R, Thombs B, Igartua K (2015). The association of bullying with suicide ideation, plan, and attempt among adolescents with GLB or unsure sexual identity, heterosexual identity with same-sex attraction or behavior, or heterosexual identity without same-sex attraction or behavior. *Sante Ment Que* 40(3), 55-75
  51. Morales S, Echávarri O, Barros J, Zuluaga F, Taylor T (2016). Percepción del propio riesgo suicida: estudio cualitativo con pacientes hospitalizados por intento o ideación suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 25, 245-258
  52. Morales S, Echávarri O, Barros J, Maino M, Armijo I, Fischman R, Núñez C, Moya C, Monari M (2017). Intento e Ideación Suicida en Consultantes a Salud Mental: Estilos Depresivos, Malestar Interpersonal y Satisfacción Familiar. *Psykhe* 26(1), 1-14. doi: 10.7764/psykhe.26.1.939

53. Mosquera L (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 3(1), 9-18
54. Müller M, Vandeleur C, Rodgers S, Rössler W, Castelao E, Preisig M, Ajdacic V (2015). Childhood adversities as specific contributors to the co-occurrence of posttraumatic stress and alcohol use disorders. *Psychiatry Research* 228(3), 251-256
55. Navarro-Gómez N (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud* 28(1), 25-31. doi: 10.1016/j.clysa.2016.11.002
56. Observatorio del Instituto Nacional de las Tecnologías de Información. (2010). Estudio sobre la seguridad y privacidad en el uso de los servicios móviles españoles. Recuperado de <http://www.inteco.es>
57. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Health for the World's Adolescents. A Second Chance in the Second Decade. Recuperado de <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>
58. Organización para Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). (2011). OECD-Social Policy Division. CO4.1: Teenage suicide (15-19 years old). OECD Family Database. Recuperado de: <http://www.oecd.org/dataoecd/39/36/48968307.pdf>
59. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). (2015). Suicide 2013 (or nearest year), en Health at a Glance 2015. Paris, Francia: OECD Publishing. doi: 10.1787/health\_glance-2015-graph26-en
60. Ortega-Barón J, Buelga S, Cava M, Torralba E (2017). School violence and attitude toward authority of students perpetrators of cyberbullying. *Revista de Psicodidáctica* 22(1), 23-28
61. Park J, Choi N, Kim S, Kim S, An H, Lee H, Lee Y (2016). The impact of celebrity suicide on subsequent suicide rates in the general population of Korea from 1990 to 2010. *J Korean Med Sci* 31(4):598-603. doi: 10.3346/jkms.2016.31.4.598
62. Payá V (2012). El Don y la palabra. Un estudio socioantropológico de los mensajes póstumos del suicida. México: Aclatán
63. Pérez I, Téllez D, Vélez A, Ibáñez M (2012). Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 41(1), 26-47
64. Philips D (1982). The impact of fictional television stories on US adult fatalities: new evidence on the effect of the mass media on violence. *AJS* 87(6), 1340-1359
65. Pirkis J, Blood R (2001). Suicide and the media. Part III: Theoretical issues. *Crisis* 22(4), 163-169
66. Prabhakaran M, Patel V, Ganjiwale D, Nimbalkar M (2016). Factors associated with internet addiction among school-going adolescents in Vadodara. *J Family Med Prim Care* 5(4), 765-769
67. Rajalin M, Hirvikoski T, Jokinen J (2013). Family history of suicide and exposure to interpersonal violence in childhood predict suicide in male suicide attempters. *J. Affect. Disord* 148(1), 92-97. doi: 10.1016/j.jad.2012.11.055
68. Rodríguez J (2012). Bullying & Hiperconectados. En M. Chávez-Hernández, L. Macías y A. Klein (comp.), *Salud mental y males-tar subjetivo*. pp. 77-98. Buenos Aires, Argentina: Manantial
69. Roeger L, Allison S, Korossy-Horwood, Eckert K, Goldney R (2010). Is a history of school bullying victimization associated with adult suicidal ideation?: a South Australian population-based observational study. *J Nerv Ment Dis* 198(10), 728-733. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181f4aece
70. Shapira N, Goldsmith T, Keck P, Khosla U, McElroy S (2000). Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders* 57(1), 267-272
71. Skapinakis P, Bellios S, Gkatsa. T., Magklara K, Lewis G, Araya R, Stylianidis S, Mavreas V (2011). The association between bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece. *BMC Psychiatry* 8, 11-22. doi: 10.1186/1471-244X-11-22
72. Stack S (1996). The effect of the media on suicide: evidence from Japan 1955-1985. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 26(2), 132-42
73. Tang T, Ko C, Yen J, Lin., H., Liu S, Huang C, Yen C (2009). Suicide and its association with individual, family, peer, and school factors in an adolescent population in southern Taiwan. *Suicide Life Threat Behav* 39(1), 91-102. doi: 10.1521/suli.2009.39.1.91
74. Trigueiro A (2015). *Viver é a melhor opção- A prevenção do suicídio no Brasil e no mundo*. 2th. ed. Fraterno: São Bernardo do Campo
75. Turecki G, Ernst C, Jollant F, Labonté B, Mechawar N (2012). The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. *Neuropsychiatr. Disord* 35(1), 14-23
76. Vargas H, Saavedra J (2012). Factores asociados a la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuropsiquiatría* 75(1), 19-28
77. Vessey J, Lulloff A, Hernández L, Strout T, Di Flazio R (2016). Implicancias del bullying sobre la salud mental de los adolescentes. *Horizonte de Enfermería* 27(1), 9-23. doi: UC: 10.7764/Horiz\_Enferm.27.1.9
78. Villalobos-Galvis F (2009). Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Granada, España. Recuperado de <http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>
79. Ybarra M, Mitchell K, Kosciw J, Korchmaros J (2014). Understanding Linkages between Bullying and Suicidal Ideation in a National Sample of LGB and Heterosexual Youth in the United States. *Prevention Science* 16(3), 451-462. DOI 10.1007/s11121-014-0510-2
80. Yoo Y, Cho O, Cha K (2014). Associations between overuse of the internet and mental health in adolescents. *Nurs Health Sci* 16(2), 193-200. doi: 10.1111/nhs.12086
81. Zhou Y, Lin F, Du Y, Qin L, Zhao Z, Xu J, (...) Lei H (2011). Gray matter abnormalities in Internet addiction: a voxel-based morphometry study. *European Journal of Radiology* 79, 92-95. doi:10.1016/j.ejrad.2009.10.025
82. Zimmerman G, Rees C, Posick C, Zimmerman L (2016). The power of (Mis)perception: Rethinking suicide contagion in youth friendship networks. *Social Science & Medicine* 157, 31-38. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.03.046

## INVESTIGACIÓN

# ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL DE LA PSIQUIATRÍA PÚBLICA EN EL NIVEL SECUNDARIO DE ATENCIÓN DE LA REGIÓN DE COQUIMBO<sup>1</sup>: APROXIMACIONES A LA CRISIS DEL SISTEMA<sup>2, 3</sup>

(Rev GPU 2018; 14; 1: 35-44)

**Bruno Barahona<sup>4</sup>, Marcel Souyet<sup>5</sup>, Héctor Carrasco<sup>6</sup>, Rodrigo Cárdenas<sup>7</sup>**

*Coautores:*

Paulina Cerda<sup>8</sup>, Rodrigo Iribarren<sup>9</sup>, Ignacio Rodríguez<sup>10</sup>, Carlos Vega<sup>11</sup>, Johanna Pincheira<sup>12</sup>

*Colaboradores:*

Viola Pineda<sup>13</sup>, Gonzalo Lizana<sup>14</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Psiquiatría Hospital de Coquimbo (Elqui). Unidad de Psiquiatría Hospital de La Serena (Elqui). Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria de Illapel (Choapa). Unidad de Psiquiatría Hospital de Ovalle (Limarí).

<sup>2</sup> Documento de consenso. Mesa de trabajo de Jefes de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental Región de Coquimbo, 2017.

<sup>3</sup> Discusión de los lineamientos de la OMS y OPS concernientes al tratamiento de los padecimientos psiquiátricos graves (paciente crítico) en la Región de Coquimbo, Chile.

<sup>4</sup> Jefe de la Unidad de Psiquiatría Hospital de Ovalle. Mail: bruno.barahona@redsalud.gov.cl

<sup>5</sup> Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Coquimbo.

<sup>6</sup> Jefe de la Unidad de Psiquiatría Hospital de La Serena

<sup>7</sup> Jefe Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria (CESAM) Illapel.

<sup>8</sup> Psiquiatra infanto-juvenil, Servicio de Psiquiatría Hospital de Coquimbo.

<sup>9</sup> Psiquiatra adulto Hospital de La Serena.

<sup>10</sup> Residente psiquiatría, Universidad Católica del Norte.

<sup>11</sup> Unidad de Psiquiatría, Hospital de Ovalle.

<sup>12</sup> Unidad de Psiquiatría, Hospital de Ovalle.

<sup>13</sup> Psiquiatra adulto, Servicio de Psiquiatría Hospital de Coquimbo.

<sup>14</sup> Psiquiatra adulto, Unidad de Psiquiatría Hospital de Ovalle.

**El presente documento es el resultado de un esfuerzo colectivo de las unidades de psiquiatría de los hospitales generales de Illapel, Ovalle, La Serena y Coquimbo, y surge como una respuesta o reacción a la crisis que atraviesa la psiquiatría pública de la Región de Coquimbo. Crisis que se deja ver como la consecuencia de una inadecuada implementación de la reforma psiquiátrica en Chile, particularmente en la experiencia de la región de Coquimbo. Los análisis están centrados en el tratamiento del paciente crítico, que requiere hospitalización para resolver la fase aguda. En concordancia, se plantea que dicha crisis se debe a la incapacidad del sistema de resolver la patología del paciente agudo que requiere ser hospitalizado para recibir atención médica e iniciar el tratamiento. Lo anterior deviene por la existencia de solo 9 camas psiquiátricas en la región desde la creación del servicio de psiquiatría del Hospital de Coquimbo en 1981, evidenciándose una ausencia de planificación. Así, considerando el alto índice de pacientes psicóticos agudos sin hospitalizar en la Región de Coquimbo, lo expuesto representa más que una situación esporádica una condición habitual en la psiquiatría pública de la región, lo que conlleva distintas problemáticas: cronificación de patología psicótica, listas de espera excesivas, excesiva externalización de recursos económicos al área privada, etc. Para llevar a cabo los análisis se pusieron en relación algunos parámetros sugeridos por la OPS respecto a las condiciones básicas que deben existir para poder dar una adecuada respuesta al paciente psicótico agudo (paciente crítico), siendo esta condición a la vez la base para poder implementar una reforma en psiquiatría. Al contrastar lo sugerido por la OPS con la realidad regional es posible observar una desproporción entre dos de los componentes sugeridos por el modelo de la psiquiatría comunitaria: unidades de hospitalización y unidades ambulatorias. Así, se puede ver una gran brecha en camas psiquiátricas y unidades de hospitalización en la Región de Coquimbo. Con todo, a través de la información disponible es imposible afirmar que la reforma psiquiátrica se ha podido llevar a cabo, a la fecha de hoy, en esta Región.**

## INTRODUCCIÓN

Las ideas que conforman este documento nacen de las reflexiones dadas por el equipo de trabajo conformado en las reuniones de coordinación realizadas entre las jefaturas de las Unidades de Psiquiatría de los hospitales de La Serena, Ovalle, Illapel y Coquimbo. Estas reuniones surgen como respuesta a la crisis de la salud mental y psiquiatría pública en el nivel secundario (de especialidad) de atención en salud de la Región de Coquimbo.

La crisis en la psiquiatría pública regional deviene concretamente de un problema de planificación e inversión, que conduce a una incapacidad del sistema de salud pública para resolver la patología psiquiátrica del paciente crítico que requiere hospitalización para la resolución de la fase aguda sintomática.

Los datos disponibles nos muestran que dicha crisis se produce fundamentalmente por una desproporción en la inversión en psiquiatría hospitalaria (atención cerrada) respecto de la psiquiatría ambulatoria (atención

abierta), con un perjuicio de la primera. Como veremos más adelante, la OPS, en su modelo, establece como condición básica para la implementación de la reforma psiquiátrica, a saber: un número mínimo de camas de 1,5 por 10 mil habitantes y la existencia de una unidad de hospitalización en psiquiatría en cada uno de los hospitales generales.

Sin embargo, en la Región de Coquimbo existe un déficit importante de ambos parámetros. Esto quiere decir una brecha abismante tanto en el número de camas por habitante como el número de unidades de hospitalización en psiquiatría. Lo anterior es nefasto en distintos aspectos. Se pueden enumerar algunos de los problemas que suscita:

Crisis en los servicios de urgencia, donde no se da solución médica al paciente crítico en psiquiatría, específicamente a aquel que requiere hospitalización inmediata en una unidad de cuidados intensivos en psiquiatría (unidad de corta estadía). Así, el paciente crítico atendido en los servicios

de urgencia es devuelto sintomático a su casa y sin posibilidad de ser hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos en psiquiatría. En este aspecto la política pública sanitaria en Chile desplaza la responsabilidad a la familia del paciente crítico, quedando el sistema de salud "libre de responsabilidad"<sup>15</sup>.

Se generan listas de espera excesivas de pacientes graves que requieren hospitalización, a través de trámites de hospitalización voluntaria o involuntaria<sup>16</sup>. En el último semestre, semanalmente se mantiene una lista de espera de 40 pacientes agudos (durante todo el año). Existen casos documentados en la región de Coquimbo de pacientes que fallecen esperando un cupo de hospitalización para una unidad de corta estadía psiquiátrica.<sup>17</sup>

En concordancia con la literatura, en nuestra experiencia clínica podemos ver muchos casos de cronificación de los padecimientos psicóticos en la región cuando se llega tarde al tratamiento de la fase aguda

sintomática del padecimiento en la psicosis<sup>18</sup>. Puede constatarse en la práctica que existe una estrecha relación entre oportunidad de atención de la patología psicótica aguda grave que requiere hospitalización y su pronóstico<sup>19</sup>. Según lo anterior, los padecimientos psicóticos que no se tratan a tiempo tienen peor pronóstico y tienden a la cronificación sintomatológica. Lo expuesto tiene un impacto negativo en distintas dimensiones de la vida de la persona que padece y de la familia de dichos pacientes. Considerando el alto índice de pacientes psicóticos agudos sin hospitalizar en la Región de Coquimbo, lo anteriormente expuesto representa más que una situación esporádica una condición habitual en la psiquiatría pública de la región.

Por otro lado, el costo de no atender estas patologías apropiadamente se ve reflejado en los AVISAS asociados a Salud Mental. En el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, Chile 2007, se observa que en 1990 los AVISA de causas neuropsiquiátricas eran un 8,8%, los cuales a 2007 aumentaron al 23,2%, llegando a ser la primera causa de AVISAS en el país, y también en cada uno de los sexos por separado (20,4% en hombres y 25,9% en mujeres).

Se generan excesivos gastos en la externalización de servicios en clínicas privadas, del orden de los \$ 600

<sup>15</sup> Martuccelli D. La "responsabilización" consiste en traspasar la responsabilidad del Estado, quien debiera ser el garante de la salud pública, a la ciudadanía. Este fenómeno vendría a ser un aspecto constitutivo a la ideología comunitaria.

<sup>16</sup> La "hospitalización involuntaria" es una indicación médica que reviste una figura legal (relación jurídico-médico) en la cual la persona en calidad de paciente puede ser hospitalizado en contra de su voluntad con el consentimiento y solicitud de la familia, quien en primera instancia es la más afectada por la manifestación de la fase aguda de la enfermedad (psicosis aguda). En cambio en la hospitalización voluntaria la persona tiene conciencia de la necesidad de ser hospitalizado y consiente dicha indicación. Análisis de los últimos 6 meses muestra que la lista de espera semanal promedio es de 40 pacientes. De dicho grupo el 70% corresponde a solicitudes de hospitalización administrativa dictada por el SEREMI de Salud. De estas, el 66% presenta una psicosis como diagnóstico principal. De los pacientes gestionados por la Unidad de Gestión de Pacientes la derivación al área privada duplica al área pública y el rechazo ha ido aumentando. Con esto es posible visualizar el déficit de camas para la Región de Coquimbo. Además, el traslado de pacientes a Santiago produce una disgregación familiar, lo que no favorece el tratamiento eficaz de nuestros pacientes. Esta situación está vulnerando los derechos de nuestros pacientes psiquiátricos al no recibir un tratamiento eficaz y oportuno.

<sup>17</sup> Estos datos pueden obtenerse del programa nacional de suicidio que se lleva a cabo en el Servicio de Salud de Coquimbo.

<sup>18</sup> Klaus Conrad realiza una acabada descripción del curso natural de la psicosis de la esquizofrenia en su libro *La esquizofrenia incipiente*, 1958. Por otro lado, existe distintos autores que señalan la relación entre la no oportunidad de tratamiento precoz y la cronificación de la sintomatología psicótica. Cf. Cano Juan F. *et al.* Factores pronósticos de esquizofrenia en Primer episodio psicótico. Rev. salud pública. 9 (3):455-464, 2007 Piñeros – Co. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n3/v9n3a14.pdf>.

En relación con los factores pronósticos en la evolución de la esquizofrenia también puede citarse lo siguiente: "Aquellos pacientes con un periodo de psicosis no tratada (o mal tratada) de mayor duración presentan, en términos generales, un peor pronóstico evolutivo (34, 41). De hecho, la intervención tardía se relaciona con una mayor prevalencia de síntomas negativos y una menor respuesta de los síntomas positivos al tratamiento con antipsicóticos, independientemente de la edad y el ajuste premórbido (42, 43). Asimismo, Edwards *et al.*(44), hallaron una asociación entre mayor duración de psicosis sin tratamiento y niveles más altos de depresión, peor funcionamiento psicosocial y mayor resistencia al tratamiento" Cf. Cartones *et al.* Factores pronósticos en la esquizofrenia. file:///C:/Users/Brujo/Desktop/Publicacion/Dialnet-FactoresPronosticosEnLaEsquizofrenia-5114919.pdf.

<sup>19</sup> *Óp. cit.*

millones al año. Y en esto también se da una paradoja y una contradicción muy radical, pues en la práctica se aplica un modelo “anticomunitario”, pues los tratamientos de la etapa aguda de la enfermedad se realizan en otras regiones, lo cual es contrario a la territorialidad a la que adhiere el modelo de tratamiento de la psiquiatría comunitaria, ya que se desarraiga al paciente de su territorio y de su contexto relacional.

La crisis de la psiquiatría pública en la Región de Coquimbo como planteamiento base de este documento se puede fundamentar a través de datos concretos, los cuales permiten realizar un análisis causal. Para ello mostraremos las brechas en el nivel hospitalario (atención cerrada), siguiendo los lineamientos de la OMS y OPS respecto al tema, convenios a los que Chile adscribe en sus políticas públicas.

Desde el punto de vista técnico, uno de los documentos de la OPS que utilizaremos para discutir el planteamiento del problema es el libro *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*<sup>20</sup>, de Caldas de Almeida, referente técnico de la OPS, el cual contiene las indicaciones respecto a esta materia de la OMS y OPS, de manera muy detallada y sistematizada.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y EXPOSICIÓN DE DATOS

El contexto general tiene relación con el proceso de implantación de una política pública en psiquiatría en Chile, y en particular en la Región de Coquimbo, que se adscribe a un modelo de psiquiatría comunitaria y que sigue los lineamientos de la OMS de la reforma en psiquiatría. Conforme lo anterior, la psiquiatría comunitaria busca reemplazar al hospital psiquiátrico, en el que se concentran todas las atenciones y terapéutica del paciente, para pasar a una estructura con dos componentes terapéuticos: uno hospitalario y uno ambulatorio (extra hospitalario), ligado a una red de servicios.

En el primer componente terapéutico las unidades de hospitalización psiquiátrica se encuentran en los hospitales generales, integrando la psiquiatría a la medicina. El componente terapéutico ambulatorio está conformado por los policlínicos en los hospitales generales, los Centros de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria (CE-SAM) y los Hospitales de día (Figura 1). Lo anterior ligado a una “red de servicios”<sup>21</sup>, no terapéuticos: los centros

diurnos, las residencias protegidas, hogares protegidos, y proyectos de inclusión social y laboral.

Considerando lo anterior, el tratamiento del paciente crítico puede concebirse en tres fases o niveles: 1) la fase de estabilización sintomática, 2) la fase de recuperación de las capacidades, o recuperación funcional, y 3) la fase de integración y seguimiento.

Por otro lado, y en concomitancia con lo anteriormente expuesto, según las indicaciones de la OMS, para que el modelo de tratamiento de la psiquiatría comunitaria del paciente crítico pueda resultar o ser exitoso (salir adelante), se tiene que disponer de tres niveles: 1) el nivel hospitalario, concordante con la fase de tratamiento de estabilización, cuyo objetivo es resolver la etapa aguda médico-sintomática de la enfermedad; 2) el nivel ambulatorio que corresponde a la fase de tratamiento de recuperación funcional, y 3) el nivel de integración, cuyo propósito es buscar la reinserción o inclusión del paciente en la familia y la comunidad. Lo importante de este modelo es que para avanzar a las fases de tratamiento siguiente (fase de recuperación de las capacidades o recuperación funcional y luego la fase de integración y seguimiento) es necesario primero en nivel hospitalario cerrado<sup>22</sup>.

El libro de la OPS<sup>23</sup>, que estamos usando de referencia base en los presentes análisis para contrastar la realidad de lo local, nos dice que para que una reforma psiquiátrica pueda llevarse a cabo se requiere de dos condiciones primordiales y que sirven de guía para estimar cuantitativamente las brechas del nivel hospitalario (atención cerrada).

La primera condición para que el modelo de tratamiento de la psiquiatría comunitaria funcione tiene que ver con la cantidad de camas por habitantes destinadas a tratar al paciente crítico por cada 10.000 habitantes:

Cualquier reforma que quiera sustituir el hospital psiquiátrico debe contar con un número de camas disponibles para el internamiento y la contención de pacientes agudos en crisis. Las cifras que se manejan oscilan entre 1,5 a 4,5 camas por 10.000 habitantes según el origen de las fuentes bibliográficas<sup>24</sup>.

<sup>20</sup> Caldas de Almeida. OMS-OPS. Atención Comunitaria a personas con trastornos psicóticos. ORD. No. 2C/46 MINSAL. 2 de JUNIO 2011.

<sup>21</sup> *Óp. cit.*

<sup>22</sup> No necesariamente toda crisis aguda cumple criterios de hospitalización. Nos referimos al paciente crítico, según el nuevo modelo de gestión del MINSAL (Ministerio de Salud, Chile). Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adulta e Infanto-Adolescente (UHCIPI). Enero 2016.

<sup>23</sup> *Óp. cit.*

<sup>24</sup> Caldas de Almeida. *óp. cit.* pp. 50-51.

**Tabla 1**  
NÚMERO DE UNIDADES EN PSIQUIATRÍA ADULTOS Y DISPOSITIVOS ASOCIADOS A ESTAS, EN EL NIVEL SECUNDARIO DE ATENCIÓN EN SALUD DE LA REGIÓN DE COQUIMBO, AÑO 2016

	Nro. de Unidades de Hospitalización en Psiquiatría en corta estadía (cuidados intensivos)	Nro. de policlínicos en Hospitales generales	Nro. de Centros de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria	Nro. de Hospitales de Día	Centros diurnos	Nro. de Hogares protegidos	Nro. de Residencias protegidas	Proyecto de inclusión laboral	Agrupaciones de Familiares activas
Psiquiatría Coquimbo	1	1	2	1	0	1	1	0	1
Psiquiatría Ovalle	0	1	1	1	0	0	0	1	1
Psiquiatría La Serena	0	1	1	1	0	1	0	0	1
Psiquiatría Illapel	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	1	3	5	3	0	2	1	1	3

La segunda condición apunta a que cada hospital general debe contar con una unidad de hospitalización en psiquiatría:

Todos los hospitales generales de área deben disponer de un servicio de hospitalización psiquiátrica con un número de camas acorde a las necesidades previstas<sup>25</sup>.

En torno a lo expuesto, y a través de un catastro de los distintos dispositivos de salud mental y psiquiatría regionales, se puede constatar una desproporción entre el desarrollo de la psiquiatría ambulatoria y la psiquiatría hospitalaria, tanto respecto a comparaciones con índices nacionales como con estadísticas internacionales. Así, en las cifras internacionales, Chile puede compararse con los países que suscriben el tratado de la OCDE. El promedio en América es de 2,3 camas psiquiátricas por 10.000 habitantes. Puede verse que Chile figura como uno de los países con menos inversión en ese nivel, particularmente la Región de Coquimbo, que tiene un índice de 0,14 camas por 10.000 habitantes para la población adulta. Lo cual está muy lejos del promedio de todos los países que componen la OCDE de 6,6 camas por 10.000 habitantes.

En la Tabla 1 se detallan algunos datos de la situación regional.

La evidencia muestra que la conformación de las distintas unidades de psiquiatría de la región es bastante dispar, pues existen 11 veces más unidades de tratamiento ambulatorio que cerrado, obviamente a costas del déficit de unidades de hospitalización en psiquiatría de corta estadía, pues solo un hospital general de la región cuenta con 9 camas de hospitalización cerrada. Sin embargo, puede verse un mayor desarrollo del área ambulatoria, ya que existen policlínicos de psiquiatría en tres hospitales generales (La Serena, Ovalle y Coquimbo), y cinco Centros de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria (CESAM) en la región. Además, en la parte ambulatoria también se encuentran los hospitales de día, que han alcanzado cierto desarrollo en la región. En estos dispositivos se practica una modalidad terapéutica intensiva abierta, pues los pacientes no pernoctan ahí.

En la Tabla 2 se muestran algunas brechas significativas.

La contundencia de las cifras nos muestra una realidad muy polarizada, ya que el problema de la desproporción señalado plantea un déficit de 63 a 188 camas para la región<sup>26</sup>. A lo anterior se le debe agregar

<sup>25</sup> *Ibidem*, p. 49

<sup>26</sup> Considerando el índice de 1,5 y 4,5 camas por 10.000 hab., respectivamente, según las indicaciones de la OMS y OPS que veremos más adelante.

**Tabla 2**

BRECHAS POR PROVINCIA DE UNIDADES EN PSIQUIATRÍA ADULTOS Y DISPOSITIVOS ASOCIADOS A ESTAS, EN EL NIVEL SECUNDARIO DE ATENCIÓN EN SALUD DE LA REGIÓN DE COQUIMBO, AÑO 2016

	Brecha en nro. y % de Unidades de Hospitalización en Psiquiatría de Corta Estadía	Brecha en nro. y % de camas para Unidades de Hospitalización en Psiquiatría de Corta Estadía (1,5 cama c/10.000 h)	Brecha en nro. y % de policlínicos en Hospitales generales	Brecha en nro. y % de Centros de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria (CESAM) (1 c/40.000 h)	Brecha en nro. y % de Hospitales al día	Brecha en nro. y % de camas Hospitalares al día (1 cama c/20.000 h)	Brecha en nro. y % de Centros diurnos	Brecha en nro. y % de Hogares protegidos	Brecha en nro. y % de Residencias protegidas
Psiquiatría Elqui	1 (50%)	35 (85%)	s/brecha	4 (57%)	s/brecha	4 (14%)	2 (100%)	s/brecha	1 (100%)
Psiquiatría Limarí	1 (100%)	15 (100%)	s/brecha	2 (66%)	s/brecha	1 (9%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Psiquiatría Choapa	1 (100%)	5 (100%)	s/brecha	s/brecha	1 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)

la brecha existente en número de horas contratadas de psiquiatras. Pues ocurre en muchas ocasiones que se cuenta con el dispositivo, pero con insuficiente número de horas contratadas de psiquiatra. Como lo es paradigmáticamente la provincia de Choapa que tiene solo 44 hrs. de psiquiatra para la provincia y posee cero horas de psiquiatra infanto-adolescente. En este documento no hemos incluido dichas brechas pues nuestra discusión principal es respecto a lo más crítico, es decir, la brecha en la posibilidad de hospitalizar al paciente gravemente enfermo que lo requiere.

Lo anterior quiere decir que respecto al ítem “unidades de hospitalización en psiquiatría adultos” tenemos un 75% de brecha, pues solamente el Hospital de Coquimbo cuenta con 9 camas, mientras que los hospitales de Illapel, La Serena y Ovalle presentan esta carencia.

En la Tabla 3 se puede observar que la brecha en camas, tanto de corta como de mediana estadía en psi-

quiatria para la Región de Coquimbo, es abismante. El número actual de camas nos sitúa con un índice 0,19 camas por 10.000 habitantes, y la región estaría bajo el índice nacional de 0,5 camas por 10.000 habitantes (según los datos de la OMS de 2012). Respecto a camas de corta estadía, la meta de 63 está calculada con un índice de 1,5 por 10.000 hab., mientras que 188, con un índice de 4,5 camas por 10.000 habitantes.

Es decir, las brechas en camas de hospitalización psiquiátrica para cada uno de los hospitales de Illapel, Ovalle y La Serena son de 100%, lo cual revela la ausencia de inversión en unidades de hospitalización para el tratamiento del paciente crítico en psiquiatría, al menos en las últimas 2 décadas.

En relación con el desarrollo de la psiquiatría infanto-juvenil en el sistema público de salud de la Región de Coquimbo, la situación es aún peor. Ninguno de los hospitales de la región cuenta con unidad de hospitaliza-

**Tabla 3**

BRECHAS DE NÚMERO DE CAMAS Y PORCENTAJE, PSIQUIATRÍA ADULTO, REGIÓN DE COQUIMBO, 2016 (Usuarios adultos en la Región = 421.448)

	Número de camas actual	Meta de camas	Brecha de camas
Hospital de Día	35	44	20,5%
Camas Corta Estadía	8 (0,19 camas por 10.000)	63 a 188	55 (87%) a 180 (96%)
Camas Mediana Estadía	0	17	17 (100%)



**Tabla 4**  
NÚMERO DE UNIDADES EN PSIQUIATRÍA ADULTOS Y DISPOSITIVOS ASOCIADOS A ESTAS, EN EL NIVEL SECUNDARIO DE ATENCIÓN EN SALUD DE LA REGIÓN DE COQUIMBO, AÑO 2016

	Nro. de Unidades de Hospitalización en Psiquiatría en corta estadía (cuidados intensivos)	Nro. de policlínicos en Hospitales generales	Nro. de Centros de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria (CESAM)	Nro. de Hospitales de Día	Nro. de Hogares protegidos	Nro. de Residencias protegidas
Psiquiatría Coquimbo	0	1	0	1	0	0
Psiquiatría Ovalle	0	0	0	0	0	0
Psiquiatría La Serena	0	1	1	0	0	0
Psiquiatría Illapel	0	0	0	0	0	0
Total	0	2	1	1	0	0

**Tabla 5**  
EXTERNALIZACIÓN DE SERVICIOS EN HOSPITALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL HOSPITAL COQUIMBO, 2016

Año	Red pública	Compra de servicios	Total
2015	04	06	10
2016 (hasta Agosto)	05	13	18
TOTAL	09	19	28

ción en esta especialidad, y en las provincias de Choapa y Limarí no existe nivel secundario en esa especialidad, lo cual significa que presentan 100% de brechas en esa área.

Según el modelo que hemos expuesto, en el caso del desarrollo de la psiquiatría infanto-adolescente pública en la Región de Coquimbo, puede advertirse que está homogéneamente mal cubierta.

La necesidad de contar con unidades de corta estadía infanto-adolescente en la Región de Coquimbo también se puede objetivar a través de la externalización de servicios al área privada (extrasistema) y pública de otras regiones, tal como muestra la Tabla 5.

El déficit de camas en la especialidad psiquiatría infanto-juvenil en la Región de Coquimbo<sup>27</sup>, unidades

de corta estadía (atención cerrada) y hospitales de día (atención abierta), es alarmante. Dejando ver una escasa inversión y planificación. Siendo las provincias de Limarí y Choapa las más damnificadas. Los datos están disponibles en las Tablas 9 y 10.

## DISCUSIÓN

A través de la exposición de los datos, puede verse que desde la creación del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Coquimbo con 9 camas en el año 1980, hasta la actualidad, en que se cuenta con 8 camas en ese mismo hospital, da pie para afirmar que en las últimas décadas el 100% de la inversión en psiquiatría pública ha sido en el nivel ambulatorio, provocándose una evidente desproporción en ello, lo que deja vulnerable

<sup>27</sup> Para psiquiatría infanto-adolescente estamos utilizando los siguientes índices: 1 cama por 20.000 inscritos infanto-juveniles para los Hospitales de día, y 2,8 camas por

10.000 inscritos infantojuveniles en el caso de la hospitalización de corta estadía.

al paciente crítico que requiere ser hospitalizado para iniciar su tratamiento. Asimismo, tanto desde el punto de vista de los índices sugeridos por la OPS como respecto a las cifras de los países pertenecientes a la OCDE, y también de los índices nacionales, la Región de Coquimbo presenta brechas muy profundas en el desarrollo de la psiquiatría hospitalaria para que pueda sustentarse adecuadamente una reforma regional en psiquiatría.

Otro aspecto crítico consiste en que la ausencia de inversión implica gastos excesivos en externalización de servicios, lo cual a su vez no provoca ningún desarrollo de la psiquiatría hospitalaria pública en la región.

Concomitantemente, la situación de la psiquiatría infanto-adolescente es aun más crítica, tanto en el área ambulatoria como en la hospitalaria.

Dicha situación provoca un directo menoscabo o perjuicio a los pacientes, a las familias y a la comunidad a la que pertenecen. Considerando el alto índice de pacientes psicóticos agudos sin hospitalizar en la Región de Coquimbo, lo anteriormente expuesto representa más que una situación esporádica una condición habitual en la psiquiatría pública de la región

de Coquimbo. ¿De qué manera impacta en la vida de la persona y de la familia la persistencia de la enfermedad psicótica? ¿Cómo influye en el estigma social la permanencia de pacientes sintomáticos sin tratamiento en sus comunidades? Son preguntas que quedan pendientes de ser desarrolladas y que manan de la presente investigación.

## REFERENCIAS

1. Caldas de Almeida. Atención comunitaria de personas con trastornos psicóticos. Ed. OMS. OPS, 2011
2. Heskia C. Historia de psiquiatras. Testimonios de psiquiatras Chilenos. LOM, 2014
3. Medina E. De casa de Orates a Instituto Psiquiátrico de Santiago. Antología de 150 años de historia. Ed. Soc. Chile de Salud Mental, 2002
4. Villarino H. Los pretextos de la psiquiatría comunitaria. LOM, 2010
5. Cano JF, *et al.* Factores pronósticos de esquizofrenia en Primer episodio psicótico. Rev Salud Pública 9(3): 455-464, 2007 Piñeros - Co. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n3/v9n3a14.pdf>
6. Cartones *et al.* Factores pronósticos en la esquizofrenia
7. MINSAL. Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población e Adulta e Infanto Adolescente (UH-CIP). Enero 2016

## ANEXO 1

### (Adultos)

Datos específicos por provincia:

**Tabla 6<sup>28</sup>**

BRECHAS EN NÚMERO DE CAMAS Y PORCENTAJE, PSIQUIATRÍA ADULTO, POR PROVINCIA DEL ELQUI, 2016  
(Usuarios adultos Provincia del Elqui = 285.022)

	Número de camas actual	Meta en número de camas	Brecha en número de camas y %
Hospital de Día	25	29	4 (14%)
Camas Corta Estadía	8	43 a 128	35 (82%) a 120 (92%)

**Tabla 7**

BRECHAS EN NÚMERO DE CAMAS Y PORCENTAJE, PSIQUIATRÍA ADULTO, EN LA PROVINCIA DE LIMARÍ, 2016  
(Usuarios adultos Provincia del Limarí = 105.556)

	Número de camas actual	Meta en número de camas	Brecha en número de camas y %
Hospital de Día	10	11	1 (9%)
Camas Corta Estadía	0	15 a 47	15 (100%) a 47 (100%)

**Tabla 8**

BRECHAS EN NÚMERO DE CAMAS Y PORCENTAJE, PSIQUIATRÍA ADULTO, EN LA PROVINCIA DE CHOAPA, 2016  
(Usuarios adultos Provincia del Choapa = 30.870)

	Número de camas actual	Meta en número de camas	Brecha en número de camas y %
Hospital de Día	0	4	4 (100%)
Camas Corta Estadía	0	5 a 13	5 (100%) a 13(100%)

<sup>28</sup> Se consideran los hospitales de La Serena y Coquimbo, lo que significa que el número de camas para cada hospital tiene que ser estimado de acuerdo con la población asignada según el mapa de derivación de la red de psiquiatría y salud mental.

## ANEXO 2

### (Infanto-adolescente)

**Tabla 9**  
BRECHAS EN CAMAS DE HOSPITALES DE DÍA Y UNIDADES DE CORTA ESTADÍA  
PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL, REGIÓN DE COQUIMBO

PROVINCIA DE ELQUI, AÑO 2016

(Usuarios de 10-19 años = 56.918; Usuarios menor o igual a 19 años = 114.305)

	Número de camas actual	Meta en número de camas	Brecha
Camas Hospital de Día	15	6	sin brecha
Camas Corta Estadía	0	28	100%

PROVINCIA DE LIMARÍ, AÑO 2016

(Usuarios de 10-19 años = 21.597; Usuarios menor o igual a 19 años = 41.707)

	Número de camas actual	Meta en número de camas	Brecha
Camas Hospital de Día	0	2	100%
Camas Corta Estadía	0	11	100%

PROVINCIA DE CHOAPA, AÑO 2016

(Usuarios de 10-19 años = 6.252; Usuarios menor o igual a 19 años = 10.934)

	Número de camas actual	Meta en número de camas	Brecha
Camas Hospital de Día	0	1	100%
Camas Corta Estadía	0	3	100%

**Tabla 10**  
BRECHA EN CAMAS DE HOSPITALES DE DÍA Y UNIDADES DE CORTA ESTADÍA  
PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL, REGIÓN DE COQUIMBO, AÑO 2016  
(Usuarios de 10-19 años = 84.767; Usuarios menor o igual a 19 años = 166.946)

	Número de camas actual	Meta en número de camas	Brecha
Camas Hospital de Día	15	9	sin brecha
Camas Corta Estadía	0	42	100%
Camas Mediana Estadía	0	?	100%

## VIH PSICOPATOLOGÍA ADHERENCIA A TRATAMIENTO CALIDAD DE VIDA

# PSIQUIATRÍA Y VIH

(Rev GPU 2018; 14; 1: 45-50)

Tomás Serón D<sup>1</sup>, Felipe Echeverría P<sup>2</sup>

**Desde su descubrimiento a principios de los años 1980 el Virus de Inmunodeficiencia Humana se ha mantenido como una preocupación epidemiológica constante, con variadas repercusiones tanto socioculturales como médicopsiquiátricas. La Terapia Antirretroviral (TARV) ha generado un punto de inflexión en la historia de la enfermedad, modificando la morbimortalidad y por lo tanto atribuyéndole gran relevancia a la psicopatología, con importantes tasas de depresión, trastornos ansiosos, suicidio y consumo de sustancias asociadas. A su vez, la depresión, la sintomatología ansiosa y el consumo de sustancias conllevan mala adherencia al tratamiento, con posterior deterioro clínico, aislamiento social y aumento del riesgo suicida. Por lo mismo, se vuelve prioritario considerar los aspectos psicosociales de esta enfermedad, así como reconocer precozmente pacientes en riesgo de patología psiquiátrica, para lograr, a través de un manejo precoz, una mejoría en sus calidades de vida.**

### INTRODUCCIÓN

**E**l Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha convertido en una importante preocupación epidemiológica en el mundo, realidad de la cual Chile no está exento. Sus implicancias no solo van más allá de un fenómeno netamente médico, sino que tienen importantes repercusiones sociales, culturales, políticas y económicas, teniendo también enormes consecuencias en el paciente y su entorno.

La introducción de la Terapia Antirretroviral (TARV) de alta efectividad ha generado un importante quiebre en la historia natural de la enfermedad, con una progresiva mejora de los esquemas farmacoterapéuticos en cuanto a su perfil de efectividad y tolerabilidad. Esta

mejoría del escenario médico ha significado un cambio en las causas de morbilidad y mortalidad de los pacientes seropositivos, dejando al descubierto otras situaciones clínicas de suma relevancia, como son las patologías crónicas no transmisibles y la patología psiquiátrica.

La salud mental se ha convertido en un eje de gran relevancia al momento de abordar a los pacientes portadores de este virus, por lo que el personal de la salud debe mantener un ávido interés en incorporar e integrar tanto elementos clínicos como psicosociales, en pos de una atención integral y de una mejor calidad de vida.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de algunos puntos de vista relacionados con la psicopatología en los pacientes seropositivos, considerando

<sup>1</sup> Residente de Psiquiatría Adultos, Universidad de Chile – Sede Sur, tserond@gmail.com

<sup>2</sup> Interno de Medicina, Facultad de Medicina Sur Universidad de Chile, fsecheverriap@gmail.com

aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos, que pueden resultar de utilidad para un manejo integral del paciente, con enfoque en la detección precoz y la prevención de complicaciones.

## DEPRESIÓN

Es la patología psiquiátrica más frecuente posterior al diagnóstico de VIH, siendo significativamente más prevalente que en la población general, tanto por los diversos estresores psicosociales implicados como por complejos factores neurobiológicos. La depresión no solo implica un aumento del riesgo suicida, sino que también da cuenta de otros elementos que van en directo detrimento de la salud de estos pacientes: mala adherencia al tratamiento, deterioro clínico y aislamiento social. El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) afecta en gran medida la calidad de vida de estos pacientes, en especial en aquellos con enfermedad más grave. Es sabido que la presencia de depresión puede afectar tanto el número como la actividad de los linfocitos en pacientes VIH (+), debido a los efectos inmunodepresores que subyacen a las alteraciones neurohormonales, la presencia de factores proinflamatorios y neurotóxicos, la reducción de niveles de monoaminas y de factores neurotróficos, entre otros, que produce esta enfermedad (1).

Las estadísticas dan cuenta de una prevalencia de TDM al diagnóstico de VIH que oscila entre el 14%-27,2% y de una prevalencia de vida de TDM que alcanza el 79%, mientras que la ideación suicida y los intentos de suicidio oscilan entre 13,6%-31,0% y 3,9%-32,7%, respectivamente (2). En cuanto a la depresión como síntoma, en población chilena infectada con VIH, se ha encontrado en el 46% de la muestra, después de otros síntomas psiquiátricos como ansiedad (52%) y miedos/preocupaciones (65%) (3).

Para el tratamiento de la depresión en pacientes infectados con VIH han sido ampliamente utilizados los Inhibidores de la Recaptación de la Serotonina (ISRS), debido a su eficaz perfil farmacológico y su tolerabilidad. Aunque se ha demostrado en la literatura la reducción de los síntomas depresivos, no ha sido claro su rol en mejorar la adherencia a los regímenes de TARV. Algunos trabajos han asociado el uso de ISRS a una mejora significativa de la adherencia a TARV, con una consecuente mejora en el estado inmunológico, en virtud de menores niveles de RNA del VIH y mayor recuento de Linfocitos T CD4, disminuyendo de este modo los efectos deletéreos producidos por la depresión. Sin embargo, se plantea la posibilidad de que la mejora en la adherencia a TARV se relacione más bien con que

estos pacientes tenían una mayor susceptibilidad para adherir a la farmacoterapia, tanto para ISRS como para TARV (4). El estudio SLAM DUNC sometió a un grupo de pacientes a tratamiento farmacológico para depresión según las guías clínicas Measurement-based Care (MBC), no encontrándose una mejor adherencia a TARV. Sin embargo, al ser evaluados a los 6 meses posteriores al inicio de la intervención se encontró reducción de la severidad de la sintomatología depresiva, mayor tasa de remisión y menor suicidalidad (5).

## TRASTORNOS ANSIOSOS

Se ha documentado sintomatología ansiosa como uno de los conjuntos de síntomas psiquiátricos más comunes en pacientes que viven con VIH. Estos pueden abarcar todo el espectro clínico descrito para los trastornos ansiosos: desde un sentimiento moderado de intranquilidad, hasta síntomas agudos e incluso incapacitantes (6).

En algunas series la sintomatología ansiosa severa en pacientes VIH incluso ha sobrepasado a los síntomas depresivos severos (6). En un estudio realizado por la Central South University, China, se vio que en un total de 370 pacientes con diagnóstico reciente de VIH la prevalencia de depresión y ansiedad era del 40,3% y 30,5%, respectivamente. Pero al analizar específicamente la sintomatología severa se determinó que la sintomatología depresiva severa era de un 8,1% contra un 14,3% de sintomatología ansiosa severa. El mismo estudio destaca que, aparte del estrés aislado que se podía correlacionar con el VIH, tenía también una importancia significativa una serie de factores, como la aparición de síntomas relacionados con el VIH, el estado de empleo, la orientación sexual, y el estado de residencia (7).

Siguiendo la línea del análisis de los factores ansiogénicos, en un estudio realizado en una población de alto riesgo en Malawi, África, donde un 11% de la población adulta es portador de VIH, se describe un interesante aspecto de la sintomatología ansiosa. Si bien destaca una serie de estresores que, al ser comparados con estudios realizados en países del primer mundo, surge la percepción de estar hablando de universos distintos (en Malawi hay un 67% de casas sin electricidad y un 63% sin agua), la transversalidad de algunos estresores ansiogénicos llama la atención. En este estudio se entrevistó a 59 mujeres entre 17 y 46 años, cuyas serologías en el momento de la entrevista eran desconocidas. Las pacientes entrevistadas mencionaron en un 46,7% que se sentirían avergonzadas si es que sus vecinos supieran de un potencial estado de positividad

VIH y en un 45% frente a sus amigos (8). Este estudio resulta llamativo para descontextualizar un poco los estresores que se suele clasificar como distractores cuando hablamos de ansiedad, como los mencionados en el primer estudio (estado de empleo, por ejemplo) y notar que incluso cuando faltan recursos básicos como la luz y el agua la opinión de nuestros pares puede ser un causante de estrés muy poderoso. Por lo mismo es que el estigma social de vivir con VIH, a pesar de los enormes avances en TARV, sigue siendo un factor causal preponderante en la génesis de trastornos ansiosos en estos pacientes.

### TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Se ha determinado que la intersección entre el trastorno por consumo de sustancias y el VIH es bidireccional: el uso de ciertas sustancias conllevará un riesgo aumentado de contraer VIH (tanto por el uso de inyectables como por conductas sexuales de riesgo), mientras que el paciente con VIH que a su vez sufre un trastorno por consumo de sustancias tendrá un mayor riesgo de sufrir las complicaciones de la enfermedad (en especial por mala adherencia al tratamiento) (9-10). Por otro lado, se ha encontrado una fuerte correlación entre el consumo nocivo de alcohol en pacientes con VIH y un amplio espectro de sintomatología emocional y psicopatología, en especial trastornos depresivos y ansiosos, relación aún más acentuada que la discutida previamente sin incorporar el consumo de alcohol (11).

Se ha estudiado que una minoría de los pacientes que consumen sustancias y reciben el diagnóstico de VIH inician su tratamiento antirretroviral, y un porcentaje aún menor lo sigue adecuadamente (12). Un estudio realizado entre 2013 y 2015 por la Universidad de Alcalá, Madrid, comparó la adherencia a TARV de 119 pacientes, de los cuales 40 eran sujetos no adherentes a TARV y el resto parte del grupo control, con buena adherencia (11). En el grupo de pacientes con mala adherencia a tratamiento se encontró un consumo de alcohol nocivo de un 37,5%, comparado con un 15,8% en el grupo control. A través de regresión logística se logró determinar que no existía sesgo respecto a años de tratamiento ni a número de píldoras utilizadas, concluyendo que lograr la suspensión del uso de alcohol podría tener un efecto beneficioso fundamental en la adecuada adherencia a tratamiento de TARV.

Si bien no se ha encontrado correlación entre uso de otro tipo de sustancias del alcohol (marihuana, cocaína) y la adherencia al TARV, múltiples estudios han apuntado a una mayor adherencia a tratamiento en usuarios de metadona terapéutica. Esto se ha visto

incluso de manera más significativa en aquellos que viven en áreas marginales con alta prevalencia de consumo de drogas vía parenteral (9). Esto podría apuntar a una correlación entre disminución de consumo de drogas ilícitas y aumento de adherencia a TARV, pero hay una serie de otros factores (empleo, estabilidad social, otra sintomatología psiquiátrica) que también podría tener un peso significativo en esta relación (9).

### SUICIDALIDAD

Las patologías no directamente relacionadas con esta infección se han convertido en una causa importante de mortalidad, principalmente debido a la mayor supervivencia de estos pacientes (13) y a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles y cáncer. Sin embargo, estas patologías no son las únicas que dan cuenta de esta situación, sino que también aparece la suicidalidad como importante factor a considerar.

La suicidalidad es considerada como una urgencia psiquiátrica por el potencial riesgo de muerte, las secuelas clínicas significativas y el importante deterioro psicosocial que genera. En términos epidemiológicos, la conducta suicida se convirtió en un importante problema de salud pública, de tal modo que se ha puesto particular énfasis en la detección temprana de los factores de riesgo y en su prevención. Se han reportado altas tasas de suicidio y muerte accidental o violenta en poblaciones infectadas por el VIH, incluyendo a los que han recibido terapia antirretroviral efectiva. La Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs (D:A:D) describe que el suicidio se presenta como causa de muerte en el 4% de los pacientes VIH (+), mientras que un 2,5% es atribuido a sobredosis de drogas y 1,5% debido a accidentes (14). Un estudio realizado en Suiza entre 1988-2008, realizó un seguimiento de 15.275 pacientes VIH (+) durante un tiempo promedio de 4,7 años. De este grupo, 150 pacientes murieron por suicidio con una tasa de 158,4/100.000 personas/año. Este estudio encontró además una significativa disminución de las tasas de suicidio, tanto en hombres como en mujeres, luego de la aparición de la TARV, y asoció un aumento en el recuento de linfocitos T CD4 con un menor riesgo de suicidio (15). Roy (2003) analizó las características de los pacientes VIH que incurrieron en un intento suicida en una muestra de 149 pacientes VIH (+), de los cuales 66 (44,3%) habían intentado suicidarse, principalmente mujeres jóvenes (16).

Se ha intentado establecer la subpoblación de mayor riesgo para suicidalidad, para focalizar las medidas de *screening* y prevención, y disminuir la mortalidad por esta causa en los pacientes infectados con VIH.

Como ejemplo, en un estudio realizado a partir de los registros daneses de población masculina portadora de VIH/SIDA se encontró que la mayoría de los pacientes suicidas vivían solos en su hogar, presentaban un menor nivel de ingresos (cuartil más bajo), presencia de otras enfermedades médicas y diagnóstico de patología psiquiátrica posterior al diagnóstico de VIH. La presencia concomitante de VIH y patología psiquiátrica, de este modo, tiene un efecto ligeramente más fuerte que la presencia de cualquiera por sí sola. Este riesgo es sustancialmente mayor en aquellos que han requerido manejo intrahospitalario debido a su condición, aquellos con diagnóstico menor a 2 años y quienes recurren frecuentemente a centros de salud debido a su enfermedad (17). También se describe que la mayor parte de los pacientes que habían intentado suicidarse tenían antecedentes de un episodio depresivo mayor y de haber recibido tratamiento antidepresivo, además de antecedentes familiares de conducta suicida, abuso emocional, abuso sexual y negligencia parental (16). Otro estudio encontró una mayor tasa de suicidio en pacientes de edad avanzada, hombres, usuarios de drogas inyectables y pacientes con enfermedad avanzada (15).

Previo a la era TARV se asociaba al VIH con un mal pronóstico, lo cual fue un factor clave que contribuyó a las altas tasas de suicidio. Actualmente el panorama clínico ha cambiado significativamente desde ese punto de vista; sin embargo persisten la estigmatización, la discriminación, el aislamiento social, ansiedad y depresión, como importantes factores de riesgo de salud mental (18).

## ADHERENCIA A TARV

La adquisición de conciencia de enfermedad, el empoderamiento del autocuidado y la adherencia al tratamiento y las medidas preventivas, son aspectos fundamentales para un manejo adecuado del paciente VIH, evitando así la progresión y la aparición de complicaciones subsecuentes a esta condición. Por otro lado, la mala adherencia no solo implica el deterioro clínico del paciente, sino que además aumenta el riesgo de generar resistencia a los fármacos antirretrovirales. De este modo, el Ministerio de Salud de Chile se ha planteado como objetivo prioritario la reducción de la mortalidad por VIH/SIDA, por lo que dentro de sus sugerencias se encuentra fomentar la adherencia global de los sujetos afectados (19).

Los principales elementos relacionados con la adherencia a la terapia antirretroviral tienen que ver con factores personales (edad, sexo, patología psiquiátrica

asociada), esquema de medicamentos indicados y su tolerancia, y la relación entre el paciente y el sistema de salud. Se ha determinado que situaciones de índole psicosocial como la presencia de abuso de sustancias, bajo nivel de escolaridad, falta de sensación de autoeficacia, síntomas ansiosos extremos y trastorno depresivo concomitante, son determinantes a la hora de que el paciente adhiera a su tratamiento (20), así como factores culturales como las creencias, mitos y prejuicios de los pacientes frente al VIH/SIDA y la terapia antirretroviral. Los metaanálisis muestran que en promedio el 62% de las personas que están recibiendo TARV son adherentes en un >90%, con una gran variabilidad entre los trabajos (21). Manríquez *et al.* analizaron este fenómeno desde una perspectiva sociocultural, dando cuenta del importante rol que juegan la identidad de género, las reacciones adversas a medicamentos, el estigma social, la discriminación, la exclusión de la red de apoyo familiar, así como las limitaciones en el acceso a la atención sanitaria y en el seguimiento de los pacientes por parte del sistema de salud (22).

La depresión juega un rol fundamental, dificultando en los pacientes tanto el inicio como la mantención de un tratamiento farmacológico adecuado y regular. Un estudio realizado en nuestro país evaluó a 119 pacientes del Programa VIH/SIDA del Hospital San Pablo, de Coquimbo, que habían recibido al menos 3 meses de TARV destacando una presencia de depresión de 28% y una adherencia irregular en el 68% de los casos. La probabilidad de no-adherencia se correlacionaba directamente con el grado de severidad de la depresión, siendo tres veces mayor en los casos moderados/severos comparados con los casos leves (23). Por tanto, el explorar sintomatología depresiva, realizar un diagnóstico oportuno de episodios depresivos establecidos y tratar oportunamente estos hallazgos se vuelve crucial para lograr una buena adherencia al tratamiento.

## CALIDAD DE VIDA

En salud no solo se busca obtener resultados favorables desde el punto de vista biológico/médico al enfrentarnos a un paciente, sino también intentamos abordar otros elementos psicológicos y sociales, que están en directa relación con el pronóstico de cualquier condición clínica. En los pacientes VIH esta premisa cobra particular importancia, entendiendo la connotación social, la estigmatización y la discriminación a la cual están expuestos. Desde este punto de vista, uno de los elementos trascendentales que debemos tener en consideración es la calidad de vida asociada a salud, entendida como la experiencia subjetiva del paciente



respecto de su patología y de la gravedad de esta, sin descuidar los elementos psicoemocionales, sociales y espirituales implicados en tan importante concepto.

Se ha intentado objetivar la relación entre VIH y la calidad de vida experimentada por los pacientes seropositivos. Es así como un estudio realizado en Medellín, Colombia, con pacientes en tratamiento antirretroviral, mostró que a pesar de tener una percepción de malestar respecto de su estado de salud según el Cuestionario MOS-SF-30, puntuaron favorablemente en otras subescalas de dicho instrumento, como por ejemplo Salud General Percibida, Función social, Salud mental y Calidad de Vida Percibida. Además, estos pacientes tenían una percepción favorable respecto del apoyo social que estaban recibiendo (24). El apoyo social, por tanto, es un importante predictor de calidad de vida, siendo ambos factores inversamente proporcionales. Pacientes con reducidas redes de apoyo social presentan peor salud percibida, mayores tasas de dolor y de detrimento físico y peor percepción de funcionamiento cognitivo (25). Por tanto, es imprescindible considerar dentro del manejo el fortalecimiento de los vínculos cercanos y de la red de apoyo.

## CONCLUSIONES

El panorama de los pacientes seropositivos ha cambiado drásticamente con la aparición de la TARV efectiva (cada vez más refinada en términos de seguridad y tolerabilidad farmacológica), especialmente con su inclusión en programas gubernamentales que garantizan su acceso, como ocurre en nuestro país con las Garantías Explícitas en Salud para VIH/SIDA. A pesar de este importante avance, la disminución de la estigmatización y del aislamiento social ha sido un fenómeno de lento avance, perpetuándose un sinnúmero de mitos que van en desmedro de los pacientes. Por lo mismo, se hace necesaria una mayor visibilización y educación de la población respecto de este tema, para eliminar la visión sesgada y peyorativa que se tiene de los portadores del VIH.

Desde el punto de vista clínico, se hace patente la necesidad de reconocer precozmente a aquellos pacientes con VIH/SIDA que están en riesgo de patología psiquiátrica, con tratamiento oportuno en concordancia con los hallazgos, considerando la importancia de este aspecto en la adherencia a tratamiento, en la progresión de la enfermedad, en la prevención del suicidio y en la mejoría de la calidad de vida. Con este objetivo se requiere evaluar y estandarizar mejores instrumentos para realizar un adecuado *screening*. No podemos enfocarnos solamente en el tratamiento del VIH y en evitar

sus complicaciones médicas, en desmedro de la salud mental del paciente, en especial si se ha documentado extensamente la correlación entre la enfermedad y los trastornos ansiosos, la depresión, el consumo de sustancias y el mayor riesgo de suicidalidad.

Es necesario seguir investigando respecto de la asociación entre VIH y psiquiatría, no solo desde el punto de vista del tamizaje, sino que también para reconocer de mejor forma los complejos fenómenos psicopatológicos, biológicos y socioculturales involucrados. Farmacológicamente hablando, se debe evaluar con mayor número de estudios la mejor farmacoterapia a utilizar, optimizando los beneficios clínicos y minimizando los efectos adversos e interacciones con la TARV. Es importante seguir evaluando las mejores estrategias de intervención psicoeducativa para la prevención del VIH y de diversas otras conductas de riesgo, además de investigar los distintos procesos psicoterapéuticos que pueden utilizarse, desde el punto de vista de su rendimiento y aplicabilidad.

Finalmente, Chile no debe estar ajeno a este proceso de constante crecimiento en cuanto al conocimiento acerca de la infección por VIH. En este sentido, las GES para VIH/SIDA son un importante avance clínico para la población seropositiva, pero aún hay aspectos clínicos y socioculturales que mejorar, como la disminución de la carga moral de la enfermedad, la mayor inclusión social y un sistema de salud más amable.

## REFERENCIAS

1. Del Guerra FB, Fonseca JL, Figueiredo VM, Ziff EB, Konkiewitz EC. Human immunodeficiency virus-associated depression: contributions of immuno-inflammatory, monoaminergic, neurodegenerative, and neurotrophic pathways. *J Neurovirol* 2013; 19: 314-327
2. Serafini G, Montebovi F, Lamis DA, Erbutto D, Girardi P, Amore M, Pompili M. Associations among depression, suicidal behavior, and quality of life in patients with human immunodeficiency virus. *World J Virol*. 2015;4(3):303-12
3. Araya AX, Norr KF, Pérez CM, Levy JA, Park CG, Kim MJ. HIV-related symptoms and patient clusters among Chileans living with HIV. *AIDS Care* 2012; 22 (3): 355-60
4. Horberg MA, Silverberg MJ, Hurley LB, Towner WJ, Klein DB, Bersoff-Matcha S, Weinberg WG, Antoniskis D, Mogyoros M, Dodge WT, Dobrinich R, Quesenberry CP, Kovach DA. Effects of depression and selective serotonin reuptake inhibitor use on adherence to highly active antiretroviral therapy and on clinical outcomes in HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008;47(3):384-90
5. Pence B, Gaynes B, Adams J, Thielman N, Heine A, Mugavero M, McGuinness T, Raper J, Willig J, Shirey K, Ogle M, Turner E, Quinlivan B. The effect of antidepressant treatment on HIV and depression outcomes: the SLAM DUNC randomized trial. *AIDS*. 2015;50(15):00567
6. Kempainen J, MacKain S, Reyes D. Anxiety Symptoms in HIV-Infected Individuals. *J. of the ANAC*. 2013; 24(15); S29-S39

7. Qiu Y, Luo D, Cheng R, Xiao Y, Chen X, Huang Z, Xiao S. Emotional problems and related factors in patients with HIV/AIDS, *J Cent South Univ (Med Sci)*. 2014; 39(8)
8. Kamen C, Arganbright J, Kienitz E, Weller M, Khaylis A, Shenkman T, Smith S, Koopman C, Gore-Felton C, HIV-Related Stigma: Implications for Symptoms of Anxiety and Depression among Malawian Women. 2015(3); 14(1): 67-73
9. Campbell A, Tross S, Calsyn D, Substance Use Disorders and HIV/AIDS Prevention and Treatment Intervention: Research and Practice Considerations, *Soc Work Public Health*. 2013 May; 28(0): 333-348
10. González-Álvarez S, Madoz-Gúrpide A, Parro-Torres C, Hernández-Huerta D, Ochoa E. Relationship between alcohol consumption, whether linked to other substance use or not, and antiretroviral treatment adherence in HIV+ patients, *Adicciones*, 2017(7); 14;0(0):916
11. Gareya L, Bakhshaiea J, Sharpa C, Neighborsa C, Zvolenskya M, Gonzalez A. Anxiety, depression, and HIV symptoms among persons living with HIV/AIDS: the role of hazardous drinking, *AIDS Care*. 2015; 27(1), 80-85
12. Satre D, DeLorenze G, Quesenberry C, Tsai A, Weisner C. Factors Associated with Treatment Initiation for Psychiatric and Substance Use Disorders Among Persons With HIV, *Psychiatr. Serv*. 2013(8); 64(8): 745-753
13. Smith C, Sabin CA, Lundgren JD, Thiebaut R, Weber R, Law M, Monforte Ad, Kirk O, Friis-Moller N, Phillips A, Reiss P, El Sadr W, Pradier C, Worm SW. Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV drugs (D: A: D) Study Group. HIV-induced immunodeficiency and mortality from AIDS-defining and non-AIDS-defining malignancies. *AIDS*. 2008 Oct 18; 22(16): 2143-2153
14. Smith C, Sabin CA, Lundgren JD, Thiebaut R, Weber R, Law M, Monforte Ad, Kirk O, Friis-Moller N, Phillips A, Reiss P, El Sadr W, Pradier C, Worm SW. Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV drugs (D: A: D) Study Group. Factors associated with specific causes of death amongst HIV-positive individuals in the D: A: D Study. *AIDS*. 2010;24(10):1537-48
15. Keiser O1, Spoerri A, Brinkhof MW, Hasse B, Gayet-Ageron A, Tissot F, Christen A, Battegay M, Schmid P, Bernasconi E, Egger M; Swiss HIV Cohort Study;Swiss National Cohort. Suicide in HIV-infected individuals and the general population in Switzerland, 1988-2008. *Am J Psychiatry*. 2010;167(2):143-50
16. Roy A Characteristics of HIV patient who attempt suicide. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107(1):41-4
17. Jia CX, Mehlum L, Qin P. AIDS/HIV infection, comorbid psychiatric illness, and risk for subsequent suicide: a nationwide register linkage study. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(10):1315-21
18. McManus H, Petoumenos K, Franic T, Kelly MD, Watson J, O'Connor CC, Jeanes M, Hoy J, Cooper DA, Law MG. Australian HIV Observational Database. Determinants of suicide and accidental or violent death in the Australian HIV Observational Database. *PLoS One*. 2014;9(2): e89089
19. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. División de Prevención y control de Enfermedades. Santiago de Chile, 2011
20. Chesney M. Factors Affecting Adherence to Antiretroviral Therapy. *Clinical Infectious Diseases* 2000;30(Suppl 2): S171-6
21. Ortego C, Huedo-Medina TB, Llorca J, Sevilla L, Santos P, Rodríguez E, Warren MR, Vejo J. Adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART): a meta-analysis. *AIDS Behav*. 2011;(7):1381-96
22. Manríquez JM, Stuardo V. Adherencia a la TARV en VIH: la importancia del contexto sociocultural implicado. *Rev Chilena Infectol* 2015; 32 (3): 361-362
23. Varela M, Galdames S. Depresión y adhesión a terapia antirretroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Rev Chilena Infectol* 2014; 31 (3): 323-328
24. Vinaccia S, Fernández H, Quiceno JM, López-Posada M, Otalvaro C. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia psicológica*. 2008, 26(1), 125-132
25. Remor E. Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Aten Primaria* 2002. julio-agosto. 30 (3): 143-149.

## EXPOSICIÓN

# LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA INTERSUBJETIVA COMO ESPACIO HERMENÉUTICO

(Rev GPU 2018; 14; 1: 51-66)

André Sassenfeld J<sup>1</sup>

Este trabajo presenta a la vez un resumen y un desarrollo de ideas que he expuesto en diversos contextos a lo largo de los últimos años. En lo esencial, rescatando conceptos que provienen de la fenomenología y la hermenéutica filosófica, propongo concebir la psicoterapia analítica de orientación intersubjetiva como una forma particular en la cual el ser humano puede vivenciar lo que define su modo de ser: existir en el espacio hermenéutico. Frente a ese trasfondo, abordo cuestiones como el *setting* analítico y el cambio. Se incluyen algunas breves viñetas clínicas ilustrativas.

En un conjunto de publicaciones y presentaciones previas he estado buscando formular y desarrollar una manera de concebir la psicoterapia analítica de orientación intersubjetiva basándome en los principios fundamentales de la filosofía fenomenológica y hermenéutica y, en particular, he articulado con esa finalidad la noción central de un *espacio hermenéutico* (Sassenfeld, 2015, 2016a, 2016b, 2017a, 2018), aquella experiencia directa e inmediata de la espacialidad en la cual materialidad y significación no pueden separarse. En lo que sigue definiré este concepto con mayor detención y daré cuenta de su significación para la práctica clínica desde varios puntos de vista. En este trabajo deseo resumir algunas de mis ideas anteriores y, a la vez, continuar articulándolas y profundizándolas. Por otro lado, este trabajo estará enfocado especialmente en algunas de las implicancias clínicas que pueden desprenderse

de mis ideas teóricas, aunque sintetizaré estas últimas como forma de introducir y contextualizar la temática.

Recientemente propuse un modo general de visibilizar las múltiples y significativas transformaciones que el psicoanálisis contemporáneo ha atravesado en las últimas décadas (Sassenfeld, 2017b, 2017c, 2018), diversas transformaciones que en términos amplios han sido descritas como la emergencia de una *tradición relacional* en el psicoanálisis (Mitchell y Aron, 1999). Hice uso del concepto de *giros* psicoanalíticos, muy utilizado por diversos teóricos psicoanalíticos en los últimos años. Detallé la existencia de seis giros psicoanalíticos que han cambiado de manera contundente y duradera la mayor parte de las concepciones teóricas, clínicas y técnicas del psicoanálisis freudiano. He mencionado el giro fenomenológico hacia la experiencia vivida, el giro hermenéutico hacia la comprensión interpretativa en cuanto diálogo genuino, el giro intersubjetivo hacia los contextos relacionales de la experiencia subjetiva, el giro corporal hacia las vicisitudes de la dimensión relacional no-verbal, el giro contextualista hacia el reconocimiento de la influencia de los contextos socioculturales, y el giro ético hacia un psicoanálisis humanista y compasivo. Estos diferentes giros y sus implicaciones tienden a implicarse los unos con los otros, pudiendo tal vez visualizarse como dimensiones de un único importante cambio de dirección; en este contexto, enfatizaré en particular distintos aspectos del giro

<sup>1</sup> Psicólogo Clínico. Contacto: asjorquera@hotmail.com/www.sassenfeld.cl

hermenéutico, aunque ello es imposible sin hacer referencia a diversos aspectos de los otros giros.

Desde el punto de vista fenomenológico, el mundo que los seres humanos experimentamos cotidianamente –y, por lo tanto, el espacio que contribuye a constituirlo– nunca es neutro o existe como algo carente de significación (Heidegger, 1927; Sassenfeld, 2016a). Más bien, tanto en el plano de la experiencia vivida o prerreflexiva como en el plano de la experiencia consciente y reflexiva, el mundo, el espacio y las cosas están siempre ya impregnados de significado y sentido. Heidegger en alguna ocasión puso en evidencia esta circunstancia al afirmar que los seres humanos no percibimos un espacio tridimensional dentro del cual estamos ubicados –como la ciencia natural puede haber considerado en su época–, sino que más bien nos encontramos siempre ya en algún *lugar*. Su uso de la palabra lugar intenciona mostrar que nos encontramos siempre ya en una calle, en una sala de clases, en un supermercado, en nuestra consulta. Es decir, en un espacio que es material pero que siempre, al mismo tiempo, es un espacio material que tiene una significación en el mundo humano.

Una forma importante de hacer referencia en términos conceptuales a esta circunstancia fenomenológica basal es la noción del *espacio hermenéutico*, que fue formulada por el fenomenólogo alemán contemporáneo Günter Figal (2006). Nos movemos siempre ya en la dimensión de la significatividad –el terreno de la hermenéutica–, lo que implica que somos seres que, entre otras cosas, estamos constituidos por la posibilidad de comprensión e interpretación del mundo que nos rodea. Es más, no se trata tan solo de una posibilidad; desde el punto de vista fenomenológico, si somos seres humanos, estamos siempre ya insertos en una determinada comprensión del mundo y de lo que contiene. Estamos siempre ya insertos en lo que Hans-Georg Gadamer (1960) llama *tradición*; nuestra experiencia contemporánea solo es posible gracias a la tradición humana histórica y lingüística que nos precede. Desde mi propia perspectiva, la noción del espacio hermenéutico es de tal relevancia, que constituye efectivamente un modo central de definir y describir la naturaleza básica de toda psicoterapia analítica.

Sin tener clara conciencia de ello, los creadores del psicoanálisis –Sigmund Freud, Carl Gustav Jung, Sándor Ferenczi– ampliaron de manera visionaria no solo el espacio hermenéutico en el cual se habían estado moviendo con anterioridad la psiquiatría y la psicopatología, sino, en un sentido mucho más abarcador, la cultura, la educación, la apreciación del arte y muchas otras áreas del quehacer humano. Sus múltiples contribuciones extendieron las posibilidades de aprehensión

de las dimensiones inaccesibles de la experiencia humana (Askay y Farquhar, 2006) y, por lo tanto, extendieron las posibilidades de significación de la experiencia humana como tal. De pronto, un error se convirtió en un acto fallido y un síntoma en algo que expresaba un sentido, por mucho que no lo entendiéramos. Después del surgimiento del psicoanálisis y la psicología profunda, nada ha vuelto a ser igual –con plena independencia de cuánta conciencia tengamos de ello en nuestra cotidianidad. Y, enfatizamos este punto con intención deliberada, sus originadores no expandieron tales posibilidades en un sentido solo teórico, sino que además en un sentido capaz de transformar de modo psicoterapéutico la experiencia del ser humano.

Así como ocurrió con las ampliaciones y transformaciones históricas irreversibles que por ejemplo el Cristianismo o la Ilustración introdujeron en el espacio hermenéutico colectivo, la aparición de la psicología profunda marcó un hito en la historia del pensamiento humano siguiendo las iniciales intuiciones de pensadores como Arthur Schopenhauer, Karl Marx, Friedrich Nietzsche y tantos otros (Gödde, 2009; Sassenfeld, 2016a). Se debe a ello que muchos de los grandes filósofos y pensadores del siglo XX –incluyendo al Heidegger tardío, a Maurice Merleau-Ponty, a Jean-Paul Sartre, a Emmanuel Lévinas, a Paul Ricoeur, a Jürgen Habermas, a Jacques Derrida, a Michel Henry, etc.– hayan sentido necesidad de dialogar de una u otra manera con los planteamientos psicoanalíticos principales. Aunque con frecuencia críticas, sus apreciaciones del psicoanálisis dejan notar la seriedad con la cual enfrentaron el encuentro con este. Si la noción del espacio hermenéutico es una forma de definir lo que es el mundo humano y el psicoanálisis amplió el espacio hermenéutico, con ello transformó el mundo en el cual vivimos. Lewis Aron y Karen Starr (2013) describen, por ejemplo, el impacto que el psicoanálisis tuvo sobre las historietas norteamericanas y, en el ámbito del cine, cabe recordar las películas de Woody Allen y otros.

El filósofo hermenéutico suizo Emil Angehrn (2004, 2010) contribuye a circunscribir el espacio hermenéutico como un *espacio de comprensión* y también como un *espacio de sentido*, “dentro del cual podemos formular pensamientos, esbozar interpretaciones, ensayar y revisar propuestas de comprensión, hacer preguntas, levantar y disputar pretensiones de validez” (2004, p. 25), un espacio en el cual “se realiza nuestra comprensión de las cosas, de los demás seres humanos y de nosotros mismos” (2010, p. 135). Para Figal (2006), al espacio hermenéutico pertenecen tanto la interpretación en cuanto presentar las cosas en términos interpretativos como todo aquello que es interpretable. Puesto que

la teoría hermenéutica asume en principio que todo lo que existe en el mundo humano es interpretable, cabe suponer que todo forma parte del espacio hermenéutico. Así, no se trata de un espacio separable y diferenciable de otros espacios, sino que es mucho más fundamentalmente “la aperturidad para toda vinculación y todo comportamiento, la aperturidad para todo lo que se puede encontrar frente a nosotros” (p. 141). El espacio hermenéutico contiene toda otra forma de espacialidad que puede adoptar la experiencia humana.

He propuesto con anterioridad que concibamos el espacio analítico intersubjetivo que se constituye entre dos (o más) sujetos como una forma particular del espacio hermenéutico en el seno del cual se despliega la existencia humana (Sassenfeld, 2015, 2016a, 2017a). He propuesto además que siguiendo las ideas de Merleau-Ponty (1945) el espacio hermenéutico y, por ende, el espacio analítico son un espacio constituido inevitablemente por dos sujetos corporizados que dan lugar a una intersubjetividad corporizada, algo que también he descrito como un sistema intersubjetivo corporizado caracterizado por una continua influencia mutua corporizada (Sassenfeld, 2012a, 2012b, 2013a, 2014a, 2016a, 2017a). Este aspecto guarda relación con lo que antes mencioné como el giro corporal del psicoanálisis contemporáneo, un giro hacia el reconocimiento y la comprensión de las complejas vicisitudes de la dimensión no-verbal de la situación analítica y la experiencia humana en general. La experiencia analítica es, en el sentido detallado, una forma particular de vivenciar el espacio hermenéutico, aquel espacio que posibilita y en el seno del cual ocurren reflexión, interpretación, comprensión y cuestionamiento.

En comparación con nuestra vida cotidiana, en la cual el hecho de que nos encontramos en el espacio hermenéutico se encuentra por lo común en el plano prerreflexivo mientras vivimos y nos comportamos basados en nuestra comprensión prerreflexiva del mundo, en el espacio clínico al menos a ratos experimentamos mayor conciencia de este hecho. En realidad, en el espacio clínico efectivamente una meta fundamental es enfrentarnos de manera más consciente al hecho de que somos sujetos que comprenden e interpretan su mundo de cierto modo –somos sujetos en el sentido de que organizamos de forma activa nuestra propia experiencia (Orange, 1995). Quizás a ello se deba que muchos pacientes y muchos psicoterapeutas perciban el espacio terapéutico como situación que, a pesar de que evidentemente es parte de la propia vida, de alguna manera parece encontrarse un tanto fuera de la cotidianidad. Tiende a ser vivenciado como situación que marca una interrupción temporal de la vida diaria

que, justamente, pretende generar condiciones para la posibilidad de reflexionar acerca de qué está ocurriendo en y cómo uno está llevando la propia vida. Este es un punto significativo de encuentro entre filosofía y psicoterapia en cuanto, para Sócrates, solo la vida examinada merecía ser vivida.

La mayor conciencia de que estamos en el espacio hermenéutico guarda relación con que la psicoterapia analítica de modo explícito se plantea como instancia en la cual se busca comprender el significado y el sentido de la experiencia subjetiva –en general de experiencias que no han podido ser comprendidas con anterioridad y que, de una u otra manera, son percibidas como algo necesitado de atención llevando a la búsqueda de ayuda psicoterapéutica (síntomas, experiencias traumáticas, etc.). Esta es la tarea conjunta principal –una tarea hermenéutica– que reúne a un paciente y a su psicoterapeuta y que guía sus esfuerzos a lo largo de todo el proceso terapéutico. Así, en la situación analítica, el hecho existencial de que nos encontramos siempre ya en un espacio hermenéutico está en el centro de la experiencia de paciente y psicoterapeuta. Su conversación es, en esencia, una conversación hermenéutica comprensiva sobre significados existentes y significados posibles. Para muchos pacientes la persona del psicoterapeuta llega a encarnar la realidad de un espacio hermenéutico reflexivo, ya que, hasta antes de la participación en la situación terapéutica, la realidad del espacio hermenéutico no estaba presente de manera explícita o al menos no existía con suficiente posibilidad de movimiento y flexibilidad.

El espacio hermenéutico clínico es, al igual que la noción heideggeriana de mundo supone, un espacio que es materialidad y significación al mismo tiempo. En otras palabras, tal como ya afirmé, es un espacio concreto así como un espacio de significados y sentidos potenciales. Por lo general, se hace referencia al aspecto propiamente físico del espacio analítico como *setting*, esto es, toda la disposición material del lugar en el cual se lleva a cabo la atención clínica. En el marco de este trabajo, el *setting* puede visualizarse como la dimensión del espacio hermenéutico analítico que es experimentable sensorialmente. En el sentido estrecho del término, el *setting* está conformado por los muebles, la decoración y todos los demás elementos físicos de la sala de atención terapéutica, desde una alfombra hasta un cuadro en la pared. Pueden agregarse, además, las cualidades del lugar, como su estado de limpieza, su luminosidad, su acústica y su nivel de ruido circundante, si acaso en una sala de espera suena música o no, etc. En un sentido más amplio, el *setting* incluye variables adicionales, como por ejemplo el edificio o la casa en

la cual se encuentra la oficina, el lugar específico en el cual esta se halla ubicada en la ciudad o localidad que la alberga, si acaso existen estacionamientos o no, si acaso se cuenta con una secretaria o una sala de espera o no, etc.

Desde el punto de vista de la noción del espacio hermenéutico, todos estos elementos no pueden visualizarse como «meramente físicos», sino que tiene que asumirse que están cargados de significaciones tanto implícitas y prerreflexivas como explícitas y conscientes. Tales significaciones, por supuesto, no son y no pueden nunca ser estándar; lo que podríamos llamar *sujeto hermenéutico* cuenta siempre con un posicionamiento hermenéutico comprensivo e interpretativo característico y único, dado en primer lugar por su cuerpo, que lo envuelve y determina a la vez permitiendo y delimitando sus posibilidades de experiencia y comprensión. En consecuencia, diferentes aspectos del *setting* adoptan significados diversos para distintos pacientes en función de lo que Gadamer (1960) denomina *prejuicios*<sup>2</sup>, y fenomenólogos psicoanalíticos como Donna Orange, George Atwood y Robert Stolorow (1997) llaman *principios organizadores de la experiencia*, definidos por Orange (1995) como *convicciones o conclusiones emocionales*. Una paciente de mediana edad ya en la primera entrevista advirtió la presencia de varias plantas bien cuidadas, lo cual para ella adquirió el significado de que yo sabía cuidar. Un paciente joven consideró que la música clásica de mi sala de espera me delataba como “viejo”, percepción que no le encajaba con otras impresiones de mi persona. En una época en la que durante meses sonaba la banda sonora de la película francesa *Amélie* en la sala de espera, mientras un paciente se sentía cobijado por el sonido, otra paciente indagó acerca de por qué yo colocaba “música de hospital psiquiátrico” en mi oficina.

Lo descrito no puede despistarnos respecto del hecho de que el *setting* no solo tiene significados para cada paciente, sino que al mismo tiempo es siempre expresión visible y concreta de la subjetividad del psicoterapeuta. Recuérdese que uno de los principios definitorios del psicoanálisis intersubjetivo es que la

situación analítica es aquella en la cual dos (o más) subjetividades conforman un sistema intersubjetivo caracterizado por una continua influencia mutua consciente e inconsciente (Sassenfeld, 2012a, 2012b, 2012c) implicando una presencia y participación inevitables y constantes de la subjetividad del terapeuta. Incluso en aquellas situaciones en las cuales un terapeuta no tiene plena libertad para configurar el espacio de la atención clínica de acuerdo con sus propias preferencias (como en muchas instituciones que ofrecen atención psicoterapéutica), existen siempre detalles –desde aspectos como el ángulo en el cual están ubicados los asientos de paciente y terapeuta hasta otros aspectos más sutiles, como si acaso el terapeuta siente que el espacio de la atención es “suyo”– que son manifestaciones de su *irreductible subjetividad* (Holzhey-Kunz, 2002; Renik, 1993). Hasta cuando un psicoterapeuta opta por dejar un *setting* que no es del todo propio exactamente como lo encuentra su subjetividad ha contribuido a dar una forma significativa particular al espacio analítico.

He enfatizado con anterioridad que, en mi opinión, el *setting* analítico no puede más que ser un aspecto de la visibilidad de la individualidad del psicoterapeuta (Sassenfeld, 2012c) y que, siempre y cuando se mantenga dentro de ciertos límites que no se imponen o transgreden la individualidad del paciente (véase Wolf, 1988), es deseable y a la vez inevitable que sea de ese modo. Considero que el espacio hermenéutico analítico tiene que ser vivenciado por el terapeuta como *su* espacio ya que tal vivencia le confiere tanto profundidad a la situación analítica así como comunica al paciente seguridad y confianza. Un paciente, entendido como un desconocido que sufre y que busca ayuda (Orange, 2011; Sassenfeld, 2016a, 2018), necesita lo que Orange llama *hospitalidad clínica*, y esta solo puede ser percibida de forma genuina cuando un terapeuta siente por su lado que acoge a alguien en un espacio que le es familiar y cómodo de manera suficiente dentro de las circunstancias existentes. Solo de ese modo podrá “pararse en los espacios” (Bromberg, 1998, 2006, 2011) vacíos, desconectados y fragmentados que la disociación deja tanto en la subjetividad del paciente como en la intersubjetividad de la relación terapéutica, y por ende en el espacio hermenéutico analítico, generando puentes que sostengan la continuidad de la experiencia subjetiva que ha sido interrumpida como resultado de ciertas vivencias históricas del paciente y, con frecuencia, del psicoterapeuta.

Desde esta perspectiva, la forma particular en la que un paciente –y cada terapeuta– percibe y se relaciona con el espacio analítico «físico» es siempre ya expresión de lo que Heidegger y Gadamer describen como

<sup>2</sup> Cabe subrayar que en la hermenéutica filosófica articulada por Gadamer la noción de prejuicio no tiene de antemano una connotación negativa. En el pensamiento de Gadamer, nuestros prejuicios son reflejo de nuestra historicidad y corresponden a las bases profundas de nuestra subjetividad a la vez posibilitando y limitando nuestras posibilidades de experiencia del mundo. Para una discusión detallada de esta temática véase Sassenfeld (2016a).

*familiaridad* con el mundo y de lo que Merleau-Ponty denomina *hábitos*, que a mi parecer corresponden a la dimensión sensoriomotriz de los principios organizadores de la experiencia (Sassenfeld, 2013a, 2014a, 2016a, 2017a). Se trata de *nuestra manera individual* de movernos en el mundo, de formas encarnadas de tratar con el mundo material y humano que, siguiendo a Merleau-Ponty, posibilitan nuestra inserción en la comunidad humana y nos permiten sentirnos como pertenecientes a esta. En el psicoanálisis contemporáneo, el influyente concepto de *conocimiento relacional implícito* (BCPSG, 2010) da cuenta, partiendo de una tradición conceptual no filosófica, de esta misma circunstancia. Es decir, el modo que el paciente tiene de percibir y relacionarse con el aspecto material del espacio hermenéutico es una manifestación directa de la manera en la que está organizada su subjetividad y, en esa misma medida, de la historia de origen y desarrollo de su subjetividad. Asimismo, puesto que el espacio hermenéutico es tanto concreto como significativo, literalmente los seres humanos nos *movemos*, nos comportamos en él. Y desde el punto de vista fenomenológico nuestro movimiento no es resultado de cómo significamos las situaciones, sino que más bien nuestro movimiento debe concebirse como manera característica –subjetiva– de significar las situaciones.

Al comportarme de cierto modo, la situación en la que me encuentro significa ya algo para mí, movimiento y significación coinciden desde el punto de vista de la noción fenomenológica del *sujeto corporizado* formulada por Merleau-Ponty (1945). Por lo tanto, la forma en la cual un paciente se mueve en y ocupa o utiliza el espacio es también expresión de cómo tiene significado su mundo. Esta perspectiva forma parte de lo que recientemente denominé el *giro corporal* del psicoanálisis contemporáneo (Sassenfeld, 2018), cuyas dimensiones teóricas y clínicas he investigado en diversas publicaciones a lo largo de más de una década (por ejemplo, Sassenfeld, 2007, 2008a, 2008b, 2009, 2012a, 2012b, 2013a, 2013b, 2014a, 2016b). Dos ejemplos clínicos: un paciente de alrededor de treinta años, con la experiencia de un padre severo y violento, apenas se atreve a explorar mi oficina con los ojos. Mantiene la mirada en general hacia el suelo y, cuando sí mira, sus ojos no pueden recorrer con libertad su entorno. Experimenta el mundo como lugar que quisiera pero que no puede explorar sin aprensión y carga con un vago temor a que algo negativo ocurrirá si decide hacerlo. Otro paciente siente suficiente libertad como para caminar algunos pasos durante algunas sesiones y para dramatizar en ocasiones su relato en términos expresivos. La forma en la que nos movemos por el mundo de la vida

está condicionada por la forma en la que estructuramos el espacio hermenéutico a través de las significaciones con las cuales nuestra subjetividad lo experimenta.

La idea de que el sujeto *estructura* el espacio hermenéutico es fundamental en mi planteamiento. En este contexto, la idea de que cada sujeto estructura el espacio hermenéutico guarda relación con que la experiencia que todo sujeto tiene de este es única e irrepetible y con que la forma particular de la experiencia de cada sujeto está determinada por sus prejuicios y hábitos individuales<sup>3</sup>. Existen dos maneras básicas, que no son mutuamente excluyentes sino más bien paralelas o simultáneas, de estructurarlo: de modo inconsciente por medio de nuestros prejuicios y principios organizadores de la experiencia, y de modo consciente por medio de lo que la teoría hermenéutica llama *interpretación* (Sassenfeld, 2016a). La primera corresponde a una comprensión prerreflexiva del mundo y las cosas y la segunda está ligada a la posibilidad de emergencia de una comprensión reflexiva ya que en términos hermenéuticos la interpretación puede entenderse como la articulación explícita de nuestra comprensión prerreflexiva. En otras palabras, prejuicio e interpretación estructuran el espacio hermenéutico en los planos implícito y explícito respectivamente. Al hacerlo proveen contornos particulares a la experiencia subjetiva e intersubjetiva. Reducen la potencialidad abierta e indeterminada de significados posibles al situar a quien busca comprender en determinadas perspectivas delimitando sus horizontes de experiencia.

El espacio hermenéutico en el sentido amplio del término se convierte en un espacio hermenéutico analítico cuando se abre la posibilidad de reflexionar en conjunto en términos interpretativos sobre las formas específicas en las que los prejuicios e interpretaciones existentes del paciente, del psicoterapeuta y de ambos en combinación estructuran tanto el espacio terapéutico y la relación que se desarrolla en este como la vida del paciente dando lugar a configuraciones habituales más o menos flexibles de la experiencia subjetiva e intersubjetiva. Así, el espacio hermenéutico analítico es la matriz que posibilita el cumplimiento gradual

<sup>3</sup> En realidad, no se trata tan solo de prejuicios y hábitos individuales. De hecho, la teoría hermenéutica y la fenomenología estudian más bien las estructuras colectivas, históricas e incluso universales que determinan nuestra experiencia. Este aspecto pertenece, a mi parecer, al giro contextualista del psicoanálisis contemporáneo hacia el reconocimiento de los contextos socioculturales e históricos en su influencia profunda sobre la subjetividad (Sassenfeld, 2018), y no es mi foco en este trabajo.

de una de las metas centrales de la psicoterapia intersubjetiva: desplegar, iluminar en términos interpretativos y transformar mundos subjetivos de experiencia (Buirski y Haglund, 2001; Sassenfeld, 2012c; Stolorow, Brandchaft y Atwood, 1987). En efecto, desde el punto de vista que estoy desarrollando la tarea fundamental del proceso analítico es la exploración, investigación y comprensión de cómo el paciente experimenta su mundo –su espacio hermenéutico prerreflexivo habitual– y, a partir de la aclaración y articulación terapéutica de esa experiencia, la comprensión y flexibilización de las *estructuras de la experiencia* (Atwood y Stolorow, 2014 [1984]) que son responsables de la relativa repetitividad de la experiencia del paciente. Por cierto, en un marco psicoanalítico intersubjetivo, es importante no perder de vista que el trabajo interpretativo reflexivo al cual estoy haciendo alusión no debe entenderse en primer lugar como actividad intelectual, sino mucho más fundamentalmente como una experiencia afectiva y relacional –como experiencia compartida y dialógica de comprensión emocional (Orange, 1995).

Desde el punto de vista de cómo el psicoterapeuta estructura el espacio hermenéutico es esencial hacer alusión a que los conceptos analíticos que cada terapeuta maneja son una dimensión central de esa estructuración. Su posicionamiento teórico define, en gran medida, su experiencia del espacio analítico y las posibilidades de significado y sentido de los fenómenos que surgen en él. Por ejemplo, cuando Heinz Kohut (1977, 1984) concibe un conjunto significativo de reacciones agresivas como *ira narcisista* cuya función psíquica es restablecer –aunque de forma precaria– la cohesión de un self que está fragmentando y no como manifestaciones de una destructividad intrínseca, se posiciona de cierto modo en el espacio hermenéutico. Es decir, hace uso de manera relativamente consciente de un prejuicio que implica estructurar el espacio hermenéutico al adoptar en este una determinada perspectiva y delimitar el rango de las significaciones de ciertos fenómenos; escribo “relativamente consciente” porque, con el paso del tiempo, muchos de los conceptos que un terapeuta emplea en su labor cotidiana pasan a estructurar el espacio hermenéutico de manera prerreflexiva al convertirse en modalidades habituales de entender las cosas. Por supuesto, la rigidez con la que un terapeuta dado se apegas a su teoría rigidiza y restringe las posibilidades de significación que pueden emerger en el espacio hermenéutico analítico. Por otro lado, disponer de múltiples teorías tiende a generar una experiencia de mayor amplitud y espaciosidad. Este último punto es congruente con la concepción que Stephen Mitchell tenía del psicoanálisis relacional como un psicoanálisis comparativo.

La idea mencionada de Kohut que coloqué recién como ejemplo permite al terapeuta comprender algo –una respuesta agresiva– como algo –un intento subjetivo desesperado de cohesionar un self en fragmentación y, así, regular la angustia asociada al estado de fragmentación. Estamos aquí frente al *como hermenéutico* (*hermeneutisches Als*) que, siguiendo a Heidegger (1927), define toda interpretación. Básicamente, esto quiere decir que siempre cuando interpretamos estamos entendiendo el fenómeno o la experiencia en cuestión como algo que se vincula siempre ya con nuestra subjetividad; esa es nuestra condición hermenéutica como seres humanos. A esto se debe que todos los conceptos analíticos son, en esencia, interpretaciones de lo que ocurre que al mismo tiempo posibilitan y restringen nuestra comprensión clínica, tal como Gadamer afirmó en un sentido más amplio respecto de cualquier prejuicio. Como describiré a continuación, muchas dificultades terapéuticas están vinculadas con la circunstancia de que un terapeuta utiliza conceptos de forma inflexible rigidizando la libertad de movimiento en el espacio hermenéutico y, con ello, generando actitudes reduccionistas respecto de la experiencia en cuestión. El uso rígido de los conceptos analíticos cierra la posibilidad de reflexionar de modo abierto sobre los significados potenciales de una experiencia.

Las dos formas descritas de cómo un sujeto estructura el espacio hermenéutico –consciente e inconsciente– pueden, a su vez, operar cada una de dos maneras diferentes, un aspecto en el cual mi pensamiento tiene una relación cercana con las ideas de Donnel Stern (1997, 2010, 2015) y Donna Orange (1995, 2011) (para una discusión de sus respectivas contribuciones a esta temática véase Sassenfeld, 2016a). Sea como prejuicio o principio organizador de la experiencia o como interpretación, la forma en la que un sujeto estructura el espacio hermenéutico puede ser flexible y adaptativa o inflexible y rígida. Stern (1997, 2010) hace alusión a que la disociación puede impedir de modo sostenido y por ende inflexible la formulación interpretativa de determinados significados de la experiencia, mientras que Orange (1995) –y también Stolorow *et al.* (Orange, Atwood y Stolorow, 1997; Stolorow y Atwood, 1992; Stolorow, Atwood y Orange, 2002)– señalan que un principio organizador puede dar forma a la experiencia de modo rígido e inconsciente o de modo flexible y consciente. Un principio organizador de la experiencia que actúa sin conciencia impide, o al menos dificulta de manera significativa, el surgimiento de experiencias distintas de las habituales y, al mismo tiempo, tiende a generar experiencias con formas muy similares.



Estructurar el espacio hermenéutico de manera inconsciente e inflexible o también de manera consciente e inflexible (es decir, mediante interpretaciones rígidas sobre el mundo, los demás y uno mismo) restringe de modo innecesario lo que Stolorow, Atwood y Orange (2002) denominan *horizontes de la experiencia* y, con ello, literalmente empobrecen el mundo subjetivo. El rango de las posibilidades de experiencia se estrecha y estereotipa. El individuo se ve encerrado en un mundo que ya es conocido, que atraviesa escasas variaciones y que, por lo común, no es vivido como satisfactorio o que incluso produce sufrimiento. Los significados y el sentido de muchas experiencias se mantienen invariables y no le permiten al sujeto reconocer y asimilar experiencias novedosas que podrían desconfirmar sus prejuicios. En otras palabras, el sujeto pierde *libertad* de movimiento por el espacio hermenéutico y su mundo de la vida, siendo la libertad una de las dimensiones fundamentales que siguiendo a Figal (2006), constituyen el espacio hermenéutico. De hecho, en términos existenciales, la noción de libertad es indesligable de la noción de espacialidad. Mientras mayor libertad vivida de movimiento existe en el espacio hermenéutico, mayor es nuestra apertura a la exploración de diversas posibilidades de significado. Este punto guarda una relación importante con la teoría del apego, de acuerdo con la cual la libertad de exploración del mundo externo e interno depende de la experiencia vivida de seguridad.

Un paciente de mediana edad había experimentado de modo crónico una falta de disponibilidad afectiva de parte de su figura materna a lo largo de gran parte de su infancia y niñez debido a una depresión nunca tratada de ella. Estas experiencias dieron lugar a un prejuicio o convicción emocional que le hacía comprender una diversidad de situaciones relacionales como abandonos, pérdidas y decepciones, sin que fuera consciente de los orígenes de sus sentimientos habituales en su historia de vida –su “tradicción” personal. Este prejuicio perteneciente a su tradición, tal como muestra Gadamer, le permitía efectivamente comprender muchas situaciones que vivenciaba de una determinada manera: comprendía un conjunto de situaciones relacionales como abandonos, pérdidas y decepciones. Sin embargo le era casi imposible sentir que podía también estar equivocado y que, por ende, podían existir otras alternativas de significado de las mismas situaciones, predominando el supuesto tácito de que estaba en lo correcto. En general, las explicaciones que los demás en ocasiones intentaban proporcionarle de por qué habían actuado como habían actuado y su insistencia en que no se trataba de abandonos eran interpretadas por parte de este paciente como justificaciones o incluso

como mentiras. El mundo de experiencia de mi paciente era un mundo restringido en el cual lo acostumbrado eran el abandono, la pérdida y la decepción, sin que fuera posible tener por ejemplo la experiencia de que los otros en muchas situaciones tienen necesidades o preocupaciones propias o que, sin intenciones negativas o egoístas, no siempre logran reconocer lo que a él le ocurre o lo que necesita. Sesión tras sesión presentaba más y más relatos pasados y actuales en los cuales se repetía la experiencia descrita con formas casi idénticas. Estábamos tanto frente a un principio organizador de la experiencia que actuaba de modo inconsciente e inflexible como frente a una cierta interpretación consciente pero rígida de las cosas, dos aspectos que tienden a co-existir en cada paciente. Notoria y a la vez dolorosa era la pobreza de sus posibilidades de experiencia en las relaciones afectivas con los demás, que era reflejo de la ausencia de libertad que vivenciaba una y otra vez.

Tal como supone la teoría hermenéutica, sin prejuicio e interpretación no puede generarse comprensión. Gadamer (1960) fue claro y enfático al señalar que se trata de verdaderas condiciones del comprender. No obstante, tal como pone al descubierto la viñeta clínica antecedente, esta circunstancia no quiere decir que ciertos prejuicios e interpretaciones o, siendo más específico, ciertas maneras en las que estos pueden actuar, no puedan dificultar o incluso imposibilitar una comprensión que no genere sufrimientos innecesarios y una comprensión transformadora. Esa es, precisamente, la tarea del espacio hermenéutico analítico: conscientizar el hecho de que, en cuanto sujetos, somos organizadores activos de la experiencia (Orange, 1995) aunque lo seamos sin tener conciencia de ello y, a continuación, examinar con detalle la forma y los contenidos particulares que empleamos a la hora de conferir configuraciones típicas a nuestra experiencia subjetiva. Además, la exploración analítica implica movernos en el espacio hermenéutico hacia el origen y la historia de desarrollo de nuestros prejuicios personales para poner al descubierto los inicios biográficos de nuestra “tradicción” personal. Este aspecto del trabajo analítico tradicional sigue teniendo importancia en el psicoanálisis contemporáneo, en parte porque sabemos, a través de la investigación del apego adulto, que una narrativa autobiográfica coherente y capaz de contener tanto las experiencias positivas como negativas que el individuo ha atravesado a lo largo de su vida tiene una clara correlación con el apego seguro.

Lo descrito guarda relación con que Figal (2006) afirma que otra de las dimensiones más importantes del espacio hermenéutico es, siguiendo los pasos iniciales

de Heidegger, el *tiempo*. Las cosas que ocurren en el espacio hermenéutico *transcurren*, esto es, tienen un desarrollo temporal y, por lo tanto, encontrarse en el espacio hermenéutico trae consigo la experiencia de temporalidad –partiendo por el hecho básico de que, en el ámbito clínico, cada sesión analítica tiene una duración preestablecida y un lugar fijo en la semana y, más allá, la psicoterapia misma es un proceso terapéutico que se despliega en general a lo largo de meses o años. En una publicación anterior ya insinué que, además de tener un interés sostenido en los contextos relacionales pasados que han contribuido a generar la subjetividad característica de un sujeto dado (Sassenfeld, 2012c), la psicoterapia relacional e intersubjetiva también siempre busca comprender la dirección hacia la cual apuntan y se dirigen diferentes aspectos de la subjetividad –vale recordar que, tal como he puesto de relieve con anterioridad (Sassenfeld, 2016a), la noción hermenéutica de *sentido* da cuenta, entre otras cosas, del propósito, de la finalidad o del para-qué de algo. En la psicología profunda fue Jung (1913 [1912], 1928) quien argumentó por primera vez a favor del reconocimiento de este punto de vista, retomado con posterioridad por teóricos analíticos como Donald Winnicott, Kohut y un conjunto de teóricos analíticos contemporáneos (por ejemplo, Aron y Atlas, 2015, 2018).

Puesto que estamos discutiendo la noción del espacio hermenéutico en un contexto clínico, es necesario hacer referencia a lo que lo dicho hasta ahora implica en términos del cambio analítico, cuya posibilidad está a su vez ligada al transcurrir del tiempo. Se debe a ello que, tal como ya mencioné, la psicoterapia analítica se constituye siempre como proceso analítico que, por lo común, precisa de una cantidad significativa de tiempo para generar resultados satisfactorios y significativos. Es sabido que, a partir de sus inicios históricos, en el sentido más general posible el psicoanálisis ha operado basado en la idea de que la experiencia de comprensión impulsada por una interpretación del analista acerca de los contenidos inconscientes involucrados en los síntomas o rasgos de carácter problemáticos era capaz de modificar la subjetividad del paciente, al menos en cierta medida. La interpretación era visualizada como el agente central de la acción terapéutica, sin que se desconociera que el momento en el cual se proporcionaba una interpretación o también qué contenidos inconscientes el paciente estaba preparado para asimilar de manera consciente eran factores esenciales que afectaban su potencial mutativo (véanse, entre otros, Reich, 1945 [1933]; Greenson, 1967; y Etchegoyen, 2002 [1986]). En términos amplios, la noción del espacio hermenéutico es congruente con

ese planteamiento, en buena medida porque de acuerdo con Figal (2006) el *lenguaje* es la tercera dimensión central del espacio hermenéutico.

En efecto, cuando una interpretación –en cuanto articulación reflexiva y verbal de una comprensión prerreflexiva– vuelve explícita una comprensión de las cosas, del mundo, de las relaciones o de sí mismo en la cual el paciente ha vivido inserto, la experiencia de comprensión que puede surgir provoca cambio –siempre y cuando se trate de comprensión genuina que en la teoría hermenéutica no puede desligarse de la afectividad. La comprensión se concibe como una experiencia global que no se limita al intelecto –ni de lo que Gadamer llamó *aplicación*. Para él, haber comprendido genuinamente significaba ser capaz de aplicar y hacer uso de lo comprendido (Sassenfeld, 2016a). Dicho de otro modo, cuando una interpretación visibiliza con éxito un prejuicio gadameriano o un hábito merleauPontiano, el sujeto se ve transformado por el hecho de que una comprensión implícita ha sido explicitada impactando su estado emocional y encontrando posibilidades prácticas de aplicación consciente y deliberada. El mismo Gadamer (1961) señaló: “La realización de la comprensión requiere llevar a la conciencia aquello inconsciente en la realización de un conocimiento” (p. 122), una aseveración que parece muy cercana a la concepción clínica central de la psicoterapia analítica clásica. Asimismo, la noción del espacio hermenéutico como definición de la psicoterapia analítica comparte con el psicoanálisis tradicional la idea de que, al menos en primer lugar, el trabajo clínico gira en torno a la comprensión de algo más que en torno a la tentativa de cambiar algo.

Ahora bien, desde el punto de vista hermenéutico, las cosas son a la vez un tanto más complejas que lo detallado. Para comenzar, la teoría hermenéutica es enfática a la hora de subrayar que tanto la comprensión como la interpretación son originariamente fenómenos relacionales que solo pueden emerger en el seno de una conversación que Gadamer caracterizó como *genuina* (Sassenfeld, 2010, 2012c, 2016a). (Tal conversación puede, por cierto, ser una conversación que llevamos con nosotros mismos o con la obra de un autor.) Sin poder detenerme aquí en una discusión más detallada de las condiciones y características de una conversación genuina (que he hecho en varias publicaciones previas), solo deseo enunciar el principio y espíritu fundamental basado en el cual Gadamer la concebía: “Mi interlocutor puede tener razón”. En ese contexto, en palabras de Joseph Lichtenberg, Frank Lachmann y James Fosshage (2002), la cura por la palabra se ha convertido en el marco del psicoanálisis contemporáneo en la cura por la comunicación. Es decir, un psicoterapeuta

intersubjetivo en cuanto hermeneuta analítico se ha desprendido de las ideas psicoanalíticas tradicionales de que es el analista quien se limita a interpretar la experiencia del paciente de modo unilateral, en el sentido de que ha alcanzado una comprensión acerca del paciente, que, con posterioridad, no hace más que comunicar al paciente mediante una interpretación formulada en palabras. Entiende que una persona que asocia libremente sumada a otra que en algunos pocos momentos intercala un comentario interpretativo, solo con dificultad puede calificarse de diálogo y aún menos de conversación genuina. Asume que la comprensión y la interpretación que resultarán ser útiles en términos psicoterapéuticos solo podrán surgir a través de una conversación recíproca entre paciente y terapeuta en la cual ambos están dispuestos a implicarse afectivamente y a arriesgar sus propias comprensiones previas, prejuicios y hábitos, tal como ocurre en toda conversación genuina.

En segundo lugar, un hermeneuta analítico sabe que la experiencia subjetiva y las cosas no cuentan con un significado exacto, único o claro, sino que son ambiguas y polisémicas de manera intrínseca. En consecuencia, sabe que no es posible alcanzar alguna vez el significado y el sentido “reales” o “verdaderos” de la experiencia o de las cosas. Su experticia característica no guarda relación con disponer de conocimientos específicos sobre los contenidos que conforman lo inconsciente o algo por el estilo, sino más bien con la capacidad para generar un tipo de conversación en torno a los significados de la experiencia que puede, eventualmente, contribuir a reorganizar y transformar la subjetividad. Tal como afirmó Gadamer en repetidas oportunidades, después de una conversación genuina nunca seguimos siendo los mismos. Así, un hermeneuta analítico contemporáneo ha dejado atrás la idea de que la interpretación analítica puede convertirse en un procedimiento técnico y la concibe como un proceso y una experiencia relacional emergente e impredecible en la cual participan paciente y psicoterapeuta por partes iguales (Aron, 1996; Doctors, 2009; Sassenfeld, 2012c, 2016a; Stolorow, 1994; Wachtel, 2008). Esto deja en evidencia que, a pesar de que la hermenéutica analítica (que he estado desarrollando a lo largo de ya casi una década y que teóricos como Stern y Orange llevan articulando hace más de dos décadas) exhibe ciertas afinidades con los planteamientos psicoanalíticos clásicos, también tiene diferencias. Y tales diferencias la alinean de lleno con la psicoterapia analítica relacional e intersubjetiva. Tal como he argumentado con anterioridad, considero que la hermenéutica filosófica puede ser visualizada como fundamentación filosófica y

epistemológica del movimiento relacional en el psicoanálisis (Sassenfeld, 2010, 2012c, 2016a, 2016b, 2017a, 2017d, 2018).

Desde el punto de vista de la psicoterapia relacional e intersubjetiva, puesto que la experiencia clínica muestra que la comprensión emocional sana (Orange, 1995), en cierto sentido puede asumirse que la psicopatología –esto es, lo que estrecha las posibilidades de experiencia y, por ende, las posibilidades de cambio– son el resultado de una comprensión insuficiente o deficiente. Esa es, a mi parecer, una manera significativa de describir la genial intuición freudiana original: el paciente percibe que tiene un problema y ese problema se debe a que hay algo que no ha podido comprender, lo cual de inmediato convierte al psicoterapeuta en un hermeneuta. Esta vendría siendo una verdadera definición hermenéutica de la psicopatología que, en otras palabras, da cuenta de una determinada autointerpretación que alguien hace de sí (Holzhey-Kunz, 2002). En el psicoanálisis existencial delineado por Jean-Paul Sartre (1953), tal comprensión insuficiente o deficiente es concebida como autoengaño, como “mala fe”. Es decir, lo que trae a una persona a psicoterapia guarda relación antes que nada con que no han estado dadas las circunstancias psíquicas, afectivas y relacionales como para que ese individuo haya podido comprender ciertos aspectos centrales de sí mismo, de los demás y de su historia de desarrollo psicológico y afectivo. Esta idea es parte de lo que he llamado el *giro intersubjetivo* del psicoanálisis hacia la comprensión de los contextos relacionales de la experiencia subjetiva (Sassenfeld, 2017b, 2017c, 2018) y guarda relación con el surgimiento de la necesidad de disociar y mantener disociados ciertos aspectos de la experiencia (Bromberg, 1998, 2006, 2011; Sassenfeld, 2012c, 2016a; Stern, 1997, 2010, 2015; Stolorow y Atwood, 1992).

Teóricos analíticos contemporáneos como Peter Fonagy *et al.* (Allen, Fonagy y Bateman, 2008; Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002) articulan una idea similar al atribuir las problemáticas emocionales a perturbaciones de la capacidad de mentalización que se han estructurado en general en los vínculos tempranos de apego. La mentalización hace referencia a la capacidad para entender el comportamiento propio y ajeno en términos de estados internos subyacentes, lo que hace de la mentalización un proceso hermenéutico por excelencia. Comprender las motivaciones e intenciones del otro implica por necesidad, en el plano prerreflexivo y también a menudo en el plano reflexivo consciente, una interpretación de sus expresiones corporales y afectivas, un fenómeno a cuya dimensión no consciente

he hecho referencia con anterioridad como *lectura corporal implícita* (Sassenfeld, 2008a, 2009, 2012c, 2013b). Así, una perturbación de la mentalización literalmente no permite al sujeto comprender de modo claro y razonable las motivaciones de sus propias acciones y de las acciones de los otros que lo rodean –experimenta una comprensión insuficiente o deficiente y esa es una variable esencial de lo que produce sufrimiento emocional. Podríamos también aseverar que, en toda psicopatología, nos encontramos con alguna forma de estrechamiento del espacio hermenéutico en el cual el paciente vive su vida. Esto quiere decir que hay determinados significados relevantes en términos de la experiencia subjetiva del paciente que no son accesibles y, por ende, hay ciertas comprensiones que no pueden articularse de forma consciente.

Afirmé que nuestros prejuicios estructuran el espacio hermenéutico de modo inconsciente y que la explicitación reflexiva de estos por medio de la interpretación puede dar lugar a cambios importantes en la subjetividad. Sin embargo, los teóricos analíticos contemporáneos han estado cada vez más interesados en todos aquellos procesos implícitos y relacionales que generan cambio más allá de la interpretación verbal (por ejemplo, BCPSPG, 2010; Beebe y Lachmann, 2002; Geißler y Sassenfeld, 2013; Sassenfeld, 2007, 2012c, 2014b; Schore, 2003a, 2003b, 2012). Debido a su acento constante en el lenguaje en el marco de la conversación, la hermenéutica filosófica pareciera tener poco que decir respecto de este punto de manera explícita. No obstante, dispone de conceptos relevantes a la hora de abordar esta temática en la medida en la que Gadamer afrontó ese desafío a su pensamiento en múltiples ocasiones. Pudiera preguntarse, por ejemplo, si acaso es posible que se produzcan cambios en el plano pre-reflexivo de la experiencia sin que medie una interpretación. Se trataría de la flexibilización o modificación de prejuicios o también de la flexibilización o adquisición de hábitos sin que sea necesaria una conciencia reflexiva asociada. Entre los fenomenólogos psicoanalíticos ha sido en especial Stolorow (1994) quien destacó que toda interpretación analítica es siempre, a la vez, una experiencia relacional –y esta circunstancia a menudo pasa inadvertida tanto para el paciente como para el psicoterapeuta.

En su rescate del legado histórico de Ferenczi, el psicoanálisis relacional contemporáneo asume como un mecanismo primario de la acción terapéutica la experiencia vincular reparatoria que el paciente atraviesa con su terapeuta. En ese contexto, el psicoanálisis relacional e intersubjetivo asume en la actualidad que las experiencias vinculares novedosas que el paciente

–y, en ocasiones, el terapeuta– tiene en el seno de la relación analítica son capaces de generar cambios significativos aunque tales transformaciones transcurran y sean registradas en las dimensiones implícitas, pre-reflexivas y no conscientes de la experiencia (BCPSG, 2010; Beebe y Lachmann, 2002; Sassenfeld, 2012c). Tales cambios por lo común solo pueden ser percibidos en retrospectiva, como puede ocurrir cuando una diada terapéutica revisa en conjunto el trabajo analítico que se ha realizado a lo largo de meses o años. Así, es factible afirmar que la estructuración que un sujeto introduce en el espacio hermenéutico no solo puede cambiar mediante la interpretación, sino también gracias a la participación pre-reflexiva en un cierto tipo de relación y en un cierto tipo de conversación que transcurre en esta, sin que tal participación sea de manera necesaria conscientizada y tematizada. Tal como ya mencioné, Gadamer era muy consciente del impacto transformador que una conversación genuina tiene, y me atrevería a pensar que en su opinión ese cambio no se limita a una modificación en las ideas o contenidos que se discuten, sino que abarca muchas dimensiones más. De hecho, expresó que una conversación genuina tiende a acercar en términos afectivos a quienes participan de ella.

Lo dicho, en todo caso, no quita de ningún modo que la motivación auténtica para buscar ayuda psicoterapéutica y perseverar en un proceso analítico sostenido en el tiempo solo puede surgir de forma consciente, algo que todo psicoterapeuta con suficiente experiencia sabe. En palabras de Figal (2006):

Uno tiene que haberse vuelto extraño para uno mismo para que el intento de comprenderse a uno mismo, es decir, un estadio anterior u otro aspecto de la propia vida, pueda llevarse a cabo. En la familiaridad de la propia vida, en cambio, uno no tiene que comprenderse a sí mismo (p. 109).

Figal enfatiza el contraste que existe entre aquello que es percibido o vivenciado como “evidente” en sí mismo (*selbstverständlich*, adjetivo alemán que literalmente quiere decir *comprensible por sí mismo*) –esto es, aquello que no nos da algo que entender puesto que efectivamente ya lo comprendemos o también, de mayor relevancia clínica, aquello que *creemos* comprender y que nos *parece* evidente sin serlo– y aquello que se presenta de una u otra manera como desafío a nuestra comprensión. Solo aquello que en realidad ha desafiado nuestra capacidad de comprenderlo puede impulsar a alguien con suficiente intensidad como para solicitar ayuda terapéutica.

En general, desde un punto de vista clínico hermenéutico es necesario detenerse en y cuestionar, en especial, todos los aspectos de la experiencia que se muestran como evidentes. Aquello que en apariencia es evidente tiende a ser pasado por alto, tiende a permanecer invisible no convirtiéndose en asunto o fenómeno escapando a nuestra atención. En otras palabras, en ese caso nuestros prejuicios y hábitos se mantienen inconscientes y no nos permiten percibir aquello que en la situación analítica demanda atención y conciencia. No es casual que para Gadamer el punto de partida de la experiencia hermenéutica está dado por aquello que nos interpela, por aquello que nos habla demandando atención y comprensión. A mi parece, se debe a ello que los *impasse* terapéuticos más complejos no son aquellos que implican tensión y conflicto, sino aquellas conjunciones intersubjetivas en las cuales los principios organizadores de paciente y psicoterapeuta son tan similares, que no permiten problematizar aspectos esenciales de la subjetividad e intersubjetividad (Stolorow y Atwood, 1992). Por supuesto, lo descrito requiere de parte de los psicoterapeutas el desarrollo de una sensibilidad para advertir los momentos en los cuales un paciente o el mismo terapeuta da algo por supuesto ya que parece evidente. Tal sensibilidad no es más que una dimensión de la sensibilidad hermenéutica más amplia para la percepción y conscientización de la propia situación hermenéutica constituida por la constelación personal de prejuicios, hábitos y comprensiones.

Para empezar a concluir este trabajo, quisiera hacer una referencia a dos formas fundamentales de tratar la experiencia subjetiva en el espacio hermenéutico analítico (a continuación de la discusión conceptual, agregó un ejemplo clínico). Para ello es necesario destacar la diferencia metodológica que Friedrich-Wilhelm von Herrmann (2000), quien fue ayudante de Heidegger, establece entre *reflexión* sobre la experiencia (aproximación característica del padre de la fenomenología moderna Edmund Husserl) y *acompañamiento explicitante* de la experiencia (aproximación propia de Heidegger y, por extensión, de Gadamer). El énfasis de Husserl en la reflexión sobre la experiencia es, en algunos aspectos, efectivamente más compatible con el psicoanálisis freudiano que con el psicoanálisis intersubjetivo. Por ejemplo, no resulta demasiado difícil vincular la directriz fenomenológica clásica de la *epoché* o poner entre paréntesis nuestra actitud hacia las cosas para que estas se presenten a la conciencia como fenómenos, con los conceptos psicoanalíticos tradicionales de neutralidad, abstinencia y anonimato. (Para una discusión más detallada de estos puntos, véase Askay y

Farquhar, 2006.) Tanto Husserl –sobre todo en las primeras etapas de pensamiento– como Freud estuvieron interesados en lo que Peter Sloterdijk (2010) llama el ideal occidental de la aparente muerte en el pensar, cuyos orígenes remiten a algunos filósofos griegos antiguos. Es decir, se trata del ideal en el cual el conocimiento más legítimo es aquel “purificado” de subjetividad, incluyendo en especial el cuerpo, la disposición afectiva y la condición histórica y socioculturalmente situada del sujeto que conoce.

En cambio, a la fenomenología hermenéutica heideggeriana y también a la hermenéutica filosófica gadameriana les interesa, en primer lugar, la presentación interpretativa explicitante (en alemán, *Darstellung*; véanse especialmente Figal, 2006 y Sassenfeld, 2016a) de la experiencia que nace a partir del acompañar la experiencia y no la reflexión sobre la experiencia que toma distancia objetivante respecto de esta. Queda en evidencia, con ello, que mi aproximación es más cercana a la fenomenología hermenéutica de Heidegger y Gadamer que a los esfuerzos fenomenológicos de Husserl, y que mi comprensión del *giro fenomenológico* del psicoanálisis contemporáneo lo entiende en términos heideggerianos (Sassenfeld, 2012c, 2016a, 2017b, 2017c, 2018), aunque muchas de las publicaciones póstumas de la obra de Husserl hacen necesario volver a evaluar su postura (San Martín, 2015). Se trata, en suma, de los esfuerzos por lograr un acompañar explicitante en el sentido de un sumergimiento interpretativo en la experiencia misma del cual emergen sus significados y su comprensión: “La explicitación y transparencia a la que es elevado lo de otro modo no explícito y no transparente en términos temáticos es de naturaleza hermenéutica y no reflexiva” (Von Herrmann, 2000, p. 161). En este sentido, el sujeto que experimenta y desarrolla una presentación interpretativa explicitante de la experiencia es el sujeto hermenéutico: un sujeto corporeizado, afectivo y situado existencial, histórica y socioculturalmente (Sassenfeld, 2016a).

En *Ser y tiempo* Heidegger (1927) señaló que la forma esencial de ser del *logos* occidental, que él entendía como *habla* más que como razón, es el habla que vuelve manifiesto algo o que permite ver algo mostrándolo. Se trata de una manera fenomenológica de entender el lenguaje: concibe el lenguaje en su propia terminología como *indicación formal*, esto es, basado en la idea de que las palabras no buscan expresar algo que es en sí mismo lingüístico, sino que deben ser empleadas con la finalidad de señalar hacia un fenómeno buscando que quien las escucha dirija su atención en la dirección señalada –en dirección hacia cómo Heidegger entendía “las cosas mismas” consignadas programáticamente

por Husserl como los objetos de investigación de la fenomenología (Sassenfeld, 2016a). En términos de la psicología contemporánea del desarrollo, esta idea resulta muy interesante debido al fenómeno llamado *atención conjunta*, cuya aparición coincide con lo que Daniel Stern (1985) calificó de revolución mental de los nueve meses. En ese momento el niño entiende que cuando su cuidador apunta con el dedo en cierta dirección, debe mirar en esa dirección y no hacia el dedo que señala. Es decir, entiende que el otro cuenta con una intención subyacente al gesto de señalar experimentando plenamente la intersubjetividad por primera vez. En este sentido, comprender la fenomenología no tiene en primer lugar relación con lo que escriben los fenomenólogos, sino con dirigir la propia atención hacia aquellos fenómenos hacia los cuales sus descripciones indican.

Desde ese punto de vista, la forma fenomenológica de proceder de la psicoterapia analítica equivale al volver manifiesta y articulada la experiencia subjetiva por medio del lenguaje en el seno de una conversación genuina entre paciente y terapeuta –sin desconocer, tal como ya mencioné, que la experiencia directa de lo dicho tiene significativas y profundas dimensiones afectivas y relacionales que transcurren fuera de la conciencia y que generan transformaciones en buena medida no conscientes. Para Stern (1997, 2010, 2015), se trata de formular la experiencia no formulada en el seno del vínculo analítico y, para Orange (1995), de buscar y encontrar sentido en conjunto. Esto implica, en especial, volver manifiestos y articular interpretativamente los contextos y significados relacionales e históricos de la experiencia subjetiva del paciente incluyendo los aspectos no conscientes y por ende no conocidos y prerreflexivos de su experiencia, y sus diversas eventuales expresiones actuales en la relación analítica (Sassenfeld, 2012c; 2016a). A esto el psicoanálisis clásico lo ha llamado análisis de la transferencia; en la actualidad, en medio de la irreductible complejidad psicoanalítica (Coburn, 2014), sabemos que las cosas tienden a ser aún más complejas de lo que el psicoanálisis freudiano pensó y, siguiendo, Lichtenberg, Lachmann y Fosshage (1996) hemos dejado de asumir un paralelismo necesario –sin dejar de considerar que tal paralelismo es posible– entre lo que ocurre en la relación psicoterapéutica y otras relaciones afectivas relevantes del paciente.

Este último punto puede vincularse, además, de manera estrecha con la noción del espacio hermenéutico si tenemos en consideración que desde el punto de vista fenomenológico «el lenguaje es un espacio de movimiento o juego de articulaciones posibles, en

el cual a través de estas algo es capturado de manera más o menos buena» (Espinete, 2009, p. 14). Esta definición del fenomenólogo David Espinete implica, entre otras cosas, que los psicoterapeutas intersubjetivos han dejado de buscar *la* interpretación de la experiencia del paciente y han pasado a buscar una *comprensión interpretativa suficientemente buena*, cuyo criterio definitorio es en buena medida pragmático (Orange, 1995; Renik, 2006; Sassenfeld, 2016a). Dicho de otro modo, la comprensión suficientemente buena es aquella que contribuye a generar una transformación de la subjetividad. Más allá, la definición fenomenológica del lenguaje proporcionada por Espinete puede entenderse como caracterización fundamental de una dimensión esencial del espacio hermenéutico. El espacio hermenéutico, en cuanto espacio de posibles significaciones y con ello de posibles interpretaciones y comprensiones, abre con su existencia el espacio de posibles articulaciones verbales de lo que se busca comprender. A esto Gadamer (1964) añade: “El comprender que se articula en términos verbales tiene alrededor suyo espacio libre, el cual llena en continua contestación de la palabra que lo interpela sin llenarlo por completo” (p. 208). Entonces, frente a este trasfondo centrado en la espacialidad del lenguaje en el espacio hermenéutico de la comprensión, ¿qué diferencia existe entre una interpretación en el sentido específico de una reflexión sobre la experiencia y una interpretación en cuanto articulación interpretativa explicitante de la experiencia?

En términos generales, la diferencia puede ser sutil y no siempre es visible con plena claridad. En primer lugar, una interpretación que reflexiona sobre la experiencia se formula a partir de una mayor distancia respecto de la experiencia a interpretar. Es decir, quien escucha y recibe una interpretación reflexiva sentirá una cierta distancia entre las palabras interpretativas y su propia experiencia. Desde esta perspectiva, una interpretación reflexiva a menudo introduce elementos que no necesariamente están ya presentes en la experiencia en cuestión y que, por ende, pueden generar en quien escucha y recibe la interpretación la sensación de una novedad que puede –pero que también podría no– encajar con su experiencia y explicitar un significado relevante que es experimentado como significativo. La definición y el uso de la interpretación en el psicoanálisis clásico en general corresponde a la interpretación reflexiva en cuanto pretende traer, por un lado, a la conciencia elementos que han sido, hasta ese momento, inconscientes y que por ende se encuentran (relativamente) alejados de la experiencia inmediata. Por otro lado, la concepción tradicional de la

interpretación psicoanalítica es de una interpretación reflexiva en cuanto coloca el acento en la dimensión cognitiva propia de la comunicación unilateral de un conocimiento de una persona a otra (Buirski y Haglund, 2001; Sassenfeld, 2016a).

La articulación interpretativa de la experiencia, en cambio, tal como hemos dicho, es un explicitar acompañante de la experiencia. En esa medida, surge a partir de la inmediatez vivida de la experiencia misma sin introducir mucha novedad, sino más bien confirmando mayor nitidez o contorno a los elementos que ya están presentes en la experiencia. En vez de agregar novedad, destaca diferentes aspectos existentes de la experiencia que se busca comprender permitiéndoles volverse más plenamente visibles y aprehensibles. Esto no quiere decir, en todo caso, que la persona que escucha y recibe una articulación interpretativa no pueda tener la impresión de que lo que se le ha comunicado contiene novedad; pero, al menos desde el punto de vista de quien la formula, más que introducir novedad no hace más que explicitar elementos poco articulados de la experiencia. Esta perspectiva es congruente con la idea de Paul Wachtel (2008) respecto de que en el psicoanálisis contemporáneo la *via regia* hacia lo inconsciente es la exploración analítica de la experiencia consciente e inmediata y, al mismo tiempo, con la idea de Stern (1997, 2010, 2015) de lo inconsciente como experiencia no formulada. La articulación interpretativa de la experiencia no descubre aspectos ausentes de la experiencia subjetiva, sino que más bien contribuye a conferir forma y formulación a aspectos de la experiencia que no son conscientes, pero que aun así están presentes de modo inmediato en la experiencia vivida tal como se da (véanse, también, la crítica a la “metáfora arqueológica” del psicoanálisis clásico de Mitchell, 1988 y la discusión de Eagle, 2011).

Peter Buirski y Pamela Haglund (2001) agregan:

La teoría de la intersubjetividad visualiza la interpretación psicoanalítica como “un acto de iluminar significado *personal*” (Stolorow, 1994, p. 43). El significado personal se ilumina a través del proceso de buscar y encontrar sentido en conjunto. Dado que nuestras intervenciones verbales están dirigidas a colocar en palabras los significados personales de la experiencia subjetiva, proponemos que, más que perpetuar las asociaciones históricas que vienen junto al término *interpretación* [dadas por el psicoanálisis clásico], nos refiramos en cambio a la “articulación” que el terapeuta hace de su comprensión de la experiencia subjetiva del paciente. (p. 127, cursivas del original)

Con ello añaden el importante punto de que –desde la perspectiva hermenéutica que he desarrollado en este y otros trabajos– un psicoterapeuta no afirma en el trabajo interpretativo algo acerca de la experiencia del paciente como tal, sino algo acerca de cómo él o ella ha comprendido esa experiencia. Ahora bien, la propuesta de directamente reemplazar el concepto de interpretación por el concepto de articulación de la experiencia no tiene demasiado sentido en un marco hermenéutico porque en este el concepto de interpretación ocupa un lugar central (Sassenfeld, 2016a). No obstante, por cierto que la distinción que desean enfatizar es pertinente y relevante. Mi intento, como ha quedado al descubierto, hace uso de cómo en el campo de la filosofía teóricos como Von Herrmann (2000) han abordado los matices de significado que he descrito.

En su sesión del día lunes una paciente joven asevera que amaneció con una vaga sensación de ansiedad que no sabe explicarse. En un marco analítico tradicional, el psicoterapeuta esperará asociaciones de la paciente hasta que ese material psíquico le permita formular una interpretación reflexiva que, muchas veces, girará en torno a la forma en la que la paciente experimenta al terapeuta y la situación terapéutica. Por ejemplo, la paciente pudiera proseguir relatando que en la sesión previa del día jueves sintió que el terapeuta no comprendió lo enrabada que ella se había sentido en una discusión con su marido y, a continuación, que por lo común se le hace muy difícil expresar sus sentimientos de molestia. Con estos elementos, un terapeuta analítico clásico pudiera interpretar que la paciente experimentó ansiedad antes de la sesión del lunes porque la conflictuaban sentimientos de enojo hacia el terapeuta. Esta formulación es una interpretación reflexiva debido a que adopta cierta distancia respecto de la experiencia vivida de la paciente, introduciendo ideas acerca de esta que no parecen estar presentes de manera inmediata en ella, siendo además el terapeuta quien entiende el significado de la ansiedad de la paciente mejor que ella misma y se lo transmite de modo unilateral. Lo descrito en ningún caso pretende implicar que el contenido de la interpretación que detallé por necesidad es erróneo o incorrecto; una interpretación reflexiva puede, por cierto, explicitar un significado que da cuenta de algún aspecto central de la experiencia que se está interpretando. La diferencia fundamental con la articulación explicitante de la experiencia no yace en la posibilidad de llevar al lenguaje significados que encajan con la experiencia en cuestión, sino más bien en la forma de proceder con la finalidad de arribar a la articulación verbal de un significado. Tal como ya mostró la cita previa de Buirski y Haglund, lo

que caracteriza la forma básica de proceder de la articulación interpretativa de la experiencia subjetiva es la vivencia hermenéutica basal del diálogo.

Así, en un marco analítico orientado tanto en términos hermenéuticos como en términos relacionales e intersubjetivos, el proceso de llegar a una comprensión interpretativa de la ansiedad de la paciente mencionada hubiese tenido otras características. En primer lugar, es probable que, además de escuchar las asociaciones de la misma paciente, el psicoterapeuta hubiese prestado aguda atención a las asociaciones que se generaron en su propia subjetividad. Más allá, un hermeneuta analítico hubiese permitido que su atención y con ello su curiosidad se dejaran capturar por inquietudes y preguntas, lo que equivale a decir que ciertos aspectos de la experiencia y del relato de la paciente se hubiesen convertido en asuntos y fenómenos que habrían interpelado al terapeuta planteando desafíos a su capacidad de comprender. Su manera de explorar la experiencia de la paciente para que esta se desplegara y mostrara no se hubiese limitado a las asociaciones de esta, sino que habría incluido preguntas. ¿Recordaba la paciente haber soñado algo? ¿Qué había pasado durante el fin de semana y, en especial, durante el domingo? ¿Le parecía a la paciente que existía alguna relación entre la sesión del jueves anterior y la sesión del lunes? ¿Sentía la paciente que no haberse sentido comprendida en la sesión anterior la había dejado sintiendo ansiedad? ¿Creía la paciente que su dificultad para expresar enojo tenía relación con su ansiedad? Las respuestas a estas y quizás otras interrogantes adicionales o alternativas hubiesen proporcionado un contexto más amplio y a la vez compartido –aunque único a esa paciente en conversación con ese terapeuta– para empezar a formular una interpretación articuladora de la experiencia de la paciente. Además, la articulación explicitante de la experiencia nunca puede concebirse como un evento particular; por ejemplo, el terapeuta podría haber aseverado: “A mi parecer, la sensación de ansiedad parece tener que ver con varias cosas”, comunicando abiertamente la complejidad y la polisemia de sus posibles significaciones y abriendo una conversación que podría haber durado la sesión completa. Podría haber afirmado en algún momento del diálogo casi lo mismo que el terapeuta analítico clásico descrito en el párrafo previo, siempre y cuando lo hubiese planteado de manera tentativa y abierta a corrección, completación o desconfirmación por parte de la paciente. Tal como subrayé, la diferencia entre interpretación reflexiva y articulación explicitante de la experiencia no estriba en el plano de los contenidos, sino primariamente en el plano de la forma de proceder para formular significados en palabras.

Espero haber podido ejemplificar al menos la diferencia de énfasis entre interpretación reflexiva y articulación interpretativa explicitante en lo que antecede, porque graficar su diferencia esencial mediante un ejemplo es una tarea de enorme dificultad. Es importante clarificar que no he intencionado oponer ambas formas de tratar la experiencia subjetiva en el espacio hermenéutico analítico de modo tajante, ya que también los psicoterapeutas relacionales e intersubjetivos influenciados por la teoría hermenéutica en ocasiones formulan interpretaciones reflexivas, lo cual forma parte de toda psicoterapia de orientación analítica. Lo que, en mi opinión, distingue en cualquier caso el surgimiento de interpretaciones reflexivas en un marco analítico relacional e intersubjetivo es que estas nunca portarán una cualidad autoritaria o impositiva, sino que estarán siempre enmarcadas en el despliegue de una conversación entre paciente y terapeuta. Más allá, en este trabajo, no he pretendido más que detallar algunos aspectos fundamentales de una psicoterapia analítica relacional e intersubjetiva que es definida basada en la noción del espacio hermenéutico. Espero haber podido efectivamente lograr delinear un bosquejo general que permita visibilizar los contornos de una aproximación clínica de tales características, incluyendo los conceptos de *setting* analítico, estructuración del espacio hermenéutico y cambio. Tal como mencioné al comienzo, este trabajo es un intento de resumir algunas de mis ideas principales acerca de una psicoterapia analítica intersubjetiva basada en la hermenéutica y en la fenomenología y, a la vez, de continuar desarrollándolas.

## REFERENCIAS

1. Allen J, Fonagy P, Bateman A (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Virginia: American Psychiatric Publishing
2. Angehrn E (2004). *Interpretation und Dekonstruktion: Untersuchungen zur Hermeneutik*. Weilerwist: Velbrück Wissenschaft
3. Angehrn E (2010). *Sinn und Nicht-Sinn: Das Verstehen des Menschen*. Tübingen: Mohr Siebeck
4. Aron L (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. New Jersey: The Analytic Press
5. Aron L, Atlas G (2015). Generative enactment: Memories from the future. *Psychoanalytic Dialogues*, 25 (3), 309-324
6. Aron L, Atlas G (2018). *Dramatic Dialogue: Contemporary Clinical Practice*. New York: Routledge
7. Aron L, Starr K (2013). *A Psychotherapy for the People: Toward a Progressive Psychoanalysis*. New York: Routledge
8. Askay R, Farquhar J (2006). *Apprehending the Inaccessible: Freudian Psychoanalysis and Existential Phenomenology*. Evanston: Northwestern University Press
9. Atwood G, Stolorow R (2014 [1984]). *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology and Contextualism* (2. Ed.). New York: Routledge
10. Beebe B, Lachmann F (2002). *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener: Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderung führen*. Stuttgart: Klett-Cotta



11. Boston Change Process Study Group (BCPSG) (2010). *Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm*. New York: W. W. Norton
12. Bromberg P (1998). *Standing in The Spaces: Essays on Clinical Process, Trauma, and Dissociation*. New York: Psychology Press
13. Bromberg P (2006). *Awakening The Dreamer: Clinical Journeys*. New Jersey: The Analytic Press
14. Bromberg P (2011). *The Shadow of the Tsunami and the Growth of the Relational Mind*. New York: Routledge
15. Buirski P, Haglund P (2001). *Making Sense Together: The Intersubjective Approach to Psychotherapy*. New Jersey: Jason Aronson
16. Coburn W (2014). *Psychoanalytic Complexity: Clinical Attitudes for Therapeutic Change*. New York: Routledge
17. Doctors S (2009). Interpretation as a relational process. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 4 (4), 449-465
18. Eagle M (2011). *From Classical to Contemporary Psychoanalysis: A Critique and Integration*. New York: Routledge
19. Espinet D (2009). *Phänomenologie des Hörens: Eine Untersuchung im Ausgang von Martin Heidegger*. Tübingen: Mohr Siebeck
20. Etchegoyen H (2002 [1986]). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu
21. Figal G (2006). *Gegenständlichkeit: Das Hermeneutische und die Philosophie*. Tübingen: Mohr Siebeck
22. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M (2002). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta
23. Gadamer HG (1960). *Wahrheit und Methode: Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik (Gesammelte Werke I)*. Tübingen: Mohr Siebeck
24. Gadamer HG (1961). *Zur Problematik des Selbstverständnisses: Ein hermeneutischer Beitrag zur Frage der "Entmythologisierung"*. En H.-G. Gadamer, *Hermeneutik II: Wahrheit und Methode. Ergänzungen und Register (Gesammelte Werke II)* (pp. 121-132). Tübingen: J. C. B. Mohr
25. Gadamer HG (1964). *Die Marburger Theologie*. En H.-G. Gadamer, *Neuere Philosophie I: Hegel, Husserl, Heidegger (Gesammelte Werke III)* (pp. 197-208). Tübingen: J. C. B. Mohr
26. Geißler P, Sassenfeld A (Eds.) (2013). *Jenseits von Sprache und Denken: Implizite Dimensionen in psychotherapeutischen Geschehen*. Giessen: Psychosozial Verlag
27. Gödde G (2009). *Traditionslinien des Unbewussten: Schopenhauer, Nietzsche, Freud*. Giessen: Psychosozial Verlag
28. Greenson R (1967). *Práctica y técnica del psicoanálisis*. México: Siglo XXI Editores
29. Heidegger M (1927). *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag
30. Holzhey-Kunz A (2002). *Das Subjekt in der Kur: Über die Bedingungen psychoanalytischer Psychotherapie*. Viena: Passagen Verlag
31. Jung CG (1913 [1912]). *Versuch einer Darstellung der psychoanalytischen Theorie*. En C. G. Jung, *Freud und die Psychoanalyse (Gesammelte Werke 4)* (pp. 107-255). Ostfildern: Patmos Verlag
32. Jung CG (1928). *Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewussten*. En C. G. Jung, *Zwei Schriften über Analytische Psychologie (Gesammelte Werke 7)* (pp. 127-247). Düsseldorf: Walter Verlag
33. Kohut H (1977). *La restauración del sí-mismo*. Buenos Aires: Paidós
34. Kohut H (1984). *How Does Analysis Cure?* Chicago: University of Chicago Press
35. Lichtenberg J, Lachmann F, Fosshage J (1996). *The Clinical Exchange: Techniques Derived From Self and Motivational Systems*. New Jersey: Routledge
36. Lichtenberg J, Lachmann F, Fosshage J (2002). *A Spirit of Inquiry: Communication in Psychoanalysis*. New Jersey: The Analytic Press
37. Merleau-Ponty M (1945). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: Walter de Gruyter
38. Mitchell A (1988). *Conceptos relacionales en psicoanálisis*. México: Siglo XXI Editores
39. Mitchell S, Aron L (Eds.) (1999). *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. New Jersey: The Analytic Press
40. Orange D (1995). *Emotionales Verständnis und Intersubjektivität: Beiträge zu einer psychoanalytischen Epistemologie*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel
41. Orange D (2011). *The Suffering Stranger: Hermeneutics for Everyday Clinical Practice*. New York: Routledge
42. Orange D, Atwood G, Stolorow R (1997). *Intersubjektivität in der Psychoanalyse: Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel
43. Reich W (1945 [1933]). *Análisis del carácter*. Buenos Aires: Paidós
44. Renik O (1993). *Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity*. En S. Mitchell & L. Aron (Eds.), *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition* (pp. 407-424). New Jersey: The Analytic Press
45. Renik O (2006). *Practical Psychoanalysis for Therapists and Patients*. New York: Other Press
46. San Martín J (2015). *La nueva imagen de Husserl: Lecciones de Guanajuato*. Madrid: Trotta
47. Sartre J-P (1953). *Existential Psychoanalysis*. Washington: Regnery Publications
48. Sassenfeld A (2007). *Del cuerpo individual a un cuerpo relacional: Dimensión somática, interacción y cambio en psicoterapia*. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 3 (2), 177-188
49. Sassenfeld A (2008a). *Lenguaje corporal e intencionalidad relacional*. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 4 (1), 83-92
50. Sassenfeld A (2008b). *Algunas posibilidades del trabajo psicoterapéutico relacional con el cuerpo y la corporalidad*. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 4 (4), 440-453
51. Sassenfeld A (2009). *Expresión no-verbal, afecto e intencionalidad: Una contribución a una comprensión contemporánea de la dimensión no-verbal*. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 5 (4), 481-488
52. Sassenfeld A (2010). *Algunas reflexiones sobre la hermenéutica filosófica de Hans-Georg Gadamer y su relación con la práctica de la psicoterapia*. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 6 (4), 427-448
53. Sassenfeld A (2012a). *Sistemas intersubjetivos encarnados: De la sugestión a la influencia mutua*. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 8 (3), 310-321
54. Sassenfeld A (2012b). *Gegenseitige Beeinflussung und Suggestion aus der Sicht einer verkörperten Intersubjektivitätstheorie*. *Psychoanalyse und Körper*, 11 (2), 9-30
55. Sassenfeld A (2012c). *Principios clínicos de la psicoterapia relacional*. Santiago de Chile: Ediciones SODEPSI
56. Sassenfeld A (2013a). *Verkörperte Intersubjektivität und sensorische Aspekte von Organisationsprinzipien der Subjektivität*. *Psychoanalyse und Körper*, 22 (1), 11-42
57. Sassenfeld A (2013b). *Implizites reziprokes Körperlesen*. En P. Geißler & G. Heisterkamp (Eds.), *Einführung in die analytische Körperpsychotherapie* (pp. 103-107). Giessen: Psychosozial Verlag
58. Sassenfeld A (2014a). *La intersubjetividad corporizada y aspectos sensoriomotrices de los principios organizadores de la subjetividad*. *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (2), 425-457
59. Sassenfeld A (2014b). *El concepto de lo implícito en la teoría del apego, la investigación de infantes y el psicoanálisis contemporáneo*. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 10 (2), 176-197

60. Sassenfeld A (2015). Relational analytical psychotherapy as hermeneutic space. Presentación en XVII International Conference on Philosophy, Psychiatry, and Psychology, "Why do humans become mentally ill? Anthropological, biological, and cultural vulnerabilities of mental illness", Frutillar, Chile
61. Sassenfeld A (2016a). El espacio hermenéutico: Comprensión y espacialidad en psicoterapia analítica intersubjetiva. Santiago de Chile: Ediciones SODEPSI
62. Sassenfeld A (2016b). Verkörperte Intersubjektivität und Hermeneutik: Analytische Psychotherapie als hermeneutischer Raum. Conferencia en X Wiener Symposium Psychoanalyse und Körper, "Der Körper in der Individualpsychologie: Von der Organminderwertigkeit zur Körperpsychotherapie, Viena, Austria
63. Sassenfeld A (2017a). Contribuciones de la filosofía fenomenológica y hermenéutica a una concepción intersubjetiva del vínculo analítico. *Clínica e Investigación Relacional*, 11 (3), 554-580
64. Sassenfeld A (2017b). La mirada psicoanalítica relacional: ¿Desde qué lugar escuchamos hoy a nuestros pacientes? Presentación en jornada "De conceptos relacionales, teoría del apego y neurociencias en la sexualidad", Centro de Estudios de la Sexualidad Chile, Santiago de Chile, Chile
65. Sassenfeld A (2017c). ¿Con qué/quién nos relacionamos los psicoterapeutas relacionales? ¿Y desde qué lugar? Los giros del psicoanálisis contemporáneo. Presentación en Seminario de Investigación: Fenomenología y ciencias cognitivas "Self, persona, psicoterapia", Centro de Estudios de Fenomenología y Psiquiatría, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile, Chile
66. Sassenfeld A (2017d). La actitud hermenéutica como fundamentación y descripción filosófica de la actitud clínica de los psicoterapeutas analíticos intersubjetivos. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 13 (3), 272-286
67. Sassenfeld A (2018). Los giros del psicoanálisis contemporáneo. *Clínica e Investigación Relacional*, en prensa
68. Schore A (2003a). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. New York: W. W. Norton
69. Schore A (2003b). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York: W. W. Norton
70. Schore A (2012). *The Science of the Art of Psychotherapy*. New York: W. W. Norton
71. Sloterdijk P (2010). *Scheintod im Denken: Von Philosophie und Wissenschaft las Übung*. Berlin: Suhrkamp Verlag
72. Stern DB (1997). *Unformulated Experience: From Dissociation to Imagination ni Psychoanalysis*. New York: Psychology Press
73. Stern DB (2010). *Partners in Thought: Working With Unformulated Experience, Dissociation, and Enactment*. New York: Routledge
74. Stern DB (2015). *Relational Freedom: Emergent Properties of the Interpersonal Field*. New York: Routledge
75. Stern DN (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View From Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books
76. Stolorow R (1994). The nature and therapeutic action of psychoanalytic interpretation. En R. Stolorow, G. Atwood & B. Brandchaft (Eds.), *The Intersubjective Perspective* (pp. 43-55). New Jersey: Jason Aronson
77. Stolorow R, Atwood G (1992). *Los contextos del ser: Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder
78. Stolorow R, Atwood G, Orange D (2002). *Worlds of Experience: Interweaving Philosophical and Clinical Dimensions in Psychoanalysis*. New York: Basic Books
79. Stolorow R, Brandchaft B, Atwood G (1987). *Psychoanalytische Behandlung: Ein intersubjektiver Ansatz*. Frankfurt am Main: Fischer
80. Von Herrmann F-W (2000). *Hermeneutik und Reflexion: Der Begriff der Phänomenologie bei Heidegger und Husserl*. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann
81. Wachtel P (2008). *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy*. New York: Guilford Press
82. Wolf E (1988). *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp

ENSAYO

# CARL ROGERS Y SU PÓSTUMO INTENTO POR SER AUTÉNTICO

(Rev GPU 2018; 14; 1: 67-72)

Jaime Boetsch<sup>1</sup>

**Carl R. Rogers (1902-1987) fue el creador de la Psicoterapia Centrada en el Cliente. Con el paso de los años comenzó a utilizar un concepto más amplio y apropiado: el Enfoque Centrado en la Persona. En sus escritos relató muchas vivencias y experiencias personales, siendo, algunas de ellas, muy íntimas. Se refirió a su vida sexual con su mujer, sobre todo al inicio de su matrimonio (él y su esposa, Helen, se casaron cuando ambos tenían veintidós años y eran muy inexpertos). También relató un prolongado y grave quiebre psicológico que sufrió cuando se acercaba a los cincuenta años. Además, escribió sobre cómo la crítica lo hería y lo dañaba, sobre su ambivalencia frente a la enfermedad de su mujer –cuando llevaban medio siglo de matrimonio– y sobre su soledad. Hay que reconocer que corrió un gran riesgo, pero todo indica que, mayoritariamente, esta apertura fue bien recibida por sus lectores. Se puede debatir si un terapeuta debería escribir sobre su vida privada, qué aspectos debería o no contar y con qué nivel de intimidad lo puede o lo debería hacer. Pero Rogers era Rogers.**

## INTRODUCCIÓN

Estando Carl Rogers aún con vida, un joven psicólogo, Howard Kirschenbaum, publica en el año 1979 sus escritos más una extensa y detallada biografía con detalles personales. El libro abarcaba desde su nacimiento en 1902 hasta el año 1977. Nadie podía sospechar que a Rogers le restaban diez años de vida intensa y productiva. (Por ejemplo, a los ochenta y cuatro años y pocos meses antes de morir, él y su equipo trabajaron arduamente y durante tres semanas en la ex Unión Soviética).

Con el paso del tiempo Kirschenbaum comenzó a recopilar material para lo que debería haber sido una segunda edición. Y, esta última, iba a ser publicada después del fallecimiento de Rogers. Finalmente, terminó publicando una nueva biografía. No fue una segunda edición, ya que, en muchos aspectos, contenía material substancialmente novedoso y desconocido. Rogers sabía que esta biografía sería publicada después de su muerte y volvió a colaborar activamente con Kirschenbaum. Estaba contento de que la escribiese y, algo muy importante, que pudiese incorporar nuevos antecedentes que para él –Rogers– habría sido

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

muy incómodo y difícil darlos a conocer mientras estaba vivo. Lo anterior implicaba que, después de su fallecimiento, su biógrafo tendría un acceso pleno y sin restricciones a material altamente privado sobre su persona y que, en esta nueva biografía, saldrían a la luz los lados más “oscuros” de su vida y de su personalidad. Muchos de estos nuevos e importantes antecedentes eran por completo desconocidos para el mismo Kirschenbaum y solo los conoció –a veces llevándose una enorme sorpresa– después de la muerte de Rogers. (Este último donó gran parte de los documentos relativos a su persona y a su obra –incluyendo sus cartas y sus diarios personales– a la Librería del Congreso de EE.UU. Otros documentos, al parecer los más íntimos y privados, están guardados en la Universidad de California en Santa Bárbara. Solamente cierto material de dicha universidad está restringido para el público. Sin embargo Rogers dio instrucciones precisas para que su biógrafo pudiese leerlo en su totalidad después de su muerte).

Quería y –según creemos– necesitaba ser honesto no solo con quienes lo conocieron personalmente sino que, también, con sus numerosos y anónimos lectores. Decidió mostrar el ser humano que realmente fue, en todas sus facetas, aunque esto ocurriese después de su muerte y aunque su imagen, frente a muchos, inevitablemente decayese.

## ROGER PÚBLICO Y PRIVADO

Roger estaba consciente que en sus publicaciones había mostrado solo una parte de su privacidad y que, por lo mismo, estaba transmitiendo –necesariamente– una imagen distorsionada o, al menos, incompleta de su persona. Su imagen pública era el de ser abierto, honesto e imperfecto –aunque en constante desarrollo y crecimiento personal. Así y todo ocultaba aspectos inéditos de su vida y de su personalidad.

A continuación nos referiremos a los tres más relevantes y, al final, agregaremos algunas conclusiones y consideraciones.

1. Hay consenso, entre quienes conocieron a los Rogers, de que tuvieron un buen matrimonio durante, aproximadamente, cincuenta años. Cuando él escribió un libro sobre este tema llevaban cuarenta y siete años casados y se lo dedicó a su mujer:

A HELEN  
una persona por derecho propio - generosa, amante, leal;

mi compañera a lo largo de nuestros senderos de realización, separados pero entrelazados;  
enriquecedora de mi vida;  
la mujer que amo;  
y –por fortuna para mí–  
mi esposa.

Pero, irónicamente, tres años después, todo comenzó a cambiar. Y, contrariamente a lo que se podría esperar o suponer sobre un matrimonio tan longevo, su vida marital se fue transformando gradualmente en un caos cuando Helen se enfermó y, salvo algunos periodos en que experimentó una mejoría temporal, nunca logró recuperarse. Rogers, de alguna forma, reconoció públicamente este difícil periodo de su vida, pero con importantes omisiones.

Llevando medio siglo casados y, al enfermarse, Helen se tornó cada vez más dependiente y más demandante con su marido. Durante dos años Rogers, además de sus múltiples actividades profesionales, se hizo cargo de ella y de llevar la casa, pero, gradualmente, comenzó a sentirse cada vez más limitado y asfixiado. Comenzaron las amargas discusiones, las recriminaciones, las peleas interminables e inconducentes y, como era de esperarse, la rabia y el resentimiento llegaron, al parecer, para quedarse.

Helen siempre había sido una mujer independiente y nunca dejó de apoyar a Rogers tanto en el plano emocional y personal como en su vida profesional. Fue una excelente compañera, siempre fiel y leal. Ella se hizo cargo de la crianza de sus dos hijos y acompañó a su marido, en sus distintos traslados dentro del país, a lo largo de casi cuatro décadas hasta que, finalmente, a fines del año 1963, se radicaron definitivamente en La Jolla, California. A su trabajo habitual como terapeuta, docente e investigador se deben sumar las interminables horas que Rogers dedicó a escribir sus numerosos libros, artículos, conferencias y a su extensa correspondencia. Además, se deben agregar sus constantes viajes dentro y fuera de su país. La gran recompensa para Helen se daba en las vacaciones: estas sí eran para ellos. Una parte importante de esas semanas las dedicaban a viajar solos y no cabe duda de que disfrutaban mucho el estar juntos y alejados del “mundanal ruido”.

Para la Helen enferma y que incluso debió estar postrada en una silla de ruedas, había llegado, naturalmente, el turno del hombre de su vida: el hombre que, por amor, se iba a volcar hacia ella y atender sus necesidades. Pero esto no ocurrió en lo absoluto como ella lo habría deseado.

Rogers necesitaba, desesperadamente, seguir viviendo: estaba plenamente activo y necesitaba pensar,

escribir y continuar con su intenso trabajo profesional dedicado, en aquel entonces, a los encuentros grupales nacionales y en el extranjero. Y el no hacerlo le hubiese significado morir interiormente.

En su libro *A Way of Being* incluyó un artículo escrito en 1977 y cuando Helen aún vivía. En él escribió que estaba siendo capaz de establecer relaciones más personales y cercanas tanto con hombres como con mujeres. Y, respecto a estas últimas, relató que dichas relaciones fueron “platónicas”. Esto no era verdad y, en esa ocasión, Rogers mintió: no entendemos para qué agregó ese párrafo, completamente innecesario.

La verdad es que había ocurrido casi lo inevitable. Estando Helen enferma su marido se enamoró, en un taller, de una participante muchos años menor que él y que, salvo caricias superficiales, siempre se opuso a tener relaciones sexuales. Esta relación, cuestionable desde un punto de vista ético, fue enfermiza, incompleta, llena de frustraciones y duró cuatro años. Pero en ese periodo y, paralelamente, él sí mantuvo relaciones íntimas con algunas mujeres.

Lo anterior se lo relató a su mujer y, como era de esperarse, le provocó un inmenso sufrimiento. En su círculo más íntimo las reacciones se dividieron: algunos lo comprendieron y apoyaron y otros se identificaron con ella y se enojaron muchísimo con Rogers por su aparente “honestidad” mal entendida, perjudicial y cruel.

Pero las cosas fueron más allá. En algunos grupos de encuentro Rogers habló de sus problemas matrimoniales y, según entendemos, también de sus otras relaciones. Lo anterior es –como mínimo– muy cuestionable pero las cosas no terminaron ahí. La gran tragedia es que, de acuerdo con Kirschenbaum, “probablemente en al menos dos de esos grupos” también estuvo presente Helen. Incluso su biógrafo se refiere, explícitamente, al “egoísmo” de Rogers al intentar trabajar sus propios problemas a expensas de su mujer y a la humillación y al sufrimiento a los que, innecesariamente, la sometió. Para nosotros está claro que Rogers estaba demasiado mal psicológicamente y que su brújula interior había dejado de funcionar. Fue altamente desconsiderado e, incluso, muy dañino con ella. Al menos, cuando Helen se enfurecía, le expresaba en privado y en forma directa su intensa rabia.

Después que ella falleció, en marzo de 1979, Rogers escribió, entre otras cosas y refiriéndose a ese año:

Cuando el año llegaba a su fin, estaba cada vez más consciente de mi capacidad para amar, de mi sensualidad y de mi sexualidad. He sido afortunado en descubrir y en construir relaciones en las que esas necesidades pueden expresarse.

Y, efectivamente, estableció algunas relaciones amorosas durante su viudez. Y fue muy creativo. A los setenta y ocho años y durante unos seis años, mantuvo tres relaciones simultáneamente. Todas las mujeres involucradas vivían a miles de kilómetros de distancia, y una de ellas residía en Londres. Dos estaban divorciadas y la tercera estaba casada (su marido conocía la relación con Rogers y la permitió plenamente).

En una ocasión las tres fueron a pasar uno días con él. Lo visitaron en forma sucesiva, en su casa, y durante un periodo total de dos meses.

Una de ellas trabajó muy cercanamente con Rogers y en su círculo cercano se sospechaba que algo había entre ellos. En una ocasión Howard Kirschenbaum le dijo una frase que se prestaba para que Rogers le contase la verdad. Este último sonrió, le hizo un guiño con un ojo y le comentó: “Buen intento, Howie”.

Está clarísimo que Rogers no quería, por ningún motivo, establecer una relación “hecha y derecha” con ninguna mujer en particular. Posiblemente no estaba preparado ni dispuesto a sufrir otra pérdida (esto también podría explicar, en parte, su extraño y persistente enamoramiento frustrado con una mujer mucho más joven y al que ya aludimos).

2. A lo anterior se debe agregar un problema muy grave que aquejaba a Rogers y que lo acompañó hasta su muerte.

Refiriéndose al periodo en que trabajó en Chicago (1945-1957), un ex alumno de posgrado relató que le llamaba la atención que, cuando Rogers hacía sus maletas para viajar, rutinariamente incluía en ellas un par de botellas de licor. El alumno no lo entendía, ya que, si uno quiere licor, lo compra en su lugar de destino.

Y, muchos años después, un psicólogo mexicano contó que cuando lo fue a recoger al aeropuerto de Ciudad de México se extrañó cuando Rogers le pidió que se detuvieran en algún lugar para comprar alcohol. Pero, al igual que el ex alumno de Chicago, no le dio mayor importancia.

En las fiestas privadas y también durante los innumerables talleres, él solía cenar con su equipo y acostumbraba a beber con ellos. A veces se lo notaba más alegre y extrovertido, pero muchos de los presentes estaban en la misma condición y esto nunca llamó la atención.

La verdad oculta es que Rogers bebía excesivamente. A mediados de los años 1970, consumía casi una botella de vodka cada día.

En 1978 su hija Natalie –quien hacía poco había visitado a sus padres– le envió una carta donde le recordaba algunos hechos muy desagradables y alarmantes. Una mañana, a las 6:30 AM, lo encontró en la cocina

preparándose su desayuno. Rogers, literalmente, exudaba vodka. Natalie le relata que sintió el mismo olor cuando estuvo con él, al aire libre y pese a estar en la playa y, también, cuando él la llevó al aeropuerto. Además, lo vio comenzando a estar tembloroso y tambaleante y, también, empezando a mentirle a ella y a los demás y a engañarse a sí mismo respecto a la severidad de su problema.

Pocos meses después su hijo David –un médico muy destacado– le envió una extensa carta. En ella le describía sus numerosos síntomas y le hacía notar que estaba atrapado en un círculo vicioso: los mismos síntomas que lo hacían beber reaparecían cuando su nivel de alcohol en la sangre disminuía.

Por su parte, Rogers vacilaba entre reconocer la gravedad de su problema y en minimizarlo.

Todo lo anterior se vio facilitado porque su esposa, Helen también bebía sin moderación y no le molestaba en lo absoluto que su marido lo hiciera.

Durante muchos años Rogers fue un “bebedor de closet” y prácticamente nadie sabía de su adicción al alcohol. De hecho, en su lugar de trabajo y en sus cientos de charlas, demostraciones, conferencias, talleres y grupos de encuentro –pequeños y masivos–, nunca nadie notó nada al respecto. Fue un verdadero mago para esconder su grave dependencia. Incluso, la gran mayoría de sus colegas más íntimos jamás advirtieron algo que pudiese llamarles la atención. Y, para su biógrafo, fue toda una sorpresa enterarse de su alcoholismo. Kirschenbaum, debido a sus dos biografías, lo entrevistó en numerosas ocasiones; comió y bebió con él y nunca sospechó nada.

Como lo señala su biógrafo, la adicción de Rogers debe haber comenzado en forma muy gradual, pero, además, nos entrega un dato importante: el alumno de Chicago, que ya mencionamos, y que no entendía por qué los Rogers incluían en sus maletas un par de botellas de licor, era Richard Farson.

Leyendo sobre este último, nos enteramos de que él y Rogers se conocieron en 1949 y que, con el tiempo, establecieron una asociación personal y laboral que duraría toda una vida. Rogers lo invitó a estudiar con él en la Universidad de Chicago y Farson obtuvo allí su Ph.D. en psicología en 1955. Por consiguiente, todo indica que, cercano a la primera mitad de la década de los años 1950, Rogers, como mínimo, estaba bebiendo en forma excesiva y ya estaba preocupado de que no le faltara alcohol.

Además, también hicimos referencia a su quiebre psicológico. Este duró cerca de dos años y ocurrió entre los años 1949-1951. Fueron dos años de una “intensa angustia personal”. Es muy probable que ese episodio

tan doloroso y prolongado haya incidido de manera importante en su ingestión de alcohol. Y, si estamos en lo correcto, es curioso que Kirschenbaum no lo mencione.

Hay que recordar que en esa época no existían psicofármacos efectivos para tratar la angustia y los síntomas depresivos. Creemos que todo se sumó y contribuyó a agravar su problema.

¿Por qué nunca se decidió a tratar su alcoholismo? Es imposible pensar que, al menos sus dos hijos, no se lo hayan solicitado e, incluso, presionado en más de una ocasión. No conocemos la respuesta y este es un tema que Kirschenbaum no aborda. Tal vez, autoengañándose, lo consideró innecesario o temió que su adicción se pudiese filtrar a la opinión pública. Nunca lo sabremos.

3. Rogers presentó solo una cara ante sus lectores: un hombre lleno de intereses y en constante crecimiento y evolución. Es cierto, se había referido a una severa crisis personal y también a sus últimos años con Helen que, como ya vimos, fueron demasiado difíciles y tormentosos para ambos. Pero, en esencia, se describió como un hombre lleno de energía, que vivía plenamente y, este proceso solo se podría detener con su muerte.

Pero ocultó la otra cara de la moneda: su lado oscuro, trágico y atormentado. Siempre fue un gran solitario. Con los años comprendió que al menos parte de su interés por ayudar a los demás se debía a su enorme necesidad de comunicación. Y al trabajar como terapeuta se sentía protegido y no corría el riesgo de ser dañado en su intimidad más profunda. También se dio cuenta que, inconscientemente, había creado una forma de psicoterapia que, para su propia persona, habría sido la más efectiva.

En relación con su soledad escribió algunas cosas, siendo una de ellas muy directa e, incluso, impactante.

En un artículo, al recordar sus años de adolescencia, escribió:

Hoy, me doy cuenta de que era una persona extraña, un solitario sin lugar ni oportunidades en el mundo de las personas. Desde el punto de vista social, era del todo incompetente en nada que no fueran relaciones superficiales. Durante este periodo mis fantasías eran francamente raras y quizá me hubieran diagnosticado una esquizofrenia; por fortuna, nunca acudí al psicólogo.

Y a los cincuenta y nueve años y refiriéndose al presente:

Quizás a causa de que el hecho de ser combatido me resulta particularmente perturbador, he

llegado a valorar en gran medida el privilegio de aislarme, de estar solo [...] aprecio el privilegio de estar solo.

Y en *A Way of Being*, escrito cuando se acercaba a los ochenta años, relató que una de las razones más importantes por las cuales escribía era para poder comunicarse

con un mundo al que, en un sentido muy real, siento que no pertenezco del todo (el énfasis es nuestro).

Esa soledad y ese sentido de no pertenencia lo acompañarían durante toda su vida, más allá de su matrimonio, de sus hijos, nietos, amigos y de los numerosos y profundos encuentros interpersonales con sus amistades, parejas o pacientes. Rogers nació destinado a ser un eterno extranjero en este mundo. Y, junto a su soledad y a su separatividad, debió sufrir, a lo largo de los años, muchos momentos de intensa angustia y desesperación.

Considerando lo anterior, resulta menos extraña su dependencia del alcohol. Por muy patológica y dañina que hubiese sido su “solución” fue, paradójicamente, su forma de poder sobrevivir, de continuar siendo creativo e, incluso, de poder ayudar a muchas otras personas.

En su teoría sobre la personalidad Rogers describió lo que, idealmente sería un funcionamiento psicológico óptimo, y le dio un nombre: “La persona que funciona plenamente”. Al parecer, él intentó encarnar, al menos en parte, a ese ser humano imaginario e inexistente.

4. Los terapeutas se niegan, sistemáticamente, a investigar la prevalencia y el tipo de patologías existente entre ellos. Y, pese nuestros esfuerzos a través del tiempo, no hemos logrado encontrar literatura científica actualizada sobre este tema.

El libro más “reciente” –basado en la evidencia empírica– y que se refiere a la salud mental de los terapeutas fue publicado, originalmente, hace treinta años por James Guy. La literatura más actualizada que hemos localizado se basa en una evidencia empírica demasiado limitada, en las impresiones personales de algunos terapeutas, o solo se refieren a una pequeña muestra de terapeutas de una orientación determinada.

Si nos basamos en la siguiente conclusión de Guy, los terapeutas, al parecer, no nos diferenciamos en nada de la población general en lo que dice relación con la salud mental:

Sin embargo, aunque estos estudios no lleguen a una estimación exacta de la incidencia concreta de la enfermedad mental entre los terapeutas en activo, proporcionan pruebas que indican que una psicopatología diagnosticable realmente se da en un índice similar, si no mayor, al de la población general (el énfasis es nuestro).

Y en cuanto al impacto de la salud mental del terapeuta, en su eficacia terapéutica, lo que se puede afirmar con cierta seguridad es escaso, discutible metodológicamente, pero concuerda con lo esperable.

En la sexta y última edición del prestigioso *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, publicado en el año 2013, no se abordó este tema. Los autores explicaron que en los últimos ocho años no había aparecido nueva evidencia empírica al respecto. Vale decir, esta importante área había dejado de investigarse.

Y, retrocediendo a la quinta edición (2004), se llega a un resultado que es característico: la existencia de una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el bienestar emocional de los terapeutas y los beneficios obtenidos por sus pacientes. Sin embargo, es necesario aclarar que los nueve estudios incluidos en dicha edición, al ser correlacionales, no demuestran la existencia de una relación causal entre ambas variables. Tampoco aclaran qué trastornos del terapeuta serían los que más afectan su eficacia y cuáles pacientes y con qué diagnóstico serían los más perjudicados. Además, comprobamos que siete de los nueve estudios no incluían ningún seguimiento y que, los dos restantes, solo incluían un seguimiento de siete meses. A partir de estos datos solo podemos concluir que esta nueva evidencia debe ser tomada con demasiada cautela y como algo provisorio.

5. El caso de Rogers puede llamar la atención, solamente, porque fue un terapeuta muy conocido tanto en su país como en el extranjero. Recibió innumerables distinciones y en Estados Unidos obtuvo los dos premios más prestigiosos que otorga la Asociación Americana de Psicología. Y, entre otros cargos, fue el primer presidente de la Academia Americana de Psicoterapeutas. Sus libros han sido traducidos a numerosos idiomas, incluyendo el holandés y el japonés.

Y aunque su trabajo no es muy apreciado en la mayoría de los centros académicos, su obra ejerció una influencia silenciosa entre muchos terapeutas. Por ejemplo, en 1982 Smith realizó una encuesta a psicólogos clínicos y consejeros, todos miembros de la Asociación Americana de Psicología y concluyó:

Aunque solo una pequeña proporción de los encuestados consideró la teoría centrada en la persona como su opción preferida, Carl Rogers encabezó la lista de aquellos mencionados como los que tienen mayor impacto en la consejería y en la psicoterapia.

En la lista de los diez psicoterapeutas más influyentes, al menos entre los psicólogos, Rogers había ocupado el primer lugar.

## CONCLUSIONES

En la actualidad tres condiciones facilitadoras presentes en todo terapeuta efectivo –empatía, respeto incondicional y autenticidad o transparencia– han sido incluidas en los constructos de alianza terapéutica y/o de los factores comunes. La predicción hecha por Rogers de que las escuelas de psicoterapia, en sí mismas, no son lo más relevante, ha sido validada sistemáticamente por la evidencia empírica: el peor predictor de la eficacia son los enfoques psicoterapéuticos.

Con toda seguridad, entre los miles de terapeutas anónimos debe haber un altísimo número de “Carl Rogers”; cada uno con sus propios problemas y sufrimientos particulares, y que se ganan la vida ejerciendo su profesión.

Lamentablemente, el anhelo expresado por Guy hace tres décadas sigue vigente. Al escribir sobre el deterioro emocional de los terapeutas señaló:

[...] ha llegado el momento de afrontar abiertamente este problema, desarrollando programas eficaces para la identificación, la rehabilitación y la prevención del daño emocional entre los terapeutas en activo.

## REFERENCIAS

1. Cohen D (1997). Carl Rogers. A Critical biography. London: Constable
2. Guy J. D. (1995). La vida personal del Psicoterapeuta. Barcelona: Paidós
3. Kirschenbaum H (1979). On Becoming Carl Rogers. New York: Delacorte/Delta Press
4. Kirschenbaum H (2007). The Life and Work of Carl Rogers. PCCS Books: England
5. Lambert MJ (Ed.). (2004). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5ª ed.). Hoboken, NJ: Wiley
6. Lambert MJ (Ed.). (2013). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (6ª ed.). Hoboken, NJ: Wiley
7. Rogers CR (1961). On Becoming a Person. Boston: Houghton Mifflin
8. Rogers CR (1972). Becoming Partners: Marriage and Its Alternatives. New York: Delacorte/Delta Press
9. Rogers CR (1973). My philosophy of interpersonal relationships and how it grew. *Journal of Humanistic Psychology*, 13, 3-16
10. Rogers CR (1980). A Way of Being. Boston: Houghton Mifflin
11. Smith D (1982). Trends in Counseling and Psychotherapy. *American Psychologist*, 37, 802-809



## POESÍA LOCURA LENGUAJE

# LA LOCURA, UN CONCEPTO PATÓGENO-POÉTICO

(Rev GPU 2018; 14; 1: 73-76)

Andrés Correa M<sup>1</sup>

En este artículo hago un breve paralelo entre la noción de locura que se expresa en el concepto de “esquizofrenia” (Bleuler, 1911) y la que se expresa en el tipo de poesía en que se inspira el concepto de “poeta maldito” (Verlaine, 1888). Si bien ambas concepciones desarrollan una particular visión de la locura, patógena la primera y estética la segunda, creo que ambas son, en parte, subsidiarias de la crisis de la lógica moderna que filosóficamente, pienso, se cristaliza a fines del siglo XIX con el pensamiento de Nietzsche (1882). Planteo que esta afinidad temporal que, al menos en su origen conceptual, parece existir entre estas dos visiones, se refleja indirectamente en la insólita manera como el esquizofrénico y el poeta elaboran la estructura de su lenguaje, destacando la valoración que este último hace del primero.

## ENTRE LA PSIQUIATRÍA Y LA POESÍA

A partir de la segunda mitad del siglo XIX se inicia la crisis de la lógica moderna. Esta crisis, filosóficamente planteada por Nietzsche<sup>2</sup>, se personifica en la figura del loco<sup>3</sup>, figura que, por un lado, aparece conceptualizada en la definición de esquizofrenia, perfil psicopatológico que surge en 1911 a partir del desarrollo teórico de la psiquiatría alemana de fines del siglo XIX<sup>4</sup>; y, por otro, en el concepto de “poeta maldito”,

concepto que Paul Verlaine acuña en 1888 para describir el perfil de poeta que durante ese mismo tiempo se empieza a delinear dentro de la poesía francesa. Ambos perfiles absorben dentro de sí el sin sentido existencial de la nietzscheana “conciencia trágica” que previamente, a inicios del siglo XIX, empezó a conceptualizar el pensamiento romántico. La diferencia entre un perfil y otro lo marca la manera en cómo este contenido existencial se experimenta. El sujeto esquizofrénico encarna este contenido de manera involuntaria mientras que

<sup>1</sup> Psicoanalista (Apsan), Jacorreamo@gmail.com

<sup>2</sup> Nietzsche (1882) quien hace notar el cimiento de irracionalidad en que se sostiene la lógica moderna, dice: “El curso de los pensamientos o de las conclusiones lógicas de nuestro cerebro actual corresponde a un proceso y a una lucha de impulsos, que individualmente considerados son, en sí, muy ilógicos e injustos...” (p. 152).

<sup>3</sup> Al respecto, Nietzsche (1882) dice: “Una tiranía de la cordura podría dar origen a un nuevo tipo de nobleza interior. Ser noble significaría, entonces, tal vez: tener locuras en la cabeza” (p. 77)

<sup>4</sup> El concepto de esquizofrenia fue acuñado en 1911 por Eugene Bleuler a partir del desarrollo que él hace del concepto de “Hebefrenia” de E. Hecker (1871) y de “Demencia Precoz” de E. Kraepelin (1899), los protoconceptos de esquizofrenia que existían en la psiquiatría alemana a fines del siglo XIX.

el poeta maldito lo busca de manera voluntaria. A pesar de esta diferencia, se produce entre ellos dos una similitud expresiva que hace que el lenguaje de ambos se sitúe dentro de un espacio lingüístico común. Pienso que la fragmentación sintáctica del lenguaje se manifiesta como el elemento distintivo con que se puede caracterizar este espacio. Con el anuncio de la muerte de Dios que lanza provocadoramente Nietzsche (1882, 1883), la estructura lógica del lenguaje sufre un violento remezón en su función referencial, función que hasta ese entonces aparecía incuestionablemente organizada en torno a un núcleo gramatical metafísico, es decir, alrededor de los tradicionales conceptos de unidad, sistema, trascendencia, inmutabilidad, objetividad, etc.

La diferencia valórica ante la locura que, en la segunda mitad del siglo XIX, se da entre el pensamiento poético –principalmente francés– y el pensamiento psiquiátrico –principalmente alemán–, revela una diferencia en el fundamento etiológico sobre el que inicialmente se apuntalan las tradiciones psiquiátricas de ambas culturas. El desarrollo del pensamiento psiquiátrico alemán descansa, predominantemente, sobre una concepción organicista. Esta concepción hace que la psiquiatría alemana perciba a la locura como un “trastorno cerebral”; estableciendo, dentro de su razonar, una insuperable discontinuidad psíquica entre lo que es un estado mental patógeno y uno saludable, lo que, a su vez, hace que la fragmentación lingüística que manifiesta habitualmente el loco (esquizofrénico) despierte únicamente el interés analítico del psiquiatra. El pensamiento psiquiátrico francés, en cambio, se desarrolla a partir de una concepción “moral” de la locura que lo hace percibir esta condición como un “trastorno moral”; es decir, como un trastorno predominantemente psicológico<sup>5</sup>. Pienso que esta específica concepción etiológica permite que dentro de la cultura francesa se perciba el perfil psicológico del poeta en continuidad con el del loco, haciendo que el concepto de poesía incluya dentro de su marco configurativo las desviaciones morales que, en sí misma, parece suponer la noción francesa de locura. Planteo, entonces, que a partir de esta continuidad patógeno-poética que se desarrolla en la segunda

mitad del siglo XIX francés, se abre el primer momento en la historia de la lírica, al menos en el de la moderna, en donde el espacio poético aparece como un lugar desde donde el ser humano puede percibir a la locura como una condición en la que se desarticula y articula un mensaje. El contenido de este mensaje es el del sin sentido existencial, la trágica verdad que parece dormir bajo los pies de la humanidad. A través de este mensaje el discurso del loco empieza a ser lentamente percibido como un discurso que, existiendo potencialmente en lo inconsciente de todo ser humano, habla acerca de algo que, violentamente, recuerda la alienada posición técnico-vital en la que inconscientemente se hunde y embrutece la existencia del sujeto moderno<sup>6</sup>. Esta estrecha afinidad vivencial entre el loco y el poeta se manifiesta, primero, aisladamente en el mensaje poético que desarrolla, fundamentalmente el trabajo de Baudelaire, Lautréamont, Rimbaud y Mallarmé y, después, corporativamente, en el trabajo programático de las vanguardias artísticas de inicios del siglo XX (Futurismo, Dadaísmo y Surrealismo, entre otras). A partir de este segundo momento los artistas, mediante una adhesión a un manifiesto, se unen con fuerza en torno a un programa de arte con el que definen las pautas de comportamiento creativo en las que se sustentará el mensaje predominantemente provocador de sus obras.

## EL INGREDIENTE MORAL DE LA PSIQUIATRÍA FRANCESA

Pienso que esta específica relación entre la locura y la poesía que parece desarrollarse, predominantemente, en la segunda mitad de la Francia decimonónica, tiene un asiento en la implícita y estrecha relación que Foucault (1964) describe entre psiquiatría y religión. Foucault plantea que la psiquiatría es una disciplina médica que en definitiva lo que hace es secularizar el trabajo moralmente normativo de la religión<sup>7</sup>. Pienso que esta relación se muestra con mayor evidencia en los albores de la psiquiatría francesa, ya que, en sus orígenes, esta define a la locura como una desviación

<sup>5</sup> En el siglo XVIII, momento cuando se concibe esta concepción francesa de la locura, moralidad y psicología eran dos significados muy cercanos entre sí. Las causas de la locura, por tanto, se entienden en esa época como causas de tipo social, donde comúnmente aparecen problemas relacionados con la pobreza y la ausencia de condiciones protectoras de salud en la industria o en otros lugares de trabajo.

<sup>6</sup> Creo que esta es una de las razones que explica la penetrante incomodidad que el sujeto común y corriente tiende a experimentar cuando está en contacto directo con el loco.

<sup>7</sup> Foucault (1964), como lo hace en gran parte de sus trabajos, adopta una postura genealógica en su análisis de la Psiquiatría. Esta postura la recoge del pensamiento de Nietzsche, quien, fundamentalmente, utiliza esta postura analítica en su texto *La genealogía de la moral* (1887).

moral<sup>8</sup>. El término moralidad, que viene del latín *moralis*, habla de las acciones o caracteres de las personas desde el punto de vista de la bondad o la malicia<sup>9</sup>. El comportamiento loco al ser inicialmente definido como un trastorno moral, fácilmente se confunde con el comportamiento criminal –si es que se entiende la moralidad desde una perspectiva legal– o con el comportamiento pecaminoso –si es que esta se concibe desde una perspectiva religiosa–. Creo que este original vínculo entre moralidad y enfermedad mental es el que inhabilita la posibilidad de que el mensaje del loco opere libremente dentro de la trama del discurso común, posibilidad que los poetas franceses de la segunda mitad del siglo XIX rehabilitan, a través de su trabajo estético, para desafiar el contexto moralmente normativo de su época. Dada la importancia que tiene la palabra para el quehacer poético, el habla del loco aparece ante ellos como una estructura lingüística lo suficientemente hermética para hacer que el sin sentido de la moralidad occidental –ese que, como plantea Nietzsche (1887), se oculta en el origen etimológico de la estructura conceptual de esta–, salga a la superficie. A través de Foucault (1964) se podría decir que, para estos poetas, la locura “abre una reserva lagunaria que designa y hace ver ese vacío en que se implican lenguaje y palabra...” (p. 336). Muchos de los fenómenos patológicos de las psicosis, especialmente esquizofrénicas, son subsidiarios de la pesadez e independencia en la que, en estos casos, cae el uso del significante. Con esta independencia del significante la locura abre consigo un espacio donde el lenguaje corriente pasa a ser percibido con desconfianza, es decir, pasa a ser percibido como un medio comunicacional que, más que ser neutro y transparente, es altamente extraño y sospechoso. Para el esquizofrénico las palabras no representan la realidad, sino que ellas mismas son una realidad, una realidad más material que simbólica. En este sentido, se puede decir que el esquizofrénico se comporta ante la palabra como un poeta, pero como un poeta que, al alcanzar las fuentes inescrutables del

verbo, encuentra angustia más que deleite. En palabras de Barthes (1978), diría que el texto del esquizofrénico es uno que está más cerca del goce que del placer. Es decir, es un texto que molesta, perturba y desenaja al lector<sup>10</sup>. Esta es la clase de texto en la que, creo, parece inspirarse el modelo de poesía que empieza a desarrollarse intermitentemente en la segunda mitad del siglo XIX y sistemáticamente en el siglo XX.

## LA LINGÜÍSTICA CONTEMPORÁNEA Y LA LÚDICA LIBERACIÓN DE LA PALABRA

Se podría decir que el desarrollo de la lingüística contemporánea surge, al menos en parte, por la influencia que, en la intelectualidad occidental de la segunda mitad del siglo XIX, tuvo el pensamiento filológico de Nietzsche (el “giro lingüístico” en la filosofía) y la poesía de Baudelaire, Lautréamont, Rimbaud y Mallarmé. De acuerdo con Foucault (1964), diría que, fundamentalmente, es la influencia de estos pensadores la que hace que la pregunta por el lenguaje releve a aquellas preguntas que en el siglo XIX hacían referencia a la vida o al trabajo. Instalada esta pregunta, la dirección escrutadora del pensamiento de inicios del siglo XX se orienta hacia el lenguaje mismo, es decir, como plantea Foucault (1964), “hacia su ser único y difícil” (p. 298). Esta nueva tendencia se la encuentra, simultáneamente, en el desarrollo de la lingüística contemporánea y en los programas experimentales de la vanguardia artística. La lingüística contemporánea nace con el *Curso de lingüística general* de F. Saussure (1916), el padre del “Estructuralismo”; enfoque lingüístico cuyo método de análisis ejerce una influencia dentro de la Antropología; a través Levi-Strauss, dentro de la Filosofía; a través de Foucault, Barthes y Derrida (entre otros) y dentro del Psicoanálisis; a través de Lacan. Uno de los aportes más importantes que ofrece el análisis lingüístico de Saussure (1916) se concentra en su concepto de “diferencia”, específicamente en la función constituyente de significado que, según él, cumple este elemento dentro de la cadena lingüística. A través de este concepto, Saussure (1916) plantea que el significado de una palabra solo

<sup>8</sup> Philippe Pinel (1745-1826), médico francés, fue uno de los primeros impulsores del “tratamiento moral” de los enfermos mentales. Para él “el tratamiento de la locura es el arte de subyugar y domesticar... al alienado, poniéndolo bajo la estricta dependencia de un hombre que, por sus cualidades físicas y morales, tenga la capacidad de ejercer sobre él un influjo irresistible y modificar el encadenamiento vicioso de sus ideas” (en Foucault, 2003, p. 24).

<sup>9</sup> cf. Diccionario de la Lengua Española, vigesimosegunda edición (2001), Ed. Espasa Calpe, España.

<sup>10</sup> Según Barthes (1978), el “texto de placer” es uno que “contenta, colma, da euforia: proviene de la cultura, no rompe con ella y está ligado a una práctica confortable” (p. 22). Mientras que el “texto de goce” es el que “pone en estado de pérdida, desacomoda (tal vez incluso hasta una forma de aburrimiento), hace vacilar los fundamentos históricos, culturales, psicológicos del lector... pone en crisis su relación con el lenguaje” (p. 22).

puede ser concebido dentro de una relación contextual, es decir, dicho en términos lingüísticos, dentro de una frase. Pienso que esta concepción deja a la palabra dentro de un estado de libertad<sup>11</sup> que hace que uno pueda aproximarse a ella desde una perspectiva lúdico-experimental. Se puede decir que G. Apollinaire, uno de los poetas con los que se impulsa el desarrollo inicial de las vanguardias artísticas, fue uno de los primeros en asumir explícitamente esta perspectiva poética. Según él, a comienzos del siglo XX se desarrolla dentro del campo de las artes un espíritu nuevo, uno que se abre a la experimentación formal. Al respecto, dice: “hasta antes de la vanguardia los límites del espacio literario eran muy acotados. Se escribía en prosa o se escribía en verso. Por lo que toca a la prosa, las reglas gramaticales fijaban la forma. Por lo que toca a la poesía era el verso rimado” (p. 16). A través de los juegos lingüísticos que se extreman con la llegada de las vanguardias empiezan a desarrollarse nuevas formas de expresión poética para exaltar el valor de lo ridículo, lo absurdo y lo extraño del lenguaje, valores que se encuentran claramente reflejados en el comportamiento verbal del loco, especialmente en el del loco esquizofrénico. Con la presencia de estos valores se forma el espacio por el cual tiende a discurrir la lírica contemporánea, es decir, un espacio que, como diría H. Friedrich (1956), tiende a configurarse en el juego interactivo de “la disonancia y la anormalidad”. Este es el contexto teórico que hace posible el desarrollo de una tendencia poética de corte

experimental que, más allá de establecer una continuidad entre el lenguaje de la razón y el de la sinrazón, hace que, dentro de un mismo nivel jerárquico, interactúen diferentes y antagónicas formas dialectales<sup>12</sup>. A través de esta tendencia el poeta de la contemporaneidad crea una estructura irregular y gramaticalmente alterada para dejar al lector divagando dentro de esa dimensión del lenguaje que oscuramente se abre más allá de su sentido simbólico. En otras palabras, lo que hace el poeta contemporáneo es “babelizar” el lenguaje, es decir, tal como sucede en el mito bíblico, hace que el lector, esquizofrénicamente, se enfrente a diferentes modos de decir para generar una confusión de lenguas en él.

## REFERENCIAS

1. Apollinaire G (2015). “Los fuegos nuevos”, Ed. Catálogo, Chile
2. Barthes R (1978). “El placer del texto”, Ed. Siglo XXI, Argentina
3. Foucault M (1964). “Historia de la locura”, Ed. Fondo de Cultura Económica, México
4. Foucault M (2003). “El Poder psiquiátrico”, Ed. Fondo de cultura económica, México
5. Friedrich H (1956). “La estructura de la lírica moderna”, Ed. Seix Barral, Barcelona
6. Marinetti F. T. (1912). “Manifiesto técnico de la literatura futurista”, Ed. Del Cotal, España
7. Nietzsche F (1882). “La Gaya ciencia”, Ed. Akal, España
8. Nietzsche F (1883). “Así habló Zaratustra”, Ed. Alianza, España
9. Nietzsche F (1887). “Genealogía de la moral”, Ed. Alianza, España
10. Saussure F (1916). “Curso de Lingüística general”, Ed. Losada, Argentina

<sup>11</sup> Con esta frase hago, indirectamente, una alusión a la “*Parole en libertà*”; estilo poético de vanguardia introducido por F. T. Marinetti (1912) en su manifiesto técnico de la literatura futurista.

<sup>12</sup> Movidos por esta atracción que genera, por sí mismo, el fenómeno del lenguaje, paulatinamente empiezan a aparecer poetas que intentan ensanchar los límites con los que tradicionalmente se enmarca el lenguaje poético. Sumidos en esta nueva lógica las nuevas voces poéticas asumen como propios lenguajes tales como el del campesino, del jurista, del delincuente, del científico, del sacerdote, etc.

## FUNDAMENTACIONES

# ¿ES EL HUMANISMO UN EGOCENTRISMO?

(Rev GPU 2018; 14; 1: 77-85)

Hernán Villarino<sup>1</sup>

**La carta de Heidegger sobre el humanismo<sup>2</sup> (1947) parece haber sido motivada por una sencilla pregunta de Beaufret: ¿cómo dar de nuevo sentido a la palabra humanismo?, lo que supone, necesariamente, que tal término, en aquella época, lo estaba perdiendo o, peor aún, que quizá ya lo había perdido del todo.**

## INTRODUCCIÓN

La palabra humanismo ha supuesto, desde siempre, una cierta interpretación de la esencia humana en un esfuerzo por reconocer y fomentar sus mejores, más valiosas y deseables virtudes. La noción surgió en la Roma de las postrimerías, imperial aún pero ya decadente, y hay dos rasgos opuestos que lo caracterizaron.

Por un lado, en su aspecto positivo, el humanismo romano asumió, a modo de guía, la forma y el contenido de la *paideia*<sup>3</sup> griega; y en su aspecto negativo o negador es clara la oposición y el desmarque de aquel humanismo con la figura del bárbaro, es decir, con el hombre rústico, impulsivo, sin cultura ni educación griega.

Después de su nacimiento en Roma y de su posterior fallecimiento a manos del teocentrismo cristiano, el humanismo ha vuelto a resucitar y a morir reiteradamente. Que haya sido así lo prueba el estado agónico

en que estaba a mediados del siglo XX, lo que delata la carta de Beaufret con su angustiada demanda de encontrarle al término algún sentido. Es que en momentos de extrema desesperanza el humanismo, como lo muestran las intenciones de Beaufret al escribir su misiva, ha provisto de una salida airosa, elegante y de buen tono a lo que parecía ser una situación irremediablemente aporética.

Una de las más importantes resurrecciones del humanismo se verificó durante el Renacimiento, aunque en este caso el retorno positivo fue a Roma, o quizá también a Grecia, pero a través de Roma, y en su parte negativa, o negadora, aparecía en el antiguo y nada envidiable papel del bárbaro la figura del filósofo escolástico, aquel que pretendía justificar racionalmente la teología revelada.

El humanismo alemán, en cambio, fue directamente griego, sin pasaje romano. Pero Heidegger distingue elogiosamente a Hölderlin en el elenco de los

<sup>1</sup> Departamento de Bioética y Humanidades Médicas. Capítulo de Antropología y Humanidades Médicas. Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Heidegger Martin. *Doctrina de la verdad según Platón y Carta sobre el humanismo*. Santiago, Universitaria, 1953.

<sup>3</sup> Paideia resume en un solo término la idea de que para alcanzar la *humanitas*, la plenitud de lo humano, es preciso formarse, educarse (en ese sentido equivale con la *bildung* alemana). El sentido, proceso e historia de la *paideia* griega, incluso el *currículum* de estudios, por así decirlo, ha sido descrito de modo exhaustivo en el libro de Werner Jaeger, *Paideia*, FCE, México, 1987.

humanistas germanos, porque mientras casi todos los humanismos, dentro y fuera de Alemania, han mirado a la cultura griega de las postrimerías, Hölderlin, en cambio, como el mismo Heidegger, se nutre de la obra auroral de los presocráticos.

También reconoce Heidegger otros humanismos, aquellos que no reivindican ninguna raíz griega ni toman como modelo ni a la Grecia de los comienzos ni a la clásica. En orden de aparición se puede reconocer, entre otros, el humanismo cristiano –esencialmente ocupado en la salvación del alma para ganar una morada en el trasmundo, un mundo otro que no es este mundo–; el humanismo de Marx –para quien este en el que vivimos es el único y verdadero mundo–, el de Sartre –para quien el existencialismo es un humanismo– etc.

Los humanismos se distinguen unos de otros porque entienden la temática habitual de estas doctrinas, es decir, los conceptos de libertad, humanidad, dignidad, etc., a su propio modo y manera. Pero, para Heidegger, todos los humanismos que alguna vez han sido tienen algo en común, algo de naturaleza filosófica, la convicción, formulada por primera vez en Grecia, de que el hombre es el animal racional.

## EL ANIMAL RACIONAL

La afirmación de que el hombre es el animal racional no es un fruto de la mera observación, ni de la siempre renovada especulación filosófica, ni tampoco es un aserto científico de carácter biológico o psicológico, sino que, a juicio de Heidegger, está en el contexto y es el resultado de una amplia interpretación de la naturaleza, de la historia, del mundo y de sus fundamentos, es decir, responde a una interpretación de lo ente, o de lo que es, en su totalidad, y es esta interpretación, que subyace a todo y a cualquier humanismo, lo que para Heidegger dota de carácter metafísico a todos ellos, sin excepción. El humanismo, en definitiva, tanto es expresión de una cierta metafísica como también, a veces, es el fundamento de alguna otra.

En efecto, poner al hombre como animal supone tener ya previamente comprendida de algún modo la naturaleza y la vida, es decir, el ente en total, o todo lo que es, para poder insertar allí la existencia humana con algún sentido. Se puede proceder así, sin ninguna duda, dice Heidegger, es decir, instalar al ser humano como un ente vivo natural entre los otros entes vivos naturales, y por este camino realizar observaciones, estudios y afirmaciones verdaderas y correctas sobre él. Pero el problema es si es suficiente la caracterización de la animalidad como esencia del ser humano. Más bien se debiera reconocer que queda así definitivamente

relegado al ámbito esencial de lo animal, aun cuando se admita en él una diferencia específica que se ha llamado racionalidad, subjetividad, personalidad, espiritualidad, etc., porque así, dice Heidegger,

La esencia del hombre recibe una consideración bien menguada, y no es pensada en su origen, un origen esencial que sigue siendo siempre el futuro esencial para la humanidad histórica. La metafísica piensa al hombre a partir de la *animalitas* y no lo piensa en función de su *humanitas*<sup>4</sup>.

Esta concepción presenta además una segunda dificultad relacionada con el cuerpo. Se admite que el ser humano, en cuanto animal racional, está en la serie de los seres vivos y en calidad de tal su cuerpo le es esencial; pero a continuación se reconoce que también es otra cosa: razón, espíritu, incluso alma inmortal, y esta otra realidad tiene una naturaleza opuesta, incluso enemiga del cuerpo, de modo que el prosperar de uno es la ruina del otro. Así es como se termina reconociendo que el espíritu, aquella diferencia específica definitoria de lo humano, en realidad somete, coarta y desnaturaliza el libre, espontáneo y saludable fluir de la vida humana y de la naturaleza. Pero, por otra parte, es esta capacidad de dominar el propio cuerpo natural lo que define la autonomía y la libertad del alma.

El animal racional, entonces, está incurablemente escindido, y el momentáneo equilibrio entre el alma y el cuerpo<sup>5</sup>, raramente alcanzado, está siempre amenazando ruina. La razón y el pensar, a la postre, deforman y destruyen esa existencia humana a la que ellos mismos parecían destinados a dar forma y sentido.

## LA SITUACIÓN HOY DÍA DE LOS ARGUMENTOS DEL HUMANISMO CLÁSICO

El humanismo, dijimos ya, parece haber provisto de una solución a las situaciones humanamente comprometidas

<sup>4</sup> Heidegger, *óp. cit.*

<sup>5</sup> Esta dicotomía del alma y el cuerpo, como tendremos ocasión de exponer más adelante, es la manifestación paradigmática de una lógica binaria que en otras partes toma la forma que se expresa como la oposición entre razón/sentimiento; persona/cosa; mundo/persona; conciencia/inconsciencia; yo/otro; egoísmo/altruismo; inteligencia/instinto, etc., todas las cuales oposiciones han tenido un fundamento metafísico, es decir, son formuladas y entendidas a partir de un principio abstracto y general que ordena y determina al mundo y todo lo que contiene porque constituye su ley y su substancia.

das del pasado; no obstante, la crítica de Heidegger muestra que tales soluciones han sido aporéticas y por lo mismo inestables y transitorias, ya que el fundamento metafísico que las sustenta a todas ellas instala una realidad que es esencialmente sin salida y que aboca a situaciones sin salida.

El penoso y agobiante periodo que vivía Europa en el momento que se escribió la carta, asociado a la ruinoso situación personal que atravesaba Heidegger, aconsejaban, en este tema, una anodina repetición de las consignas masticadas por siglos y aceptadas por todos sin mayor discusión. Por eso, uno de los mayores méritos del texto es que a pesar de las condiciones tan adversas se arriesgara a desnudar el vacío sustento racional de la argumentación humanista, aquella que durante siglos había sido el aparente foco movilizador de la ciencia, la filosofía, el pensamiento, en fin, del progreso humano en general.

Preguntémosnos ahora, a partir de la lectura de la carta de Heidegger, si es posible mantener los habituales y socorridos argumentos que aún hoy sigue sosteniendo el humanismo, sabiendo que al enfrentar los términos humanismo, humanista, etc., se encara un *pandemónium* infinitamente abigarrado, carente de centro y unanimidad, fosco e inconexo, en definitiva.

### La anulación de la antinomia bárbaro / civilizado

Una de las justificaciones del humanismo, ya distinguible en su versión romana, ha sido la oposición entre el bárbaro y el civilizado, o entre el individuo cultivado y el que carece de educación, sea o no griega. Pero esta distinción, entre los antiguos romanos, era tenue, fina, matizada, a veces llena de ironía, todavía admisible y con sentido porque no negaba la unidad de la especie humana. En cambio, la diferencia fue llevada al paroxismo por un científico social reciente, Levy-Bruhl, quien en un libro famoso, a principio del siglo XX, acuñó la idea de que hay una mente primitiva cuyas leyes de funcionamiento son totalmente distintas de las del hombre desarrollado, p. ej. con las que funcionaba el mismo autor de aquel libro famoso<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Lucien Levy-Bruhl (*La mentalidad primitiva*), era un sociólogo y antropólogo francés que inspirándose en Freud supuso, en primer lugar, que el régimen de la mentalidad primitiva se parecía al del sueño, en segundo lugar, que operaba con la lógica pre-lógica del inconsciente, etc. Este autor encarna de un modo ejemplar lo que se llama inter o transdisciplinarietà, es decir, tomar los resultados de una ciencia, una doctrina, o más frecuentemente una mera moda intelectual –en la que muchas veces el

La ciencia social posterior ha consistido en desmentir los juicios, pruebas y conclusiones esgrimidas en aquel texto, aunque muchas veces solo para ponerlos con otro nombre en otros lados. La realidad es que el estudio de los “pueblos primitivos” se reputa hoy como una inestimable fuente de conocimiento de lo que se denomina naturaleza humana, y en muchos casos, en la mayoría de ellos, las valoraciones se han invertido en contra del sentido original del humanismo: en la comparación entre lo que antaño se llamaba bárbaro frente al civilizado hoy sale ganando el primero por más de una cabeza, y hasta por más de un cuerpo entero.

La palabra bárbaro, en la actualidad, si conserva algún sentido ya no se entiende como aquel sujeto externo a una determinada sociedad al que se estimaba como culturalmente inferior y necesitado de educación. Hoy los bárbaros son los ejemplares que dentro de la misma sociedad, cultura o civilización se comportan de un modo que otros consideran irracional, egoísta, destructivo, etc.<sup>7</sup>

Uno de los motivos capitales del humanismo, la oposición entre civilización y barbarie, o entre bárbaros y civilizados, y con ello su inevitable disputa y enfrentamiento, se ha desactivado en la actualidad. Desde que los bárbaros pertenecen a la misma sociedad el término se ha transformado en un epíteto, usado con

---

investigador ni participa ni conoce– como fundamento para desarrollar otra distinta, incluso aunque las metodologías de ambas sean claramente incompatibles como lo son la psicología y la sociología. Levy-Bruhl, sobre quien cayeron toda suerte de denuestos por ese su libro, fue quizá la primera víctima del absurdo al que regularmente conduce “lo transdisciplinario”, asunto al que son particularmente afectos los humanistas de toda laya.

<sup>7</sup> De modo lateral, esta cuestión ejemplifica la pregunta que entre otras muchas intentaba responder Foucault: las ciencias de lo humano, o las ciencias humanísticas –es decir, la sociología, la psicología, la antropología, etc.– ¿entienden de una realidad que está ahí y que el observador o el científico contempla? ¿O más bien es su “observación” la que pone esa realidad? En otras palabras, la diferencia entre el civilizado y el bárbaro y todo lo que ella ha implicado en la historia del humanismo ¿es tan real, radical y esencial como han pretendido muchos humanistas? ¿O más bien ha sido una simple creación humanística, se pretenda científica o no? Algunos humanistas, basándose en la física cuántica, el principio de indeterminación de Heisenberg, etc., han pretendido que en la ciencia de la física sucede lo mismo que con frecuencia ocurre en las ciencias humanas, es decir, que el mundo no aparece como es sino como yo quiero que sea, o como yo creo que es, etc.

frecuencia de un modo arbitrario, y nadie pretende que sea una caracterización sociológica, psicológica o cultural en general.

### La anulación de la antinomia ser humano / animal

El humanismo, en tanto que metafísico, se sustenta en el principio de que el ser humano es en esencia el animal racional, pero al mismo tiempo se ha esforzado por establecer una diferencia abismal entre el ser humano y el animal. En efecto, de acuerdo con el humanismo, si bien el ser humano es esencialmente un animal, simultáneamente, por ser racional, es también lo más diferente de un animal. Esto prueba que muchas veces no han sido ni la coherencia, ni la claridad ni la sensatez características que lo adornan.

En realidad, en la historia del humanismo, a veces se ha visto profundizar la diferencia entre el hombre y animal hasta hacer del ser humano incluso un sujeto divino o ajeno al mundo, o al revés, se lo ha hundido en la animalidad hasta perder todo atisbo de diferencia. Dioses o animales han sido las alternativas que el humanismo ha ofrecido, quizá porque nunca ha sabido cómo ver la propia humanidad.

El concepto persona, desde la época de los griegos y romanos, ha sido el modo como los seres humanos han pretendido apartarse de lo que tiene de animal el animal racional. Sin embargo, este hiato abierto entre persona, personalidad y animalidad, en el presente ha tendido a cerrarse, p. ej. en la obra de Engelhardt<sup>8</sup> o de Singer<sup>9</sup>. Para este último, por la capacidad que tienen de sufrir los animales superiores también son personas, y en cambio muchas personas, como por ejemplo los pacientes con demencia, en realidad no lo son. Menos sentimental y mediática, más polivalente, muy superior y propiamente filosófica, ha sido, en cambio, la extensa y compleja posición de Derrida<sup>10, 11</sup> en lo relativo a estos temas.

Nos interesa destacar que si en los siglos XIX y XX las corrientes de ideas filosóficas llevaban a integrar al ser humano en la animalidad, en el XXI parece haberse invertido la dirección del movimiento, y más bien se pretende integrar a los animales en la serie de la

personalidad<sup>12</sup>. Como quiera que sea, este argumento sobre la oposición entre personas y animales, tal como ha sido concebido por el humanismo, como el anterior entre bárbaros y civilizados, en el presente también se halla mayormente desactivado.

### La anulación de la antinomia persona / cosas

Si bien en los días que corren es habitual aceptar que entre los seres humanos y los animales existe una real aunque no necesariamente una completa identidad, y que esta convicción ya es un patrimonio de la sociedad actual más extenso y profundo que aquella otra vieja doctrina que por la racionalidad los separaba absoluta y abruptamente, el que las personas no son las cosas, en cambio, aún pareciera ser una afirmación evidente, casi una perogrullada. Tan asentada, firme e inmovible se muestra aún hoy esta aserción que no requeriría de mayor discusión, de modo que ponerlo en cuestión constituye una herejía difícilmente soportable para nadie. A fin de cuentas, la diferencia entre las personas y las cosas ha sido el fundamento inconcuso de la civilización del occidente, y todo, absolutamente todo, parece permeado por esta oposición instalada en el turbulento corazón occidental.

Cuando se dice que las antinomias personas/cosas, civilizado/bárbaro, personas/animales, etc., han caducado, ¿se admite, entonces, que son lo mismo? Ninguna filosofía que se precie de tal puede suprimir, no tomar en consideración, disimular o dejar incomprendidas las diferencias entre los entes; sin embargo, lo que sí puede evitar es la contradicción en ellos y entre ellos<sup>13</sup>, es decir, la antinomia, porque el que una cosa no sea la otra no supone que sea contradictoria con ella. Lo que pasa en la mente del observador, el que un concepto sea contradictorio con otro, no tiene por qué ocurrir también fuera de ella. Bien pudiera ser que aquellas contradicciones por las que la gente ha muerto o ha matado se hallen solamente en la mente del filósofo o del sociólogo o del psicólogo o del político, etc., y no que sean ingredientes de la realidad extramental.

<sup>8</sup> Engelhardt T. *Los fundamentos de la bioética*. Paidós, Barcelona, 1995

<sup>9</sup> Singer P. *Liberación de los animales*. Trotta, Madrid, 1999

<sup>10</sup> Derrida J. *El animal que luego estoy sí(gui)endo*. Trotta, Madrid, 2008.

<sup>11</sup> ——— *Seminario la bestia y el soberano*. Manantial. Buenos Aires, 2010.

<sup>12</sup> Destacamos lo de “corrientes filosóficas” porque en el ámbito no filosófico, p. ej. en la psiquiatría, aún prevalecen el darwinismo, el neurocentrismo, etc., que pretenden integrar al ser humano en la serie de los animales.

<sup>13</sup> Ha sido justamente la idea de la dialéctica, el juego de las oposiciones y las contradicciones, lo que la filosofía actual ha socavado con mayor intensidad.



Pues bien, solo adoptando un punto de vista asentado en la larga tradición metafísica<sup>14</sup> puede parecer que las personas sean absolutamente otras respecto de las cosas, porque ya en la concepción original jurídico-romana de la persona, quienes recibían tal título descriptivo eran los que tenían cosas, incluyendo entre las cosas a los esclavos, que no tenían nada y que por lo mismo no eran personas.

En el cristianismo, en cambio, la persona tiene carácter ontológico, no jurídico, todos, incluidos los esclavos, son personas. Pero en este caso si el hombre es persona lo es porque posee un cuerpo del cual es el dueño, cuerpo que no es de la misma naturaleza que su alma, que es lo más íntimo, dotado de libertad y propiamente suyo, de modo que su cuerpo se halla sometido a su dominio y dirección. En resumen, el hombre es persona en tanto tiene un cuerpo, que es una cosa sobre la cual su alma libre ejerce dominio.

En ambos casos, en el romano y el cristiano, y en realidad hasta la actualidad, la persona se define por su relación con las cosas, y en concreto por su propiedad de ellas. Luego, aunque en el concepto lógico cosas y personas hayan aparecido como contrarios y contrapuestos, en la realidad ninguno es por sí mismo, porque uno nunca ha sido ni ha podido ser sin el otro.

Por otra parte, cada vez hay más conciencia de que las prótesis, órtesis y toda la variedad de órganos, artificiales o no, que implanta la medicina moderna, se trata de cosas que no son simples cosas. ¿Cuál es el corazón de un trasplantado? ¿Cuál es realmente el suyo, con el que vive, el que cuida, del que se cuida, el que le ocupa y le preocupa? ¿El corazón con el que nació y que recién extraído está ahí, como una cosa, inerte en la bandeja? ¿O el ajeno que ahora está latiendo en su pecho? Los límites del cuerpo, lo que el cuerpo sea, es evidente que hoy incluye toda suerte de lo que en otro contexto se llama "cosas"; y eso sin contar lo que seguramente nos traerá el futuro en forma de inteligencia artificial y de robótica.

Muchas versiones del humanismo actual han estado advirtiendo que la civilización contemporánea

constituye una transparente amenaza de cosificación para las personas, pero lo que ha ocurrido en realidad ha sido lo contrario: las cosas han terminado personalizándose<sup>15</sup>. De modo que esa rígida antinomia personas/cosas en el presente también se halla mayormente relativizada y desactivada.

### La anulación de la antinomia persona / mundo

Quizá la primera ruptura de la lógica binaria que caracteriza a la metafísica es la que Heidegger formuló con su idea del *dasein* como ser-en-el-mundo. Ha sido detrás de ella que han venido todas las otras que venimos comentando, las que de algún modo siguen o usan, deliberada o indeliberadamente, esta matriz heideggeriana. Como no es posible, por problemas de espacio, hacer ahora una exposición positiva de este asunto, intentaremos, por lo menos, hacer una negativa, o lo que es lo mismo: decir lo que no es.

Por lo pronto ser-en-el-mundo no significa ser en el mundo. Ser en el mundo supone dos cosas independientes y autónomas, más aún, contrarias y enfrentadas: el ser humano y el mundo, el sujeto y el objeto. Ser-en-el-mundo, en cambio, supone que no hay un mundo sin un *dasein* ni tampoco un *dasein* sin un mundo. Mundo y *dasein* se co-pertenecen el uno al otro, y son inconcebibles el uno sin el otro. En un sentido filosófico: ni el *dasein* antecede al mundo ni el mundo antecede al *dasein*, de modo que tanto el *dasein* crea el mundo como el mundo crea al *dasein*.

De acuerdo con la habitual perspectiva metafísica existe un mundo que subsiste, haya o no el *dasein*, del mismo modo que el *dasein* existe y subsiste haya o no el mundo, de modo que predicar del mundo es hablar de una cosa y predicar del *dasein* es hablar de otra cosa completamente distinta. Pero allí donde ambos realmente se co-pertenecen es imposible hablar de uno sin simultáneamente aludir al otro, es decir, ninguno está allí si no está también el otro. ¿Supone, entonces, este modo de pensar, que el mundo y el *dasein* son lo mismo? Superar la lógica binaria que separa lo que está unido o que contrapone a la unidad consigo misma, no significa, aunque ese sea su gran peligro, caer en la nueva confusión de que todas las cosas sean la misma cosa.

Hay, sin dudas, una gran dificultad semántica para la comprensión de esta filosofía, porque palabras habituales y consagradas de pronto adquieren otro

<sup>14</sup> El carácter deconstructivo, no dialéctico, de la filosofía actual, permite ser benévolo con la tradición metafísica, y quienes nos sentimos afines, al menos con una parte de ella, podemos cultivarla sin culpas. Pero no es por pura bondad, sino, también, por necesidad. No se puede cortar la escalera en la que uno está encaramado, por vieja y a maltraer que se halle, ni tampoco se puede hacer tabla rasa con todo para empezar desde cero, como por lo demás se intentó muchas veces, sobre todo en el siglo XX, pero con resultados siempre catastróficos.

<sup>15</sup> Hoy se habla de inteligencia, también de riñones, respiradores, etc., artificiales.

significado, del que no siempre el lector queda bien advertido. El mundo, el existir, etc., tomados en su significado usual, en su acepción corriente que todos conocemos y empleamos, no tienen nada que ver con el sentido que han descubierto en estos términos tanto Heidegger como la filosofía actual, en particular los autores franceses que le han sucedido. En fin, por todo lo anterior, también cabe decir que la antinomia persona/mundo se halla, en el presente, mayormente desactivada.

### La anulación de la antinomia humanidad / tecnociencia

De pocos asuntos se ha servido tanto el humanismo contemporáneo como de su oposición a la técnica para marcar sus diferencias y mostrar su inequívoca y exclusiva ocupación con los asuntos humanos. Se podría decir que el par técnica/humanidad, como irreductiblemente opuestos, ha sido una de las más arbitrarias y nefastas secuelas del humanismo. A consecuencia de su influencia muchos han llegado a creer que la técnica es una especie de monstruo antihumano, o que para ser comprendida, para alcanzar su plenitud o para poder vivir una vida humana la humanidad debiera desplegarse al margen de cualquier tecnificación y volver a la naturaleza, a la que nunca ha pertenecido realmente.

Los denuos contra la técnica y la investigación científica, que en nombre de la medicina y de los pacientes emite la bioética, p. ej., disciplina de inocultable inspiración humanista, constituye uno de sus capítulos más cantinflascos e incomprensibles.

En esta extendida actitud antitécnica de nuestros días lamentablemente también ha puesto un involuntario grano de arena el mismo Heidegger, porque vista superficialmente su posición en este punto parece ser un alegato contrario a la técnica y a la ciencia, aunque en el fondo no lo sea.

La naturaleza tiene en sí misma una cierta teleología. En los entes naturales hay fines naturales dados naturalmente. Pero puesto que el ser humano no los tiene, en rigor no es un ente natural, lo cual no significa que sea antinatural o algo por el estilo. El hombre, dice Nietzsche, es el animal incompleto, inacabado –y por lo tanto indefinible– y a quien le cabe determinarse por sí mismo. Lo que el hombre sea depende de él mismo y no de la naturaleza, a diferencia de lo que les ocurre a todos los otros entes naturales.

La técnica, en realidad, como se ha dicho muchas veces, es la prolongación del ser humano, la realización de su imaginación y sus deseos, el medio por el cual completa y define su incompletitud, etc. De allí que la

técnica no sea, como afirma Nancy<sup>16</sup>, algo que le caiga al ser humano desde afuera y se le imponga, sino que es una continuación de sí mismo. Por eso, también, en la técnica hay algo tan vertiginoso como en el mismo ser humano: la finitud infinita, es decir, la finitud, como dice también Nancy, que siempre se está sobrepasando, que no concluye nunca y que no tiene fin.

Otra cosa, según la expresión metafórica de Jaspers, es que en la técnica habite un demonio que trae consecuencias que nadie quiso ni previó nunca.

Pero si el hombre en su finitud es un ente que no tiene un fin, fines, ni finalidades naturales, y si sus fines son los que él mismo se da –y ninguno de sus fines puede trascender su límite insuperable: la finitud– no hallará jamás un estado de equilibrio definitivo y siempre se habrá de sobrepasar. Su finitud lo hace desbordarse, espaciarse infinitamente, de modo que su terminación, no su finalidad, probablemente será catastrófica y apocalíptica. Pero esto, como se ve, es por razones ontológicas, no tecnológicas, ni psicológicas ni religiosas.

### EL FIN DEL MODELO EDUCATIVO HUMANISTA

La educación ha sido un requisito para toda humanización, y por ende para todo humanismo. Recordemos el programa educacional implícito en la *paidea* griega adoptada por los romanos. Estar educado de un modo humanista ha supuesto conocer una cierta cantidad de textos canónicos, nómina que por cierto varía de una posición humanista a la otra.

Por esto, el humanismo, dice Sloterdijk<sup>17</sup>, se puede comparar a una sociedad literaria donde se intercambian cartas. Claro que en este caso las cartas se han escrito sin saber si van a ser leídas o quien va a leerlas, o si van o no a ser respondidas, etc. Con el paso de los años cada sociedad literaria ha formado un poso con estas cartas, las que constituyen el fondo que aspiran a conocer todos los que tienen los mismos intereses humanistas, para así poder continuar la tradición de intercambios con la elaboración y envío de nuevas cartas. El conocimiento de las misivas acumuladas, su crítica, interpretación, catalogación, aclaración contextual e histórica, etc., constituye el inmenso material con el que se debe formar todo aquel que aspire a convertirse en humanista.

<sup>16</sup> Nancy JL. *La partición de las artes*. Pre-Textos, Valencia, 2013.

<sup>17</sup> Sloterdijk P. *Reglas para el Parque Humano. Una respuesta a la "Carta sobre el Humanismo"*. Siruela, Madrid, 2000.

No obstante, el modelo educativo y formativo del humanismo ha sido totalmente incapaz, según su propio programa y pretensiones, de humanizar realmente a la humanidad en su conjunto, porque nunca tuvo un efecto ni influyó decisivamente en el curso de los hechos históricos. No ha pasado de ser el agrupamiento de unos pocos que a veces cultivan ideas sin duda valiosas, o que han impedido que los cíclicos periodos de brutalidad por los que atraviesa la humanidad hayan acabado con tradiciones, testimonios y documentos insustituibles.

Sin embargo, incluso esta función pudiera haberse agotado. Es quizá una actitud ilusa, idealista como se decía antes, seguir creyendo que la contemporánea estructura económica y política de masas –asociada a internet, facebook, los *mass media*, etc.– en realidad no significan nada ni producen ningún efecto, como dice Sloterdijk, sobre la impoluta, eterna y absolutamente autónoma vida del espíritu, de modo que a pesar de los cambios inconmensurables acontecidos, cuya magnitud y cuyos resultados nadie puede realmente tasar, se podría seguir creyendo que el destino de la humanidad ha de seguir entendiéndose y organizándose según el antiguo esquema humanista de la sociedad literaria.

## ¿ES LA METAFÍSICA DE LOS DERECHOS HUMANOS EL HUMANISMO INTEGRAL DE NUESTRA ÉPOCA?

En el humanismo de todos los tiempos, por su pretensión universalista y su postura declaradamente pro-humana, rondó siempre la idea de algo así como los derechos humanos, que nuestro tiempo han visto materializarse. Pero se ha de distinguir aquí entre los derechos humanos como un capítulo nuevo del canon jurídico nacional e internacional, de la metafísica de los derechos humanos, porque son cosas completamente distintas.

La metafísica de los derechos humanos –que insistimos: debe ser distinguida de la legislación positiva sobre los derechos humanos– ha sido analizada en distintos momentos y con diversa sistematicidad por relevantes filósofos franceses posteriores a Sartre (quizá uno de los últimos grandes pensadores que convalidó la Razón de Estado).

Según Badiou<sup>18</sup>, por ejemplo, en su versión metafísica los derechos humanos tienen un carácter de negatividad. Se trata del derecho al no-mal, es decir, a no ser maltratado, a no ser ofendido, etc., lo cual cuenta

a su favor con una evidencia incontestable. Pero a pesar del amplio consenso que suscita dicha doctrina en su plasmación jurídica, por su legitimación metafísica, dice el filósofo francés, en la actualidad es la fuente de las más desatadas actitudes idiosincrásicas, de la competencia salvaje y universal, de la extrema precariedad de las políticas liberadoras, de la multiplicación de los particularismos de todo tipo, incluso nacionales con sus violencias étnicas agregadas, etc.

Por otra parte, en la metafísica de los derechos humanos, el ser humano, agrega Badiou, se reconoce a sí mismo y es pensado ontológicamente como víctima; sin embargo, es degradante e inaceptable ver esencialmente al ser humano *como la bestia sufriente o el moribundo descarnado*<sup>19</sup>.

Por eso, esta metafísica es fundamentalmente epimeteica, en tanto arrebatada al ser humano a cualquier positividad, y a remedo de lo que ocurriera antaño, vuelve a mostrarlo como el malsano vaso de la ira hecho para el sacrificio, lacerado y sanguinolento, vaso al que desde siempre se le han cerrado los caminos a la belleza, la alegría y el orgullo con los que en realidad debiera cumplir su breve, aunque prodigiosa jornada terrenal.

El horizonte digno del ser humano no es la sumisión y vasallaje a las lágrimas, ni tampoco el gimoteo por la muerte, ni el espanto apocado ni la deserción frente al mal, sino la jovial, positiva –nietzscheana– realización del bien, cualesquiera sean los peligros y amenazas que para ello se haya que sortear.

En segundo lugar, con la igualdad entre los seres humanos que proclama la doctrina de los derechos humanos se debe volver a distinguir entre su plasmación jurídica y su versión filosófico-metafísica.

No cabe la menor duda que ninguna constitución actual podría sostenerse ni un solo día si negara que todos los seres humanos son iguales ante la ley.

Esta afirmación, que jurídicamente es imprescindible y absolutamente necesario incorporar en la legislación de cualquier país, en su versión metafísica, en cambio, abre las puertas a las disputas y las luchas más encarnizadas y vehementes entre los seres humanos, porque estos no se combaten a muerte ni se destruyen entre sí, dice Girard<sup>20</sup>, cuando son diferentes –como hoy día tendemos a creer con ingenuidad– sino porque son excesivamente parecidos o incluso idénticos. La mitología, empezando con la historia de Caín y Abel, muestra que las guerras comienzan siempre entre hermanos, incluso entre gemelos, y no por sus diferencias,

<sup>18</sup> Badiou A. *La Ética. Ensayo sobre la conciencia del Mal*. Herder, México, 2004.

<sup>19</sup> Badiou, *óp. cit.*

<sup>20</sup> Girard R. *El chivo expiatorio*. Anagrama, Barcelona, 1986.

sino por sus similitudes. La igualdad provoca deseos iguales, y cuando el objeto deseado es el mismo para todos, indefectiblemente, su posesión, uso o disfrute se ha de solventar a través de la lucha.

Pero el descubrimiento capital de Girard consiste en su comprobación de que el deseo, en su sentido más propio, no es espontáneo ni tiene su origen en decisiones libres, ni tampoco en las composiciones hormonales de los fluidos corporales, etc., porque se desea mayormente lo que desea el otro y porque el otro lo desea. El deseo es básicamente mimético, los seres humanos tienden a homologarse, hermanarse e igualarse en el deseo, y es en esa y por esa igualdad que brotan todas las luchas y las guerras.

Por último, la metafísica de los derechos humanos ha encontrado un terreno fértil y ha prosperado en el ámbito político, cegando cualquier otra posibilidad de desarrollo. La alianza con el poder, que es tan lisonjera, que siempre da tanta holgura y facilidades, por las servicios que impone también siempre termina matando cualquier inspiración genuinamente filosófica. A falta de dioses, ideologías y otros artefactos aglutinadores, la doctrina de los derechos humanos ha creado un cierto consenso que le ha servido a algunos para gobernar. Se ha supuesto o, más bien, se ha prometido, que todas las medidas y decisiones de un determinado gobierno emanarán y expresarán los derechos humanos, tomados como principio fundamental, del mismo modo que la metafísica supone que toda su comprensión del mundo se hace a partir de principios inobjetables, universales y absolutos. Pero, con su uso político-partidario, los derechos humanos, a la postre, solo han operado como banderín de enganche para mejorar los resultados electorales a quienes, en contra de cualquier pronóstico o esperanza previos, su imaginación y creatividad política no les ha dado más que para seguir defendiendo esa misma Razón de Estado –y más que nada la Razón para Ordeñar al Estado- de la que se supone debieran abominar.

## BALANCE PROVISIONAL

El desarrollo y los resultados de la investigación, en campos completamente ajenos a los que cultivó y frecuentó Heidegger, y cuyos argumentos y hallazgos hemos revisado someramente aquí, terminan arribando a conclusiones muy similares a las del filósofo de Messkirch en lo relativo a la insostenibilidad de la argumentación tradicional del humanismo. La pregunta de Beaufret, entonces, ponía al descubierto una preocupación ampliamente sentida, gestada como consecuencia de las experiencias y mutaciones de todo orden acontecidas

en los últimos cien o doscientos años en Europa, pero que aún no era claramente percibida ni se había verbalizado convenientemente, aunque la guerra y la posguerra estaban acelerando su toma de conciencia.

Después de desgranar sus razones sobre el humanismo, Heidegger le pregunta a Beaufret si realmente valía la pena ocuparse de él, y, sobre todo, para qué habría que hacerlo. Si bien su objeto ha sido, como consignamos antes, una cierta interpretación de la esencia humana junto con el esfuerzo por reconocer y fomentar sus mejores y más deseables virtudes, cualquiera, y en realidad todas las doctrinas, por dispares y antagónicas que sean, se han denominado a sí mismas humanistas. Pero eso significa, por un lado, que si el humanismo es todo, en realidad es nada; y, por otro lado, que en el fondo los humanistas han considerado sus propias ideas, gustos, etc., como el modelo que define, impulsa y constituye la naturaleza o la meta de la humanidad. Cada cual, por último, ha puesto un espejo frente al propio rostro y le ha gustado muchísimo lo que ha visto, incluso se ha enamorado perdidamente de la graciosa imagen que le devuelve el azogue, y con el corazón lleno de entusiasmo la ha llamado humanismo.

Y este es su segundo gran problema. Aunque sostenga ideas que para otros son meras supersticiones, aunque sus gustos aparezcan como muy discutibles, aunque la imposición de sus metas como las únicas para la humanidad suponga un cierto carácter dictatorial, lo verdaderamente grave es que todos los que se sitúan por fuera del círculo de tiza caucasiana –delimitado en cada caso por este o por este otro humanista–, todos los demás, decíamos, o no forman parte de la humanidad o son abiertamente antihumanos. No es menor la contradicción de que el humanismo nunca abarque ni pueda abarcar a todos los seres humanos.

## COMENTARIOS FINALES

El humanismo ha creado su propia definición substancial, y desde allí ha sacado también las consecuencias. Sin embargo, en el presente, buena parte de las oposiciones esenciales, que desde antiguo estableció para diferenciarse de lo que no es humanismo, a estas alturas o están refutadas o carecen de vigencia, y en último término se hallan completamente agotadas.

El primero que comprendió este desecamiento y agostamiento del humanismo tradicional parece haber sido Heidegger, quien, sin embargo, no por eso consideraba que el humanismo fuera un mero *flatus vocis* ni que su crítica significara la adopción de una postura antihumana o inhumana. La destrucción fenomenológica de la filosofía, auspiciada por Heidegger, a lo que

extendiendo su sentido Derrida llamó deconstrucción, ni destruye ni se deshace de aquello con lo que combate, lo conserva, aprendiendo de ello y aprendiendo a mirarlo de otro modo.

La propia palabra *humanum*, reconoce Heidegger, remite a la *humanitas*, es decir, a la esencia del hombre,

...y para devolverle un sentido al humanismo se debe redefinir el sentido de la palabra haciendo una experiencia original de la esencia del ser humano, para mostrar el modo en que esa esencialidad nos involucra y nos destina<sup>21</sup>.

Esa experiencia original de la esencia humana ha sido realizada por el mismo Heidegger e informada en primera instancia en *Ser y Tiempo*, texto complejo justamente porque en él se ha superado el subjetivismo metafísico en el que todos nos hemos formado, al que todos estamos acostumbrados y donde han estado anclados todos los humanismos de la modernidad.

La esencia del ser humano reside, a juicio de Heidegger, en la ex-istancia, y para la ex-istancia lo único esencial e importante acontece en la verdad del ser, de modo que no solo interesa el ser humano, sino el ser. Se trata, por un lado, de un humanismo que quizá ya no se puede seguir llamando humanismo –a pesar de ser el único que pretende alcanzar la *humanitas* sin partir del animal sino de la propia experiencia humana– porque ahora, para llegar a la *humanitas* se precisa no solo pensar en el ser humano, camino que ha conducido siempre y ha concluido siempre en el egocentrismo o el narcisismo, sino, también, de su lugar en el ser.

Por último, el que en la propuesta heideggeriana solo se pueda explorar la esencia del ser humano a partir de una experiencia propia y original de esa misma esencia, deja fuera de juego todo comenzar teórico –es decir, el partir de principios abstractos supuestamente universales– y toda oposición sujeto-objeto. En definitiva: toda metafísica, para arraigar en lo real que radica en la ex-sistencia.

---

<sup>21</sup> Heidegger. *Op. Cit.*

## PATOGRAFÍA

# APROXIMACIONES AL MÉTODO PARANOICO CRÍTICO DE SALVADOR DALÍ

(Rev GPU 2018; 14; 1: 86-92)

Juan Pablo Vildoso<sup>1</sup>

**El presente escrito indaga el método paranoico-crítico de Salvador Dalí, en tanto objeto privilegiado para el estudio de la relación entre psicopatología y creatividad. Se desarrolla un recorrido argumental que contextualiza su surgimiento, continúa despejando la noción de paranoia en psiquiatría y psicoanálisis, para finalizar en una aproximación comprensiva al método. Se concluye que efectivamente constituye un método de investigación y creación orientado a sus fines, y que se nutrió en su composición de las disciplinas mencionadas. Esta conclusión habilita una siguiente proposición: tanto el psicoanálisis como el movimiento surrealista, con métodos diferentes pero emparentados, investigan el mismo objeto; una realidad surreal o lo inconsciente.**

## INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo se enmarca en una línea de investigación mayor orientada a las relaciones entre psicopatología y creatividad. En las páginas que siguen, se intenta un esclarecimiento preliminar de lo que el artista y escritor catalán, Salvador Dalí, denominó el método paranoico-crítico. Dicha enunciación, en tanto especificación de una metodología de práctica investigadora, creadora e interpretativa, constituye un objeto privilegiado para la indagación de la mencionada relación entre creatividad y psicopatología, al incorporar de

manera explícita en su construcción un signo asociado al vocabulario de la psicopatología descriptiva: la palabra paranoico.

En concordancia con el objetivo, se plantea un recorrido en tres tiempos; en un primer momento delimitaré el contexto en el que emerge el método: el grupo de los surrealistas, su temprana y ambivalente relación con la psiquiatría y el psicoanálisis, a la vez que introduzco la figura de Salvador Dalí. En un segundo tiempo, me referiré al desarrollo del término paranoia en estas dos disciplinas, para finalizar con una aproximación comprensiva a la actividad paranoico-crítica daliniana.

<sup>1</sup> Psiquiatra, Doctorando en Filosofía mención Estética, U. Chile., Mg. en Psicología, U. de Chile, Instituto Psiquiátrico José Horwitz B. Mail: juanpablovildoso@gmail.com

## LOS SURREALISTAS: COMIENZOS Y RELACIÓN CON LA PSIQUIATRÍA Y EL PSICOANÁLISIS

El impacto de la primera guerra condujo al desarrollo de una serie de propuestas que ahondaban en la desconfianza del ser humano y sus formas de progreso, civilización y comunicación; el arte de vanguardia. Surge Dadá en Zúrich, y bajo su influencia el surrealismo en París (Martín 2010). La denominación surrealistas surgió en 1924 y expresaba el deseo de crear algo más real que la propia realidad. Los miembros del grupo se apropiaron de algunas ideas freudianas y definieron el movimiento como el arte que nunca puede ser producido por el pensamiento consciente. La razón produce ciencia, pero solo el inconsciente produce arte (Gombrich 2011). André Bretón, escritor y psiquiatra con experiencia en hospitales de campaña, se erigió como su líder, y, utilizando la revista *Littérature* como medio de expresión, se mantuvo en el ámbito literario hasta 1925, año en el que artistas como Max Ernst, Joan Miró, Jean Arp e Yves Tanguy respondieron al llamado de Bretón (Martín 2010).

Utilizaron el automatismo psíquico<sup>2</sup> como un método de producción mediante el cual las formas visuales o lingüísticas crean una suerte de relaciones magnéticas, de asociaciones creativas libres e imprevistas (*Ibidem*). La escritura debía ser automática para evitar la censura de la conciencia y acceder a lo puramente psíquico. Todo tipo de representación consciente era cuestionado (De los Ríos 2012), se trataba de dejar la mano libre para escribir lo que dictara el azar, libre de toda lógica o censura moral (Aranda en De los Ríos 2012). Aunque Bretón y los surrealistas fueron profundamente influenciados por Freud, el diálogo entre ambos nunca fue fluido y el grupo, hasta la aparición de Dalí, fue rechazado sistemáticamente por el descubridor del psicoanálisis. Así respondía Freud una carta de Bretón que lo interrogaba sobre puntos de articulación entre las artes y la ciencia: *Aun cuando recibo tantas muestras de interés de usted y de sus amigos hacia mis investigaciones, no estoy en estado de ver claramente qué es y qué quiere el*

*surrealismo. Tal vez no he hecho nada para comprenderlo, pues estoy muy alejado del arte* (Freud en De los Ríos, 2012, p. 43)

Freud no es el único en mostrar cierta incompreensión o crítica hacia el método de la escritura automática. Los dardos hacia el grupo surrealista emergieron en la proximidad y la distancia; valga citar dos ejemplos: En las cercanías, desde la psiquiatría francesa De Clérambault los acusa de procedistas, mientras que en la distancia, el poeta Vicente Huidobro los califica como meros improvisadores, esclavos en lugar de amos de su imaginaria mental (De los ríos 2012).

A diferencia de su maestro De Clérambault, el joven Jacques Lacan entabla una comunicación permanente y fluida con el grupo surrealista, escribiendo poesía e invitando a los artistas al Hospital Psiquiátrico Sainte-Anne. En esta época Lacan se encuentra trabajando en su tesis sobre la paranoia (que será publicada el mismo año que *El Mito trágico del Ángelus de Millet*, de Dalí), siguiendo a De los Ríos, podemos decir que aquí la relación se invierte y es el psicoanálisis el que emerge enriquecido por las investigaciones surrealistas (De los Ríos 2012, Roudinesco 2016). Contextualizado el marco del desarrollo del surrealismo en su relación con la psiquiatría y el psicoanálisis, introduciré la figura de Salvador Dalí antes de ingresar al análisis de la paranoia y el método paranoico-crítico.

### DALÍ ANTES DE DALÍ

En 1922 Dalí se había trasladado a la residencia de estudiantes de Madrid, en donde traba amistad con Lorca y Luis Buñuel, y conoce la obra de Freud a través de la lectura de *La interpretación de los sueños*, libro que le provocará gran impacto (López 2010). Al respecto comentará a posteriori: *Me pareció este libro uno de los descubrimientos capitales de mi vida, y se apoderó de mí un verdadero vicio de autointerpretación, no solo de los sueños, sino de todo lo que me sucedía, por casual que pareciese a primera vista* (Dalí 2001, nota1, p. 179). Es, por tanto, antes de entrar en contacto con los surrealistas, y que el surrealismo concibiera la pintura como forma de expresión posible, cuando Dalí encuentra en la obra freudiana una posibilidad de liberación y plasmación de sus obsesiones más íntimas (López 2010).

En 1925 pinta *Figura en una ventana* y realiza su primera exposición en Barcelona. En ella se plasman las diferentes posiciones estéticas que asumía de forma simultánea, antes de su identificación con el surrealismo. En la misma época escribe a Lorca, dando cuenta de su reflexión sobre el proceso creador (López 2010b): *“estoy intentando unos ensayos con el fin de*

<sup>2</sup> Esta primera deriva metodológica surrealista ya estaba marcando una relevante relación con la psicopatología, se trata de la noción de automatismo mental, del alienista francés De Clérambault, quien lo caracterizó como una serie de fenómenos, del orden de la senso-percepción y discursivos, que se imponen al sujeto como viniendo desde un otro anónimo o reconocido. La serie de fenómenos incluía alucinaciones auditivas elementales y complejas, órdenes, alucinaciones cenestésicas, palabras impuestas, etc.

*construir la atmósfera, mejor dicho, la construcción del vacío, la plasticidad de los huecos creo que es de gran interés, pero no ha preocupado a nadie, puesto que esta plasticidad resulta casi siempre de la de los macizos”* (Dalí en López 2010).

En 1929 ingresa junto con Buñuel al movimiento surrealista. Previamente había trabajado e integrado a su pintura los lenguajes plásticos del *noucentisme*, el cubismo y la metafísica italiana, siempre desde una clave personal y autobiográfica (López 2010). Ese mismo año se rueda y estrena *Un perro andaluz*, cuyo guion había sido escrito a cuatro manos por Dalí y Buñuel, quienes trabajaron sobre la base de imágenes extraídas de sus sueños, a las que añadían ideas espontáneas que criticaban y seleccionaban. La película se exhibió en París y tuvo una gran acogida por el grupo surrealista (*Ibidem*)<sup>3</sup>. El ingreso de Dalí imprime un aire de renovación a un movimiento que había experimentado su primera escisión interna (la salida de Bataille), y se aprestaba a publicar su segundo manifiesto (Martín 2010b).

## PARANOIA EN PSIQUIATRÍA Y PSICOANÁLISIS

Establecido el contexto en que Dalí desarrollará su método, es necesario realizar una incursión en psicopatología y psicoanálisis para esclarecer la significación que en esos discursos toma la palabra paranoia. Esta deriva del griego *para*, de lado, paralelo, y *nous*, espíritu, pensamiento, lo que podría traducirse como pensamiento paralelo o espíritu no centrado. Esta primera definición etimológica se encuentra alejada del uso más específico que tomará en psiquiatría, psicopatología y psicoanálisis. Emil Kraepelin, uno de los fundadores de la psiquiatría moderna, la definió como: *El desarrollo insidioso, bajo la dependencia de causas internas y según*

*una evolución continua, de un sistema delirante duradero e imposible de sacudir, y que se instaura con una conservación completa de la claridad y el orden del pensamiento, el querer y la acción”* (Bulbena 2006). La característica principal del sistema delirante es el alto grado de coherencia lógica interna, sin las contradicciones que se evidencian en el delirio esquizomorfo, denominado paranoide en contraposición a paranoico.

Pasando de la psiquiatría al psicoanálisis, Freud, en el análisis del caso Schreber, mantiene la distinción kraepeliniana pero se preocupa por dilucidar el mecanismo de formación de síntoma (delirio y alucinaciones). Plantea que el rasgo característico de la paranoia de Schreber reside en el delirio de persecución elaborado para defenderse de una fantasía de deseo homosexual.

Para comprender la importancia de este deseo homosexual introduce el concepto de narcisismo (*Narzissismus*). Éste consiste en un estado del desarrollo de la libido que se atraviesa en el camino que va del autoerotismo al amor de objeto. El individuo, para ganar un objeto de amor, se toma primero a sí mismo, la continuación de este camino lleva a elegir un objeto con genitales parecidos, para finalmente elegir un objeto heterosexual. Sin embargo las aspiraciones homosexuales no son canceladas, sino reconducidas, sublimadas a nuevas aplicaciones, como la amistad, la camaradería, el sentido comunitario y el amor universal por la humanidad. Una carga alta de libido puede llevar, en individuos que han quedado fijados en la etapa de narcisismo, a la sexualización de las pulsiones sociales, lo que puede ocurrir tanto por desengaño con el sexo femenino como por un fracaso en los vínculos sociales con el hombre. El punto débil del desarrollo de los paranoicos ha de estar en el tramo que comprende autoerotismo, narcisismo y homosexualidad, situándose allí su predisposición patológica. De esta manera, el núcleo del conflicto en la paranoia en el varón es la fantasía de deseo homosexual; todas las modalidades de paranoia pueden figurarse como las contradicciones a una sola frase: Yo (un varón) lo amo (a un varón (1911[1910])<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Como ejemplo podemos mencionar que Georges Bataille, en su entrada sobre el Ojo, para el proyecto de diccionario crítico, escrito en conjunto con Michel Leiris, se refiere en los siguientes términos al film:

Este film extraordinario es obra de dos jóvenes catalanes (...). El film se distingue de las banales producciones de vanguardia (...). Se suceden hechos muy explícitos, sin ilación lógica por cierto, pero que penetran tan profundamente en el horror que los espectadores son atrapados tan directamente como en los films de aventuras (...), ¿cómo no ver hasta qué punto el horror se vuelve fascinante y también que por sí solo es lo bastante brutal para romper lo asfixiante? (Bataille 2008, p. 37).

<sup>4</sup> A continuación Freud se dedica a estudiar el mecanismo de la represión. Plantea que esta puede descomponerse en tres fases: la primera es la etapa de fijación, precursora de la represión. En esta etapa una pulsión permanece fija en un estadio infantil del desarrollo, estas fijaciones determinan la predisposición a enfermar. En un segundo tiempo ocurre la represión propiamente tal a la que describe como un esfuerzo de dar caza a aquellas pulsiones que se retrasaron o las aspiraciones psíquicas que generan una fuerte repugnancia. La tercera etapa consiste en el fracaso de la represión y el retorno de lo reprimido que



Aproximándonos más a Dalí, Jacques Lacan, en su tesis de habilitación para ejercer la psiquiatría, articulará los conceptos de paranoia y personalidad utilizando para ello un caso clínico, el conocido historial de Aimée. Lo que le interesa al entonces aspirante a psiquiatra e interesado en el psicoanálisis es la característica singular del delirio paranoico, a saber: su sistematización y coherencia lógica interna. Cuestionará la afirmación de Kraepelin acerca de la incurabilidad de la Paranoia (basada en la idea de una lesión orgánica subyacente), sobre la base de los mismos argumentos kraepelinianos; la conservación de la inteligencia, concordante con la sistematización del delirio, excluye una posible lesión orgánica como causa de la enfermedad, abriendo la puerta a la psicogenia y a un tratamiento psíquico (Ibáñez 2006).

Siguiendo a Jaspers, plantea que los delirios pueden ser comprensibles si son vinculados a la historia del sujeto<sup>5</sup>. Para Lacan, el desarrollo de la personalidad se manifiesta y responde a las exigencias de lo social a lo largo de la vida, y un síntoma sería psicógeno cuando sus causas se expresan en función de los mecanismos complejos de la personalidad, cuya manifestación los refleja y su tratamiento puede depender de ellos; de esta forma enlaza subjetividad y síntoma. Utilizando como referencia fundamental al psicoanálisis, en el caso que Aimée ilustrará: la constitución del delirio,

---

se produce desde el lugar de la fijación y tiene por contenido una regresión del desarrollo libidinal hasta ese lugar. Freud plantea que los paranoicos tienen una fijación en el estadio de Narcisismo y que la libido liberada se vuelca al yo, determinando su magnificación y el delirio de grandeza. El proceso de la represión consiste en un desasimiento de la libido del mundo exterior y el retorno de lo reprimido, que es un intento de restablecimiento que deshace la represión traduciéndose en las formaciones delirantes. Para Freud procesos de esta índole constituyen en carácter diferenciador de la psicosis.

<sup>5</sup> Karl Jaspers escribió en 1913 su *Psicopatología General*, obra de gran influencia en el desarrollo de la disciplina. En ella planteó la dialéctica; comprensibilidad-incomprensibilidad como principio de inteligibilidad de las enfermedades mentales. Si un determinado fenómeno es comprensible, es decir, susceptible de ser insertado en la totalidad de las relaciones de comprensión de la vida psíquica, este corresponde a un desarrollo, el modo de enfermar característico de la Paranoia. Por el contrario, si es incomprensible en función de la personalidad y biografía de un determinado individuo, corresponde a un proceso que quiebra las líneas de sentido en el mismo interior del individuo, este sería el caso de las psicosis esquizofrénicas (Jaspers 1996).

su función, el mecanismo de base y lo que permite la estabilización de la paciente. Esto dará origen a la formulación de una paranoia de autocastigo, enunciado utilizado para sintetizar el caso. Para Lacan, el delirio expresa inmediatamente (no secundariamente) y manifiestamente, uno o varios de los conflictos vitales del sujeto. Dicho de otro modo: interpretación y delirio no son consecuentes sino coincidentes (Lacan 2006, Ibarz y Villegas 2007). Por lo tanto, la clave de la paranoia (o más bien del sujeto paranoico) debe buscarse en un análisis psicológico aplicado a toda la personalidad del sujeto: los acontecimientos de su historia, el desarrollo de su conciencia y los progresos en el medio social. Lacan concluye que la paranoia de autocastigo estaría determinada por una detención evolutiva de la personalidad en el estadio genético del Súper Ego (Lacan 2006).

Despejado el sentido del término paranoia en psiquiatría y psicoanálisis podemos pasar a analizar el método paranoico-crítico.

### EL MÉTODO PARANOICO-CRÍTICO ES UN MÉTODO DE CONOCIMIENTO DE LO IRRACIONAL

Distintos autores coinciden en afirmar que el principal aporte de Dalí al movimiento surrealista fue la invención de una nueva deriva figurativa, el método paranoico-crítico (calificado por Bretón como una síntesis freudo-marxista). La definición del método por parte del artista demoró más de una década y se nutrió, en parte, de la lectura de las descripciones de los alienistas franceses, de la tesis de Lacan sobre la Paranoia (Martín 2010b) y la lectura de la interpretación de los sueños. Resulta interesante, a modo de ironía, citar al mismo Dalí en sus recuerdos sobre las primeras referencias al método:

(...)algunas me pidieron realmente que las ilustrara sobre el método crítico-paranoico y leían mis artículos donde era expuesto más o menos herméticamente. Pero confieso que yo mismo, en esa época no sabía exactamente en qué consistía ese famoso método que había inventado. Me excusaba... solo había de empezar a comprenderlo algunos años después de asentados sus cimientos (Dalí 2001).

En 1930 publica *El asno podrido (L'Ane pourri)* en la revista *El surrealismo al servicio de la revolución*, sentando las primeras bases del método:

Yo creo que está próximo el momento en el que, por un proceso de carácter paranoico y activo del

pensamiento será posible (simultáneamente al automatismo y otros factores pasivos) sistematizar la confusión y contribuir al descrédito total del mundo de la realidad (Dalí en Ramírez, s/f).

Dalí pretende superar la escritura automática, que supeditaba el resultado estético al dictado interior, por un procedimiento activo que permite no corregir la visión paranoica, sino que imponerla por sobre la realidad, materializando los fantasmas del inconsciente. La mente analítica sería el catalizador de la posibilidad de representación por sobre una elucidación (Ramírez, s/f). Lacan se interesará por este artículo y realizará una visita a Dalí en la que intercambiarán sus respectivas visiones sobre la paranoia, y en 1932 defenderá la tesis doctoral comentada anteriormente (Ibarz y Villegas 2007, Dalí 2001).

En cuanto a Dalí, en 1935 publica *La conquista de lo irracional*, texto en el que continúa la definición de su método. Allí lo describirá como un método espontáneo de conocimiento irracional, basado en la asociación interpretativa-crítica de los fenómenos delirantes.

Detengámonos en esta definición: las palabras asociación e interpretación constituyen un puente con el psicoanálisis. El método daliniano pretende obtener un conocimiento, pero un conocimiento de orden irracional, se trata entonces de una irracionalidad metódica<sup>6</sup>. De acuerdo con la definición, se llega al conocimiento mediante la asociación interpretativo-crítica, la asociación tiene entonces un carácter dual y unitario, interpretativo y crítico simultáneamente, a partir de fenómenos delirantes que constituirían lo primario (Ibáñez 2006). Reforzando la idea, son los elementos activos y sistemáticos propios de la paranoia los garantes de la productividad del método (Ibarz y Villegas 2007). De acuerdo con Noemí Ibáñez (2006), Dalí se refiere a la paranoia no por su carácter patológico, sino porque la entiende como una forma de pensamiento con un carácter creativo particular. Por lo tanto, en Dalí la Paranoia será un adjetivo que designa la actividad que requiere el método para dirigirse a un conocimiento.

Dalí aplicó el método paranoico crítico tanto a la creación artística como a la interpretación y trabajo con, y a partir de, obras de arte y otros dominios como el cine, el diseño y la moda (Ramírez s.f., Ibarz y Villegas

2007). Desde el punto de vista plástico, el correlato de la teoría lo constituyó la utilización de las dobles imágenes, las que aparecieron por primera vez en obras que fueron concebidas en 1929: *El juego lúgubre*, *Las acomodaciones de los deseos*, *A veces escupo por placer sobre el retrato de mi madre*, *El gran masturbador* y *Los primeros tiempos de la primavera*, obras que conformaron la primera exposición individual de Dalí en París. En estas pinturas la proliferación de imágenes dobles se combinaba con una narrativa psicoanalítica personal, situando el foco de la actividad paranoica en su propia psique (Jeffett 2012).

Podemos encontrar el corolario de la aplicación del método en dos obras, distanciadas por diez años en su ejecución; las obras inspiradas en *El Ángelus* y *La metamorfosis de narciso*, me referiré brevemente a las primeras. A principios de la década del treinta Dalí realizó una serie de óleos cuyo común denominador es la referencia a *El Ángelus* del pintor Jean François Millet, y, entre 1932 y 1935, escribió un ensayo titulado *El mito trágico del Ángelus de Millet*, que no se conocerá hasta 1963. El cuadro del Millet, especializado en temática rural, representa a una pareja de agricultores orando a la hora del ángelus. Es así como Dalí describe el inicio del proceso:

En Junio de 1932 se presenta de súbito a mi espíritu, sin ningún recuerdo próximo ni asociación consciente que permitan una explicación inmediata, la imagen de *El Ángelus* de Millet. Esa imagen constituye una representación visual muy nítida y en colores. Es casi instantánea y no da lugar a otras imágenes (Dalí 2004, p. 27).

El pintor se encuentra ante la perturbadora idea de que el cuadro representa algo más, algo ya sabido, familiar. La angustia que experimenta frente al fenómeno inicial es el motor que impulsará el análisis efectuado mediante el método paranoico-crítico. A partir de esta impresión que denomina el fenómeno delirante inicial, se irá desencadenando una serie de asociaciones que denomina fenómenos delirantes secundarios (Ibáñez 2006).

Dalí había visto una reproducción del cuadro durante su infancia en la escuela de los hermanos maristas, y la serie de asociaciones liberada desemboca en una interpretación que se aleja de la lectura literal (Aguer 2012): la campesina sería una mantis religiosa a punto de devorar al macho, y el hombre, con el sombrero tapando sus genitales, es la víctima que espera su muerte. La interpretación global del cuadro se divide en tres tiempos que constituyen uno solo, pasando de un tiempo argumental a un tiempo onírico, mediante

<sup>6</sup> Esta irracionalidad metódica está muy próxima, si no directamente traslapada con la caracterización del inconsciente freudiano, en donde rigen unas leyes otras, completamente diferentes a las del pensamiento consciente de vigilia, pero no por eso menos rigurosas (Freud 1900).

elementos de condensación, sustitución y desplazamiento, que permiten la coexistencia de fases muy diferenciadas en una imagen instantánea. El primer tiempo es el de la espera, que anuncia la agresión sexual. La figura femenina, la madre, adopta la postura expectante que Dalí identifica con la mantis religiosa. El macho, hijo, se encuentra subyugado por la potencia erótica de la madre, el sombrero denuncia la excitación sexual del hijo y el acto del coito, a la vez que simboliza la vergüenza ante la virilidad.

En la segunda fase el hijo realiza con su madre el coito por detrás, representación que se revela a Dalí por un elemento accesorio, la carretilla, la posición de los sacos sobre esta es la misma que la de los sacos de la ilustración "beso en la carretilla"; adicionalmente la ferocidad del coito está representada por la horca clavada en la tierra arada. En la última fase la hembra devora al macho después del acoplamiento, desde un primer momento el personaje masculino se le aparece a Dalí como angustioso, muerto de forma latente, muerto de antemano; esta impresión está mediada por la identificación del pintor con el personaje (Dalí 2004).

Adicionalmente el óleo ilustra el mito de la pérdida del hijo. A petición de Dalí (que había sido informado de ciertos detalles sobre la confección del cuadro), el Louvre hizo una radiografía del lienzo y comprobó que entre las dos figuras hay una imagen escondida que puede corresponder al ataúd de un niño muerto (Aguer 2012). Toda la productividad delirante sistematizada remite a los fantasmas edípicos que emergen a partir de la imagen del Ángelus, que representa bajo el prisma del método paranoico-crítico, la versión femenina del mito de Saturno.

## CONCLUSIÓN

En primer lugar, podemos concluir que el método paranoico-crítico comenzó a cimentarse en la primera etapa del pintor, cuando se encontraba en la residencia de estudiantes de Madrid y conoce la obra de Freud. Posteriormente se nutrirá de las descripciones de la psiquiatría francesa y del intercambio de ideas que sostuvo con Lacan, aunque en este punto la influencia fue mutua. El método terminará de configurarse durante la década del treinta, y constituye el correlato teórico de la etapa más propiamente surrealista del pintor. El mismo Dalí define el método como un método espontáneo de conocimiento irracional, basado en la asociación interpretativa-crítica de los fenómenos delirantes.

Conceptualmente, un método es un camino para alcanzar un fin, que se ha propuesto de antemano como tal. Es ante todo un orden manifestado como un conjunto

de reglas. Se opone por consiguiente a la suerte o al azar. El tipo de realidad que se aspira a conocer determinará la estructura del método a seguir. Habría además en todo método algo en común, la posibilidad de ser usado y aplicado por cualquiera (Ferrater 2008). Esto nos lleva a la segunda conclusión, tal y como se desprende del comentario del Mito trágico del Ángelus; el método tiene una regla: la prosecución de los fenómenos delirantes, que está determinada por la realidad que busca conocer, la realidad de lo irracional o de lo inconsciente Freudiano (Freud 1900, 1940 [1938]). Desde este punto de vista, el método paranoico-crítico se emparenta con el método psicoanalítico de la asociación libre y la interpretación del deseo, la resistencia y la transferencia, pero es este último término el que permite al mismo tiempo marcar la diferencia. El método psicoanalítico se basa en la presencia del analista y el establecimiento de la transferencia, lo que permite el recuerdo y la elaboración de las emociones pulsionales, en contraparte, para Dalí, son los elementos activos y sistemáticos propios de la paranoia los garantes de la productividad del método, que no requeriría la presencia de un sujeto humano pudiendo desarrollarse a partir de objetos como óleos, textos, films, etc.

Una tercera conclusión es la connotación que Dalí le otorga a la paranoia. Para él no es una enfermedad mental, sino una forma de pensamiento con un carácter creativo particular; es por lo tanto un adjetivo que designa la actividad que requiere el método, dirigirse a un conocimiento. Este punto conecta con lo propuesto por Lacan (2002) en el texto *El estadio del espejo*, en donde afirmará más radicalmente que todo conocimiento tiene un carácter paranoico.

Con esto podemos cerrar el texto, planteando que hemos logrado nuestro objetivo de aproximarnos al método paranoico-crítico en tanto objeto privilegiado para la indagación de la relación entre creatividad y psicopatología. Adicionalmente, nos vemos habilitados para proponer que tanto para el surrealismo como para el psicoanálisis, la realidad es la realidad de lo inconsciente, que como tal es infinita, un universo dentro de un punto, aunque suene paranoico.

## REFERENCIAS

1. Aguer M. (2012). Sin título, texto publicado en; Dalí, todas las sugerencias poéticas y todas las posibilidades plásticas. Ed. Museo Nacional de Arte Reina Sofía y T.F. editores, Madrid
2. Bataille G. (2008). La conjuración sagrada, Ensayos 1929-1939, Ed. Adriana Hidalgo, Buenos Aires
3. Bulbena A. (2006). Trastorno Delirante (paranoia) y otras psicosis delirantes crónicas, en Vallejo Ruiloba, Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Ed. Masson, Barcelona

4. Dalí S. (2001). *La vida secreta de Salvador Dalí*, Ed. DASA, España
5. Dalí S. (2004). *El mito trágico de El Ángelus de Milett*, Ed. Tusquets, Barcelona
6. De los Ríos C. (2012). *Psiquiatría y surrealismo*, Ed. Altazor, Viña del Mar, Chile
7. Ferrater J. (2008). *Diccionario de filosofía abreviado*, Ed. Edhasa, España
8. Freud S. (1900). *La interpretación de los sueños*, en; *Obras completas de S. Freud*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires
9. Freud S. (1911[1910]). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*, en; *Obras completas de S. Freud*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires
10. Freud S. (1940 [1938]). *Esquema del psicoanálisis*, en; *Obras completas de S. Freud*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires
11. Gombrich E. (2011). *Arte experimental*, en; *Historia del Arte*, Ed. Phaidon, Londres
12. Ibáñez N. (2006). *Paranoia y creación: Sobre las relaciones entre la paranoia de autocastigo según Lacan y la paranoia-crítica daliniana*. Tesis Doctoral no publicada, programa fundamentos y desarrollos psicoanalíticos. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid
13. Ibarz V, Villegas M. (2007). *El método paranoico-crítico de Salvador Dalí*, *Revista de Historia de la Psicología*, vol. 28, n.m. 2/3, p; 107-112
14. Jaspers K. (1996). *Psicopatología General*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México
15. Jeffett W. (2012). *Introducción al método Paranoico crítico*, en; *Dalí, todas las sugerencias poéticas y todas las posibilidades plásticas*. Ed. Museo Nacional de Arte Reina Sofía y T.F. editores, Madrid
16. Lacan J. (2006). *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Ed. Siglo veintiuno, México
17. Lacan J. (2002). *El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia analítica*, en; *Escritos 1*, Ed. Siglo veintiuno, Argentina
18. López F. (2010). *Arte nuevo en España*, en; *La colección*, Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía. *Claves de lectura*. Ed. De la Central, Madrid
19. López F. b) (2010). *Clasicismo realidad y sobre-realidad*, en; *La colección*, Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía. *Claves de lectura*. Ed. De la Central, Madrid
20. Martín C. (2010). *Palabras en libertad*, en; *La colección*, Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía. *Claves de lectura*. Ed. De la Central, Madrid
21. Martín C. b) (2010). *El surrealismo y la revolución*, en; *La colección*, Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía. *Claves de lectura*. Ed. De la Central, Madrid
22. Ramírez J (sin fecha). *El método Iconológico y el Paranoico-crítico*, recuperado el 31 de Diciembre de 2019 de; <https://www.uv.es/dep230/revista/PDF340.pdf>
23. Roudinesco E. (2016). *Lacan, Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento*. Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires