

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 2 DICIEMBRE 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

---

## 98 EDITORIAL

*Patricia Cordella*

## 100 FE DE ERRATAS

## 101 COMENTARIOS DE LIBRO

### 101 DE PALABRAS Y SUJETOS: HISTORIAS Y CLÍNICA DEL PSICOANÁLISIS

Autor: Eduardo Gomberoff

Editorial: Sodepsi Ediciones, Santiago, 2008

Comentarista: César Ojeda

### 105 DISCURSO GLOBAL, SUFRIMIENTOS LOCALES. ANÁLISIS CRÍTICO DEL MOVIMIENTO POR LA SALUD MENTAL GLOBAL

Autor: Benedeto Saraceno

Editorial: Herder, Barcelona, 2018, 288 págs.

Comentarista: Félix Cova Solar

## 107 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

## 109 CONFERENCIA

### 109 MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO

*César Ojeda*

## 115 BALANCE

### 115 LA MIRADA SISTÉMICA EN LA PSIQUIATRÍA INFANTIL Y EN LA ADOLESCENCIA

*Sergio Bernales*

## 131 ASMA PSICOBIOGRAFÍA PSIQUIATRÍA DINÁMICA

### 131 ASMA Y SUS CORRELATOS NEUROPSICOFISIOLÓGICOS: A RAÍZ DE LA OBRA Y VIDA DE MARCEL PROUST

*Matías Florenzano, Cristián Deza, Bárbara Infante, Ramon Florenzano*

## 135 REVISIÓN

### 135 AUTOLESIONES NO SUICIDAS Y SU RELACIÓN CON EL PATRÓN DE APEGO EN ADOLESCENTES. UNA REVISIÓN BREVE

*Jorge Leiva, Ana Matilde Concha*

## 143 PSIQUIATRÍA SOCIAL

### 143 SALUD MENTAL DE MIGRANTES CONSULTANTES EN LA UNIDAD DE ENLACE PSIQUIÁTRICO DE UN HOSPITAL GENERAL: UN ANÁLISIS RETRO Y PROSPECTIVO

*Ramón Florenzano U, Matilde Bortolaso G, Mauricio Apablaza S, Paulina Estay, Pedro Bustos, Krystal Lomeli, Geraldine Puig*

## 150 ADICIONES

### 150 EL ESTATUTO DEL CUERPO EN LAS TOXICOMANÍAS

*Patricia Romero Zúñiga*

## 160 PISCOSIS CIRUGÍA COSMÉTICA

### 160 TRASTORNO DISMÓRFICO DEL CUERPO (TDC): ¿TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN Y ESPECTRO OBSESIVO COMPULSIVO?

*Erica Contreras, Consuelo Conejeros, Paz Hernández,*

*María José Vilches, Andrea Cortés, Carlos Cruz*

## 168 DISCUSIÓN

### 168 REFLEXIONES EN TORNO A LA NOCIÓN DE FAMILIA

*E INFANCIA: PSICOANÁLISIS, GUBERNAMENTALIDAD Y SENAME*

*Ignacio Fuentes Lara*

## 178 PSICOANÁLISIS ESTÉTICA

### 178 LO OMINOSO, UNA SOMBRA EN EL ESPEJO

*Andrés Correa M.*

## 189 INVESTIGACIÓN

### 189 MUERTE, DUELO Y RITUALES MORTUORIOS: UNA PERSPECTIVA CULTURAL

*Tomás Serón Díaz*

## 193 DROGAS PROCESO TERAPÉUTICO ADHERENCIA VÍNCULO

### 193 VÍNCULO TERAPÉUTICO, EXPECTATIVAS, IMPACTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DEL COSAM PUENTE ALTO EN TRATAMIENTO POR ADICIONES

*Paula Ramírez, Mónica Álvarez, Daniela Cabello, Alejandro Riquelme, María Isabel Guerra*

## 202 CONFERENCIA

### 202 BIOÉTICA: ¿PSEUDOFILOSOFÍA PARA LA PSEUDOCIENCIA?

*Hernán Villarino*

## 209 ENSAYO

### 209 LAS DOS CARAS DEL PARAÍSO

*César Ojeda*

### 215 NOTAS SOBRE LA TEMPORALIDAD DE LA VIDA HUMANA

*Pedro Gandolfo*

**Patricia Cordella**

Los tiempos de eficiencia nos aceleran el paso y cuando la velocidad aumenta disminuye en la observación, el detenerse en el detalle, el imaginar. Es como ir montado en un caballo al galope viendo difusos colores a los costados, troncos de árboles o postes que pasan sin que sean organizados ni busquen sentido. Estos detalles colaterales no aportan al objetivo cuando está lanzado como una bala, allá, en un punto señalado del futuro.

El camino en este acelere carece de importancia, es la meta, el logro rápido. Cuanto antes lleguemos mejor lo hacemos, más premios obtenemos. Acelerar, llegar. Si en el trayecto empujamos a algún animalillo, no nos dimos cuenta y perdón. Continuar. Como agua que corre. Si alguien solicita cruzar el sendero que transitamos, detenernos pareció irrelevante y seguimos. Llegar. Llegar cuanto antes. Llegar donde nos dijeron o dijimos, o nos comprometimos a llegar. Así parece ser la conciencia en estos tiempos.

Tiempos de eficiencia. No es que nos persiga un enemigo, o tal vez, sí, la desidia, la flojera, o peor, el perder. Verbo que en la eficiencia no tiene cabida: perder es el verbo que no queremos conjugar. No podemos perder ofertas, experiencias, ventajas. Tampoco el *cibermonday* ni el ¡Llame, ya! Slogan que nos cala en el centro de la lógica de la eficiencia.

Ser eficientes está al servicio de esa rueda que gira. Más veces se sientan los comensales en la mesa más es la suma de ganancias. Se gana por rotación, ¡acelere, amigo, que vamos multiplicando!

Claro que, como el espacio es uno, y caro, entonces multipliquemos el tiempo. También hay solución para acelerar los treinta años que demoramos en transformarnos en múltiplos del consumo: ¡que giren las cosas! que se degrade, malogre, se haga inútil el objeto,

el servicio. Que no haya más alternativa que volver a girar la rueda. Todos conocemos esta lógica, porque la vivimos a diario, y aunque nos suena torcida, enferma, y nos da cierta incomodidad, ahí vamos flectando las rodillas sobre el círculo sinfín.

La eficiencia está emparentada con el cumplimiento de metas y la neurosis actual parece habitar y crecer dentro del malestar del no cumplir pronto. Es una clase de culpa, la culpa de la ineficiencia. Ese desagradable decante del día a día: el pendiente. Lo que no se logra. No se alcanza. No llegar.

El malestar de la ineficiencia nos acelera una y otra vez. Con tal de no sentirlo vamos aceptando más y más tareas, no vaya a ser que la contemplación nos devore el espíritu, que de pronto tengamos que parar y afrontar la realidad. Mejor es vivir en el mito de la eficiencia, mal que mal es un mito compartido. Y creer en lo mismo es ser parte y ser parte consuela en esta neurosis, todos somos hermanos al ser hijos de la misma madre neurótica. Hermanos del lamento no-me-alcanza-el-tiempo.

Y detrás de esta escasez, un lugar seguro: "Si... entonces" (si tuviera tiempo, entonces todo estaría mejor): el eterno potencial de la esperanza.

¿Y si tuviéramos tiempo? Si nos regalaran, por ejemplo, tres vidas más, ¿para que las usaríamos? ¿De qué manera? ¿Estaríamos tres veces preocupados? ¿Es posible escapar de la angustia? ¿Es que la angustia tiene nombres y la de nuestro tiempo es esta?

No es solo un problema de tiempo, sino de qué hacemos en ese tiempo. A veces en el tiempo extra ocurre nada. Nada de lo que ese potencial nos había sugerido. Como si a la eficiencia se le presentara la nada en el polo opuesto. La nada en la tensión dialéctica con la eficiencia. La nada como opción en el tiempo disponible.

Esa nada que podría en su máxima intensidad hacer el salto hacia la búsqueda de algo, pero no ocurre porque en nuestros días la nada no es aburrida y ya no nos empuja a salir, más bien nos acuna y deja allí, atados a ella, inmovilizados. Para salir de la nada es necesario imaginar "algo" y hoy hasta el imaginario ha sido poblado para beneficio de otros. Vivimos en una especie de *imaginariósfera* que está a cargo de los vacíos de la nada: imágenes, guiones, patrones de conducta. Allí nos asisten: los tesoros de *Netflix*, las grabaciones de *You Tube*, los memes del *WhatsApp*, los acontecimientos de *Instagram*. Nos invitan a entrar en un estado de nada. Una nada con remezones pseudoemocionales. Una experiencia tipo *pop-corn*. Parece que tuviera volumen y consistencia, pero termina siendo un poco de materia con sabor transitorio. Esa atmósfera imaginaria envasada nos guía dentro de una experiencia acotada. Una especie de cuidadora cultural que nos lleva a un *numbing* apropiado para la convivencia. Una nube que nos achata la conciencia, un opio moderno, la dependencia de la nada. Adicción a la pantalla es el cuadro clínico cuando llega al extremo. Porque en los tiempos de eficiencia hay que equilibrar tanto hacer y producir. A tanta eficiencia nada mejor que oponer la nada. Mas allá de la ineficiencia, la nada misma es la que pareciera equilibrar esta lógica polar. Así se establece la neurosis actual en la tensión de la duda: ¿super-eficiencia o nada?

Todo esto parece irremediable, pero se trata de balanceos de valores. Peso a un lado y a otro, para no caer en fanatismos pragmáticos. Esto, si hay equilibrio. Pero los tiempos que corren, corren girando en los polos y

aparece el fanático que es hoy un sujeto más de acciones que de reflexiones. Hace carne, actúa la imagen ofrecida por los medios para los sujetos pro-medios.

Algunos países europeos, tal vez buscando en sus raíces respuestas de antes, han vuelto a la imagen de creación propia a través de la lectura. Sí, la lectura a viva voz en televisión, en salas de teatro. Incluso Roberto Benigni, actor, conocido como el director de la película "La vida es bella", hace un espectáculo en el cual, sobre un escenario sin escenografía, plantado al centro con un terno oscuro y camisa blanca, recita en italiano antiguo la *Divina Comedia*, de Dante Alighieri. El espectáculo es ese. En una escena vacía cada cual debe imaginar lo que ocurre. Cada uno es el director, montajista, escenógrafo, actor y espectador. Obliga a la audiencia a trabajar. ¿Esto tiene alguna importancia en una sociedad de consumo de tiempo? Me parece que pensar, reflexionar, crear mundos usando el imaginario es el antídoto de la nada, del *numbing* que dejan el espacio a la obediencia a ciegas de las ideologías de turno, es la vuelta a lo más humano de los humanos: pensar el futuro, pero pensarlo complejo, crear modos de pensar, experimentar con esta habilidad prefrontal de planificar, traer desde la memoria trazos que nos sirvan para construir. Es más, creo que, si no hacemos este ejercicio, nosotros, los que cautelamos las funciones mentales, no podremos ayudar a salir de los dolores que todo sistema inflige en la subjetividad de sus hijos. El desafío está en cómo innovar en un imaginario formateado en varias ventanas abiertas, dispuesto a saltar y rodar, sin fin, conjugando disjuntos que ya no obedecen a la lógica canónica.

## FE DE ERRATAS

En el trabajo 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 (Rev GPU 2018; 14; 1: 35-44) de los autores Bruno Barahona, Marcel Souyet, Héctor Carrasco y Rodrigo Cárdenas, se deslizó un error de edición. La tabla número 4 hace referencia, en realidad, al estado de la psiquiatría infanto-adolescente, sin embargo en la publicación el título de la tabla figura como psiquiatría adulto.

Dejamos debida constancia del error.

EL EDITOR.

## COMENTARIOS DE LIBRO

# DE PALABRAS Y SUJETOS: HISTORIAS Y CLÍNICA DEL PSICOANÁLISIS

**Autor:** Eduardo Gomberoff

**Editorial:** Sodepsi Ediciones, Santiago, 2008

(Rev GPU 2018; 14; 2: 101-104)



César Ojeda

Hacer un comentario de este libro no es tarea fácil, puesto que se trata de un texto y un autor que podríamos denominar “lacanianos”; y yo, como veremos, no calzo en adherencias de ese tipo. Sin embargo debo confesar que el lacanismo nunca me fue indiferente y he intentado penetrar en su torbellino de palabras “insistentemente”, sabiendo que la tradición lingüística francesa se ha encaramado, con evidente gracia, hasta el borde de una disgregación psicótica. Descriptar los ímpetus de plumas finas y, a la vez, violentas, me seduce y me impulsa a tratar de buscar un “proto”, un “antes”, un “previo” que me desenmascare la clave de un pentagrama apelmazado.

Lo que hay en este libro es alguien que escribe, creo, intentando “cazar al psicoanálisis”: Tengo la sensación, después de haber leído sincera y exhaustivamente el texto, que el autor dice: “el psicoanálisis es ‘algo’, existe”. ¿He de creerle? ¿Me lo puede mostrar? No lo sé. Luego me interrogo: ¿qué significa cazar “al” psicoanálisis? Conozco a personas que son psicoanalistas, pero otras que son heideggerianas o tomistas o hegelianas o marxistas o cristianas y un largo “y todo lo demás”. Pero, ¿qué es ser lacaniano? Lacan existió y su nombre de pila fue Jacques-Marie. Escribió mucho y con una creatividad desbordada y algo frenética, como si se tratara de “siempre ir hacia adelante pero sin soltar lo de atrás”. Algo así como correr en círculos estando atado a un árbol. Tal vez por eso usó las palabras, aparte de algunos trémulos neologismos, como un “idiolecto” que borra su sentido habitual y exige, por lo mismo, algo

muy difícil de obtener: *sumisión* en el aprendizaje, lo que implica un ejercicio destacado del poder. Así, esta escritura de Jacques-Marie produjo largas filas de ferrosos adherentes, y otras, también largas, de detractores. Me pregunto si es posible ser o no-ser el nombre de otra persona. Tal vez sea posible que los “lacanianos” crean ser “como él”, o que “lo siguen” a él, o que “piensan como él”, o que “los identifica” y “lo aman”, o, incluso, que “son sus esclavos” o “pertenecen a su rebaño”, y así. Y ¿qué pasa con los detractores? Pasa como con el ateísmo de Jean Paul Sartre, que menciona a Dios cada dos páginas. Dicen los detractores de Lacan: “no soy él”, “no creo en él”, “no tengo nada que ver con él”, “no pertenezco a él”, “soy libre de Lacan”.

A mi entender, sin embargo, el tema no es el “lacanismo”. Me parece que en el caso de “los psicoanalistas”, el *atractor* central (en sentido matemático) es Sigmund Freud y no Lacan, es decir, un conjunto de valores (no en sentido ético sino más bien en el de números-ideas) que imantan a las trayectorias que le sean suficientemente próximas y que han de permanecer próximas incluso si son perturbadas o si son caóticas. El “atractor” es como el árbol al que se está amarrado. Entre líneas leo en este libro que no se puede ser psicoanalista si no se es, por algún lado y de alguna manera, freudiano o antifreudiano o parafreudiano o metafreudiano o posfreudiano. Una red de cordones umbilicales llenos de nutrientes o de ácido, pero cordones umbilicales al fin. No solo apego sino también contraapego o disapego, pero jamás prescindencia. Los psicoanalistas no

pueden prescindir de Freud, ni los religiosos de Dios, ni los heideggerianos de Heidegger. Pero los psicoanalistas pueden, perfectamente, prescindir de Dios, de Heidegger y de todo lo que les es ajeno (todo lo "otro"). El punto es que eso "otro" está allí y cuenta también con largas filas de feligreses y otras de afiebrados contradictores. Con eso deseo expresar que siempre el mundo es mucho más ancho que nuestras convicciones.

Sin embargo, el atractor ¿es la persona de Freud? ¿O es lo escrito por él? ¿Tiene alguna importancia para la obra freudiana si Sigmund fue o no adicto a la cocaína? ¿Importa si prefería el salmón al atún? Lacan era "freudiano", según decía. Pero dejaba en claro que no se refería a Sigmund, sino a las palabras que él escribió. Se abre con eso un inquietante misterio: *lo escrito por alguien ¿le pertenece a ese particular alguien?* He encontrado las mismas "grandes" ideas (que se pueden contar con los dedos de una mano) escritas por autores muy diferentes, de diversas épocas y convicciones. Y me pregunto: ¿no pudo lo escrito por Freud haber sido escrito por otro? Siempre sospeché que la misteriosa "fuerza de gravedad" existe con independencia de Newton. Descubrir no es lo mismo que inventar. Tal vez los adherentes al lacanismo piensen que se trata de descubrimientos, y los opositores a ultranza, de inventos. Pero, ¿es posible sostener que las palabras (el lenguaje) no tengan dueño? Esto mismo que acabo de escribir es prueba de lo que digo: por un momento pensé que la pregunta en cursiva era una idea mía. Luego recordé que esto fue escrito por Heráclito hace 2.600 años, pero dejando en claro que él era apenas un intermediario de méritos dudosos (se lo conocía como "el oscuro"). Escribió: *No a mí sino al logos escuchando, es sabio con-decir, que todo es uno*. Este fragmento, el 50, para ser innecesariamente preciso, dice que no soy yo el que escribe o dice. Luego, no me lees ni me escuchas a mí, sino al logos que me habla o por el que soy hablado. Estas palabras resuenan hoy igual que hace 26 siglos (por esa época vivió Heráclito) y, vía diversos ropajes conceptuales, ha sido dicho muchas veces en distintos momentos de la historia. Pero también se ha dicho lo contrario. Robert Musil, el notable escritor vienes, en *El hombre sin Atributos*, sostiene que "lo que es" siempre pudo ser de "otra manera". Parece evidente: lo que ocurre tiene que ocurrir de alg-una manera y no de todas las maneras posibles. La trayectoria real de una partícula entre dos puntos incluye todas las trayectorias posibles, afirman algunos físicos (como Hawking, por ejemplo). Pero la ética del escribir (y algo menos la del hablar) implica hacerse cargo, pues lo escrito y lo dicho siempre tienen consecuencias (la séptima función del lenguaje, como dice el "gracioso" novelista Laurent

Binet). Si no es a mí (o a cualquiera, pues cualquiera es siempre un "mí" al que escuchas, sino al logos, ¿qué digo con eso? Pues digo que hay algo previo (el logos con sus treinta expresiones en castellano que lo hacen medianamente inteligible en nuestro idioma) en cuya gramática me inserto de prestado. Si así fuera cabe entonces preguntarse: ¿cómo discurren por el universo las palabras de las que no somos dueños? ¿Como una sopa de letras? ¿Como una red de palabras pegadas al sentido por algún mágico ungüento, como la gramática lógica pura (*a priori*) de Husserl, que nada tiene que ver con la existencia humana? ¿Una lengua eidética y axiomática como la geometría euclidiana? No lo sé, ni sé si se sabe o si se puede saber.

Me resulta extraño esto de "ser" algo así como un "alguien otro" (saltándonos el asunto del espejo) y bautizarse con su nombre más un "ismo". "Ismo" es un sufijo, *creador de substantivos doctrinales*. Freud es una persona, el freudismo una ideología, y las ideologías son doctrinas. Así, si profeso algún "ismo" me apropio (o me zambullo) en un *corpus* doctrinal, dejo de estar solo y tengo "camaradas" (habitantes de la misma cámara). Semejante es el compulsivo y depredador "ianos", que se apropia de un sustantivo, especialmente de los nombres, y los digiere para luego asimilarlos como una característica propia. Ser freudiano o heideggeriano no caracteriza a Freud ni a Heidegger, sino a "mí". Freud es una persona, freudiano es un adherente al freudismo que, por ese través, se cualifica. Pero, ¿esta adherencia es al autor o a la obra? Estos sufijos le dan al lenguaje un guion de deslizamientos: el paso desde el nombre de un sujeto (Freud), a un "algo eso" (el freudismo) y finalmente a un rasgo o característica "mía" (ser freudiano). Se ve entonces que es necesario preguntar no solo por los sufijos sino también por los verbos. Si bien alguien "es" freudiano, o cualquier otro "ianos", ese "ser" de ese alguien queda abierto. Se puede ser freudiano, pero, al unísono, viejo, masón, papá, amigo y un buen tenista. Ningún adjetivo agota el sustantivo (supongo que esto ha sido dicho muchas veces por otros "mí"). Pero ser freudiano no es lo mismo que el "freudismo". Este último, la doctrina, es otra cosa. Es algo que parece estar ahí *con independencia absoluta de mí*. Si alguien dice ser freudiano está enganchado al freudismo, como señalamos; y si alguien dice ser lacaniano está enganchado al lacanismo. Pero el lenguaje se atraganta si alguien dice "soy freudismo" o "soy lacanismo". Falla la sintaxis. Es como decir "verde lo casa" (ejemplo de sinsentido predilecto de Husserl). ¿No ocurre una secuencia parecida, o idéntica, si Pedro dice que "es" psicoanalista? Ser psicoanalista no es un asunto ontológico, pues el "ser" de Pedro no es agotado por

su adherencia a alguna forma de freudismo. El asunto se enreda cuando Freud y el freudiano, el adherente, sustituyen la doctrina por la caracterización de una *praxis*: analizar la psique *de cierta y técnica manera* (o con cierto “arte” productivo, si hemos de ser etimológicamente más precisos con la *techné* griega). Entonces ya no estamos hablando de freudismo directamente y usamos una substantivación que tiende a ocultarse: “ser” psicoanalista ya no remite al freudismo doctrinal, sino a la *praxis freudiana*: es decir, “el” psicoanálisis es esencialmente un *actus exercitus* (acto cumplido) y no un *actus signatus* (acto solamente designado). Hay una singularidad: “el” psicoanálisis. Ese (“el” psicoanálisis) es “algo” que es consigo mismo, lo mismo (el *to autos* griego) y que “se hace al ejecutarlo”. No preexiste ni posexiste, luego no perdura ni tiene substancia. Sin embargo las cosas *pueden* ser más simples: el artículo “el”, como todo artículo, funciona siempre como un determinante o identificador del sustantivo. Lo mismo pasa si se dice “la” conciencia; o “la” fenomenología”. El artículo introduce substancia, materia, realidad, cosa. Introduce un “algo” que pudiese ser *encontrado* “en” el mundo, como encuentro el libro que busco. Sin embargo, ¿dónde está ese algo llamado psicoanálisis? ¿Es encontrable? ¿Cómo hemos de buscarlo? ¿Asegura el decir “soy psicoanalista” que esa calificación otorgue existencia substantiva “al” psicoanálisis?”

Pero nadie está libre: del mismo modo en que se escucha que psicoanálisis es lo que hacen los psicoanalistas. Heidegger decía que una obra de arte es lo que hace un artista y que un artista es el que hace obras de arte. Dudo que ni tan siquiera se haya sonrojado al hacer este batido (y no es el único que hace en su postería filosófica).

Si alguien dice que es psicoanalista es tentador preguntarle qué es lo que lo hace ser tal. De hecho, los psicoanalistas, desde la primera palabra, sostienen que no todos los psicoanalistas hacen psicoanálisis. Eso dice, de frentón, que “no cualquier cosa es psicoanálisis”. Debemos entonces iniciar la expedición, que le atribuyo a Gomberoff, con el título de “la caza del psicoanálisis”. A mi entender, eso es lo que él hace, y con gran talento. Pero, si buscamos algo, debemos preguntarnos por un pre-saber de lo que se busca y por un dónde encontrarlo. Si busco las llaves de mi oficina es porque sé de ellas. Y no lo hago en cualquier lugar, sino en alguno que les sea “pertinente”, como la mesa de arrimo del vestíbulo de mi casa, en la que suelo dejarlas. La búsqueda de algo requiere la convicción o la creencia de que ese algo existe. Pero, además, la búsqueda es “tópica”, es decir, acude a “lugares” con los que ese algo mantiene una pertenencia. No se me ocurriría buscar las llaves de la

oficina en el tacho de la basura. El lector podrá compartir conmigo que hay bastante saber en el no saber de una pregunta. ¿Cuáles son los pre-saberes y cuáles los lugares donde es posible buscar “el psicoanálisis”? Es evidente que el pre-saber es el freudismo. Si usted escucha la expresión “psicoanálisis” jamás pensará en Sócrates. Pensará en Freud, el atractor. Sin embargo, ¿se busca el psicoanálisis en la obra escrita por Freud y también en los autores que, para bien o mal, se arropan con él? Y esto es muy curioso, pues, de ocurrir en *algún lugar*, el psicoanálisis no lo hace en *esos* escritos, lo hace en la oficina de un psicoanalista. Y, como hemos dicho en algunos escritos previos<sup>1</sup>, el psicoanálisis es un encuentro íntimo, regulado y comercial (contractual). Y allí *solo* se habla. No es una relación epistolar ni corporal. El paciente no escribe, habla, y el psicoanalista escucha, habla y a veces toma notas que el “analizante” jamás conocerá. La *talking cure* es pura denotación. No hay metáfora. El psicoanálisis es hablado (lo que incluye su forma privativa, el silencio). ¿Pero qué ocurre con la doctrina? ¿Está escrita? ¿Pero qué dicen esos grafismos? Dicen algo “acerca” del psicoanálisis, pero *sin serlo propiamente*. En la obra escrita no está lo buscado sino que tales escritos hacen *referencia* a lo buscado. No es extraño entonces que haya escritos incontables y variados rondando esta singularidad (“el” psicoanálisis). Digo, al pasar, que no dicen lo mismo Lacan, Bion, Klein, Winnicott, Jung y el conocido *et cetera* latino (todos los demás). Por ello, lo que parece estar en el centro de estos escritos, “el” psicoanálisis, es algo que no *está propiamente allí*: el combate de Iquique, propiamente, no está en los *diversos* escritos históricos que hacen referencia a él.

Eduardo Gomberoff escribe una Introducción a su libro. Y lo hace directamente, pues dice “escribo”, agregando que lo hace como un intervalo en lo cotidiano. Los intervalos de los novelistas suelen ser al revés: hablan como un intervalo en el cotidiano escribir. Sea como fuere, hacer pasar “la palabra a la escritura” podría entenderse como un “primero fue el verbo hablado”, pensando en la argumentación de Sócrates en *El Fedro*. O también pensando en la palabra del Buda en los *Sutras* del *Canon Pali* (escritos casi dos siglos después de la muerte de Siddhartha), o en la palabra del Dios judeo-cristiano en las sagradas escrituras, escritas por “otros” ¿Es así en “el” psicoanálisis? En el psicoanálisis esa palabra primordial (el psicoanálisis ejecután-

<sup>1</sup> Me refiero a *El Acceso a la Subjetividad: Fenomenología, Budismo y Psicoterapia*, Sodepsi Ediciones y Routledge, 2018.

dose) nunca fue oída por terceros (el paciente es un segundo). No hay apóstoles que escuchen y escriban. Esa palabra dicha, que se juega en cada sesión freudiana, es un acto íntimo (como ocurre en toda psicoterapia individual, sin meterse en si el psicoanálisis es o no una psicoterapia). Eso quiere decir: sin testigos ni registros directos. Escuché o leí que Freud analizó a 160 personas en total y que todas las transcripciones fueron relatos escritos por él mismo, con algunas excepciones, como el análisis de la novela *Gradiva* de Jensen, que es, como material, una obra independiente. ¿Está en esos relatos freudianos “el” psicoanálisis?

Eduardo Gomberoff *escribe*, pues desea transformar los relatos oídos y sus experiencias vitales, su ontogenia y praxis profesional y personal (lecturas y reflexiones incluidas), en *historia*. Buscando un contexto, ¿no es sorprendente que el periodo del ser humano que pasa de la pre-historia a la historia tenga que ver con el grafismo? La historia emerge a partir de la escritura. No hay historia si no es escrita. Por eso el término *biografía* es abusivo, pues los avatares de la experiencia humana casi nunca son escritos (grafías) y sin embargo viven plenos en la persona como la más pura actualidad de la memoria.

La historia del psicoanálisis en Chile escrita por el autor, él lo sabe y lo dice, no es tal historia propiamente, sino marcas, señales y surcos que requieren interpretación. Por eso nos aporta para ello diez notables claves. Por su parte, Lacan, en *Du litoral en psychanalyse. Une lecture de Literaterre*, escribe Araceli Fuentes, cuenta que al volver de un viaje a Japón por una ruta que atraviesa Siberia, desde la ventanilla ve los surcos dejados por la lluvia sobre la planicie siberiana que lo hace pensar en una escritura. Una “orografía” (estudio del relieve terrestre). “La escritura, la letra —dice—, está en lo real y el significante, en lo simbólico”. Esto tiene que ver con el *goce* y con el *semblante* cuando este último se rompe. No me corresponde hacer el trabajo de los lacanianos y explicar cómo se las arregla Lacan para establecer una secuencia que va desde lo imaginario (lo que se ve especularmente) a la palabra significante (simbólico); y de la palabra dicha al grafismo rígido de lo escrito. Y, finalmente, del escrito a lo real, este último propuesto como fondo inalcanzable e indecible. Pareciera que el psicoanálisis precisa de las pinzas de la escritura para pellizcar una “verdad” que Lacan expulsa de su léxico

por razones que no podemos desarrollar aquí. No obstante, también significa que la mayor parte de la experiencia psicoanalítica se escabulle en palabras que *volant*, siguiendo el aforismo de Cayo Tito: *verba volant, scripta manent*. El punto es que se trata de cosas diferentes, como es evidente, pues lo que vuela y se esfuma no es lo mismo que lo que queda y se aquieta en lo indeleble.

Pero en este libro hay mucho más, puesto que el autor destaca el anclaje que el psicoanálisis tiene con la universidad y con las concreciones administrativas y burocráticas de las “organizaciones psicoanalíticas”, las que, como células en gestación, se dividen y forman órganos diversos. No todas llegan a lo mismo. Este tema no es solo una crónica circunstancial, sino un rasgo que parece ser esencial en la historia “del” psicoanálisis (insistiéndose, así, en que hablamos de una singularidad substantiva). Sin embargo, en la substantivación no hay originalidad alguna. La substantivación le otorga masa a casi todo lo que nos conmueve. Dan Zahavi busca “la” conciencia como si fuese una cosa extraviada y que tal vez esté en el tercer cajón del estante del escritorio. Experimentar (ser consciente de algo) no arrastra de suyo a un “algo” al que él (y muchos otros) llaman “la” conciencia. Lo mismo pasa con “la” literatura, “la” fenomenología, “el” Budismo y un nuevo y largo etcétera. No creo que exista alguien que haya llegado hasta aquí en la lectura, que crea que este tema se resuelve con “definiciones”. No obstante, este libro no es responsable de los recovecos espirituales e institucionales de los psicoanalistas. Solo es responsable de irradiar inspiración (eso necesario para cualquier aspiración) y una excelente capacidad sintáctica en la escritura. Puedo decir que la escritura de Eduardo Gomberoff dibuja muy bien lo que no parece poder ser dibujado, con un idioma que parece al principio sumiso y maleable, pero que pronto se desborda con elegancia hacia la rebeldía y el combate. Naturalmente, siempre me quedará la duda si se trata de las habilidades idiomáticas de Eduardo Gomberoff o del Gran Otro que lo usa como teclado. Pero, en mi opinión, vivir en la duda, en paisajes neblinosos y en el misterio, implica no aceptar soluciones ingenuas que nos oculten nuestra esencial condición de atisbadores preguntones, pero claramente conscientes de la “sabiduría del no-saber”, por usar una amada expresión budista.

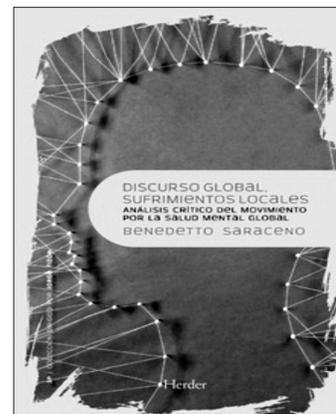
## COMENTARIOS DE LIBRO

# DISCURSO GLOBAL, SUFRIMIENTOS LOCALES. ANÁLISIS CRÍTICO DEL MOVIMIENTO POR LA SALUD MENTAL GLOBAL

**Autor:** Benedetto Saraceno

**Editorial:** Herder, Barcelona, 2018, 288 págs.

(Rev GPU 2018; 14; 2: 105-106)



Félix Cova Solar<sup>1</sup>

Recientemente ha sido publicado en castellano por editorial Herder este libro, publicado en italiano el año 2014. Desde mi perspectiva, se trata de un libro fundamental, que realiza un análisis profundo, informado y crítico de lo que se puede denominar “movimiento por la salud mental global”. Si bien no son pocos los textos que analizan críticamente este movimiento, este tiene algunas especificidades que me interesa destacar. Se trata de una obra escrita por una persona que ha dedicado parte importante de su vida profesional al desarrollo de políticas y programas de salud mental y que ha tenido un papel muy importante justamente en que se haya gestado el movimiento por la salud mental global. Sus roles en la Organización Mundial de la Salud en diversas responsabilidades, incluyendo la dirección del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de esta institución, dan cuenta de este quehacer, y le permiten al autor contar con una privilegiada mirada de conjunto de los esfuerzos en el desarrollo de la salud mental en el mundo. Ello le da un valor adicional a las importantes ideas expresadas en este texto.

En síntesis, lo que el autor nos viene a decir es que el movimiento por la salud mental global es un arma de doble filo. Su cara luminosa sería la voluntad de darle centralidad a las necesidades de responder a las diversas formas de sufrimiento y discapacidad mental, sacar del olvido y la postergación habituales a la salud mental, mostrar que ello es una necesidad no solo en los países de altos ingresos sino en todas las sociedades. Pero habría una cara sombría también: si ello no es hecho a partir de un concepto de salud mental amplio, el riesgo es que se transforme en un vehículo para favorecer una medicalización y psicopatologización iatrogénica de las sociedades. El autor ilustra este planteamiento analizando una situación concreta: la brecha entre necesidades y recursos en salud mental. La brecha es enorme, pero no cualquier esfuerzo para reducir esta brecha es beneficioso: si ello no va acompañado de un cambio de paradigma que desligue la salud mental de las concepciones biomédicas, la reducción de la brecha puede implicar que más personas reciban tratamientos incompletos y/o inadecuados, en particular

<sup>1</sup> Psicólogo. Dr. en Psicología por la Universidad del País Vasco, académico Dpto. de Psicología Universidad de Concepción.

de tipo farmacológico, con dudosos impactos positivos excepto para las ganancias de las empresas que los producen.

Por otra parte, se trata de la obra de una persona cuya pasión ha sido la reforma de la atención de la salud mental en el mundo, que conoce muy de cerca los avances logrados en las últimas décadas, pero que también identifica las grandes barreras que han dificultado que ello sea posible. Barreras no solo de recursos sino dadas por los modos de entendimiento y los intereses corporativos. Plantea el autor que los profesionales de la salud mental con frecuencia queremos pensar que es el estigma hacia las personas con trastornos mentales la barrera principal para dar adecuadas respuestas a las necesidades de salud mental. Sin embargo la barrera principal no sería el estigma sino más bien nuestras propias concepciones. Conceptos que debiéramos tratar con mucha prudencia y juicio crítico, como el de trastorno mental y sus distintas especificaciones, los reificamos como entidades objetivas; descuidamos los

determinantes sociales de la salud mental; ignoramos el rol determinante del sistema de organización de los servicios y cuidados integrales a las personas, por sobre el de tratamientos específicos. Estos errores serían las auténticas barreras para que la salud mental sea abordada de modo apropiado.

El libro tiene la virtud de que solo escasamente cede a la retórica genérica. De hecho, una de sus virtudes es que analiza la retórica habitual en relación con la salud mental (por ejemplo, la atención primaria de salud como el centro de toda reforma a la salud y a la salud mental, la promoción y la prevención como la respuesta a los desafíos) y la somete a escrutinio. Se señalan aspectos concretos en que debiera direccionarse los desafíos próximos y mediatos para el logro de una auténtica salud mental global. Ciertamente hay lagunas, aspectos confusos, vagos o contradictorios en las propuestas planteadas, pero, en su conjunto, el libro es un valiosísimo aporte a la discusión sobre la salud mental que tenemos y sobre la que necesitamos.

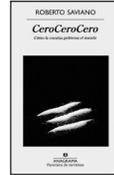
## CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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 Hesquia 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: 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



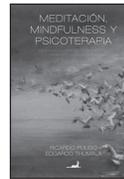
**FRITZ PERLS EN BERLÍN (1893-1933). EXPRESIONISMO, PSICOANÁLISIS, JUDAÍSMO**  
 Autor: Bernd Bocian  
 Editorial: EHP Verlag Andreas Kohlhage / Cuatro Vientos  
 Comentario: Rev GPU 2015; 11; 3: 224-225



**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 PSIQUIÁTRICA**  
 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



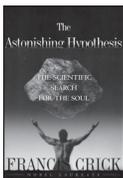
**EL MOMENTO PRESENTE. EN PSICOTERAPIA Y LA VIDA COTIDIANA**  
 Autor: Daniel N. Stern  
 Editorial: Cuatro Vientos, 2017, 276 págs.  
 Comentario: Rev GPU 2017; 13; 4: 326-328



**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



**DE PALABRAS Y SUJETOS: HISTORIAS Y CLÍNICA DEL PSICOANÁLISIS**  
 Autor: Eduardo Gomberoff  
 Editorial: Sodepsi Ediciones, Santiago, 2008  
 Comentario: Rev GPU 2018; 14; 2: 101-104



**DISCURSO GLOBAL, SUFRIMIENTOS LOCALES. ANÁLISIS CRÍTICO DEL MOVIMIENTO POR LA SALUD MENTAL GLOBAL**  
 Autor: Benedetto Saraceno  
 Editorial: Herder, Barcelona, 2018, 288 págs.  
 Comentario: Rev GPU 2018; 14; 2: 105-106

## CONFERENCIA

# MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO<sup>1</sup>

(Rev GPU 2018; 14; 2: 109-114)

César Ojeda<sup>2</sup>

Martin Heidegger inició su camino teniendo como objetivo esclarecer el sentido del ser en general, para lo que requirió hacer explícita la estructura del ente preeminente que está abierto al ser: el Dasein. Esta estructura mostró que se trata de un ente que es-en-el-mundo (en medio de las cosas y con los otros Dasein), que se anticipa a sí mismo arrojado en la existencia (disposición afectiva), que discurre y se ocupa de los entes y se preocupa por los otros articuladamente (discurso) y que comprende hermenéuticamente al ser. A este conjunto, que es el ser del Dasein, Heidegger lo denominó "cuidado" (*Sorge*). Nos mostró también que el Dasein está destinado a su fin y que huye, en la caída absorbida en los entes intramundanos, de la angustia que se lo anuncia desde la nada en la que está trascendientemente instalado como la posibilidad más propia e irrenunciable de sí-mismo. Esta huida lo hace estar regularmente en la impropiedad y en la no-verdad. La apertura trascendente al ser (nada) es la apertura al mundo y la que posibilita que el ente quede al descubierto como "lo otro" que la nada. La salida de la impropiedad y de la no-verdad es posible para el Dasein mediante la resolución precursora que "oye" y asume la llamada del sí mismo desde la nada y desoye los ruidos cotidianos de la caída. Por su parte, la temporeidad o tiempo originario temporaliza las distintas formas del tiempo expresado (como la databilidad, distención y publicidad) y, más radicalmente, a la "temporaneidad", que es el fundamento de la comprensión del ser y de la trascendencia, y que, por lo mismo, se constituye como el "sentido" del ser. De aquí en adelante el pensamiento de Heidegger empieza a utilizar conceptos que se escapan del idiolecto de *Ser y Tiempo* y otras obras cercanas. A este tránsito lo hemos llamado "desdiferenciación". Heidegger intenta "decir" cada vez más directamente el ser, haciendo distinciones que en definitiva apuntan siempre a lo "mismo". Para hacerlo se afirma en tópicos como la "trascendencia", la "nada", el "fundamento", la "mismidad", la "verdad", la "libertad", hasta arribar al concepto de "claro" (*Lichtung*), es decir, a la "apertura" en la cual tiene lugar el

<sup>1</sup> Ponencia presentada en el Simposio Internacional "Fenomenología: sentido, límites y perspectivas", Pontificia Universidad Católica de Chile, 24-27 octubre de 2005. Se presenta aquí una de las tesis centrales del libro del mismo nombre, en proceso editorial (*Martin Heidegger y el camino hacia el silencio*. CyC Aconcagua, Santiago, 2006).

<sup>2</sup> Médico-Psiquiatra. Profesor agregado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

**“acontecimiento” (*Ereignis*) de encuentro entre ser y pensar (hombre), y entre tiempo y ser. Se da el ser y se da el tiempo, dirá. No “son”, como los entes, sino que “se dan”. El tiempo como “regalía” y el ser como “presencia” y “destino”. El presente trabajo postula que lo que quiso decir Heidegger no se puede decir en el lenguaje, por más neologismos que se empleen para ese intento. La ontología, en tanto formulación teórica explícita y por lo tanto lingüística, parece entonces imposible: en su intento de pensar el ser como tal, Heidegger se encontró en los márgenes del lenguaje y, con ello, tan solo en el camino hacia el silencio.**

## TIEMPO Y SER

En la Universidad de Friburgo, en 1962, Heidegger pronunció una conferencia con el nombre de “Tiempo y ser”, la que fue publicada en castellano junto con *El final de la filosofía y la tarea del pensar* y *Mi camino en la fenomenología*, todas escritas en los primeros años de la década de los años 1960.<sup>3</sup> Se trata de los últimos pensamientos del autor, ya anciano. Su tema es el mismo que lo absorbió en su juventud filosófica: el ser y el tiempo.

Desde la antigüedad clásica el ser ha sido pensado mediante el ente, y el intento reflexivo de Heidegger, en su largo camino, ha sido desprenderse de este último e intentar pensar al ser directamente. Explícitamente, en *Tiempo y ser* Heidegger dice: “Algo se impone decir acerca del intento de pensar el ser sin tomar en consideración una fundamentación del ser a partir de lo que es, de lo ente. El intento de pensar el ser sin lo ente se torna necesario –agrega–, pues en caso contrario no subsiste ya posibilidad alguna de traer con propiedad a la mirada, el ser de aquello que hoy es alrededor del planeta y, menos aún, de determinar suficientemente la relación del hombre con aquello que hasta ahora llamamos ‘ser’” (TS, pp. 19-20).

Heidegger sostiene que “desde el alba del pensar occidental”, ser quiere decir lo mismo que “presencia” (*Anwesenheit*)<sup>4</sup>. Con esto se hace evidente que estamos al unísono hablando del tiempo, puesto que la “presencia” es un modo del “estar-presente”, y por lo mismo, una de las formas de temporalización de la temporeidad. Sin embargo el ser no es ente, y el tiempo no es nada temporal ni tampoco ente. Al no poder decir del tiempo y del ser que “son”, en la conferencia señalada, Heidegger utiliza un recurso verbal semejante al que

le permitía referirse a otros conceptos relativos al ser y que –naturalmente– no podían ser tratados con el “es” de los entes: por ejemplo, la relación entre ser y fundamento no podía ser expresada diciendo que “son” lo mismo. De allí que Heidegger usara la expresión: ser y fundamento: *lo mismo*. Ahora el recurso expresivo es: *se da el ser y se da el tiempo*. No es que sean sino que *se dan*. ¿En qué consiste este darse? Lo que señala a los entes es que “son” y su ser los hace estar presentes; es decir, los entes son “dejados estar presente” mediante “su” ser, o, lo que es igual, quedan desocultados mediante el ser que se da como un *dejarlos* estar presente. Entonces, el ser *se* dispensa como *don* en el estar presente de los entes. Pero, el ser que *se da*, al mismo tiempo *se retiene* y *se retira* en ese dar, a lo que Heidegger llama “el destinar” (*Schicken*). El ser que se dona en el ente y que se retiene a sí mismo no puede ser nombrado como ente, y por lo mismo, el filósofo alemán lo señala con expresiones neutras, como un “Se” o un “Ello”. Este Se o Ello que destina sujeta la manifestación de sí mismo, en cada caso a favor de la perceptibilidad del don, es decir, el ser se sujeta en *referencia* a la fundamentación de lo ente. En suma, se hace presente el ente que “es”, y se oculta el ser que se destina en tal ente.

Por su parte, los tres éxtasis del tiempo (pasado, presente y futuro) descansan unitariamente en el recíproco ofrendar-se, ofrendarse que constituye para Heidegger algo así como la cuarta dimensión del tiempo, en rigor, la primera: “la regalía que todo lo determina” (p. 35). Pero, con la misma figura con la que se refiere al ser, Heidegger dirá: el tiempo no “es”, *se da* el tiempo. Mas, al igual que en el caso del ser, el dar-se del tiempo se oculta como dar-se en el dar. Así, del mismo modo en que el ser “se” destina, el tiempo “se” regala. Pero, este darse del ser y del tiempo es, por así decirlo, unitario, y lo es en un sentido preciso: el de la co-pertenencia. A partir de estas consideraciones Heidegger acuña un importante concepto: “A lo que determina a ambos (ser y tiempo) en lo que tienen de propio, esto es, en su

<sup>3</sup> *Tiempo y ser* (TS). Ed. Tecnos, Madrid, 2000.

<sup>4</sup> Se refiere Heidegger a la sentencia de Parménides “Es, pues, el ser” (*estí gàr éinai*).

recíproca co-pertenencia –dice– lo llamamos: *el acaecimiento (das Ereignis)*” (p. 38).

En castellano, “acaecimiento” es, por así decirlo, neutro. Algo ocurre, sucede, acontece: ocurre porque ocurre, *se da*. No tiene programa, no tiene propósito, es tan solo una “ocurrencia”. Evidentemente, el “acaecimiento” que nos propone Heidegger no es una cosa, si con esa expresión señalamos al ente, pero tampoco es un “quién”, si con esa expresión señalamos al Dasein. El acaecimiento es una “ocurrencia” que ocurre como la copertenencia retenida del ser y del tiempo en el dejar estar presente al ente. Pero, si el acaecimiento *no* es ente, ¿cómo podemos señalarlo? Forzosamente, debemos usar una expresión en negativo, aquella con que decimos lo no-ente y la nada de ente. Heidegger intentó resolver la designación diciendo que el acaecimiento, si bien no es ente, queda señalado como un “asunto” (*Sache*), y más precisamente, como el “asunto” del pensar.

Al seguirle el rastro a este “asunto” la reflexión se tensiona cada vez que Heidegger le atribuye al ser acciones que se dicen con verbos: el ser serea, se dona, se retiene, ilumina, voca, apela, llama, y, ahora en este caso, el ser se “destina” y, el tiempo, se “regala”. Pero, ¿no requieren los verbos de un sujeto? ¿Es posible para el ser y el tiempo estar en la posición de sujeto para destinarse y regalarse? Otro tanto ocurre cuando el ser es dicho como sustantivo: ¿Qué se puede precisar, mostrar, determinar o señalar respecto del ser? ¿Qué debe decir la ontología? En una obra muy anterior a *Tiempo y ser*, titulada *Conceptos fundamentales* (CF)<sup>5</sup>, Heidegger señala una lista de “palabras conductoras” para la meditación sobre el ser, que, más que palabras, son sentencias que incluyen aparentes antinomias. Veamos una. Dice Heidegger: “El ser es lo más vacío y al mismo tiempo la exuberancia”. Esto quiere decir que en el ser mismo hay algo escindido, duplicado (*Zweispalt*) y contradictorio. Lo vacío es el “es” que tomado en sí no solo es indeterminado sino que carece de significación, y lo exuberante consiste en que, en el “es”, se trae a palabra una “apelación propia” que fluye de “fuentes propias” “que no pueden ser agotadas y desecadas por la mención de entes de muchas clases” (CF. p. 84). Heidegger ejemplifica esta exuberancia con un verso de Goethe que reza: “Sobre todas las cumbres / es la calma”. “Cumbres”, “sobre” y “calma” no alcanzan para agotar la exuberancia que viene traída en el “es”.

Si entendemos la vacuidad como indigencia y la “exuberancia” como un exceso de ser no agotado por

la totalidad del ente, la reflexión cambia de rumbo y de tono. ¿Cómo podría esa exuberancia ser señalada desde un “es”, si cualquier y todo “es” solo “es” en un ente? ¿Cómo acceder teóricamente al ser, sin tomar en cuenta al ente que “es” y que desde sí nos señala al ser? ¿Qué acceso directo al ser podría tener el pensamiento meditativo, a menos que simplemente sostengamos que tal pensamiento y ser: lo “mismo”? Sin embargo, la vacuidad y la exuberancia pueden ser ilusorias: efectivamente, el “es” es vacío si se lo piensa *aparte* del ente, escindido del ente, y es vacío justamente porque no puede ser pensado de esta manera. Mas, por otra parte, es exuberante si se lo piensa desde el ente en su infinita variedad y siempre, en cada caso, “siendo”. El “es” del poema de Goethe nos muestra mucho más que un “ser” apelante que no se agota en los entes que anuda: nos hace ver que aún más allá de todo lo imaginable aún hay ente: la calma. Y por ello la calma “es”. El poema no dice: “Por sobre todas las cumbres, *el ser*”. Esta trasposición del “es” a “el ser” es un recurso que Heidegger utiliza con alguna frecuencia. Pero ¿es posible esta trasposición, aparte de lo obvio: que el ente “es”?

Lo mismo ocurre con otras sentencias que no son sino formas o variantes de lo ya dicho. Por ejemplo, que “el ser es lo más común y al mismo tiempo lo único”, o que “el ser es lo más comprensible y al mismo tiempo la ocultación”.

En el “Protocolo de un seminario sobre la conferencia ‘Tiempo y ser’”, se establece que tanto la conferencia como el seminario significan un riesgo, cual es, “el riesgo que se asume al hablar en proposiciones enunciativas de algo respecto de lo cual semejante modo de decir es esencialmente inadecuado” (PSTS, p. 45)<sup>6</sup>

Es evidente que estamos penetrando una zona lingüística que se encuentra en el borde del silencio.

## EL FIN DE LA FILOSOFÍA

Cabe preguntarse: si el lenguaje enunciativo es inadecuado para tratar el “asunto” del ser, ¿para qué seguir hablando, o más precisamente, hablando así? ¿Hay otro lenguaje posible para la ontología?

El punto parece claro. La filosofía, entendida como metafísica no pensó el ser, sino solo en tanto ser del ente, y por lo mismo, la derivación histórica de este pensamiento consiste en que el ente y sus regiones ya no son materia de la filosofía sino el campo de las

<sup>5</sup> *Conceptos Fundamentales* (CF). Alianza Editorial, Madrid, 1999.

<sup>6</sup> “Protocolo de un seminario sobre la conferencia ‘Tiempo y ser’ (PSTS). Este texto está incluido en TS en la edición citada.

diversas ciencias –en tanto empíricas. ¿Qué le queda al “pensar” después de este acabamiento de la filosofía? Le queda plantearse el “asunto” implícito en la filosofía desde sus primeros pasos. Para iniciar el planteamiento, Heidegger se guía por la conocida sentencia fenomenológica “a las cosas mismas”, entendida como una “llamada” al pensar. Pero, se pregunta, “¿qué es lo que queda por pensar en la llamada fenomenológica inicial [que se expresa como] ‘a la cosa misma’” (TS, p. 85).

Y, ¿qué queda? Queda por pensar la región abierta en la que cualquier cosa puede aparecer y que Heidegger denomina “el claro” (*die Lichtung*). Esto nos retrotrae a *Ser y tiempo*<sup>7</sup> y la aperturidad (*Erschlossenheit*). “Lo resplandeciente –decía Heidegger– está en el Ahí antes de toda constatación y consideración. Es inaccesible incluso a la circunspección, en la medida en que esta siempre se dirige hacia entes, pero ya está abierto [lo resplandeciente] cada vez para la circunspección” (ST p.102) Esta luminosidad que hace posible el que algo aparezca y se muestre es “el claro”. El claro es lo abierto-libre que Heidegger ha gustado de expresar mediante metáforas (el claro del bosque: *Waldlichtung*). “Según esto –dice ahora– quizás un día el pensamiento no se asuste ante la pregunta de si la *Lichtung* –lo abierto libre– no sea precisamente aquello en lo que el espacio puro, y el tiempo extático, y todo lo presente y ausente en ellos, encuentren el lugar que reúne y acoge todo” (FF pp. 86-87)<sup>8</sup>. Heidegger termina estos últimos pensamientos con tres preguntas: “¿Es entonces el título de la tarea del pensar, en lugar de *Ser y tiempo*, “*Lichtung* y presencia”? Pero, ¿de dónde y cómo hay *Lichtung*?, ¿qué habla en el “hay”? La tarea del pensar –concluye– consistiría entonces en el abandono del pensar anterior, para determinar de nuevo lo que es la “cosa” del pensar” (p. 93).

## EL SILENCIO

Heidegger ha terminado su obra señalando de nuevo una “región”: la región del ser, fundamento, temporeidad, *ratio* (entendida como fundamento), nada, mundo, trascendencia, luminosidad, *Sache*, libertad, *Alétheia*, Ahí, Abismo, mismidad, temporaneidad, misterio, fenómeno, logos, com-posición (*Gestell*), pensar y “porque”. Todo eso: *lo mismo*. Esa región es la región de la *Lichtung*. Sin embargo, ¿no hemos caminado en círculo? ¿Se ha ganado algo en el camino?

Señalábamos que esta “apertura”, la misma, está ya puesta de relieve en *Ser y tiempo*. Consiste en que el Dasein está “abierto” en lo “abierto”. O, dicho con otras palabras, el Dasein está abierto al ser y a todo lo antes señalado: eso es ser-en-el-mundo (estar) y eso es la existencia y la facticidad. Eso “es” el ente Dasein. Está abierto a aquello que “no ‘es’”; a lo “no-ente”. En este sentido, la estructura del Dasein es “ente-no ente”. Es decir, el Dasein permite la diferencia ontológica (la diferencia entre ente y ser), o más bien, es tal diferencia, ella es parte de su ser Dasein. Al final, Heidegger vuelve a señalar una región, aquella del ser, aquella del tiempo, pero ahora después de un largo y fatigoso recorrido preparatorio. Mas, cuando esperábamos por fin el desarrollo de tal región, Heidegger no hace más que volver a nombrarla y dejarla como la tarea pendiente del pensar. Pero, ¿no es esto el fracaso de la empresa heideggeriana, la confesión de una impotencia, la evidencia de una imposibilidad? ¿Basta con decir, casi a modo de disculpa, que el ser no admite un discurso enunciativo? ¿Quién pensó que lo admitía?

Heidegger preguntó por el *sentido* del ser, y respondió: el sentido del ser se revela como temporeidad. O la temporeidad constituye el ser del Dasein. O la temporeidad se ha revelado como el sentido del ser del cuidado (ST p. 419). O la temporeidad constituye en forma extático-horizontal la luminosidad del Ahí (p. 423). Da lo mismo, porque tiempo y ser: lo mismo. Es cierto, Heidegger habló de ese “mismo” como una región “horquillada”, como una especie de simbiótica e intuitible copertenencia de lo diverso –tiempo, ser y pensar– en lo “uno”, pero esa pluralidad de lo mismo parece ser el inicio de la imposibilidad de pensar el ser. Por su parte, el escabullimiento sistemático del verbo ser inevitablemente conduce a respuestas de trans-fondo: un cada vez más primario e inalcanzable “algo-eso”, “algo ello”, en el que tal co-pertenencia tendría lugar.

La empresa parece relevantemente imposible. Cabe, por lo tanto, intentar seguirle el hilo a esa imposibilidad. A nuestro entender, esta parte con la pregunta. Si Heidegger hubiese preguntado directamente “qué es ser”, la respuesta habría carecido de toda ambigüedad: habría sido, “el ser *no es*”. Luego, no puede ser preguntado ni puede ser predicado, ni puede ser objeto de comportamiento, porque el lenguaje y el comportamiento (la praxis del cuidado) se avienen espontáneamente con el ente. Por lo mismo, nada mora en el lenguaje expreso que no sea el ente. Nada mora en el comportarse el Dasein que no sea ente. “*Lo mismo*”: nada. No se puede articular la nada. En la nada solo mora la nada. El lenguaje enmudece, queda fuera. El lenguaje es significado, red, referencia, sistema, diferencia. La nada lo

<sup>7</sup> *Ser y tiempo* (ST). Traducción de Jorge Eduardo Rivera. Editorial Universitaria, Santiago, 1997

<sup>8</sup> *El final de la Filosofía*. En: TS

nihiliza, como a todo ente, lo desestructura, lo aniquila, lo anonada, como gustaba decir Zubiri. El Dasein habla de lo que puede hablar, de su “mundo” “caído” y significativo, por lo demás el único que “es”. La nada no es, por lo mismo, ni fondo ni horizonte: simplemente nada. Y, nada y ser: lo mismo. Distinguirlos, hacerlos co-pertinentes o figuras semejantes, los transforma en entes, mete el plural, mata la “mismidad”: solo la región del ente admite diferencias, distinciones, articulaciones, lenguajes, comportamientos y multiplicidades. Entonces, ¿de qué estamos hablando? ¿De qué ha intentado hablar Heidegger? Pues de “lo mismo”. Lo diga como lo diga siempre estará diciendo *lo mismo*. Pero, ¿ha podido? ¿Se puede? ¿Cómo decir el ser que reúne todo?

El Dasein está, por una parte, comportándose respecto del ente, es decir, está en la praxis y en el cuidado, y, por otra, en la verdad-libertad, desocultando al ente. Sin embargo la singularidad, el ente total dejado-ser mediante la libertad penetra y precede a todo comportamiento. El comportamiento desvela al ente, pero no al ente “en total”, sino al ente particular. Para Heidegger “todo comportamiento abierto flota en el dejar-ser al ente, y se pone siempre en relación con este o aquel ente” [subrayo] (p. 122)<sup>9</sup>. Esto quiere decir que el ente en total no se deja captar nunca desde el ente que se manifiesta en cada caso, aunque el ente en total sea lo que “acuerda constantemente todo” (p. 123). “Justamente –concluye Heidegger– en tanto el dejar [ser el ente en total] deja ser al ente con el que [el hombre] está en relación en un comportamiento individual, y con ello lo desvela (*entbirgt*), se oculta el ente en su totalidad [subrayo]. El dejar ser es así, simultáneamente, ocultar. En la libertad ex-sistente del Dasein acaece la ocultación del ente en su totalidad...” (*Ibidem*)

Al comportarse el hombre respecto de un ente –o de un grupo de ellos– y desvelarlo, se le escapa el ente en total: le queda oculto. En *Ser y tiempo* parecía que lo que se ocultaba era el ser del ente del que *justamente* el Dasein se ocupaba. Para el pensador alemán el ocultamiento del ente en su totalidad, la auténtica no-verdad, es *más antigua* [subrayo] que cualquier revelación de este o cualquier ente. Es más antigua aún que el mismo dejar-ser que desvelando mantiene ya lo oculto y se relaciona con la ocultación” (*Ibidem*). Comportándose con este o aquel ente, el Dasein no “genera” el ocultamiento del ente en total, sino que desvelando al ente parcial tan solo *mantiene* el ocultamiento que

ya acaece como una no-verdad más antigua, previa, anterior o como quiera llamársele, a tal desvelamiento particular. El dejar-ser, el desvelar que el Dasein lleva a cabo comportándose, es decir, existiendo en el cuidado, lo resguarda de lo *oculto del ente en total*, *ocultando su estar previamente oculto*, ocultamiento previo que Heidegger llama “misterio” (*Geheimniss*). Y, el misterio como tal, gobierna “el Da-sein del hombre” (p. 124).

Dicho con otros términos, el Dasein como existente se debe a la libertad-verdad en la que flota dejando ser al ente mediante su comportarse, y al mismo tiempo, dejando escapar al ente en total y ocultando el misterio. “Afincarse en lo corriente es, en sí, el no dejar que impere la ocultación de lo oculto” (p. 125). El olvido del misterio se produce mediante lo que en *Ser y tiempo* Heidegger llamaba “la caída”, y que ahora, como muchos otros conceptos, es formulada de manera diferente. “Dejada así –sostiene– una humanidad completa su “mundo” a partir de sus necesidades y propósitos más recientes y lo llena con proyectos y planes. De estos toma el hombre su medida, olvidando el ente en su totalidad [olvida lo oculto]. Persiste en ellos [los propósitos] y se procura de continuo nuevas medidas, sin meditar en el fundamento mismo de este “tomar como medida”, ni en la esencia de lo que da la medida(...) Cuanto más exclusivamente se toma a sí mismo, en cuanto sujeto, como medida para todo ente, más equivoca la medida. Este olvido temerario de la humanidad perdura en la seguridad de sí mismo, por medio de lo corriente que es accesible en cada caso” (*Ibidem*) El Dasein ex-siste in-sistiendo en aferrarse al ente descubierto, es decir, “interpretándose” desde el ente “aislado” o “parcial”, olvidando así el misterio, y por lo tanto, viviendo en la impropiedad y la caída

## LA ANOMALÍA

¿La metafísica ha olvidado el ser –ser que ahora estamos señalando como “ente total”– o lo ha puesto en su lugar, el del fundamento? Preguntar por el ser, directo o de lado, es tratar al ser como ente, puesto que la pregunta articula un “asunto” y vulnera la inarticulabilidad de la singularidad del “todo”, de lo que estamos llamando ser. Pero además, preguntar es tomar distancia, y el ser, eso “mismo”, constitutivo de nosotros Dasein, no permite perspectiva alguna como para organizar tal interrogante. Está tan cerca que no está. Sin embargo la ontología es lejana, y lo es porque al parecer es ilusoria. ¿Cómo elevar el ser a un nivel teórico y explanarlo sin articulación de diferencias, es decir, sin lenguaje y sin discurso (*Rede*), y por lo tanto sin significación ni sentido? *Discurre el Dasein, no el ser ni el tiempo*.

<sup>9</sup> *De la esencia de la verdad* (EV) (Texto de 1943). En: *¿Qué es metafísica?* (QM). Ed. Fausto, Buenos Aires, 1992. Traducción de Xavier Zubiri.

Parece ser efectivo: siempre se da el ente, y el ser del ente está en su “es” y en su presencia. Parménides, permanente fuente de inspiración para Heidegger, fue más que enfático: para el pensador presocrático, *lo que es no tiene origen ni muere, es único, total, inmovible y completo*. No carece. No es indigente. Yace por sí mismo. Es todo junto. ¿De dónde ha crecido? –se pregunta. “No te permitiré decir ni pensar: ‘de lo que no es’, pues no es decible ni *pensable* [subrayo] que no es(...) De este modo, es necesario que sea del todo o que no sea”(PP, Fr.8, p.97)<sup>10</sup>. ¿De qué está hablando Parménides? Es evidente que está hablando del “ente total”. ¿No está allí acaso la singularidad, eso que hay que cuidar, el *Meleta to pan* de Periandro de Corinto? Lo está. El punto decisivo es que *no se puede hablar ni pensar en ello*. Solo es dable señalarlo. Heidegger intentó transformar esa señalización en discurso, en lenguaje, en teoría, en ontología, en pensamiento. Sin embargo, el silencio es la posibilidad de “todo” lenguaje y de todo “el” lenguaje, y por ello dice bien la totalidad y el misterio, a condición de mantenerse como una virtualidad. Hablar, decir y comportarse oculta el todo pues solo se puede hablar y decir del ente en particular. Por ello no se puede hablar del ser, y el *logos* de la fenomenología heideggeriana (el decir) se hace inservible en el intento de desarrollar una ontología.

Sin embargo el Dasein es “ente-no ente”, o usando las más tempranas expresiones de Heidegger, es óntico-ontológico. Está abierto a su ser, y si ser y nada: lo mismo, está abierto a la nada. Podrá objetarse que nada y ser no “son” exactamente lo mismo, pero, si así fuera, de nuevo el sector de lo no-ente *sería* articulable y vario, plural. Esto vale también para el tiempo, la trascendencia, el misterio, el mundo (mundaneidad), etcétera. No nos parece. Lo mismo es lo mismo, no importa con qué palabra lo señalemos. El Dasein está en la *Lichtung*, porque esta es al Ahí que es lo mismo. El Dasein, arrojado en la *Lichtung* llega (se extiende) hasta donde la nada, en una trascendencia quieta que no

parte de ninguna inmanencia. El Dasein está en ese allá que es la extensión de su existir hasta su límite. El Dasein siempre está al borde de la existencia, es decir, en el borde del dejar de existir.

Y, como hemos señalado, el misterio es el singular que llamamos ser y que se evidencia como una impensable la totalidad. Los entes son plural, muchos. Sin embargo, el ente que existe, es decir, el Dasein, hace presente una anomalía fundamental: aun siendo ente, es singular: es cada vez-mí. El Dasein es idéntico y mismo, único. Así, es *alguien* que articula, habla, y que se articula a los otros entes. Pero es único, es “mí-mismo” y peregrina por el mundo arrastrando esa singularidad y con ella un necesario punto de vista: el mío. La perspectiva se organiza desde mí, toda. El Dasein es singular, pero no es el ser porque el ser no-es. Como ya mostramos, Heidegger repetidamente se entrapa en la singularidad de ser y lo trata como Dasein, es decir, le atribuye acciones. El resultado es, a nuestro entender, un artificioso “alguien”: una especie de venerable “sujeto”. De allí a la aparición de mayúsculas para el Ser, el Se, el Ahí y otras, no hay más que un paso, el mismo que hay para la aparición del arcaísmo *Seyn*. Dado el paso, el asunto cambia: guste o no, se personifica a la nada. Naturalmente también, allí acaba la filosofía, al menos para Heidegger. Para otros empieza, en lo que bellamente Jaspers llamaba la “fe filosófica”.

Pero este acabamiento es majestuoso. La ontología ha entrado en el silencio. Es que partió del silencio al preguntar por el ser y pretender una respuesta. Pero al hacerlo apagó el silencio y perdió al ser. Parecía que la pregunta se difundía por la totalidad de lo ente buscando un destino más allá del ente: ¿alguien, algo? Pero ese alguien, en definitiva, es el mismo filósofo. Es posible que el Dasein, mire donde mire, siempre termine por encontrarse con él mismo, pues todo lo que halla no es sino parte de la condición ente-no ente que arrastra en su existir: “Me es indiferente dónde comience –dice Parménides–, pues allí volveré de nuevo” (PP Fr. B5).

<sup>10</sup> *El poema de Parménides* (PP). Ed. Universitaria, Santiago, 2000. (Traducción al castellano de Alfonso Gómez-Lobo).

## BALANCE

# LA MIRADA SISTÉMICA EN LA PSIQUIATRÍA INFANTIL Y EN LA ADOLESCENCIA

(Rev GPU 2018; 14; 2: 115-130)

Sergio Bernales<sup>1</sup>

**El presente artículo fundamenta la evidencia empírica de la terapia sistémica en la psiquiatría infantil, ya sea en los trastornos internalizados como externalizados específicos. Así mismo, indaga en estudios que correlacionan los trastornos infantiles con variables neurobiológicas provenientes de la pobreza económica y entornos psicosociales adversos. Se pregunta en qué funciona bien, cuáles son los modelos útiles, qué consideraciones procesales hay que evaluar y si es posible medir su efectividad en términos de reducción de costos.**

## ¿A QUIÉN TRATA EL TERAPEUTA SISTÉMICO: AL NIÑO, AL SISTEMA FAMILIAR?

Es más corriente hablar de psiquiatría biológica, psiquiatría infantil, neuropsiquiatría que psiquiatría sistémica infantil. La pregunta tiene sentido pues varía el objeto de su atención.

Un aspecto es el que nombra al infante en su necesidad de mejorar su salud mental y otro es el cuidado e importancia que los adultos a cargo tienen en su desarrollo sano, las que debieran complementarse y no ocurrir más veces de las convenientes para niños y niñas.

Un elemento que cruza transversalmente la aparición de síntomas es lo relativo a la *ansiedad*, ya sea

desde la biología como por situaciones de modos de crianza, de negligencia, de abuso o de maltrato en cualquiera de sus formas. Sin embargo, no hay demasiados estudios específicos sobre el impacto que el sistema familiar tiene sobre la etiología ansiosa de un niño o niña cuando estos desarrollan esos síntomas (Rapee 2011), y menos en las situaciones de vulneración de sus derechos más elementales.

En otro sentido, cabe preguntarse además por los cambios de mirada sobre la institución familiar a lo largo de los últimos 30 años y cómo estos han afectado la observación de las relaciones familiares.

Si se destaca solo uno, la CDN (Convención de Derechos del Niño) ha introducido una diferencia en la

<sup>1</sup> Dr. Sergio Bernales: Médico-Psiquiatra Universidad de Chile (1975), Magister en Filosofía Universidad de Chile (2006), Terapeuta Familiar y de Pareja, Miembro Fundador Instituto Chileno de Terapia Familiar (1983), Director de la revista *De Familias y Terapias* (1993-2018), Profesor adjunto Universidad Austral, Profesor de Magister Psicología Universidad Alberto Hurtado, Director del Departamento Psicosocial IChTF, Director del Diplomado de Pareja IChTF, Director del Diplomado de Psicosocial del IChTF.

manera como se concibe a la infancia y en la noción concreta sobre el niño y la niña. En Chile, en ausencia de una ley de infancia, los postulados de la CDN operan en la práctica fiscalizando cualquier vulneración de derechos debido a la alta incidencia de violencia, abuso y maltrato detectados en el país, donde un 62,2% de los niños/as manifiesta haber vivido situaciones de violencia psicológica en su vida y un 56,1% el último año; un 50,4% señala que ha vivido situaciones de violencia física leve durante su vida y un 43% durante el último año, mientras que un 28,2% indica que ha vivido situaciones de violencia física grave en su vida y un 22,1% el último año (UNICEF 2015). Desde la mirada sistémica o contextual relacional, la falta de una debida contextualización, que a veces entiende la entidad "niño, niña" como si viviera fuera de cualquier sistema afectivo primario, hace recaer en las instituciones del Estado la cautela de su protección, hecho que ha probado no dar una mejor garantía para ellos de acuerdo con estudios en la materia cuando se ha requerido trabajar mejor con los padres (Bernales 2013) o su internación (Informe Jeldres, CIPER 2013).

La vulneración de derechos hacia los/las niños/as obliga a una postura más compleja de la protección en términos de pertenencia, vínculo, respeto de su identidad y de su proceso de subjetivación.

Si se vuelve a los comienzos de la psiquiatría infantil, el recuerdo del estudio del niño salvaje de Itard, el niño neurótico de Freud o la niña con secuelas de encefalitis de Bradley (Leija 2014) nos indica un camino que incluye el tema de qué es lo adaptativo a lo humano, la influencia de la biología, las relaciones tempranas y las secuelas mentales de las interferencias del entorno si se vuelven patológicas en algún sentido.

En tiempos más recientes la importancia de autores señeros como Bateson y Minuchin por allá en la década de los años 1950, nos los muestra como fundadores del adjetivo sistémico. Se trataba de una búsqueda de lo que está pasando en el aquí y ahora con el entorno afectivo más importante del niño o niña, la familia. Su intención tenía relación con un diseño de intervenciones familiares con el fin de obtener mejoría en el grupo total, síntoma de una perturbación más sistémica que libra al pequeño de su condición de paciente índice. De lo que se trata es de reflexionar sobre el motivo por el cual un niño o niña debe ir a la consulta de un psiquiatra y ampliar la indagación a su entorno inmediato: la familia o grupo afectivo primario en el que está inserto.

Sin embargo, algunas veces es la patología orgánica la que predomina en la sintomatología y cabe, en este caso, la pregunta por el aporte de la intervención sistémica. La respuesta la encontramos en la lógica que

guía lo sistémico. El propósito es mejorar la calidad de vida de todos los miembros de la familia, como asimismo la disminución de las crisis del paciente sintomático debido a una mejoría en la experiencia emocional grupal que tiene que vérselas con diferentes modos de la discapacidad o con estados alterados en un cierto periodo de la vida del niño o niña.

Cualquiera que sea el síntoma que trae consigo una crisis, la ansiedad juega en ella un lugar predominante y deberemos examinarla. Si bien no es este el lugar de profundizar sobre sus diferentes formas y causas, el síntoma que padecen los niños desencadena en los padres o cuidadores una manifestación ansiosa. Otras veces es la propia ansiedad que traen los padres o los conflictos entre el padre y la madre o cualquier otra figura cuidadora la que debe ser examinada con mayor profundidad.

En 20 estudios sobre ansiedad efectuados en USA se encontró que las principales fueron: control excesivo, sobreprotección, creencia y expectativas negativas sobre los niños, déficit de calidez emocional y afectos positivos, rechazo o criticismo, situaciones de conflicto, características del ambiente familiar, estilo parental (Ginsburg 2002), y si bien en todos ellos el acento ha estado puesto en el diseño de tratamientos para cualquiera de esas características, parece importante destacar el hallazgo que produce una eventual ansiedad en el niño o niña por sobre la rigurosidad de su influencia empíricamente demostrada.

Así como después de la segunda guerra mundial se generó una idea de familia en USA que la declaró como una piedra angular para el desarrollo de un ciudadano democrático saludable (Weinstein 2013), hoy ese foco ha cambiado.

Ese momento histórico trajo consigo ideas de normalidad, salud, género, raza, clase y sexualidad con consecuencias evidentes: las de normalizar o patologizar a la familia.

Sus implicancias se tradujeron en estudios sobre deficiencias de grupos étnicos, políticas públicas sobre infancia, explicaciones de la delincuencia, consecuencias de los roles de género en parejas con sintomatología de uno de sus integrantes, etc., todo lo cual derivó en un creciente lugar de poder otorgado a psicólogos y psiquiatras, los que se orientaron a la evaluación de la vida familiar como fundamento de buena o mala salud mental. La idea de generar una institucionalidad normativa para el ciudadano democrático de una sociedad libre, en oposición a la mirada individualista, autónoma y de autodeterminación que proponía la psicología individual o pareciera haber estado detrás de esta propuesta.

El acento estuvo puesto en lo que pasa *entre* los miembros de la familia más que *dentro* de la psique individual de cada uno de ellos. Aquella fue una época en USA caracterizada por un ámbito pesimista que elevó la ansiedad y el miedo ciudadano a dos cosas: una nueva guerra, esta vez nuclear, y la aparición del peligro comunista como amenaza de la prosperidad individual<sup>2</sup>. También existió un ámbito optimista que mostraba cómo terapeutas expertos podían curar enfermedades tan graves como la esquizofrenia o trastornos conductuales disruptivos, los que al encontrar sus causas disminuirían de un modo importante las conductas delictivas de ciertos actores sociales.

Hoy, transcurrida una década y media de este siglo, las influencias sobre una mirada explicativa de lo que les ocurre a niños y niñas han cambiado.

La ascendencia o influjo que nos viene desde el país del norte y Europa se combina con los habituales estándares de pobreza que aún persisten en nuestro país y la incidencia del mundo de las Tics (tecnologías de la información y comunicación), y por el cambio que ha traído el tratado internacional que recoge los derechos de la infancia, primer instrumento jurídicamente vinculante que reconoce a los niños y niñas como agentes sociales y como titulares activos de sus propios derechos, que entra en vigencia desde 1990 y debe ser respetado por cada gobierno. Esta compleja trama coloca al niño y niña en una concepción diferente de la noción de infancia, la que siendo arbitraria, como siempre lo ha sido, reduce sus márgenes al situar al niño concreto como sujeto de derechos (Bernal 2014).

Hoy los relatos de los propios niños han ido siendo recogidos poco a poco y compiten con las representaciones sociales de la infancia y las instituciones que se han creado para su cuidado y educación (control). El que los niños empiecen de un modo acelerado a mostrar cambios de su propia imagen y poder es una muestra de lo que la CDN ha logrado y tensionado (Rojas 2001).

Cada familia ha ido tomando nota de lo que esto ha significado. Su importancia queda hoy resguardada, pero también vigilada conforme a lo que la legislación y las políticas públicas sobre ella van determinando. Ya desde el nacimiento, el niño busca ser protegido a

través de comportamientos de cuidado que el o la cuidadora debe brindar. Su no cumplimiento amenaza el buen apego y es por ello que se han diseñado modos de ejercitarlo ya desde el momento mismo del parto (Bowly 1989; Pinto 2007; Shore 2008).

Chile, como país miembro de la OCDE, se interesa en cómo hacer para cuidar mejor a los niños y a las familias. En un documento (OCDE 2011) expresa que la forma en que los niños sobrellevan los momentos críticos de su desarrollo en los primeros años tiene efectos acumulativos y perdurables. Se sugiere, por ejemplo, un cuidado maternal directo que sobrepase los seis meses. A medida que el niño crece y llega a la etapa preescolar, el cuidado directo incide en los aspectos cognitivos, pero se advierte acerca de la sobreprotección puesto que incide en la conducta de un modo negativo. Finalmente se recomienda la lactancia materna, la que se relaciona con un mayor C.I. de los niños de una manera moderada. Los indicadores de este informe señalan que los niños de familias pobres tienden a tener una peor salud, sobrepeso y obesidad; y los indicadores de satisfacción también lo son.

El propósito de este artículo es abordar ciertos aspectos de la psiquiatría infantil desde lo que ha descubierto la investigación sistémica. El énfasis estará puesto en las relaciones entre el cerebro y el entorno de pobreza, la eficacia de la terapia sistémica en desórdenes de la infancia y adolescencia, y el abordaje de algunos cuadros más frecuentes.

### Efectos de la pobreza en el desarrollo del cerebro infantil

Hay una abundante literatura acerca de la relación inversa entre salud y pobreza, sin embargo se sabe menos de los mecanismos que la sostienen. Algunos de ellos se expresan en variables con mediciones biológicas (Evans 2007; Luby 2013), otros lo hacen en variables psicosociales (NCFAS-R 2007-2009; Bernal 2013).

Servirá como ejemplo examinar la relación entre duración de la exposición a la pobreza desde el nacimiento y la exposición al riesgo acumulativo y al estrés fisiológico en 207 jóvenes de 13 años, de raza blanca, que viven en condiciones rurales en las cercanías de Nueva York (Evans 2007). El estrés crónico se midió a través de la presión arterial basal y niveles de cortisol durante la noche. La regulación del estrés se observó mediante la reactividad cardiovascular a una exposición de estrés aguda estándar y la exposición al riesgo acumulativo mediante distintas variables, como calidad de vivienda y problemas familiares. El resultado obtenido arrojó que mientras más años se pasa viviendo en condiciones de pobreza, más alto es el cortisol

<sup>2</sup> Se explicita esta mirada sociológica sobre lo que ocurrió en USA en esa época, y no en otros países, porque el inicio del modelo sistémico fue allí y solo después se extendió al resto del mundo, y si bien en Gran Bretaña su comienzo fue cercano en el tiempo, la influencia norteamericana ha sido más marcada globalmente en hacer interactuar lo psicológico con lo sociológico.

nocturno y más desregulada es la respuesta cardiovascular, si bien su recuperación no se vio afectada. El otro dato interesante fue que la pobreza temporal no afectó la fisiología de los niños.

Otro estudio (Luby 2013) informa sobre los efectos de la exposición a la pobreza en la masa cerebral durante la primera infancia: materia blanca, corteza, volúmenes de hipocampo y amígdala, los que en su medición fueron más pequeños en una etapa de adolescencia temprana. Esto fue concordante con otros estudios de neuroimagen en el hipocampo, que mostraron que la mediación de la prestación de cuidado y soporte/hostilidad fue importante.

Por un lado se observó que los acontecimientos estresantes de la vida fueron mediadores importantes, no así la educación de los cuidadores, algo que ha sido también bien establecido en animales. La muestra se extrajo de un total de 145 niños de 10 años que fueron reclutados de una más grande longitudinal de depresión preescolar (N = 305 al inicio del estudio). La muestra más grande fue recogida en la zona metropolitana de la ciudad de St. Louis a cargo de la educación escolar y preescolar que incluye una lista de control de selección de los niños sanos y una sobremuestra de preescolares con síntomas depresivos. Una limitación de la muestra fue que se hizo con escolares con síntomas de depresión, lo que impide generalizar los hallazgos. Los autores señalan la necesidad de nuevos estudios con este tipo de diseños y evaluaciones más detalladas de las correlaciones de la pobreza, tales como la nutrición, la psicopatología de los padres, y los factores genéticos, para aclarar aún más los mecanismos de riesgo.

Lo que me ha interesado mostrar con este par de ejemplos es que los factores estresantes que tienen un origen en padecimientos psicosociales ligados a la vulnerabilidad social obligan a un mayor debate sobre los elementos contextuales que inciden en una buena crianza, en donde los cuidados tempranos son decisivos para un buen desarrollo infantil, y enfatizar cómo los avances en diversos campos de investigación, tales como la neurociencia, la biología molecular, la genómica, la psicología del desarrollo, la epidemiología, la sociología y economía explican que las ciencias para el desarrollo humano tienen implicancias sustantivas para nuestra capacidad de mejorar las perspectivas de vida de los niños y para fortalecer el tejido social y económico de la sociedad.

Importa mostrar cómo las experiencias tempranas y las ambientales dejan en lo habitual una huella decisiva sobre las predisposiciones genéticas que afectan al cerebro emergente, su arquitectura y la salud a largo plazo. A lo anterior agregaré el concepto de estrés

tóxico<sup>3</sup> para designar los efectos corporales de los sistemas de respuestas al estrés y no a un evento estresante en sí. Se busca de esta manera categorizar la gravedad relativa de las respuestas a condiciones de estrés. Enfatiza la medición de acontecimientos estresantes con efectos adversos duraderos, cuál es el o cuáles son los factores que los determinan en términos biológicos (predisposición genética y relaciones de apoyo que ayudan a moderar el estrés) y su duración, intensidad, tiempo, y el contexto de la experiencia estresante.

¿Es preocupante el estrés tóxico? Lo es si el cuidado del niño o niña es inestable o simplemente no está, como ocurre en las situaciones de abandono, negligencia extrema o maltrato. Su incidencia se manifiesta en impactos sobre el aprendizaje, el comportamiento y la salud. Es por eso que muchos pediatras, psicólogos y psiquiatras usan pruebas empíricas para medir su daño e indicar formas nuevas para reducirlo (Shonkoff 2012).

Un aporte de medición psicosocial a lo señalado antes se encuentra en múltiples programas psicosociales que se despliegan con variado éxito en nuestro país (Valencia y Gómez 2010) mediante el uso de algunas escalas de medición (NCFAS<sup>4</sup>) para evaluar de un modo ecosistémico el funcionamiento familiar. Este método ha sido replicado en nuestro país como una ayuda para la prevención del maltrato y negligencia infantil.

En ella se establecen ciertos dominios considerados relevantes en el funcionamiento familiar:

- a) *Entorno*, que incluye estabilidad de la vivienda; seguridad en la comunidad; habitabilidad de la vivienda; ingreso/empleo; manejo financiero; comida y nutrición; higiene personal; transporte; entorno de aprendizaje.
- b) *Competencias Parentales*, que consideran la supervisión de los niños; prácticas disciplinarias; entrega de oportunidades de desarrollo y crecimiento; salud mental del progenitor o cuidador; salud física del progenitor o cuidador; uso de drogas/alcohol del progenitor o cuidador.
- c) *Interacciones familiares*, que se enfocan en tipo de apego con los niños; expectativas que se tienen sobre los niños; apoyo mutuo dentro de la familia; relación entre los progenitores/cuidadores.

<sup>3</sup> Tomado de una clasificación del Centro para el Desarrollo Infantil de la Universidad de Harvard que lo diferencia del estrés positivo y tolerable.

<sup>4</sup> La NCFAS es la Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte, que se basa en la teoría ecológica del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1986, 1987).

- d) *Seguridad familiar*, que mide abuso físico en los niños; abuso sexual; abuso emocional en los niños; negligencia con el niño/a; violencia doméstica entre los progenitores/cuidadores.
- e) *Bienestar del niño o niña* que se fija en el desempeño escolar; la relación con el progenitor o cuidador; la relación con hermanos/as; la relación con pares; la cooperación y motivación a permanecer en la familia.

La forma de medir es sencilla pues establece una escala dividida en seis ítems que va de problemas serios a fortalezas claras.

Me parece que su uso o alguna otra medición metodológicamente validada servirá en la dirección propuesta.

### La intervención sistémica en los trastornos de infancia y adolescencia

La terapia sistémica ha desplegado un lugar relevante y aceptado en el campo de la infancia y adolescencia. Hoy es desafiada a demostrar su eficacia.

La terapia familiar desarrolló sus distintos modelos al tratar problemas graves con niños y adolescentes debido a que otros tipos de tratamiento habían fracasado. Tal fue el caso de las psicosis, del abuso de drogas o de la delincuencia a inicio de los años 1980. La idea fue hacer participar a toda la familia en el problema del paciente índice. La terapia sistémica para llegar a este desafío se había nutrido de diferentes escuelas, tales como las teorías de apego, la terapia cognitivo conductual, la terapia Ericksoniana, las terapias humanistas; en fin, de aquellas en las que su foco de atención es la interacción, la expresión emocional y el fomento de cambios conductuales.

No he hallado una revisión sistemática de investigaciones sobre eso en nuestro país y países latinoamericanos. Para citar algunos que concuerdan con el trabajo nuestro, menciono un par. Uno es sobre la valoración de las emociones positivas en el contexto de pobreza pues “favorecen una apreciación más saludable de las dificultades y un afrontamiento más funcional de las mismas, incrementan aspectos cognitivos involucrados en la prevención de fracaso académico y fomentan actitudes más tolerantes y persistentes ante las frustraciones” (Oros 2009). El otro aprecia los sistemas informales que se dan a nivel local cuando concluye que “la sociedad civil tiene un rol importante en apoyo al desarrollo infantil. Es un componente de las redes integrales que son necesarias para apoyar y sostener los programas no escolarizados de educación

inicial en comunidades específicas, y que son además una parte integral de los esfuerzos combinados de las instituciones locales, regionales y nacionales” (Young, Fujimoto-Gómez 2003), algo que es compatible con las políticas públicas estatales, pero que no dependen de ellas. El resto del material revisado corresponde a tesis en curso o libros generales.

Por otro lado, los terceros que pagan (sistemas de seguro, Isapres en nuestro país) empezaron a obligar a los psicoterapeutas a demostrar su competencia en las mejorías de los pacientes, llevándolos a la necesidad de efectuar investigaciones para mostrar su éxito. Se requirió mostrar resultados, que en el caso de la terapia sistémica se encontró una dificultad agregada en la selección de un enfoque metodológico apropiado que diera cuenta de una evaluación consistente.

Para discutir sobre la eficacia de la terapia sistémica en niños y adolescentes he recurrido a dos estudios randomizados cuyos criterios de inclusión fueron que los pacientes fueran diagnosticados usando el DSM-IV o el ICD-10 en estudios publicados hasta el 2011 en inglés, alemán, coreano, chino mandarín y español. Para validar el trabajo se recurrió a la German Approval Board of Psychotherapy (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie) (WBP) y a la German Central Regulatory Board of Health Care Providers, organismos reconocidos por su calidad en el proceder científico (Retzlaff 2013).

Como de lo que se trata es de medir si la terapia sistémica es útil, los autores la definieron por 4 características:

1. Cualquier forma de psicoterapia que percibe el comportamiento humano ligado al contexto social donde viven los pacientes en lo concerniente a los trastornos y sus síntomas.
2. Que esté enfocada en las interacciones interpersonales y expectativas de los consultantes, en la construcción social de la realidad y en la causalidad recursiva entre los síntomas y las interacciones.
3. Que incluya miembros de la familia y otras personas importantes (por ejemplo: profesores, amigos, profesionales de ayuda) de manera directa o indirecta a través de preguntas. Supone la existencia de hipótesis para realizar con ello intervenciones específicas.
4. Que valore y utilice las perspectivas de los pacientes sobre sus problemas, valore sus recursos y soluciones preferidas.

De la observación de estas características se infiere que se está hablando más de terapia sistémica que de

terapia familiar. Se trata de una mirada que incluye tendencias que se dan más en Europa que en USA.

En nuestro trabajo desde el Instituto Chileno de Terapia Familiar hemos hecho también esa distinción cuando debemos trabajar con instituciones o programas psicosociales, pues lo contextual-relacional incide y determina a veces, tanto como la familia, el pronóstico en salud mental de muchos de nuestros consultantes.

Al tratarse de una revisión y de un estudio de meta-análisis, los 4 criterios antes mencionados fueron aplicados para cualquier sujeto, familia, grupo, grupo multifamiliar que haya puesto en práctica la intervención terapéutica en referencia a autores reconocidos como propulsores de modelos en terapia sistémica, tales como Anderson en Noruega, Nagy, De Shazer, Haley, Satir, Watzlawick en USA, Stierlin en Alemania; Selvini en Italia, Minuchin en USA y Latinoamérica, y White en Australia, y que a su vez representaran nociones importantes en la terapia sistémica en modelos tales como el estructural, estratégico, triádico, Milán, funcional, centrado en los problemas, centrado en los recursos, narrativo, de recursos y el modelo de McMaster. Se incluyeron además los modelos sistémicos integrativos, pero se excluyeron los conductuales, los cognitivo-conductuales, los psicodinámicos y las intervenciones psicoeducativas, aun en los casos en que el encuadre hubiese sido llevado a cabo en un entorno familiar.

En el primer estudio se muestran resultados de pacientes con trastornos internalizados, los que fueron analizados conforme a sus ejemplos, a la metodología empleada en la investigación, a las intervenciones aplicadas, a los resultados obtenidos al final del tratamiento y a los seguimientos.

Los hallazgos de este estudio consideraron 38 terapias sistémicas, de las que fueron seleccionadas 33 por ser eficaces para el tratamiento de pacientes que incluían trastornos del ánimo, trastornos alimentarios y factores psicológicos de enfermedades somáticas.

Hubo además alguna evidencia de haberlo sido también en trastornos mixtos, trastorno de Asperger y en casos de negligencia infantil.

Los resultados se mantuvieron estables por períodos superiores a los 5 años (Retzlaff 2013).

Los aspectos sobresalientes clínicos que se incluyeron fueron la tendencia suicida, el abuso infantil y la negligencia. En el periodo de la investigación ni la tendencia suicida ni el abuso sexual estaban clasificados como desorden en el DSM al momento de su ejecución.

Los resultados se clasificaron en Desórdenes Mixtos (4 estudios, 3 exitosos), Trastornos del Ánimo y tendencia suicida (6 estudios, 5 exitosos), Desórdenes Ansiosos (2 estudios, 1 exitoso), Trastornos del comer

(12 estudios, 11 exitosos), Factores psicosociales en enfermedades somáticas (11 estudios, 10 exitosos), Trastornos Profundos del Desarrollo (1 estudio, exitoso), Negligencia Infantil (2 estudios, exitosos). De un total de 38 estudios, 33 de ellos fueron exitosos. No nos detendremos en las particularidades de cada estudio, los que se pueden encontrar en el artículo original (Retzlaff 2013).

La pregunta es cuán exitosa puede ser la terapia sistémica en pacientes con trastornos internalizados en comparación con los grupos de control que tuvieron terapias individuales cognitivo-conductuales, de grupo, terapias familiares conductuales, psicodinámicas, psicoeducativas o simplemente internación con medicamentos.

De acuerdo con este estudio, la terapia sistémica fue claramente eficaz como tratamiento en los trastornos afectivos, en los del comer y en los factores psicosociales relacionados con enfermedades somáticas. En el resto de los estudios habría que tener una muestra más grande para sacar conclusiones.

El otro estudio (Sydow 2013), similar al anterior, es de trastornos externalizados<sup>5</sup> en niños, niñas y adolescentes. La metodología empleada fue la misma.

Esta vez el estudio identificó cuarenta y siete investigaciones de Estados Unidos, Europa y China publicadas en inglés, alemán y mandarín.

Cuarenta y dos de ellas demostraron que la terapia sistémica es eficaz para el tratamiento de los trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAc/H), para los trastornos de conducta y para los trastornos de abuso de sustancias.

Los resultados se mantuvieron estables en períodos de seguimiento de hasta catorce años, por lo que concluyó que existe una base firme de pruebas en relación con la eficacia de la terapia sistémica para los niños y los adolescentes (y sus familias) diagnosticados con trastornos externalizados.

Los criterios usados en este estudio fueron los mismos del estudio anterior y se usaron como bases reconocidas las siguientes: (ISI Web of Science, PsycINFO, PSYINDEX, MEDLINE, PsiTri, and CAJ-China Academic Journals Full-text Database).

Los resultados son presentados por tipos de trastorno. Usaremos la sigla en inglés para caracterizar el primero, el de Déficit Atencional (Attention deficit hyperactivity disorder - ADHD), el segundo es el de los Trastornos Conductuales, y el tercero es el del Abuso de Drogas.

<sup>5</sup> También llamados disruptivos, disociales, conductuales.

El tipo de tratamiento que se estudió se desglosa en BSFT para designar las terapias estructurales y la terapia breve estratégica, FFT para designar la terapia familiar funcional, MDFT para designar la terapia familiar multidimensional, MST para designar la terapia multisistémica.

Estos tres niveles de intervención corresponden a tres modelos ampliamente usados en la terapia sistémica:

- a. El primero de ellos (BSFT) engloba dos modelos clínicos clásicos: el propuesto por Minuchin, que considera el aspecto estructural de la familia con los subsistemas parental, fraternal y filial, la importancia de tener un buen alineamiento entre los padres y un enfoque que considera mirar el problema, las interacciones que lo mantienen, la exploración del pasado y la búsqueda de formas alternativas de relacionarse; y el propuesto por Haley, llamado estratégico, que desemboca en dos, el de centrarse en los problemas y el de mirar las soluciones a través de recursos del sistema. Lo hace a través de observar secuencias de acción que establecen patrones de conducta sobre los cuales se interviene.

Algunas consideraciones sobre una de sus variantes: la *terapia estratégica breve*. Es un modelo que considera a la conducta-problema en un contexto, es decir, mantenida por acciones y retroacciones entre las personas de un sistema; la persona perturbada por esa situación es la que propone la situación problema; para lograr un cambio se necesita algo más que la motivación de la persona que padece la perturbación; se necesita de una cierta capacidad de influencia externa sobre la perturbación; para desarrollar un proceso que modifique la conducta problema es necesario que ese problema sea visto como teniendo una solución, para lo cual hay que plantear una meta alcanzable en un cierto plazo con la orientación y estímulo suficientes de un experto, por lo que es necesario establecer una congruencia entre el sistema consultante y el paciente.

Tres momentos son entonces los importantes: la construcción conjunta del problema, de la meta a alcanzar, y de la adquisición de nuevas soluciones para su conducta (Hirsch 2009).

- b. El segundo (FFT) se usa para las familias con jóvenes en riesgo; se efectúa en el lugar que es mejor para la familia y es de corta duración (3-4 meses). Se aplica en conflictos familiares donde se pierda el control, y en problemas de comportamiento de la juventud o conductas delictuales,

como asimismo en familias que se desbordan en sus expresiones emocionales y de comportamiento; también en situaciones familiares en que el adulto responsable se ve sobrepasado y con familias multiasistidas por los servicios sociales.

El modelo consta de 5 partes: una de pretratamiento donde se construye la demanda; una para establecer una relación que considera un escuchar atento, respeto a buscar coincidencias con las necesidades de la familia; una fase de motivación que ayuda a los miembros de la familia a ganar esperanza y ver sus problemas como algo que afecta a todos; una fase que se centra en el cambio de comportamiento y nuevas habilidades para enfrentar los problemas donde eventualmente se pueden establecer contratos de compromiso; y una en la que el mantenimiento permite generalizar conocimientos diferentes frente a situaciones nuevas, etapa que incluye prevención de recaídas y la identificación de servicios en curso o la asistencia necesaria para ayudar a la familia a ser independiente.

- c. El tercero (MST), llamado terapia multisistémica, considera los factores de riesgo y construye factores protectores, elimina las barreras para acceder al servicio, utiliza intervenciones basadas en la evidencia, considera a los cuidadores como claves en los resultados a largo plazo, asume la responsabilidad de comprometer a las familias para lograr resultados clínicos y asegura un tratamiento de alta calidad.

El propósito principal de la evaluación es entender el "calce" entre los problemas identificados y su contexto sistémico más amplio.

Los terapeutas deben enfatizar lo positivo y usar las fortalezas sistémicas como palancas de cambio.

Las intervenciones deben ser diseñadas para promover las conductas responsables y disminuir las irresponsables. Deben ser enfocadas en el presente y orientadas a la acción, dirigidas a problemas específicos y bien definidos. Deben ir dirigidas a secuencias de conductas dentro y entre los múltiples sistemas que mantienen los problemas identificados. Deben ser adecuadas a la etapa del desarrollo del niño y calzar con sus necesidades evolutivas. Deben ser diseñadas para requerir esfuerzos diarios o semanales de los miembros de la familia.

La eficacia de estas intervenciones es evaluada continuamente desde múltiples perspectivas, asumiendo la responsabilidad de las barreras que dificultan el resultado positivo.

Las intervenciones tienen que ser diseñadas para promover la generalización del tratamiento y la mantención del resultado a largo plazo empoderando a los cuidadores para que puedan satisfacer las necesidades de los miembros de la familia a través de múltiples contextos sistémicos.

Se identificaron 47 estudios randomizados sobre la eficacia de la terapia sistémica para los trastornos de externalización de niños y adolescentes. Tres ensayos se centraron en el TDAH, 20 sobre trastornos de la conducta y delincuencia juvenil, y 24 en abuso de sustancias.

Los autores están conscientes que la investigación se centra en la actualidad más en los factores comunes, en las características del paciente y del terapeuta y los de la relación terapéutica, sin embargo razones de práctica de regulaciones de salud que implican validaciones con reconocimiento científico de "escuelas de terapia", tal como existe en Europa, y la necesidad de demostrar eficacia en las terapias sistémicas, aparecen como dos temas que requieren de más investigación.

Los resultados más llamativos fueron:

1. No se encuentran efectos adversos de la terapia sistémica.
2. Las tasas de participación y adherencia de la terapia sistémica (familia) son superiores a otros métodos de terapia para la externalización de los trastornos (Hamilton 2010; Ozechowski y Liddle 2000).
3. La terapia sistémica (familiar) es un enfoque de tratamiento eficaz para la externalización y la delincuencia juvenil: En 42 de los 47 estudios la terapia sistémica fue significativamente más eficaz que los grupos de control sin una intervención psicosocial, y la terapia sistémica fue igual o más eficaz que otras intervenciones que también tenían evidencias comprobadas (por ejemplo, la terapia individual y la terapia de grupo cognitivo-conductual y la psicoeducación familiar).
4. La terapia sistémica es eficaz en múltiples dominios de funcionamiento (en reducir primaria y secundariamente los síntomas mentales, mejoría de la familia, en problemas con el sistema de justicia y en el rendimiento escolar).
5. Los efectos positivos de la terapia sistémica son de larga duración, más allá de 6-12 meses después de terminado el tratamiento. Se han hecho mediciones con un seguimiento más prolongado en las que con intervalos de hasta 23 años después del tratamiento siguió siendo efectiva (Sawyer y Borduin 2011).
6. Algunos de los últimos estudios europeos tienen resultados menos positivos que los estudios estadounidenses más antiguos.
7. Las tasas de compromiso y la permanencia de los pacientes pertenecientes a grupos minoritarios son más bajas que las de los grupos insertos en el sistema de cultura dominante (Robbins 2011).
8. Los programas de tratamiento se adaptan más a las necesidades de los niños y los hombres, los que son la mayoría de los pacientes con trastornos de externalización, y son más eficaces para los pacientes índice masculinos (Baldwin 2012).
9. Los resultados sobre la rentabilidad de la terapia sistémica son prometedores, pero en cierta medida no son concluyentes en este punto (Crane y Christenson, 2012).

A lo largo de los años se ha mantenido la evidencia empírica para la terapia sistémica con niños y niñas adolescentes: se ha pasado de 45 estudios el 2004 a 47 estudios el 2011 (Sydow 2006; Retzaleff 2013), y ha aumentado también su calidad (Sydow 2010).

Resulta un aporte especial que estos estudios en familias con múltiples problemas se hayan realizado con poblaciones clínicas del "mundo real", pues las investigaciones se realizaron en ese contexto (Sexton y Turner 2010).

Es algo que concuerda con una apreciación de nuestro trabajo en Santiago cuando la intervención psicosocial es sacada del marco del consultorio y se realiza en los lugares en que las personas habitan, pues muchas de ellas no pueden acercarse a los lugares de consulta en los horarios que se disponen para ello debido a sus trabajos, por lo que sería interesante investigar en este contexto.

Este desafío supone costos que a veces son complicados de implementar, otro rasgo coincidente con los estudios señalados (Crane y Christenson 2012).

Otra característica similar a nuestra experiencia en Chile es la necesidad de incluir la participación de no parientes como monitores de programas de asistencia, profesores, pediatras, miembros de equipos de salud y expertos en cuestiones étnicas y culturales, los que, además de vincularse de un modo positivo con el sistema judicial, cobran especial importancia en aquellos casos de consultantes con problemas más graves (Henderson 2010).

### Otros trastornos específicos: Los trastornos alimentarios

Se sabe que la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN), los trastornos por atracones (BED) y otra

serie no especificada de trastornos alimentarios es una alteración que afecta la salud mental de muchas personas en el mundo (1,2 % de AN, 2% de BN y 5.5% de BED en USA) (Hudson 2007). Es una patología que afecta a miles de personas y familias que tienen que luchar con esos hábitos y con la preocupación por su imagen corporal y el peso. Se trata de una condición con consecuencias a nivel de los conflictos internos de los pacientes y sociales con los miembros de la familia o con amigos, colegas y gente cercana, más allá de las calidades de apoyo que estos les brinden.

En sus comienzos, los estudios culpaban a las familias por su aparición, pero su evidencia empírica no prosperó, aunque la dinámica familiar sí puede jugar un rol en la mantención de los síntomas.

Poner el foco en la etiología no ha ayudado mucho a los clínicos y sí ha sido eficaz comprometer a los padres como parte de la solución del problema. Incluir a la familia es especialmente importante cuando se trata de adolescentes. Así lo ha señalado en Inglaterra la National and Clinical Excellence para la AN (2004).

Lo que le interesa al estudio que se está exponiendo es la manera cómo se incluye a la familia, pues es de observación corriente que ciertos patrones de conducta familiar empiezan a girar alrededor de la comida y suelen hacerse presentes en las conversaciones, discusiones y actividades sociales cuando hay un miembro con este trastorno, al punto de muchas veces restringir estas últimas, llegando a influir en un cambio en la organización que la familia se da desde que el trastorno hace su aparición (Eisler 2005).

Con el objeto de situar el tema apelaremos a un capítulo exploratorio sobre este tipo de desórdenes (Rausch 2013)<sup>6</sup>.

Cito a su autora: "A pesar de las limitaciones de las pruebas disponibles, existe un acuerdo general de que la intervención familiar es la mejor alternativa, siempre que sea posible, cuando hay adolescentes que padezcan de anorexia nerviosa".

Con estos elementos nos introduciremos en los tratamientos que incluyen a la familia en la AN y que han aportado evidencias empíricas.

En un comienzo fue importante lo hecho por diversos autores que han sido pioneros de la terapia familiar: Bateson, Jackson, Haley, y Weakland en 1956; Minuchin, Rosman, y Baker en 1978.

De ahí en adelante se ha desarrollado una línea de investigación que ha apuntado a constatar si las observaciones de Minuchin sobre las características de las

familias que tenían un miembro con Anorexia Nerviosa (AN), tales como excesivo aglutinamiento, sobreprotección, evitación de los conflictos, rigidez y tendencia a establecer triángulos relacionales que atrapan al paciente identificado en conflictos de la pareja de sus padres, que eran exclusivas para solo este tipo de familias.

Las evidencias posteriores mostraron que esas singularidades lo eran para cualquier familia que tuviera un niño, niña o adolescente con cualquier enfermedad crónica (Wood 1989).

En cierto sentido, al confundirse etiología con factores de mantención los aportes iniciales se volvieron borrosos y se los malinterpretó, en especial en lo relativo a culpabilizar a los padres, pues la intención de estos clínicos visionarios fue más bien movilizar una estructura familiar rígida con el objeto de impedir la mantención en el tiempo de la AN, es decir, lo que se pretendía era "normalizar" la dinámica familiar (Cook-Darzens 2008).

En la década de los años 1980, la investigación avanzó y este tipo de intervenciones produjo una serie de investigaciones en Londres, específicamente en el Maudsley Hospital, que demostraron que las familias con un miembro con trastornos alimentarios constituían un grupo heterogéneo, no solo en lo concerniente a sus patrones de interacción sino también al clima emocional que reinaba en su interior (Cook-Darzen 2005).

Saber cómo la teoría informa a la práctica fue parte de una necesidad de conceptualizar lo que se veía en la clínica.

Su utilidad se aprecia en el aquí y ahora de la escena que la familia despliega ante la mirada del terapeuta sin tener que recurrir a las explicaciones históricas, sino más bien a la manera como se establecen patrones de conductas que mantienen el problema, ya sea de un modo activo a través de los comportamientos de los integrantes de la familia, ya sea debido a declaraciones de incompetencia derivados de una falta de recursos provenientes del contexto en que se han desarrollado.

No subyace en este enfoque la idea de que el *insight* promoverá el cambio sino la conducta.

El foco de la intervención está entonces puesto en las interacciones que perpetúan el problema. La manera de hacerlo es traer a escena lo que ocurre en el hogar, de modo que el terapeuta pueda intervenir directamente y producir una interacción diferente que incida en el resultado sobre la manera de relacionarse.

Esta forma activa de involucramiento de parte del terapeuta llevó a idear la llamada *lunch session*, una sesión en que la familia almuerza durante la sesión de terapia.

<sup>6</sup> Eating Disorders in Childhood and Adolescence, 4ª edición.

La familia en su totalidad se vuelve el foco del tratamiento no porque los padres sean los causantes de la patología sino porque se vuelven parte de ella.

Importa más cómo se han reorganizado alrededor del trastorno, que las características singulares de su organización como familia.

La intervención se centra en promover un tipo de unión parental que sea funcional a su capacidad en lograr que la paciente coma.

Con el tiempo se ha puesto un acento en aliviar la culpa de los padres, de aliviar que se culpen entre ellos y focalizarlos en ser eficaces en lograr la meta de hacerse cargo de una alimentación exitosa a través de fomentar sus fortalezas y recursos.

Una contribución reciente que ayuda en esta tarea ha venido de lo que se ha llamado la *externalización del problema* (White 1989). Consiste en hacer una distinción entre la patología y la identidad de la paciente con el propósito de facilitar la creación de un frente común que desafíe el trastorno en que la familia es su víctima (no sus culpables), para así ayudar a la paciente a liberarse de su enfermedad.

A veces esto se complementa con *psicoeducación*, técnica consistente en dar información a la paciente y su familia sobre los efectos de la inanición, un conocimiento actualizado sobre el trastorno que enfatiza sus aspectos multidimensionales y su escurridiza causa, con el objetivo de neutralizar a los que están en contra de este tipo de intervenciones y disminuir la actitud de autoculparse (Lask 2000).

Como en todo trastorno, importa plantearse las principales metas terapéuticas, las que se pueden resumir en:

- a. Alivio de la ansiedad y contención. Dado que el proceso de terapia tiene que vérselas con el miedo, la frustración y la ansiedad, por un lado, y la necesidad de generar una cierta tensión que movilice el cambio, por el otro, establecer un equilibrio entre ambas no es sencillo. Se requiere de experiencia para contener a padres sobrepasados y frustrados con la sintomatología del paciente y alentarlos a ser más competentes con el síntoma de la hija o hijo.
- b. Familiarizarse con el trastorno. Implica conocer del trastorno por parte de los padres y del paciente índice, las características de estar a veces fuera de control y la necesidad de que los padres se involucren en el tratamiento. El éxito de su manejo es de suma importancia.
- c. Empoderar a los padres. Supone manejar todas las contingencias diarias relacionadas con este

trastorno, tales como la dieta, la purga, la hiperactividad, el conflicto a las horas de comer y de la comida, requiere desafiar las acciones incompetentes y ayudar a los padres a no serlo. El procedimiento tiene técnicas específicas que se señalarán más adelante a través del relato de las otras investigaciones analizadas.

- d. Habilidades en el manejo del conflicto. Requiere desarrollar técnicas de manejo de situaciones difíciles para anticipar un mejor manejo del síntoma y diseñar recursos específicos a la hora de prevenir las recaídas.
- e. Abordar otras cuestiones problemáticas. Una vez manejada la situación del síntoma del trastorno alimentario se hacen visibles temas de independencia y autonomía junto a otras dificultades interaccionales, sistemas de creencias y expectativas de los roles que cada miembro de la familia seguirá ejerciendo.

Como se señala antes, diferentes técnicas han sido usadas para procurarse estos propósitos de mejoría. Una de ellas ha sido el tipo de enfoque de terapia familiar (estructural, narrativo, feminista) y combinaciones de cualquiera de ellos con terapia individual; otra ha sido el asesoramiento de los padres con el objeto de mejorar la cohesión, consistencia, comunicación y manejo de conflictos entre ellos; también se ha usado la modalidad de tratar a multifamilias en un intensivo inicial y monitoreo posterior; finalmente, la psicoeducación ya señalada antes es otro complemento del tratamiento.

A continuación nos referiremos a un estudio que hace una revisión de todas las investigaciones publicadas en los últimos 25 años para evaluar la intervención familiar como un componente central del tratamiento de los trastornos alimentarios. El acento está puesto en la comprensión de esos trabajos, hechos inicialmente para medir eficacia (Downs y Blow 2013).

La idea es resumir esos hallazgos, discutir el desafío metodológico y sugerir nuevos pasos para la investigación y la práctica clínica<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> En su revisión se consultaron artículos incluidos en el International Journal of Eating Disorders and Eating Disorders: la revista de Treatment and Prevention, el Journal of Marital and Family Therapy, Family Process, el Journal of Family Therapy y el Journal of Family Psychology. Además se buscó en las siguientes bases de datos especializadas: PSYCINFO, PSYCH ARTICLES y en el National Institute of Health and Clinical Excellence (NHS Evidence) para artículos específicos.

Una vez hecha la búsqueda, este estudio profundiza en ciertos hallazgos que considera significativos en los modelos más exitosos en el tratamiento.

El primero de ellos es el señalado antes, el que se practica en el Maudsley Hospital de Londres.

Se trata de un modelo que ha sufrido algunas modificaciones, en especial por los aportes que han hecho sus profesionales a lo largo del tiempo en lo que se ha llamado la terapia basada en la familia (FBT).

En sus inicios su fuente inicial fue el propio Salvador Minuchin y su escuela de Philadelphia, la Child Guidance Clinic, todo un referente para los que practican la terapia familiar. Después lo fue la Escuela de Milan con Mara Selvini, otra musa inspiradora en el campo de la sistémica.

Fue un tiempo en que el foco estuvo puesto en la dinámica familiar, en especial en lo enmarañado de la cercanía entre sus miembros y sus borrosos límites intergeneracionales al servicio de evitar los conflictos (Lock 2001).

A ellos se agregó el modelo narrativo de White y Epston (Rhodes 2005).

En ese comienzo, tres fueron las tareas principales del tratamiento.

La primera tiene su foco en propiciar y mantener a la familia cooperando a través de incrementar la información sobre la gravedad de sus síntomas para hacer ver la necesidad de tratar la enfermedad mediante una descripción de sus peligros e impedir que se culparan unos a otros.

La segunda evalúa la organización de la familia y las dinámicas relacionales mediante el conocimiento de las alianzas dentro de ella, las técnicas de control usadas y la manera cómo las funciones giran alrededor del trastorno.

La tercera establece intervenciones para generar un cambio.

El tratamiento se despliega en tres fases que se entrelazan:

En la primera fase se trabaja una sesión con los padres. El objetivo es incrementar su poder en el control del peso de las pacientes con AN, y controlar los vómitos de las BN.

En la segunda sesión de esta fase la familia trae a sesión una comida típica de la casa y mientras comen juntos se alienta a los padres a ayudar al hijo o hija a comer. En esta fase a los terapeutas les interesa observar además el modo en que el trastorno interviene al sistema familiar, alentando a los padres a llevar a cabo la tarea en conjunto. Se trata de una fase instrumental que busca que la familia asista y se motive en ir a terapia y, al mismo tiempo, explorar las barreras y desacuerdos que limitan los recursos entre ellos.

La segunda fase se propone ayudar al adolescente a empezar a comer por su cuenta mientras se mantiene a los padres a cargo de la comida y se explora la capacidad de este de hacerse independiente en comer bien y mantener un peso adecuado.

Es una fase que explora las habilidades del adolescente en los temas de su desarrollo y su conexión con el trastorno.

La fase final empieza cuando el peso se ha recuperado y la alimentación transcurre con normalidad. Es el momento de abordar otros temas que les preocupen.

Desde entonces este enfoque ha sufrido diversas modificaciones menores y ha sido evaluado en una medición de su eficacia tanto en adolescentes como en adultos (Russell 1987). Se le hizo un seguimiento 5 años después (Eisler 1997).

Lo que se observó fue una mejoría en pacientes menores de 19 años.

A lo largo del tiempo ha habido otros estudios que han comparado este modelo con otros más psicoanalíticos, de contención grupal y terapia individual. En todos ellos esta modalidad probó tener mejores resultados (Le Grange 2007; Lock 2010) con muestras de entre 80 y 120 pacientes con seguimiento de seis meses, que por su tamaño y tiempo de seguimiento no permite extraer conclusiones tajantes.

Un dato interesante lo da un estudio que evalúa a 40 participantes con AN, que tenían el trastorno desde hacía un año y una edad promedio cercana a los 16 años, con dos modelos, uno de terapia familiar y otro de terapia individual (Eisler 2000).

Lo que se observó fue que la terapia familiar incidió más en la mejoría del estado mental, aspectos de ajuste psicosexual, mejoría del ánimo y disminución de componentes obsesivos a través de protocolos que lo midieron, mientras que el tratamiento individual fue más efectivo en la disminución de los síntomas del trastorno.

Un aporte extra fue la observación de un mayor aporte de la terapia familiar en familias con alta expresividad emocional (criticismo) observadas en la actitud de ciertas madres hacia sus hijas.

Otro estudio evaluó el resultado a través de un seguimiento a 5 años y observó que la mejoría se había mantenido en 38 de los 40 pacientes, mientras dos habían empeorado (Eisler 2007).

Cuatro han sido las dificultades metodológicas en estas revisiones: cuesta reclutar a los participantes debido a la naturaleza y severidad del trastorno, una característica que lo ha hecho largo y oneroso; el tamaño de la muestra suele ser pequeño; existe en ellos una tasa de deserción significativa; el uso del DSM como

criterio de inclusión muestra una flexibilidad que impide homogenizar los estudios; los participantes están siendo controlados en otros tratamientos en paralelo.

Otras dos objeciones mayores han salido a la palestra: falta de un grupo control adecuado debido a la dificultad ética de no brindar tratamiento en casos tan graves como los que se investigan; los tratamientos son efectuados por terapeutas con distintos grados de formación y que vienen de diferentes profesiones, a pesar de la importancia dada a seguir un protocolo uniforme para todos los casos.

Las implicancias clínicas de todo lo que se ha señalado pueden sintetizarse en lo siguiente:

- Es claro que se trata de una patología grave que requiere una formación permanente, supervisión y soporte.
- La terapia familiar parece ser mejor mientras más adolescente es el miembro de la familia que padece el trastorno.
- El trabajo de compartir con la familia, en especial del cuidador o cuidadores a cargo, pone un énfasis en la realimentación o la evitación del atracón y la purga.
- Para llevarlo a cabo se usan diferentes estrategias que motiven a los padres a hacerse cargo sin tocar otros temas familiares hasta no resolver este.
- Al tratarse de un trastorno complejo, cada caso debe ser tratado en su singularidad y en su contexto para encontrar el modo más efectivo y beneficioso desde la perspectiva sistémica.

Con estos antecedentes, comentaremos otros estudios con el fin de complementar lo que el modelo del Maudsley Hospital inició.

El primero de ellos (Cook-Darsen 2016) revisa 40 años de seguimiento en el uso de sesiones de comida con familiares (*lunch sessions*) y sus aportes en el tratamiento revisando otros dos modelos además del que ya se ha desarrollado en las páginas anteriores, el de tratamiento basado en la familia (*family-based treatment*) y la terapia multifamiliar, con el objeto de mostrar su evidencia empírica. Su conclusión es que si bien este tipo de intervención sigue prometiendo resultados, su evidencia es contradictoria pues está matizada por las convicciones de los terapeutas, sus resistencias y sus temores.

Se señalan las prioridades que debieran hacerse en las futuras investigaciones enfatizando la necesidad de un examen más directo del impacto que tiene en la familia esta práctica terapéutica para provocar un cambio.

Al final se plantean cinco preguntas:

- ¿Es la sesión de comida un componente de la terapia familiar?
- Si la práctica de la sesión de comida muestra ser útil, ¿se benefician de ella todos los pacientes y sus familias?
- ¿Cuáles son los ingredientes necesarios de una sesión de comida en términos de metas, frecuencia, tiempo, proceso y de estrategias parentales y del terapeuta?
- ¿Están sus beneficios influidos por el contexto terapéutico?
- ¿Pueden otras técnicas y herramientas orientadas hacia la comida reemplazar la sesión de comida en aquellas situaciones donde la factibilidad es un tema?

Otro artículo (Loeb 2009) desarrolla el modelo de terapia basada en la familia (FBT), un modelo que ha sido el de elección junto al que ya hemos comentado. Aquí se revisan su historia, sus aspectos clínicos más relevantes, sus postulados teóricos y los hallazgos más significativos que se han encontrado en la literatura. También se plantean preguntas y aspectos controversiales respecto a si este método es apropiado para todos los adolescentes y si está indicado para cualquier tipo de familia.

Al final se incluye una aplicación manualizada que se puede utilizar en prevención, intervenciones tempranas, y para niños y niñas con sobrepeso.

Se trata de un modelo que se desarrolla al final de 1970 y principios de 1980 por Christopher Dare e Iván Eisler, también del Maudsley Hospital.

El eje central de su propósito es el uso de los padres como recurso y el empoderamiento de la familia en sus esfuerzos por mejorar al adolescente con un trastorno alimentario. Con el tiempo la FBT varió diferentes aspectos del modelo original, en especial al alentar a los padres a que no abandonen su tarea hasta lograr que la o el paciente haya recuperado su peso normal difiriendo el resto de los temas familiares para después, hasta que eso haya sido logrado.

A mediados de los años 1990 la FBT entra a USA vía la U. de Stanford, donde se investiga y manualiza parte de su enfoque (Lock 2001). De ahí ha influido en el resto del país, Canadá y Australia.

El camino seguido ha permitido protocolizar manuales para BN (Le Grange 2007), prevención de AN (Loeb 2005) y manuales para adultos jóvenes con AN (Le Grange 2007) y en el campo de la pediatría para niños con sobrepeso (2006).

Al revisar sus aspectos clínicos y sus controversias, surgen algunas preguntas:

- ¿Este modelo funciona para todos los trastornos alimentarios?
- ¿La investigación actual apoya la aplicación de este modelo en todo el espectro de edad de los trastornos alimentarios de la adolescencia?
- ¿Funciona este modelo para adolescentes que presentan comorbilidad de otros cuadros psicopatológicos?
- ¿Funciona en todo tipo de familias?

Si bien la intervención que se efectúa desde este modelo sigue planteando preguntas y controversias, su eficacia clínica gana reconocimientos en los artículos científicos y promueve nuevas investigaciones. Es así como están en curso estudios que comparan este tipo de tratamiento con terapias individuales desde el NIMH (National Institute Mental Health), asociado a medicamentos y a abordaje con todo el sistema familiar. Otros abarcan su aplicación en atención hospitalaria (Sydney), o estudios con multifamilias en Londres, todos ellos realizados con poblaciones más grandes.

## CONCLUSIONES

La terapia sistémica, al igual que muchos avances en medicina, se ha sostenido a partir del estudio de casos, por lo que ha sido necesario que presente evidencia de su efectividad en general; sea un aporte a consultantes en la resolución de sus problemas; les ayude en sus necesidades y derechos; y les proporcione compañía en la reducción de su sufrimiento.

Tal como se ha desplegado a través de las páginas anteriores, el interés ha sido brindar una evidencia que haya sido empíricamente evaluada en términos científicos. Por eso, las investigaciones de metaanálisis han jugado un papel importante, tal como se ha desarrollado en todas las páginas anteriores.

Después de este amplio recorrido sobre lo que el modelo sistémico ha aportado a la psiquiatría infantil en aquellos síndromes de los que esta se ha ocupado desde sus orígenes, he querido terminar este capítulo recurriendo a una investigación que se formula preguntas sobre cómo y por qué la orientación sistémica que tiene a la familia y las relaciones interpersonales en su centro podría ser más útil o complementarse con otras formas de tratamiento psiquiátrico. Tomaré de allí ciertas preguntas claves (Carr 2016) que servirán para hacer distinciones finales sobre lo expuesto.

## ¿Funciona la terapia sistémica?

En ese mismo trabajo (Carr 2016) se evidencia que dos de tres casos de tratamiento con terapia sistémica mejoran en relación con otras formas de tratamiento que funcionan en uno de tres casos tratados. También sostiene que uno de cada 10 casos empeora con terapia sistémica, y muestra los estudios que lo señalan.

A lo largo de todo lo expuesto se observa que su fortaleza está principalmente en el tratamiento de los trastornos de conducta en niños y adolescentes pues sus resultados muestran una estabilidad del cambio que se mantiene por largos periodos. Se puede afirmar además que es extensivo a la infancia y adolescencia en general al intervenir de un modo positivo en las dinámicas familiares.

En nuestra experiencia de 15 años trabajando con familias vulneradas, el enfoque contextual relacional ha servido para articular con éxito lo que efectúan diversos programas que atienden niños y adolescentes cuando hemos agregado la terapia familiar y las técnicas propias de los diferentes modelos de abordaje que lo sistémico ha desarrollado para el trabajo interinstitucional.

Para el tratamiento de desórdenes conductuales severos la necesidad de eficacia ha hecho posible el empleo de diversas formas exitosas en su ejecución, las que han extendido sus aplicaciones técnicas adaptándolas a las condiciones que cada contexto obliga.

Es así como la terapia multisistémica opera bien si existen los recursos materiales para llevarla a cabo, la terapia familiar funcional dialoga mejor con organismos estatales, mientras las terapias estratégicas y estructurales son aportes internos a las anteriores, a las que se puede sumar el aporte que ha hecho la terapia narrativa.

En la psiquiatría de adultos los trabajos clásicos realizados por Leff y más recientemente por Seikkula, pueden servir al enfoque sistémico infantil con las debidas adaptaciones.

## ¿Cuál terapia sistémica funciona en ciertos tipos de problemas?

La terapia sistémica ha sido un interesante resorte de alivio y, cualquiera sea la forma de hacerlo, la participación menos patologizante y enjuiciadora de los parientes y cuidadores cercanos, así como el alivio de las culpas y angustias de estos, han encontrado en el modelo sistémico un aliado.

En los trastornos infantiles y de adolescencia se trata de componer congruencias jerárquicas rotas,

reparar afectos y negligencias negados, escuchar de otra manera la voz de los niños y niñas, levantar a un padre periférico o a una madre agobiada de lidiar sola con hijos e hijas en condiciones adversas.

Las diferentes escuelas de la terapia sistémica han desarrollado experticia en áreas y temas a lo largo del tiempo. Es así como lo que ha derivado del Moadley Hospital ha permitido una especialización en los trastornos del comer, el modelo de equipo reflexivo ha evolucionado hacia el Diálogo Abierto, y el modelo estructural hace lo suyo en ambientes psicosociales adversos, y todas ellas se agrupan de una forma ecléctica en protocolos de seguimiento orientados a evaluar lo que se hace y medir su impacto.

Los estudios citados dan cuenta de esta especialización en la búsqueda de tratamientos específicos para las distintas mortificaciones.

### ¿Qué procesos se despliegan en una terapia sistémica efectiva?

Los estudios que han probado ser mejor evaluados y lo que hemos corroborado desde nuestra experiencia indican que para obtener un proceso que camine hacia la efectividad se debe crear un buen clima emocional con los participantes, obtener una alianza terapéutica con cada uno de los involucrados en la sesión, proponer un contrato de terapia claro y acotado, saber bien el manejo de algunos de los modelos que suelen emplearse, propender a prácticas que ayuden en la adherencia al tratamiento y convoquen al compromiso con la terapia en su primera etapa, focalicen en los contextos y creencias en las fases intermedias y ayuden a una creciente autonomía en la fase final.

Un elemento central es la necesidad de evaluar lo que se va haciendo con algún sistema de medición específico. Usar medios audiovisuales sirve mucho a este último propósito, pues observar una y otra vez lo realizado permite mejorar lo que se hace mal y repetir lo que ha resultado. Dado que a veces no es posible lo visual, al menos la grabación de audio es de gran ayuda.

Todos estos procesos se pueden investigar y se debe hacer de una forma informada con los consultantes.

### ¿La terapia sistémica reduce costos debido a su efectividad?

Suscribimos que un buen comienzo asegura la mitad del trabajo en términos de efectividad.

Esta pregunta es difícil de plantear en nuestra realidad, pues está lejano aún el tiempo en que lo sistémico

pueda ser implementado desde la salud pública de una forma efectiva, es más, ni las Isapres ni el servicio público de salud tienen códigos que permitan una intervención familiar en sus planes. Pensamos que debemos avanzar en esa dirección y con ello poder efectuar investigaciones que prueben la eficacia de este enfoque de tratamiento.

Los terapeutas sistémicos pensamos que la terapia familiar y la terapia contextual relacional pueden producir una contribución significativa en el alivio del sufrimiento de los niños/as y adolescentes que padecen cuadros psiquiátricos y pueden contribuir a mejorar las condiciones ambientales de muchas familias en las que su situación de vulnerabilidad agrava la salud mental de todos o algunos de los miembros de ellas.

## REFERENCIAS

1. Baldwin SA, Christian S, Berkeljohn A, Shadish WR, Bean R. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy* 38(1), 281-304
2. Bernal S. (2013). Negligencia familiar y negligencia institucional. Consideraciones desde la intervención psicosocial, *Revista De Familias y Terapias* 34, Santiago
3. Bernal S. (2013). ¿Cómo honrar a las familias y a sus integrantes cuando deben enfrentar un entorno adverso o dinámicas internas desintegradoras? *Revista De Familias y Terapias* 35, Santiago
4. Bernal S. (2014). Cambios y desafíos en las familias chilenas. Expectativas, influencia de las políticas públicas y tecnologías de la información y comunicación, *Revista De Familias y Terapias* 36, Santiago
5. Bowlby J. (1989). Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Paidós Ibérica, España
6. Bronfenbrenner U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology* 22, 723-742
7. Bronfenbrenner U. (1987). La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós
8. Carr A. (2016). How and Why Do Family and Systemic Therapies Work? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 2016, 37, 37-55 doi: 10.1002/anzf.1135
9. CIPER-Chile (2013). Informe Jeldres
10. Cook-Darzens S, Doyen C, and Mouren MC. (2008). Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: current research evidence and its therapeutic implications. *Eating and Weight Disorders* 13 (4), 157-170
11. Cook-Darsen S. (2016). The role of family meals in the treatment of eating disorders: a scoping review of the literature and implications. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity Official Journal of the Italian Society for the Study of Eating Disorders (SISDCA) Eat Weight Disord DOI* 10.1007/s40519-016-0263-y
12. Crane DR, Christenson JD. (2012). A summary report on the cost-effectiveness of the profession and practice of family therapy. *Contemporary Family Therapy*. Published online: 11 April 2012. Accessed May 01, 2012. <http://russscane.byu.edu/documents>

13. Downs K, Blow A. (2013). A substantive and methodological review of family-based treatment for eating disorders: the last 25 years of research. *Journal of Family Therapy* (2013) 35 (Suppl. 1): 3-28 doi: 10.1111/j.1467-6427.2011.00566.x
14. Eisler I, Dare C, Russell GF, Szmulker G, Le Grange D, Dodge E. (1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 54: 1025-1030
15. Eisler I, Dare C, Hodes M, Russell G, Dodge E, Le Grange D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41: 727-736
16. Eisler I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy* 27: 104-131
17. Eisler I, Simic M, Russell GFM, Dare C. (2007). A randomized controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48: 552-560
18. Evans G, Kim P. (2007). Childhood Poverty and Health Cumulative Risk Exposure and Stress Dysregulation, Research Report, Psychological Science, Association for Psychological Science
19. Ginsburg G, Schlossberg M. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry* 14, 143-154
20. Hamilton S, Moore AM, Crane DR, Payne SH. (2010). Psychotherapy dropouts: Differences by modality, license, and DSM-IV diagnosis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 333-343
21. Henderson CE, Dakof GA, Greenbaum PE, Liddle HA. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: Report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(6), 885-897
22. Hirsch H, Casabianca R. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia*. Universidad Católica de Santa Fe, Argentina
23. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 61: 348-158
24. Le Grange D, Lock J. (2007). *Treating Bulimia in Adolescents: a Family-Based Approach*. New York: The Guilford Press
25. Le Grange D, Chen E. (2007). *Family-based treatment for young adults with anorexia nervosa*. Chicago: Univ Chicago. Unpublished Manual
26. Leff J, Warner R. (2006). *Social Inclusion of People with Mental Illness*, Cambridge University Press, UK
27. Leija M. (2014). *Pasos hacia una psiquiatría sistémica en Pensamiento Sistémico* (Medina, Laso y Hernández compiladores), Editorial Litteris, México, ISBN 978-607-8389-00-1
28. Lock J, Le Grange D, Agras SW, Dare C. (2001). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: a Family-Based Approach*. New York: The Guilford Press
29. Lock J, Le Grange D, Agras S, Moye A, Bryson SW, Booil J. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 67: 1025-1032
30. Loeb KL, Le Grange D, Lock J. (2005). *Family-based treatment for the prevention of anorexia nervosa*. New York: Mount Sinai School Med. Unpublished Manual
31. Loeb KL, Celio Doyle A, Le Grange D, Bremer J, Hildebrandt T Hirsch (2006). *A Family-based treatment for child and adolescent overweight: A transdevelopmental approach*. New York: Mount Sinai School Med. Unpublished Manual
32. Luby J, Belden A, Botteron K, et al. (2013). The Effects of Poverty on Childhood Brain Development. The Mediating Effect of Caregiving and Stressful Life Events. *JAMA Pediatrics* 167(12): 1135-1142. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.3139
33. NCFAS-R Training Package © 2007-2009 National Family Preservation Network
34. NCFAS-R Scale and Definitions © 2002-2009 Raymond S. Kirk and National Family Preservation Network
35. OCDE 2011
36. Oros L. (2009). El Valor Adaptativo de las Emociones Positivas: Una Mirada al Funcionamiento Psicológico de los Niños Pobres. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* 43(2): 288-296
37. Ozechowski TJ, Liddle HA. (2000). Family-based therapy for adolescent drug abuse: Knowns and unknowns. *Clinical Child & Family Psychology Review* 3, 269-298
38. Pinto F. (2007). Apego y lactancia natural. *Revista Chilena de Pediatría* 78 (Supl 1): 96-102
39. Rapee R. (2012). Family Factors in the Development and Management of Anxiety Disorders. *Clinical Child Family Psychology Review* 15: 69-80 DOI 10.1007/s10567-011-0106-3
40. Rausch Herscovici C. (2013). Family approaches. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. *Eating Disorders in Childhood and Adolescence*. 4th ed. London New York: Routledge; p. 239-57
41. Retzlaff R, Sydow, KV, Beher S, Haun MW, Schweitzer J. (2013). The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: A systematic review of 38 randomized trials. *Family Process*, doi: 10.1111/famp.12041
42. Robbins MS, Feaster DJ, Horigian VE, Rohrbaugh M, Shoham V, Bachrach K, et al. (2011). Brief Strategic Family Therapy versus treatment as usual: Results of a multi-site randomized trial for substance using adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79(6), 713-727
43. Rhodes P, Gosbee M, Madden S, Brown J. (2005). 'Communities of concern' in the family-based treatment of anorexia nervosa: towards a consensus in the Maudsley model. *European Eating Disorders Review* 13: 392-398
44. Rojas J. (2001). Los niños y su historia: un acercamiento conceptual y teórico desde la historiografía, *Pensamiento Crítico, Revista Electrónica de Historia*. n° 1, Santiago
45. Seikkula J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crisis: examples from families with violence. *Journal of family therapy*. Vol 28 No 3 263-274
46. Seikkula J, Olson M. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: its poetic and micropolitics. *Family Process* vol 42: 403-418
47. Seikkula J, Olson M, Ziedonis D. (2014). The keys elements of dialogic practice in open dialogues: Fidelity criteria. Version 1.1. University of Massachusetts Medical School, USA. University of Jyväskylä, Finland
48. <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>
49. Sexton T, Turner CW. (2010). The effectiveness of Functional Family Therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting. *Journal of Family Psychology* 24(3), 339-348
50. Shore A. (2008). Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clinical Social Work Journal* 36: 9-20
51. Shonkoff J, Garner A (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress, *Pediatrics* 129, USA
52. Sydow KV, Beher S, Schweitzer-Rothers J, Retzlaff R. (2006). Systemische Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters: Eine Meta-Inhaltsanalyse von 47 randomisierten Primärstudien [Systemic therapy for disorders of childhood and adolescence: A meta-content analysis of 47 randomized trials]. *Psychotherapeut* 51, 107-143
53. Sydow KV, Beher S, Schweitzer J, Retzlaff R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: A meta-content

- analysis of 38 randomized controlled trials. *Family Process* 49, 457-485
54. UNICEF 2015
  55. Valencia E, Gómez E. (2010). Una Escala de Evaluación Familiar Ecosistémica para Programas Sociales: Confiabilidad y Validez de la NCFAS en Población de Alto Riesgo Psicosocial. *Revista Psykhe* Vol. 19, N° 1, 89-103
  56. Weinstein D. (2013). *The pathological family, Postwar America and the Rise of Family Therapy*, Cornell University Press, USA, ISBN 978-0-8014-5141-6
  57. Wood B, Watkins JB, Boyle JT, Nogueira J, ZIMand E, Carroll L. (1989). The 'Psychosomatic Family' model: An Empirical and theoretical analysis. *Family Process* 28(4): 399-417
  58. White M. (1989). The externalizing of the problem and the re-authoring of lives and relationships. *Dulwich Centre Newsletter*, (2): 5-28
  59. Young ME, Fujimoto-Gómez G. (2003) Desarrollo Infantil Temprano: lecciones de los programas no formales. *Rev. Latinoamericana Ciencias Sociales, Niñez Juventud* 1(1) Manizales Jan/June

## ASMA PSICOBIOGRAFÍA PSIQUIATRÍA DINÁMICA

# ASMA Y SUS CORRELATOS NEUROPSICOFISIOLÓGICOS: A RAÍZ DE LA OBRA Y VIDA DE MARCEL PROUST

(Rev GPU 2018; 14; 2: 131-134)

Matías Florenzano<sup>1</sup>, Cristián Deza<sup>2</sup>, Bárbara Infante<sup>3</sup>, Ramon Florenzano<sup>4</sup>

**Este trabajo combina la historia médica con la psicobiografía del novelista Marcel Proust, mostrando como su asma bronquial interfirió desde su niñez en su desarrollo neuropsicológico y físico. Se describe la infancia del autor, transcurrida en Paris y sus alrededores, su cercanía excesiva con su madre, la actitud crítica de su padre, conocido médico y epidemiólogo francés y su progresiva dedicación a las letras. Se señala que los temas analizados literariamente por Proust fueron cercanos a los estudiados desde la teoría psicósomática, primero por el psicoanálisis de Sigmund Freud y luego por la escuela de Franz Alexander en Chicago. Se plantea que la comprensión médica actual de los cuadros asmáticos infantiles y su evolución en la vida adulta dan cuenta parcial de los procesos mórbidos minuciosamente descritos por Proust. Una mirada desde la psiquiatría dinámica permite profundizar en correlaciones entre la biografía, la estructura familiar y la enfermedad psicósomática que condujo a la muerte de Proust a temprana edad. Se mencionan las correlaciones entre la mirada del novelista y la de Sigmund Freud, cuya vida y obra guardan algunos paralelismos con los de Marcel Proust.**

## INTRODUCCIÓN

Los estudios patobiográficos tienen dos vertientes desde la tradición médica, intentando iluminar las biografías de personalidades señeras desde sus enfermedades. Por ejemplo, Asenjo y Corbalán (1966) han analizado la vida de don Bernardo O'Higgins desde las múltiples enfermedades que lo aquejaron ya en su juventud en Europa y hasta su muerte en Callao:

muere de una insuficiencia cardíaca secundaria a una hipertensión de larga data. Por otro lado, la tradición psicósomática, desde Sigmund Freud en adelante, ha relacionado las enfermedades médicas con experiencias vitales traumáticas, especialmente en la niñez de los biografiados. Este trabajo se centra en el asma bronquial, enfermedad invalidante cuando comienza en la niñez, que está entre las siete enfermedades psicósomáticas clásicas descritas por Franz Alexander. Aquí

<sup>1</sup> Médico broncopulmonar, Instituto Nacional del Tórax y Clínica Las Condes.

<sup>2</sup> Médico broncopulmonar (Clínica Las Condes y Hospital de la Fuerza Aérea de Chile FACH).

<sup>3</sup> Médica General de Zona, Servicio Metropolitano Sur.

<sup>4</sup> Psiquiatra, Facultades de Medicina Universidad de Chile y Universidad de los Andes.

ilustramos sus características con la vida de un escritor que ha sido sindicado como el principal novelista del siglo XX: Marcel Proust. En su obra central *En busca del tiempo perdido* (Proust, 1913-1927) se devela no solo su gran capacidad de observación y de recordar las vivencias de infancia y juventud, sino también sus padecimientos a raíz de la enfermedad que marcaría el curso de su vida, el asma bronquial.

En otros trabajos hemos analizado las vidas de próceres de nuestra nacionalidad, como don Bernardo O'Higgins (Florenzano, 2005), Diego Portales (Florenzano, 2001), Ramón Freire (Florenzano, 2005) o Lord Thomas Cochrane (Florenzano 2003). En este texto analizaremos primero la vida de Marcel Proust, para luego revisar aspectos biomédicos y psicológicos que pueden explicar algunos hechos de esa biografía.

## PROUST, SU VIDA Y SU ASMA

Marcel Proust nació en Francia en 1871. Su padre fue el médico Adrien Proust, famoso epidemiólogo que dedicó su vida al estudio de enfermedades tales como la cólera y la fiebre bubónica. Su madre provenía de Alsacia, en una familia prominente de origen judío (Weil). Ella tuvo un embarazo difícil: esperando a Marcel se sintió muy débil debido a la malnutrición que la aquejaba tal como a muchos parisinos después de la derrota francesa en la guerra franco-prusiana en el contexto de la abdicación de Napoleón II. Dio a luz a su primer hijo en Auteil. Marcel desde muy temprana edad presentó los primeros síntomas respiratorios que lo llevarían a una vida de privación ambiental y reclusión. Se le describe desde pequeño como tímido, sensible y delicado. Durante sus primeros años sufría de rinitis alérgica severa: recibió más de cien cauterizaciones nasales, procedimiento doloroso que lo hizo crecer temeroso y frágil. Su primer ataque de asma fue a los nueve años, caminando por el Bois de Boulogne. Desde entonces desarrolló una hipersensibilidad bronquial severa, con ataques regulares de asma aguda ante la exposición a polvo, pólenes, ejercicio, temperaturas extremas, humedad, humo y ejercicio, sobre todo de noche. Esto hizo que pasase largas temporadas en la cercana localidad de Illiers, que en sus novelas nominó Combray. En París asiste muy irregularmente al Liceo Condorcet. Se convierte en gran lector y luego comienza a escribir (Hayman, 1990).

Las frecuentes visitas a sus tías en lo que hoy se llama Illiers-Combray fueron marcadoras para el futuro escritor. En el hecho, el primer tomo de su obra comienza con la descripción de los tés de día Domingo en casa de estas tías y su recuerdo detallado no solo del olor del té que servían, sino del perfume de las "Madeleine".

Este "fenómeno de la madeleine" ha sido después analizado como recuerdos de tipo "Deja vecu" (Moulin *et al.*, 2005) que se ven en casos de hipermnesia y otras alteraciones neuropsicológicas.

Debido a sus constantes crisis asmáticas e infecciones respiratorias tuvo una asistencia irregular a la escuela y dificultades para frecuentar lugares que le gatillaban sus crisis, especialmente durante la primavera, los cual evocaría tantas veces en el texto de *En búsqueda del tiempo perdido*. Esta limitación en una etapa de niñez temprana significó que desarrollara una proximidad excesiva con su madre. Su padre Adrien pensaba que el origen de su enfermedad era la sobreprotección y la reclusión en la que ella mantenía a su hijo. La constante recriminación de esta dependencia con su madre produjo una tensa relación entre padre e hijo. Dado esto, fueron las cartas la principal vía de comunicación del joven Proust con su madre. Los mejores profesionales de la época trataron a Proust debido a la posición social y contactos de la familia; neumólogos, neurólogos y psiquiatras, todos sin conseguir éxito terapéutico, solo consiguiendo controlar algo sus síntomas (Falliers, 1986; Sharma, 2000).

Tal como sucede en las descripciones actuales de la evolución del asma infantil, Proust, luego de sus crisis iniciales, tuvo una época poco sintomática, lo cual le permitió terminar la escuela, realizar el servicio militar e ingresar a la universidad, pudiendo relacionarse y frecuentar las fiestas de la clase acomodada de París, pero siempre con una salud delicada. A los 24 años retornaron sus crisis asmáticas cada vez más frecuentes e intensas, inhabilitándolo para mantener su tan preciada vida social y forzándolo a recluirse en su departamento. Proust nunca pudo dominar ni predecir las exacerbaciones del asma que lo aquejaba. Recibió inicialmente tratamiento con cigarrillos de estramonio, epinefrina, tabaco y marihuana, constantes fumigaciones con ácido carbólico, pero el eje fundamental de la terapia fue el aislamiento en piezas de paredes de corcho, en reservas a orillas de lago y en la montaña. Debido a sus constantes exacerbaciones nocturnas fue deformando los ritmos circadianos (Hetzl, 1980) de su creatividad (dormía de día y trabajaba de noche), como describió en detalle en cartas a su madre:

"Ma chère petite Maman, tuve anoche un ataque de asma de violencia y tenacidad increíbles, que me obligó a permanecer en pie a pesar de que me había levantado muy temprano la mañana anterior" (inicios de 1900).

Para lograr su recuperación recurrió progresivamente a la cafeína, opio, morfina y finalmente barbitúricos, sobre todo durante los fríos meses de invierno. Una

crisis podía durar más de dos días: “tan pronto como llegué a Versalles fui atacado por un ataque de asma horroroso, no supe qué hacer ni dónde esconderme. Desde entonces el ataque no ha cedido” (26-8-1901).

En innumerables cartas Proust describe la crudeza de su asma, sus violentas crisis, la constante necesidad de medicación y los efectos adversos de estos mismos (Proust, 1880-1903). Proust fue considerado un excéntrico debido a las muchas precauciones que tenía para evitar las exacerbaciones, como fue usar dos trajes sobre la ropa interior, cubrir su pecho y cuello con ropaje de lana y algodón y más de un abrigo si era necesario. A pesar de siempre mantener el cuarto tibio, se envolvía en frazadas para evitar escalofríos que gatillaran una crisis.

En su tiempo se consideraba el asma y la fiebre del heno como enfermedades nerviosas de la clase social aristocrática (la entonces denominada neurastenia); muchas veces recibió acusaciones de su padre y su familia de que simulaba su enfermedad, que imitaba ataques para llamar la atención de su madre (Cohen, 1998). Incluso intentaron trasladarlo a Berna a un sanatorio para enfermedades mentales. Con el correr del tiempo y luego de la muerte de sus padres, la única explicación que a Proust le quedaba para sus síntomas era que fuese una enfermedad mental, como le decían los médicos y como él lo expresa en su libro: “la neurosis es genial para simulaciones: puede imitar cualquier enfermedad a la perfección. Producirá las dilataciones de las dispepsias, los malestares del embarazo, las arritmias del corazón, las fiebres de la consunción. Si es capaz de engañar al médico, ¿cómo no va a confundir al paciente?”

A la muerte de su madre, y habiendo recibido de ella una herencia que lo hacía financieramente independiente, sin esperanza de curación y sin tener ya a una madre que lo cuidara, Proust se retiró del mundo. Con esta riqueza heredada se dedicó solo a escribir sus obras, se mudó a un apartamento y contrató a un ama de llaves para cuidar de él. Raramente se movía de su cama, mucho menos fuera de su casa, y dormía envuelto en capas de ropa cálida. Se alimentaba casi solo de café y leche, mantenía en todo momento un fuego ardiendo en su habitación por el calor y se negaba a cocinar en la casa por temor a que sus olores y el humo desencadenaran una crisis. Su salud iba empeorando, por lo que su ingesta de drogas aumentó. Abusaba del Veronal, el primer barbitúrico que se había introducido en 1903 para dormir. Para contrarrestar los efectos secundarios de los fármacos depresores utilizó activadores del sistema nervioso central, café y adrenalina. Además de estos medicamentos, Proust, en su desesperación, recurrió a tratamientos autoprescritos,

incluyendo pequeñas cantidades de heroína, morfina y grandes cantidades de cerveza fría.

## TRIUNFO LITERARIO Y MUERTE

Proust comenzó en 1907 a escribir la primera parte de su gran novela, que titularía *Por el camino de Swann* (*Du côté de chez Swann*), que fue publicada en 1913 y financiada por el autor. La segunda parte, *A la sombra de las muchachas en flor* (*À l'ombre des jeunes filles en fleur*) obtuvo el Premio Goncourt en 1919. Este fue el primer reconocimiento de cierta notoriedad que Proust recibió cuando le quedaban solo tres años de vida. Muy enfermo, dedicó esta última etapa exclusivamente a terminar su gran obra maestra, encerrado en su gran casa de la Avenida Haussmann y sin ver casi a nadie. Sin haberla acabado, murió en noviembre de 1922 de una bronquitis mal curada, prácticamente aislado. Su hermano tomaría a su cargo la edición de los manuscritos, que fueron apareciendo uno a uno hasta que en 1927 se publicó el tomo séptimo y final: *El tiempo recobrado* (*Le temps retrouvé*).

## VISIÓN DEL ASMA DE PROUST DESDE LA ACTUALIDAD

El asma se define hoy como una enfermedad heterogénea y compleja caracterizada por una inflamación crónica de la vía aérea. Se define por la historia de síntomas respiratorios variables, en tiempo e intensidad, junto a una limitación variable al flujo aéreo espiratorio. Usualmente se asocia a hiperreactividad bronquial (GINA, 2018). Es la enfermedad crónica más frecuente de la infancia, afecta a 4,8 millones de pacientes pediátricos en Estados Unidos, es la causa más frecuente de visitas a los Servicios de Urgencias, así como de ausentismo escolar por enfermedades crónicas de la infancia.

Su etiopatogenia es multifactorial, existiendo una compleja interacción entre factores del huésped (componente genético, sexo, obesidad, prematurez y bajo peso al nacimiento) y factores ambientales (exposición a alérgenos intra y extradomiciliarios, exposición ocupacional, infecciones virales, exposición a humo de tabaco y contaminantes ambientales). Se reconocen como gatillantes de síntomas asmáticos: alérgenos, infecciones, agentes irritantes, ejercicio y cambios de temperatura, sobre todo la exposición a climas fríos. Se han descrito factores psicológicos exacerbantes como las emociones y el estrés. Sin embargo la relación del asma con patologías psiquiátricas es mucho más compleja. Por un lado, dificulta el tratamiento (mala adherencia a terapia) y por otro se puede asociar a

fenómenos de hiperventilación y disfunción de cuerdas vocales, comorbilidades que pueden coexistir hasta en un tercio de los pacientes asmáticos, o bien pueden simular los síntomas de la enfermedad.

Los ataques nocturnos y matinales del asma son conocidos en la enfermedad en general, debido a menores niveles de cortisol sérico, aumento del tono colinérgico, reflujo gastroesofágico, frío de la noche y mayor concentración de alérgenos domiciliarios como ácaros y cucarachas. 80% de los ataques de los asmáticos ocurre de noche (Graell *et al.*, 2010)

Las patologías psiquiátricas que se han visto relacionadas con asma son depresión, ansiedad, ataques de pánico y el abuso de sustancias. La depresión es la más frecuente, su prevalencia en pacientes pediátricos asmáticos es de 5 a 15%, aunque se describen síntomas depresivos hasta en el 50% de los pacientes asmáticos, mucho más frecuente que en la población sana. En adolescentes la prevalencia de depresión aumenta a 16,3%, en relación con el 8,6% de los adolescentes sin asma. Es común que los pacientes asmáticos que padecen depresión cursen además con una tercera patología, como trastorno de ansiedad o abuso de sustancias (Suarez *et al.*, 2010).

Una queja recurrente de Proust en las cartas a su madre que no tienen explicación clara son los dolores abdominales, articulares y albuminuria: diagnósticos posibles son amiloidosis o fiebre mediterránea familiar. En sus últimos años desarrolló disartría, ataxia, parálisis facial y cefaleas (Florenzano, 2005)].

En aislamiento, probablemente en el contexto de un asma con limitación fija del flujo aéreo y remodelación definitiva de vía aérea y bronquiectasias, desarrolló infecciones respiratorias recurrentes, tos crónica, episodios de fiebre y calofríos recurrentes. El corcho con el que tapizaban sus paredes puede haber empeorado su condición por posible colonización de este con hongos y polvos, con eventual neumonitis por hipersensibilidad secundaria, verdadera causa de su muerte precoz a los 51 años.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

En resumen, Marcel Proust fue un gran novelista: Graham Greene dijo que era el mejor novelista del siglo XX, y W. Somerset Maugham dijo que *La Recherche* "era la mejor novela jamás escrita". Sus magistrales y detalladas descripciones de sus relaciones con sus padres, y su respuesta emocional al respecto son legendarias: fuera de la antedicha descripción del fenómeno de la madeleine, sus ilustraciones de sus noches esperando que su madre subiera a saludarlo, o de su servicio militar en la provincia francesa, son insuperables.

Se puede plantear que Proust ilustró literariamente lo que Freud estaba encontrando al psicoanalizar a sus pacientes neuróticas: el complejo de Edipo y sus consecuencias. Proust también ha descrito como paciente los aspectos psicósomáticos del asma intrínseca, y la ligazón entre los desencadenantes alérgicos (en sus paseos por el Bois de Boulogne) y su progresiva limitación por sus tratamientos médicos.

Tanto Freud como Proust compartieron un periodo histórico que presenciaron el final de los "tiempos modernos" y del iluminismo progresista, y presenciaron luego las consecuencias de las guerras europeas del siglo XX. Ambos fueron ex-céntricos tanto étnica como geográficamente. Freud conoció luego el reconocimiento de sus pares, y Proust el éxito literario, pero en forma tardía y póstuma.

## REFERENCIAS

1. Asenjo A, Corbalán V (1966). Las Enfermedades de Bernardo O'Higgins y algunos aspectos de su personalidad. *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, (8), 120-122
2. Cohen S (1998). Asthma Among the Famous A Continuing Series. *Allergy and Asthma Proceedings*, (17), 161-171
3. Falliers C (1986). The literary genius and the many maladies of Marcel Proust: selections and notes. *Journal of Asthma*, (23), 157-164
4. Florenzano R (2001). DJPP: Una personalidad anancástica que influyó en la historia de Chile. *Folia Psiquiátrica* (7) 2
5. Florenzano R (2003). TAC: ¿Trastorno impulsivo o compulsión a la repetición? *Folia Psiquiátrica*, (8), 7-14
6. Florenzano R (2005). BOR: Notas sobre identidad y filiación (o del padre rechazante y ausente). *Folia Psiquiátrica*, (2), 7-21
7. Florenzano R (2005). Ramón Freire: entre el valor y la impulsividad. *Folia Psiquiátrica*
8. Global initiative for Asthma (2018). *Global Strategy for asthma management and prevention*. Vancouver: GINA
9. Graell M, Faya M, De Dios JL (2010). *Endocrinología, alergología y dermatología pediátrica. Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Médica Panamericana
10. Hayman R (1990). *Proust: A Biography*. New York: Harper Collins
11. Hetzel M, Clark T (1980). Comparison of normal and asthmatic circadian rhythms and peak expiratory flow rate. *Thorax*, (35), 732-738
12. Moulin C, Conway M, Thompson R, James N, Jones R (2005). Disordered Memory Awareness: Recollective Confabulation in Two Cases of Persistent Déjà vu. *Neuropsychologia* (43): 1362-1378
13. Sharma O (2000). Marcel Proust (1871-1922): reassessment of his asthma and other maladies. *European Respiratory Journal* (5), 958-960
14. Proust M (1927). *À la recherche du temps perdu* (En Busca del Tiempo Perdido). Paris: Gallimard
15. Proust M (1988). *Selected letters 1880-1903*. Chicago: University of Chicago Press
16. Quadrelli S (2013). El asma de Proust. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, (4), 217-232
17. Suárez L, Huerta J, Del Olmos H (2010). Aspectos psicológicos del asma. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas*, (19), 18-22

## REVISIÓN

# AUTOLESIONES NO SUICIDAS Y SU RELACIÓN CON EL PATRÓN DE APEGO EN ADOLESCENTES. UNA REVISIÓN BREVE<sup>1</sup>

(Rev GPU 2018; 14; 2: 135-142)

Jorge Leiva<sup>2</sup>, Ana Matilde Concha<sup>3</sup>

**Investigaciones recientes plantean que las autolesiones no suicidas responden a factores intrapersonales (manejo del estrés, regulación emocional, manejo de angustia psicológica), así como a factores interpersonales (estilo de crianza, apego, influencia de los pares), por lo que es relevante ver su relación específica con el apego adolescente, y cómo ambos elementos tienen relación directa con la salud mental y aspectos relevantes de la psicopatología en este grupo, así como la necesidad de conocer dichos aspectos al momento de la intervención terapéutica.**

**La presente revisión considerará los elementos principales sobre autolesiones no suicidas (ANS), teoría del apego, apego adolescente y su relación específica con la salud mental y su abordaje terapéutico.**

## INTRODUCCIÓN

Los adolescentes podrían ser considerados como el grupo más propenso a actuar de manera arriesgada, con altos índices de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, actividad sexual de riesgo a edades cada vez más tempranas, así como elementos asociados a la búsqueda de identidad y crisis relacionadas con cambios

hormonales y conductuales, lo que se relaciona con embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual y un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales (OMS, 2015).

Dentro de las conductas de riesgo se puede considerar las autolesiones, las cuales se encuentran en diversos cuadros psiquiátricos dada su naturaleza compleja y multifactorial y su alta fluctuación en breves

<sup>1</sup> Revisión de parte de la tesis de posgrado "Autolesiones, patrones de apego y experiencias traumáticas en adolescentes chilenos", para optar al grado de Magíster en Psicoterapia Cognitiva Posracionalista, Universidad de Santiago de Chile, 2018, y del proyecto de investigación en proceso, denominado "Relación entre la presencia de autolesiones, estilos de apego y presencia de experiencias traumáticas en una muestra de adolescentes pacientes del Centro Comunitario de Salud Mental de la comuna de Talca".

<sup>2</sup> Psicólogo, Mg.© en Psicoterapia Cognitiva Posracionalista. Centro de Salud Mental Comunitaria, COSAM de Talca, Servicio de Salud del Maule.

<sup>3</sup> Médico Psiquiatra de niños y adolescentes. Centro de Salud Mental Comunitaria, COSAM de Talca, Servicio de Salud del Maule.

lapsos de tiempo (Ougrin y Boege, 2013; Villarroel *et al.*, 2013), así como su alta relación con el suicidio, aumentando el riesgo en hasta 10 veces (Hawton y Harriss, 2007). De ahí, la importancia de indagar su presencia al momento de evaluar adolescentes con conducta suicida, pues, aunque las autolesiones no suicidas como su nombre lo plantea no implican ideación suicida, sí se transforman en un factor de riesgo relevante.

Es sabido que a nivel mundial las tasas de suicidio han aumentado en un 60% en los últimos 45 años, cifras que alertan al mundo científico, académico y de salud pública (Echávarri, Manio, Fischman, Morales y Barros, 2015), existiendo una alta prevalencia de intentos de suicidio en población adolescente (Mendez-Bustos, López-Castroman, Baca-García y Ceverino, 2013).

En las últimas décadas las autolesiones han cobrado interés científico; es así que se estima, en algunos estudios en población no clínica, una prevalencia en la vida de 7,5-8% en pre-adolescentes, llegando a un 12-28% en adolescentes, y hasta un 40-80% en adolescentes de muestras clínicas (Frías Ibáñez, Vázquez Costa, Del Real Peña, Sánchez del Castillo y Giné Servén, 2012; Washburn *et al.*, 2012). La edad de inicio se sitúa entre los 11 y 15 años, con una media de 12,5 años (Nixon, Cloutier y Jansson, 2008).

Los estudios reflejan que las autolesiones se presentan más en mujeres que en hombres (Hawton *et al.*, 2002; Patton *et al.*, 2007; Morey *et al.*, 2008; O'Connor *et al.*, 2009; Shin *et al.*, 2009; Landstedt y Gillander, 2011, en Frías Ibáñez *et al.*, 2012), aunque algunas comparaciones en muestras comunitarias no han encontrado diferencias en cuanto a género (Kirchner *et al.*, 2011; Wan *et al.*, 2011 en Frías Ibáñez *et al.*, 2012), y otros estudios refieren diferencias en el método empleado (Lundh, Karim y Quilisch, 2007; Laukkanen, Rissanen, Honka -lampi, Kylma, Tolmunen y Hintikka, 2009 en Frías Ibáñez *et al.*, 2012), con un predominio de autolesiones a través de cortes en mujeres y quemaduras en hombres (Cerutti, Manca, Pre - saghi y Gratz 2011 en Frías Ibáñez *et al.*, 2012).

Las principales líneas de investigación sobre autolesiones corresponden a estudios de índole psiquiátrica centrados en aspectos epidemiológicos, factores protectores y de riesgo, así como la comorbilidad con psicopatología específica, incluso algunos plantean la idea de que podría ser un síntoma de algún trastorno, además de ser un factor de riesgo para el suicidio (Favazza, 1996; Gratz, 2003; Rojas, 2016). Aunque también otros teóricos lo plantean como un síndrome específico (Nader y Morales, 2011).

Nuevas investigaciones relacionadas con las autolesiones no suicidas plantean que dichas autolesiones

responden a factores intrapersonales (manejo del estrés, regulación emocional, manejo de angustia psicológica), así como a factores interpersonales (estilo de crianza, apego, influencia de los pares) (American Psychiatric Association, 2014; Baetens *et al.*, 2014). Desde ahí el interés por revisar este tipo de autolesiones y los patrones de apego, ya que siendo la adolescencia un periodo de transición, donde el adolescente comienza un tremendo esfuerzo para volverse menos dependiente de las figuras de apego primario (p. ej., los padres) (Balabanian, Lemos y Vargas, 2014) se ve enfrentado a profundas transformaciones en los sistemas emocionales, cognitivos y conductuales que rodean las relaciones de apego. El adolescente tardío tiene el potencial de funcionar completamente independiente de los padres e incluso convertirse en una figura de apego para sus propios hijos, a medida que el adolescente evoluciona de ser un receptor de cuidado para convertirse en un adulto autosuficiente y cuidador potencial para sus compañeros románticos y descendientes (Cassidy y Shaver, 2008).

Adquieren los estilos de apego un protagonismo especial, ya que es un periodo evolutivo en el que se establecen vínculos intensos en el plano de la amistad y en las relaciones de pareja. A su vez se incrementa la capacidad reflexiva sobre uno mismo y los demás, lo que favorece que se revisen los vínculos establecidos con los progenitores o figuras sustitutivas (Allen, McElhane, Kuperminc y Jodl, 2004; Allen, Moore, Kuperminc y Bell, 1998; Sánchez-Queija y Oliva, 2003 en Camps-Pons, Castillo-Garayoa y Cifre, 2014).

Por lo tanto, el objetivo del presente manuscrito es realizar una revisión teórica sobre el fenómeno de las autolesiones no suicidas (ANS) y el estilo de apego en población adolescente.

## AUTOLESIONES

Los seres humanos poseen una tendencia innata hacia la autoconservación, pero sin duda en muchos sujetos surgen algunos comportamientos contrarios a esa tendencia, entre los cuales se encuentran aquellos dentro del espectro suicida, incluyendo las autolesiones (Nock, 2010).

Es común encontrar referencia a las autolesiones en muchos contextos, ya sea religiosos, como ritos antropológicos, contextos artísticos y literarios (Favazza, 1996), incluso en medios actuales como televisión, cine, música e internet (Whitlock, Purington, Gershkovich, 2017).

Las autolesiones se podrían definir como todo comportamiento que se realiza intencionalmente a sí

mismo, y con el conocimiento de que pueden resultar en cierto grado de daño físico o psicológico, existiendo una distinción entre aquellos comportamientos en los que la lesión corporal es el propósito, y aquellos en los que es un subproducto involuntario (Nock, 2010).

Es relevante mencionar que existen dos visiones respecto a la temática de las autolesiones: por un lado los grupos de investigación europeos plantean una definición meramente conductual, independiente de la motivación detrás de la conducta, utilizándose el término autolesión deliberada (*deliberate self-harm*), siendo definido como todo acto cuyo resultado no es fatal, que aunque puede ser sancionable culturalmente, un individuo realiza de manera deliberada contra sí mismo para hacerse daño (como por ejemplo cortes, quemaduras, sobreingestas medicamentosas y sobredosis, envenenamiento, golpes, saltar desde lo alto de un lugar, etc.) (Frías Ibáñez *et al.*, 2012; Hawton, Rodham, Evans y Weatherall, 2002).

Por otro lado existe una línea de investigación, principalmente norteamericana, que define a las autolesiones como aquellas conductas que impliquen un daño directo y deliberado contra uno mismo, en ausencia de la intencionalidad suicida, utilizándose el término autolesión no suicida (*non suicidal self-injury*) (Baetens *et al.*, 2014; Frías Ibáñez *et al.*, 2012; Nock, 2010).

## AUTOLESIONES NO SUICIDAS

Las autolesiones no suicidas están definidas como el acto deliberado de causarse daño a uno mismo mediante cortes, quemaduras, mutilación u otros métodos traumáticos (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson y Prinstein, 2006), en la cual se excluyen las ingestas de medicamentos y los envenenamientos con intención suicida (Mollá, Batlle, Treen, López, Sanz, Martín, Pérez, Bulbena, 2015).

La versión número cinco del DSM o Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2014) considera una nueva categoría asociada a aquellas afecciones que necesitan más estudios, y entre ellas se incluyen las autolesiones no suicidas, cuya característica esencial es que el individuo se inflige lesiones superficiales aunque dolorosas en la superficie de su propio cuerpo de una manera repetida, cuyo objetivo habitualmente es reducir emociones negativas como la tensión, ansiedad, exceso de culpa, o resolver alguna dificultad interpersonal.

Frente a la consulta sobre las consecuencias de esta conducta, generalmente el individuo refiere una sensación de alivio inmediato, incluso pudiéndose asociar a un patrón de comportamiento de tipo adictivo cuando

este aparece con frecuencia asociado a urgencia y ansias de realizarlo. Las heridas infligidas pueden hacerse más profundas y numerosas (American Psychiatric Association, 2014; Mollá *et al.*, 2015).

Los métodos más frecuentes para hacerse daño son: cuchillo, aguja, u otro objeto afilado, y las zonas corporales más comunes son la región frontal anterior de los muslos y la cara dorsal del antebrazo. Es común observar una serie de cortes superficiales paralelos separados por 1 o 2 centímetros en una localización visible o accesible. Los cortes resultantes a menudo sangrarán y finalmente dejarán un patrón de cicatrices característico (American Psychiatric Association, 2014).

Otros métodos utilizados son clavar una aguja o la punta de un cuchillo afilado en una determinada zona, realizar una quemadura superficial con una colilla de cigarro encendida, o quemar la piel frotándola de manera repetida (American Psychiatric Association, 2014).

La gran mayoría de individuos que se producen autolesiones no suicidas no buscan asistencia clínica, y la prevalencia en muestras no clínicas es del 13 - 28% (Mollá *et al.*, 2015), lo cual lo sitúa como un problema importante que muchas veces puede pasar desapercibido.

## APEGO

La teoría del apego (Bowlby, 1976, 1979, 1995) se concibe como la tendencia de los humanos a generar vínculos afectivos sólidos con determinadas personas a través de la vida. Constituyéndose en la actualidad como una de las teorías más influyentes en el campo de la psicología y las neurociencias (Oliva, 2004; Schore, 1997, 2001).

A partir de evidencia empírica se ha demostrado que el apego gestado en la primera infancia tiene gran incidencia en la forma en que se crean vínculos con otras personas en la edad adulta, influyendo en las relaciones interpersonales significativas, así como en su bienestar o ajuste socioemocional (Bowlby, 1976, 1979).

Algunos puntos fundamentales de la inicial teoría de Bowlby, que son claves para entender el comportamiento vincular de los seres humanos, son: la teoría del apego toma en cuenta la tendencia a formar íntimos lazos emocionales con personas específicas; es parte de un componente básico de los seres humanos persistente a lo largo de la vida adulta, hasta la vejez; en la infancia dichos lazos se desarrollan con el cuidador principal, que es generalmente la madre, al que se acude en busca de cuidado, consuelo y apoyo; y durante la adolescencia y la adultez estos lazos se mantienen, pero son complementados con nuevos vínculos (Oliva, 2004).

Las experiencias de los infantes con sus cuidadores principales poseen un rol fundamental a la hora

de entender las capacidades de establecer vínculos afectivos. Así Bowlby (1995) conceptualiza el *internal working model* o modelo interno operante, definido como una representación mental de sí mismo y de las relaciones con los otros, que permiten anticipar, interpretar y responder a la conducta de sus figuras de apego, integrando experiencias presentes y pasadas en esquemas cognitivos y emocionales, a partir de las relaciones con las figuras de apego, elemento fundamental para entender el apego en adultos (West, Rose, Spreng, Sheldon-Keller y Adam, 1998).

Los sujetos construyen modelos internos operantes (MIO) del mundo y de sí mismos, los MIO del mundo contribuyen a identificar quiénes son las figuras de apego, dónde se pueden encontrar y cómo pueden responder; así los MIO de sí mismo poseen como característica principal la de concebir cuán aceptable o inaceptable se es ante la figura de apego (Bowlby, 1976).

Los MIO permiten integrar las experiencias pasadas y presentes junto con los esquemas cognitivos relacionados con dichas experiencias, constituyéndose dichos modelos como un sistema interno de creencias que permite a los niños predecir e interpretar el comportamiento de sus figuras de apego. Estos modelos se añaden a la estructura de la personalidad y proveen un prototipo para las relaciones posteriores (Bowlby, 1979).

Una vez adquiridos y formados los MIO, estos funcionan de manera automática, ya que se encuentran fuera del plano consciente. De esta manera, los modelos se van complementando con la nueva información que va adquiriendo el niño a través de su experiencia (Yárnoz, Alonso-Arbiol, Plazaola y De Murieta, 2001) elemento primordial si se trata de entender el apego en otras etapas de la vida.

### Tipos de apego

En los años 1970 Ainsworth (Lecannelier, 2009; Oliva, 2004), diseñó una situación experimental, "la situación del extraño", para poder examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración bajo condiciones de estrés. La situación del extraño o situación extraña es una situación de laboratorio de unos veinte minutos de duración con ocho episodios. Cuidadora y niño son introducidos en una sala de juego en la que se incorpora una persona desconocida. Mientras esta persona juega con el niño, la madre sale de la habitación dejando al niño con esta. La madre regresa y vuelve a salir, esta vez con la desconocida, dejando al niño completamente solo. Finalmente regresan la madre y la persona extraña. Ainsworth encontró que los niños exploraban

y jugaban más en presencia de su madre, y que esta conducta disminuía cuando entraba la desconocida y, sobre todo, cuando salía la madre (Lecannelier, 2009; Oliva, 2004). Con base en esos experimentos se determinaron tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos tipos de apego:

- Apego seguro (B), aquel donde los niños utilizan a sus madres como base segura para la exploración mediante la alternancia de conductas proximidad-alejamiento, que cuando la madre se aleja se muestra afectado, disminuyendo la exploración inhibiéndose más que llorando, buscando el contacto con la madre al reencuentro, sintiéndose reconfortado por ella y volviendo a su actividad de juego (Krstic, 2014; Lecannelier, 2009; Oliva, 2004).
- Apego inseguro evitativo (A), se caracteriza por niños muy activos con los objetos, pero que se comportan con independencia del cuidador, sin utilizarlo como base segura y tendiendo a ignorar en la exploración, a su vez no se muestran afectados por la partida de la madre ni muestran intención de buscar su proximidad ante el encuentro, mostrando más bien interés por estar solos, incluso rechazan algún tipo de acercamiento (Krstic, 2014; Lecannelier, 2009; Oliva, 2004).
- Apego inseguro ambivalente (C) o resistente, es común en niños que no interactúan demasiado con la figura de apego o que por otro lado muestran conductas tanto de rechazo como de aproximación hacia el cuidador, tienden a estallar en llanto ante la partida de la madre, viéndose muy angustiados, pero después comportándose pasivos y no buscan el encuentro, ni aceptan el contacto, siendo muy difíciles de calmar, por lo que la figura de apego no actúa como base segura (Cassidy y Shaver, 2008; Krstic, 2014; Lecannelier, 2009; Oliva, 2004).

Finalmente otras investigaciones (Main y Solomon, 1990), plantean la existencia de una cuarta clasificación, el apego desorganizado (D), en el que se clasifican aquellos niños que no pueden ser clasificados en ninguna de las tres clasificaciones de Ainsworth, la cual hace referencia a un sinnúmero de conductas bizarras, desorientadas y desorganizadas en la presencia del cuidador; en este sentido el infante pierde el sentido del sistema de apego, en cuanto su conducta no tiene lógica (Lecannelier, 2009).

Existen diversos modelos que buscan explicar cómo el estilo de apego influye en distintos trastornos de salud mental, en este apartado se considerará el Modelo Maduracional Dinámico (DMM por sus siglas en

inglés) (Crittenden, 2006), en dicho modelo el apego es una teoría acerca de protegerse a sí mismo y a la propia prole del peligro, además de encontrar un compañero o compañera para reproducirse (Crittenden, 1995 en Crittenden, 2006).

Desde este modelo el apego debe ser entendido como una interacción dinámica y flexible, susceptible de sufrir modificaciones y cambios según los eventos ambientales, variables neurobiológicas y culturales, y estados de maduración a lo largo del ciclo vital.

La base de este modelo trae cambios en la conceptualización, pues describe el tipo de apego seguro o balanceado (B), pero reconceptualiza el tipo de apego evitativo como defensivo (A) y el ambivalente/resistente como coercitivo (C), y agrega la categoría de estrategias defensivas y coercitivas simultáneas (A/C) y ansiosos-depresivos (AD) (Canton y Cortés en Kristic, 2014), definiendo subtipos para cada categoría.

Así el modelo se sustenta en que los patrones ABC (Evitativo, Balanceado y Coercitivo) se agrupan en torno al funcionamiento psicológico que los niños despliegan en dos dimensiones. La primera está determinada por la fuente de información que utiliza el niño, siendo esta de orden cognitivo (estructuras precorticales que logran procesar estímulos por su orden temporal) o de orden afectivo (procesamiento de sentimientos que tienen que ver con el malestar o bienestar de acuerdo con su baja o alta activación, intensidad o la novedad de los estímulos) (Crittenden y Miró, 2002).

La segunda se organiza de acuerdo con el grado de integración que el niño hace de ambos tipos de información, dando cuenta que a mayor integración es probable que se observen patrones de apego seguros, donde la información afectiva y cognitiva es utilizada de manera flexible, mientras que a menor integración se pueden apreciar apegos inseguros, donde la información está marcada por las distorsiones cognitivas o la falsificación afectiva que lleva a la psicopatología.

### Apego adolescente

Existe evidencia para plantear que las relaciones y estilos de apego gestados en la infancia impactan todo el ciclo vital del ser humano, desde su adolescencia hasta su adultez, pues el vínculo que se establece entre niños y cuidadores predice la calidad del desarrollo intrapersonal e interpersonal (Balabanian *et al.*, 2014; Feeney y Noller, 2001; Guzmán y Contreras, 2012; Oros, Vargas y Krumm, 2014).

El apego influye durante todo el ciclo vital, mediante la progresiva internalización de la relación como modelo interno operante. De esta forma diferentes

experiencias en el vínculo primario se reflejarían en diferentes expectativas acerca de la disponibilidad del cuidador, el sí mismo y la forma de ver las relaciones sociales y el mundo, siendo los estilos de apego construidos en la infancia en gran medida un predictor sobre los procesos vinculares posteriores (Balabanian *et al.*, 2014; Feeney y Noller, 2001; Guzmán y Contreras, 2012; Oros *et al.*, 2014).

Así la conducta de apego no estaría limitada únicamente a la infancia temprana, pues aunque con menor frecuencia en la adolescencia y adultez se activaría en estados de estrés, ansiedad o angustia (Balabanian *et al.*, 2014; Bowlby, 1995; Feeney y Noller, 2001), todo esto llevado a la adolescencia si se considera el panorama en que si un adolescente en el exterior siente estrés, al volver tendrá la certeza de que será contenido emocionalmente, tranquilizado y reconfortado, lo que tiene relación con la premisa de que las personas pueden desarrollarse óptimamente cuando tienen la seguridad de que al menos una persona en la que confían acudirá en su ayuda al momento de necesitarlo (Bowlby, 1979).

El apego en este periodo puede ser considerado como una organización global, única e integrada que surge de la reflexión sobre las experiencias relacionales previas, manteniéndose más o menos estable y siendo capaz de predecir el comportamiento del adolescente dentro y fuera de la familia (Oliva, 2011).

Considerando que durante la adolescencia aumentan la búsqueda de libertad y autonomía, lo cual conlleva un sinnúmero de discusiones entre adolescentes y sus cuidadores, estos comienzan a distanciarse afectivamente de ellos, mostrando rechazo y disminuyendo demostraciones de cariño. No obstante, los padres siguen siendo las figuras primarias de apego, quienes al brindarle el apoyo y la disponibilidad necesaria podrán generar una base estable y segura para que estos formen su personalidad, y a su vez puedan adquirir estrategias que fomenten su propia seguridad (Balabanian *et al.*, 2014; Oliva, 2011); de esta forma cuando los adolescentes tienen seguridad de que sus padres se encuentran disponibles y se les muestra apoyo podrán explorar libremente al igual que en la situación extraña (Oliva, 2004).

Una investigación en adolescentes y apego (Kovak y Sceery, 1988) plantea que cuando los pares evalúan a sujetos con apego seguro aprecian menores índices de ansiedad en comparación con grupos con apego inseguro, además de índices más bajos de hostilidad en el estilo evitativo. A su vez el reporte de los sujetos con apego seguro involucraba menos estrés.

Mikulincer, Shaver y Pereg (2003 en Garrido-Rojas, 2006), plantean que en el estilo seguro existe baja ansiedad y evitación, seguridad en el apego, comodidad

con la cercanía y con la interdependencia, y confianza en la búsqueda de apoyo y otros medios constructivos de afrontamiento al estrés.

## AUTOLESIONES, APEGO Y SALUD MENTAL

Es pertinente revisar cuál es la relación específica entre los estilos de apego y la salud mental, pues los adolescentes que presentan un apego seguro tienden a ser más abiertos, autónomos y socialmente aceptados, presentan menos sintomatología depresiva, menos conductas delictivas y, en general, niveles más bajos de psicopatología (Allen *et al.*, 1998; Allen, Porter, McFarland, McElhaney y Marsh, 2007; Scott Brown y Wright, 2003 en Camps-Pons *et al.*, 2014), y por otro lado quienes se clasifican dentro de los apegos de tipo inseguro se caracterizan por presentar mayor sintomatología ansiosa y depresiva, dificultades en sus relaciones y adaptación, así como un mayor riesgo de presentar trastornos psicopatológicos (depresión, problemas de conducta, suicidio, dependencia emocional, etc.) (Allen, Hauser y Borman-Spurrell, 1996; Allen *et al.*, 2007; Fonagy *et al.*, 1996; Keskin y Çam, 2010; McLewin y Muller, 2006; Muller, Lemieux y Sicoli, 2001; Scott Brown y Wright, 2003; Soares y Dias, 2007 en Camps-Pons *et al.*, 2014).

Las relaciones de apego inseguro desorganizado se han propuesto como un factor de vulnerabilidad que predispone a los niños a una desregulación emocional, tendencias suicidas y síntomas asociados a trastorno de personalidad borderline al momento de llegar a la adolescencia (Lyons-Ruth, Bureau, Holmes, Easterbrooks y Brooks, 2012), y si se considera la alta prevalencia de conductas autolesivas en sujetos víctimas de maltrato o aquellos que vivencian experiencias traumáticas en sus infancias, en conjunto con la clara afectación en torno a su sistema de apego (Lyons-Ruth, 2010), es relevante poder abordar estas dimensiones en población no clínica, pues se podrán establecer factores de riesgo y protectores para futuras derivaciones o intervenciones en aquellos casos pesquisados.

Se plantea que aquellos adolescentes que se autolesionan tienden a tener vínculos de apego inseguros con los padres y sus cuidadores, en contraste con aquellos que no se autolesionan (Hallab y Covic, 2010), lo que concuerda con que el apego inseguro está asociado a la dificultad de regular las emociones y a la participación en conductas de riesgo como las autolesiones. Además de las relaciones específicas entre apego inseguro con depresión, ansiedad y estrés (Hallab y Covic, 2010; Sawicka, Osuchowska, Kosznik y Meder, 2009; Wichstrom, 2009 en Teague-Palmieri y Gutierrez, 2016).

Kassel, Warldle y Roberts (2006 en Teague-Palmieri y Gutierrez, 2016) plantean que aquellos sujetos con apego inseguro pueden carecer de las habilidades necesarias para formar relaciones sociales saludables y, a su vez, las interacciones sociales pueden causar angustia o ansiedad. Además las personas con vínculos inseguros pueden ser menos propensas a participar en relaciones de apoyo y en relaciones con otros pares, y pueden recurrir a las autolesiones durante momentos de estrés o dolor, por lo que la presencia de experiencias traumáticas podría relacionarse con dichas formas de regulación emocional en aquellos con apegos de tipo inseguro.

Otros estudios plantean que las autolesiones no suicidas son utilizadas principalmente para regular emociones (Klonsky, 2007, 2009) y que la capacidad reguladora de las emociones se desarrollaría en el contexto de la calidad de las relaciones de apego, así el riesgo de presentar autolesiones no suicidas aumentaría como resultado de las dificultades del apego (Tatnell, Hasking y Newman, 2017).

Aquellas personas que se autolesionan son más propensas a fuertes y frecuentes emociones negativas, reportando acceso limitado a otras estrategias más adaptativas para sentirse mejor, por lo que podrían depender de las autolesiones para cambiar estados de ánimo emocionales no deseados (Victor y Klonsky, 2014). En esta misma investigación los individuos que se autolesionan informan que carecen de estrategias alternativas para regular sus emociones. En este sentido las experiencias tempranas y las capacidades de regulación actuales aumentan el riesgo de cometer autolesiones (Tatnell *et al.*, 2017). A la vez, se plantea que los déficits en los cuidados familiares ponen al individuo en riesgo de involucrarse en medios menos óptimos para regular sus emociones, lo que incluye las autolesiones no suicidas (Martin *et al.*, 2016).

Respecto a la forma en que expresan sus emociones las personas con estilo de apego ambivalente, estos tienden a intensificar su expresión emocional (Mikulincer y Shaver, 2007 en Espinosa, 2015), y por lo tanto una forma de intensificar su expresión emocional podría ser mediante la presencia de autolesiones.

Es necesario considerar la pertinencia de abordar el constructo del apego en población adolescente como elemento clave al momento de comprender la presencia de sintomatología de todo orden, como ansiedad, estrés, depresión, etc., así como la presencia de diversas conductas negativas como evitación, aislamiento, enojo, desregulación emocional, las cuales mal manejadas pueden llevar a actuar de forma arriesgada aumentando la posibilidad de autolesionarse y, por lo tanto, aumentar el riesgo de suicidio.

Con respecto al proceso terapéutico es necesario mencionar que los estilos de apego no son rígidos, por lo que es posible que una persona pueda modificar su estilo relacional y la manera de experimentar la intimidad y la proximidad (Lossa, 2015). De hecho, se ha planteado que la aplicación de la teoría del apego es útil para entender la relación terapéutica, pues la psicoterapia se puede considerar una relación de apego correctiva limitada en el tiempo y considerando al self como proceso organizador continuo (Guidano, 1994). Los psicoterapeutas funcionan como figuras de apego sustitutas en aquellos pacientes que buscan protección respecto a una amenaza percibida por el self, proporcionando una base segura para la exploración de experiencias anteriores (Crittenden, 2000)

Lo anterior se suma a la premisa de que las figuras de apego posibilitan la construcción de un modelo de mundo y de sí mismo en función del desarrollo cognitivo y afectivo del sujeto, que permite actuar, comprender la realidad y anticipar el futuro en relación con el establecimiento de metas. Dichos modelos de realidad son estructuras cognitivas que forman modelos representacionales del mundo, siendo la única forma que tiene el individuo para establecer relación con este, por lo que las construcciones autorreferenciales recíprocas con la imagen de la persona significativa permiten estabilizar y desarrollar la dinámica relacional. Así en la terapia se puede proporcionar herramientas de análisis y autoobservación para lograr un reordenamiento gradual de la experiencia personal, guiando el proceso de reorganización (Guidano, 1994).

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales : DSM-5. Editorial Médica Panamericana
- Baetens I, Claes L, Onghena P, Grietens H, Van Leeuwen K, Pieters C, ... Griffith JW (2014). Non-suicidal self-injury in adolescence: A longitudinal study of the relationship between NSSI, psychological distress and perceived parenting. *Journal of Adolescence* 37(6), 817-826. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.05.010>
- Balabanian C, Lemos V, Vargas J (2014). Estudio psicométrico del Cuestionario de Apego Parental de Kenny en adolescentes argentinos 6896, 227-235
- Bowlby J (1976). El apego y la pérdida, Vol. 2: La separación afectiva. (Paidós, Ed.) (Paidós). Barcelona
- Bowlby J (1979). Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. (Morata, Ed.). Madrid
- Bowlby J (1995). Una base segura (Paidós). Barcelona
- Camps-Pons S, Castillo-Garayoá, J. A., & Cifre I (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clinica y Salud* 25(1), 67-74. [https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(14\)70028-3](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(14)70028-3)
- Cassidy J, Shaver P (2008). Handbook of Attachment (The Guilford)
- Crittenden y Miró. (2002). Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego. Recuperado a partir de <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=Crittenden%2C+P.+M.+%282002%29+Nuevas+Implicaciones+Clínicas+de+la+Teoría+del+Apego.&btnG=&lr=>
- Crittenden P (2000). Moldear la arcilla. El proceso de construcción del self y su relación con la psicoterapia. *Psicoterapia*, (41), 67-82
- Crittenden P (2006). A Dynamic-Maturational Model of Attachment MODELO DINÁMICO-MADURACIONAL DEL APEGO. *ANZJFT*, 27(2). Recuperado a partir de <http://familyrelationsinstitute.org/include/espanol/docs/modelo-dinamico.pdf>
- Echavarrí O, Manio M, Fischman R, Morales S, Barros J (2015). Centro de Políticas Públicas UC. Temas de la agenda Pública. Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. Centro de políticas públicas 14. Recuperado a partir de <http://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/07/N°-79-Aumento-sostenido-del-suicidio-en-Chile.pdf>
- Espinosa C (2015). Rol de la Teoría de Apego como Factor de Cambio en la Gestión Terapéutica desde el Enfoque Constructivista Cognitivo. Tesis para optar al grado de magister. Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Posgrado
- Favazza AR (1996). Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry. Johns Hopkins University Press. Recuperado a partir de [https://books.google.cl/books/about/Bodies\\_Under\\_Siege.html?id=BwQT9fdZNdgC&redir\\_esc=y](https://books.google.cl/books/about/Bodies_Under_Siege.html?id=BwQT9fdZNdgC&redir_esc=y)
- Feeney & Noller (2001). Apego adulto (Desclee de). Bilbao
- Friás Á, Vázquez M, Del Real A, Sánchez C, Giné E (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace (March), 33-48
- Garrido-Rojas L (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología* 38(3), 493-507
- Gratz KL (2003). Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review 192-205. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg022>
- Guidano VF (1994). El sí mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva posracionalista. (Ediciones). Barcelona
- Guzmán M, Contreras P (2012). Estilos de Apego en Relaciones de Pareja y su Asociación con la Satisfacción Marital. *Psyke (Santiago)*, 21, 69-82. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282012000100005>
- Hallab L, Covic T (2010). Deliberate Self-Harm: The Interplay Between Attachment and Stress. *Behaviour Change* 27(02), 93-103. <https://doi.org/10.1375/bech.27.2.93>
- Hawton K, Harriss L (2007). Deliberate Self-Harm in Young People. *doi.org*, (10), 1574-1583. <https://doi.org/10.4088/jcp.v68n1017>
- Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ (Clinical research ed.)*, 325(7374), 1207-11. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12446536>
- Klonsky ED (2007). The functions of deliberate self-injury : A review of the evidence 27(August 2006), 226-239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Klonsky ED (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research* 166(2-3), 260-268. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.02.008>

26. Kovak R, Sceery A (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation and representations of self and others. *Child Development* 59, 135-146
27. Kristic A (2014). Patrones de apego y representaciones parentales en diadas con niños preescolares entre 2 y 5 años, de ambos sexos, que presentan Síndrome de Prader-WILL. Universidad de Chile
28. Lecannelier F (2009). Apego e Intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Segunda parte: La teoría del Apego (LOM Ediciones). Santiago de Chile
29. Lossa L (2015). Terapia dialéctica conductual grupal en el trastorno límite de la personalidad: Apego, Alianza terapéutica y mejora sintomática. Universidad Ramon Llull
30. Lyons-Ruth K (2010). Repercusiones clínicas de los trastornos de las relaciones de apego desde la infancia a la adolescencia. *Clinica e Investigación Relacional* 4(2), 340-356
31. Lyons-Ruth K, Bureau JF, Holmes B, Easterbrooks A, Brooks NH (2012). Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: Prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Research* 206(2-3), 273-281. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.030>
32. Main M, Solomon J (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. University of Chicago Press. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1990-98514-004>
33. Martin J, Bureau J, Yurkowski K, Fournier T, Lafontaine M, Cloutier P (2016). Family-based risk factors for non-suicidal self-injury: Considering influences of maltreatment, adverse family-life experiences, and parent-child relational risk. *Journal of Adolescence* 49, 170-180. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.03.015>
34. Mendez-Bustos P, López-Castroman J, Baca-García E, Ceverino A (2013). Life cycle and suicidal behavior among women. *TheScientificWorldJournal* 2013, 485851. <https://doi.org/10.1155/2013/485851>
35. Mollá L, Vila, S. B., Treen D, López J, Sanz N, Martín LM, ... Bulbena A (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: Revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 20(1), 51-61. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408>
36. Nader A, Morales AM (2011). Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología. Publicación Oficial de la Revista Chilena de Psiquiatría Neurología Infancia Adolescencia, 22(1), 28-46. Recuperado a partir de [http://www.sopnia.com/boletines/Revista SOPNIA 2012-1.pdf#page=50](http://www.sopnia.com/boletines/Revista_SOPNIA_2012-1.pdf#page=50)
37. Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: A population-based survey. *Cmaj* 178(3), 306-312. <https://doi.org/10.1503/cmaj.061693>
38. Nock MK (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology* 6(1), 339-363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
39. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research* 144(1), 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
40. Oliva A (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y adolescente* 4(1), 65-81. Recuperado a partir de <http://chitita.uta.cl/cursos/2012-1/0000636/recursos/r-9.pdf>
41. Oliva A (2011). Apego en la adolescencia. Attachment during adolescence. *Acción psicológica* 8(2), 55-65. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1695-2\\_4](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1695-2_4)
42. Organización Mundial de la Salud-OMS. (2015). Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). WHO, 1-108. Recuperado a partir de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/#.WTgRhEw4APg.mendeley&title=Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente \(2016-2030\)&description=La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/#.WTgRhEw4APg.mendeley&title=Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)&description=La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer)
43. Oros J, Vargas J, Krumm G (2014). Parentalidad y emociones positivas durante la niñez. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 60, 25-35
44. Ougrin D, & Boege I (2013). Brief report: The self harm questionnaire: A new tool designed to improve identification of self harm in adolescents. *Journal of Adolescence* 36(1), 221-225. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.09.006>
45. Rojas C (2016). Autocortes: Una corporización de lo no dicho
46. Schore A (1997). Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and psychopathology* 9(4), 595-631. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001363>
47. Schore A (2001). Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal Michigan Association for Infant Mental Health* 22(2), 7-66
48. Tatnell R, Hasking P, Newman L (2017). Multiple mediation modelling exploring relationships between specific aspects of attachment, emotion regulation, and non-suicidal self-injury. *Australian Journal of Psychology*, (November 2016). <https://doi.org/10.1111/ajpy.12166>
49. Teague-Palmieri E, Gutierrez D (2016). Healing Together: Family Therapy Resource and Strategies for Increasing Attachment Security in Individuals Engaging in Nonsuicidal Self-Injury. *The Family Journal* 24(2), 157-163. <https://doi.org/10.1177/1066480716628629>
50. Victor SE, Klonsky ED (2014). Daily emotion in non-suicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology* 70(4), 364-375. <https://doi.org/10.1002/jclp.22037>
51. Villarreal JG, Jerez SC, Angélica Montenegro MM, Montes CA, Igor MM, Silva HI, ... Clínico P (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico Non suicidal self injuries in clinical practice. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 51(1), 38-45. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006>
52. Washburn JJ, Richardt SL, Styer DM, Gebhardt M, Juzwin KR, Yourek A, Aldridge D (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 6(1), 14. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-14>
53. West M, Rose, MS, Spreng S, Sheldon-Keller A, Adam K (1998). Adolescent attachment questionnaire: A brief assessment of attachment in adolescence. *Journal of Youth and adolescence* 27(5), 661-673. <https://doi.org/10.1023/A:1022891225542>
54. Whitlock J, Purington A, Gershkovich M (2017). Media, the Internet, and nonsuicidal self-injury. Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment., (May), 139-155. <https://doi.org/10.1037/11875-008>
55. Yáñez S, Alonso-Arbiol I, Plazaola M, de Murieta LMS (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de Psicología* 17, 159-170. Recuperado a partir de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2002-13780-002&lang=es&site=ehost-live%5Cnptpyayas@ss.ehu.es>

## PSIQUIATRÍA SOCIAL

# SALUD MENTAL DE MIGRANTES CONSULTANTES EN LA UNIDAD DE ENLACE PSIQUIÁTRICO DE UN HOSPITAL GENERAL: UN ANÁLISIS RETRO Y PROSPECTIVO

(Rev GPU 2018; 14; 2: 143-149)

Ramón Florenzano U<sup>1</sup>, Matilde Bortolaso G<sup>2</sup>, Mauricio Apablaza S<sup>3</sup>,  
Paulina Estay<sup>4</sup>, Pedro Bustos<sup>5</sup>, Krystal Lomeli<sup>6</sup>, Geraldine Puig<sup>7</sup>

**Introducción:** La salud mental de los migrantes en Chile ha sido investigada especialmente en el norte del país y en menor medida en la Región Metropolitana. **Objetivo:** Comparar retrospectivamente características sociodemográficas y clínicas de pacientes migrantes vistos por la Unidad de Enlace e Interconsultas del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador (SPHDS). **Métodos:** Se analizaron fichas clínicas de 651 individuos atendidos en el SPHDS entre enero y diciembre de 2017. Migrantes externos (de otros países) e internos procedentes de fuera de las comunas del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SMO) de Santiago de Chile fueron comparados con información de la población local. Se realizó un análisis exploratorio utilizando herramientas estadísticas; entre otras, test de medias y correlaciones. **Conclusiones:** Los inmigrantes externos e internos son el 3,4% y 30,3% de la muestra, respectivamente. Los migrantes presentan mayor tasa de femineidad, edad promedio, escolaridad y tasa de empleabilidad comparado con los pacientes del SMO. La demencia es menos frecuente en la población migrante. En cambio alcohol/drogas y demencia lo son en la población local. Los migrantes externos presentan una mayor tasa de suicidalidad comparados con el resto de la población. Los inmigrantes internos presentan mayor prevalencia de neurosis en comparación con la población SMO. Investigaciones futuras deben estudiar muestras con mayor población de inmigrantes externos.

<sup>1</sup> Facultad de Medicina Universidad de Chile. Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo. rflorenzano@gmail.com. 22037158

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

<sup>3</sup> Facultad de Gobierno, Universidad del Desarrollo.

<sup>4</sup> Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador.

<sup>5</sup> Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador.

<sup>6</sup> Facultad de Medicina Universidad de Chile.

<sup>7</sup> Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador.

## INTRODUCCIÓN

Las migraciones han sido estudiadas en diversos países y disciplinas como procesos psicosociales que involucran a variados sistemas en la vida del individuo. La migración es el proceso de cambio social donde un sujeto pasa de un contexto cultural a otro, con el propósito de establecerse en este, ya sea permanentemente o por un periodo prolongado (1).

Para Chile el proceso migratorio ha ido en aumento en los últimos treinta años, especialmente desde el 2001, donde el país se convirtió en uno de los principales destinos migratorios en las Américas. Así, en el año 2014 se estimó que un 2,3% de la población nacional, correspondería a migrantes, duplicando la cantidad que existía una década antes (2). Estudios más recientes sugieren que el número de migrantes alcanzaría el millón de personas correspondientes al 5,5% de la población nacional.

La mayor parte de la población migrante se ha asentado en la Región Metropolitana, y en menor medida en el norte del país (2). Esto sucedía hace una década: casi un 80% de la población migrante se establecía en la Región Metropolitana (3), lo que se mantiene en 2015: un 61,5% se asienta en esta Región, mientras que un 16,2% se instala en el norte del país (4). La mayor parte de la población migrante actual en Chile proviene de otros países sudamericanos, lo que ha aumentado en la última década (4).

El proceso migratorio es un desafío complejo para el ser humano, considerando que todo en su vida se modifica (5), existiendo una diferencia cualitativa en el tipo de migración, es decir, si fue forzada, voluntaria o pasiva (6). Se ha sugerido que este proceso genera un nivel de estrés (7) que podría afectar la salud mental (8-12).

La literatura especializada sugiere que la migración podría ser considerada como factor de riesgo para el desarrollo de patologías psiquiátricas (13), como la esquizofrenia (14) (5). En la misma línea, estudios europeos han reportado mayores tasas de esquizofrenia, suicidio, abuso de sustancias y riesgo de ansiedad y depresión en algunos grupos inmigrantes (5).

Los inmigrantes de primera generación, en especial los hombres, se encuentran en un mayor riesgo de sufrir algún trastorno anímico, comparado con los de segunda generación donde este riesgo parece no ser mayor que el de los nativos (15).

Otros estudios han sugerido que la prevalencia de patología psiquiátrica en población migrante es similar a la población general, e incluso menor (6, 8). Los recursos psicológicos individuales, redes de apoyo social

y proceso de aculturación son factores protectores significativos (8). Hay estudios que han reportado que se puede dar el efecto del "migrante sano", que implica que la salud de la población migrante es mejor que la de la población local, independiente de su situación socioeconómica, lo que se conoce como la "Paradoja Latina" (16, 17).

El objetivo de este estudio es analizar, documentar y contrastar las características sociodemográficas y clínicas de migrantes externos e internos utilizando las bases de datos de pacientes evaluados en interconsulta por la Unidad de Enlace del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador (SPHDS).

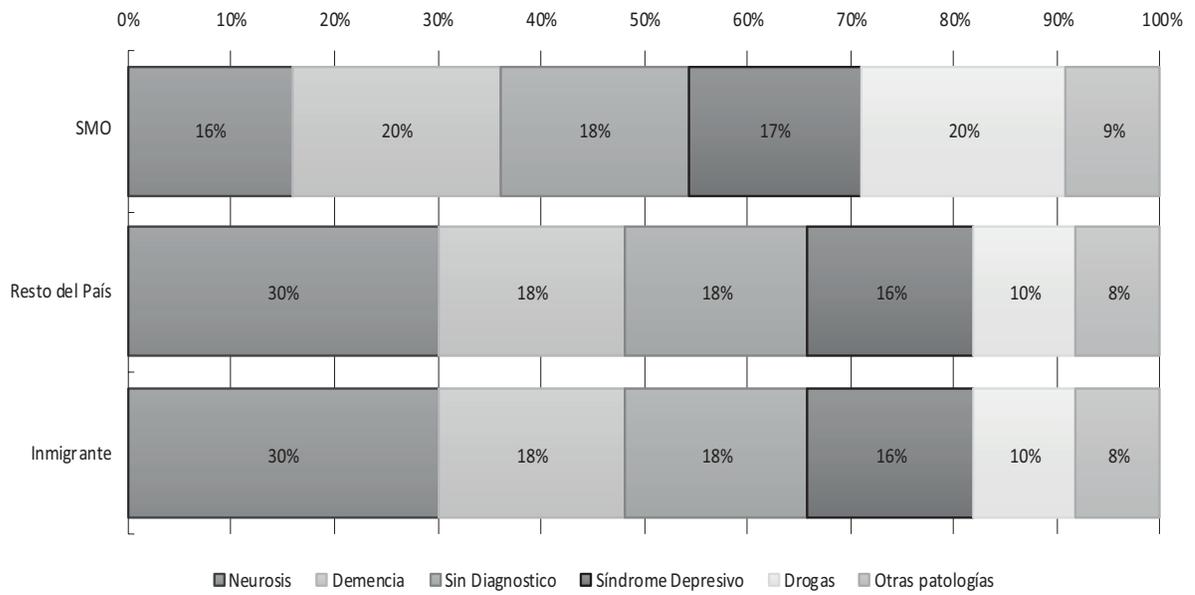
Otro objetivo es aportar a la discusión actual sobre el entendimiento del migrante y el desarrollo de políticas públicas asociadas al fenómeno de la migración, dado que la salud mental de los migrantes se ha vuelto un desafío actual importante para Chile: el creciente número de migrantes en las últimas décadas genera la necesidad de elaborar políticas públicas de salud preventivas y remediales.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizó información de pacientes atendidos en la unidad de enlace del SPHDS durante el periodo de abril-diciembre 2017. Se analizaron las características sociodemográficas y diagnósticos clínicos de 651 individuos de forma retrospectiva, de los cuales el 3,38% son migrantes. Los individuos fueron agrupados en tres categorías: residentes en la zona metropolitana oriente (Las Condes, Peñalolén, Macul, Ñuñoa, La Reina, Providencia, Lo Barnechea y Vitacura), residentes de otras comunas y migrantes. Se estimaron los años de escolaridad a nivel individual utilizando datos de nivel y último curso aprobado. Por último, se utilizó una metodología ad-hoc para categorizar los diagnósticos clínicos. En los casos que el código CIE-10 estaba disponible se utilizó dicha categoría. En los casos en que el diagnóstico no estuviera codificado, se generaron categorías consistentes.

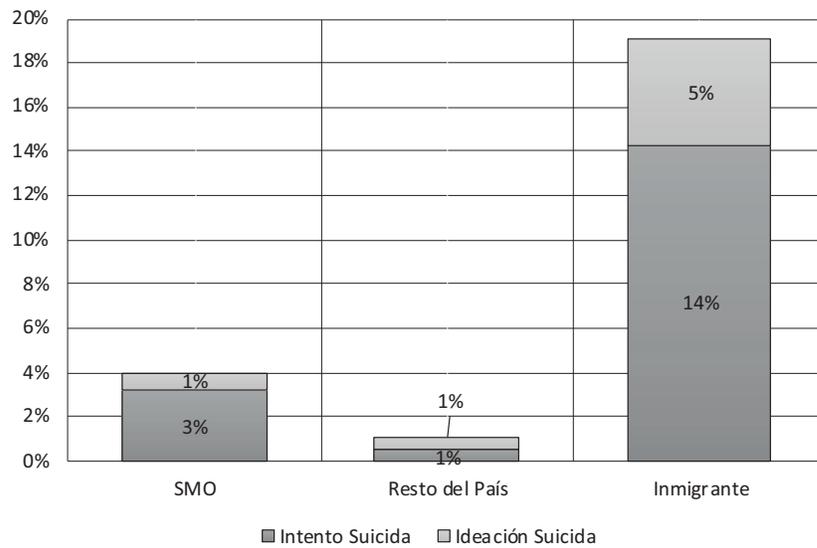
El análisis metodológico es exploratorio. Se utilizaron estadísticas descriptivas para reportar las principales características psicológicas de los individuos agrupados en las categorías previamente descritas. En el presente artículo se reportan proporciones (variables categóricas), medias (variables continuas) y tablas de contingencia (relaciones entre variables categóricas) para describir a la población nacional y migrante. Adicionalmente se utilizaron test de medias y proporciones para estimar la significancia de cada una de las variables analizadas (Wald's test y 2).

**Figura 1**  
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE



N total = 649. Servicio Metropolitano Oriente (SMO), N = 21. Resto del País, N = 431. Población inmigrante, N=197.

**Figura 2**  
SUICIDALIDAD EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE



N total = 649. Servicio Metropolitano Oriente (SMO), N = 21. Resto del País, N = 431. Población inmigrante, N=197.

**Tabla 1**  
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

	SMO			Resto del país			Inmigrante			Total		
	Obs.	Media	SD	Obs.	Media	SD	Obs.	Media	SD	Obs.	Media	SD
Tasa de Femenidad	432	0,50	0,50	197	0,49	0,50	22	0,59	0,50	651	0,50	0,50
Edad	432	55,30	17,50	196	50,23	18,14	22	41,09	11,90	650	53,30	17,82
Años de Escolaridad	399	11,50	4,09	177	11,94	3,56	17	12,35	2,55	593	11,66	3,90
Número de ocupados sobre la población total	432	0,42	0,49	197	0,45	0,50	22	0,64	0,49	651	0,44	0,50
Empleado en actividad agrícola	182	0,01	0,07	89	0,07	0,25	14	0,14	0,36	285	0,03	0,18
Empleado en actividad comercial	182	0,50	0,50	89	0,42	0,50	14	0,29	0,47	285	0,46	0,50
Empleado en actividad servicios	182	0,25	0,43	89	0,19	0,40	14	0,50	0,52	285	0,24	0,43
Empleado en otras actividades	182	0,25	0,43	89	0,33	0,47	14	0,07	0,27	285	0,26	0,44
Tiene Pareja (Casado o convive)	432	0,35	0,48	197	0,37	0,48	22	0,59	0,50	651	0,36	0,48
Vive con Familia (Nuclear, de origen o extendida)	432	0,78	0,42	197	0,72	0,45	22	0,77	0,43	651	0,76	0,43
Católico	432	0,48	0,50	197	0,43	0,50	22	0,59	0,50	651	0,47	0,50

N total = 649. Servicio Metropolitano Oriente (SMO), N = 21. Resto del País, N = 431. Población inmigrante, N=197.

**Tabla 2**  
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

	SMO			Resto del país			Inmigrante			Total		
	Obs.	Media	SD	Obs.	Media	SD	Obs.	Media	SD	Obs.	Media	SD
EJE V	431	0,52	0,13	194	0,54	0,14	22	0,59	0,12	647	0,53	0,14
Autolesión	413	0,02	0,15	193	0,01	0,07	20	0,10	0,31	626	0,02	0,14
Demencia	413	0,20	0,40	193	0,18	0,39	20	0,05	0,22	626	0,19	0,39
Drogas	413	0,20	0,40	193	0,10	0,30	20	0,05	0,22	626	0,16	0,37
Duelo Patológico	413	0,00	0,05	193	0,00	0,00	20	0,00	0,00	626	0,00	0,04
Esquizofrenia	413	0,04	0,20	193	0,03	0,16	20	0,00	0,00	626	0,04	0,18
Evaluación Competencias	413	0,00	0,07	193	0,01	0,07	20	0,00	0,00	626	0,00	0,07
Evaluación Pretx	413	0,01	0,10	193	0,04	0,20	20	0,00	0,00	626	0,02	0,14
Neurosis	413	0,16	0,37	193	0,30	0,46	20	0,30	0,47	626	0,21	0,41
Otros	413	0,01	0,10	193	0,01	0,07	20	0,00	0,00	626	0,01	0,09
Sin Diagnóstico	413	0,18	0,39	193	0,18	0,38	20	0,35	0,49	626	0,19	0,39
Síndrome Depresivo	413	0,17	0,37	193	0,16	0,37	20	0,15	0,37	626	0,16	0,37

N total = 649. Servicio Metropolitano Oriente (SMO), N = 21. Resto del País, N = 431. Población inmigrante, N=197.

**Tabla 3**  
SUICIDALIDAD EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

	SMO			Resto del país			Inmigrante			Total		
	Obs.	Media	SD	Obs.	Media	SD	Obs.	Media	SD	Obs.	Media	SD
Intento Suicida	431	0,03	0,18	197	0,01	0,07	21	0,14	0,36	649	0,03	0,16
Ideación Suicida	431	0,01	0,08	197	0,01	0,07	21	0,05	0,22	649	0,01	0,09

N total = 649. Servicio Metropolitano Oriente (SMO), N = 21. Resto del País, N = 431. Población inmigrante, N=197.

Para todos los análisis se utilizó el programa STATA SE v15. El nivel de significancia fue definido como  $p < 0,05$ .

El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital del Salvador.

## RESULTADOS

Se analizó una muestra de 651 pacientes de la unidad de enlace del Hospital del Salvador. Del total de la muestra ( $n=651$ ), un 66,4% ( $n=432$ ) son pacientes del SMO, un 30,3% ( $n=197$ ) son inmigrantes internos (provenientes del resto del país) y un 3,4% ( $n=22$ ) son inmigrantes externos (provenientes de otro país). La población inmigrante externa incluye países de origen como Perú, Venezuela, Bolivia, Colombia, Ecuador, Haití y Paraguay.

Se pudo observar que la edad promedio de la población total es de 53,3 años, siendo la de la población migrante externa (41,0) significativamente menor que la población local (53,7) (Tabla 1).

La tasa de femineidad de la población inmigrante (0,59) es mayor que la población local, (0,50 en SMO y 0,49 en el resto del país) La población inmigrante presenta una mayor tasa de escolaridad (12,35 en migrantes, 11,50 en SMO y 11,94 en el resto del país) (Tabla 1).

Se observó que las tasas de ocupación en migrantes (0,64) son mayores que en la población local (0,42 en SMO y 0,45 en el resto del país) (Tabla. 1). Como se puede observar en esa Tabla, la población migrante está principalmente ocupada en labores de servicio y agrícolas (0,50 y 0,14), mientras que la población local está principalmente ocupada en actividades comerciales (0,50 en SMO y 0,42 resto del país) y en otras actividades (0,25 en SMO y 0,33 el resto del país).

Se observa también que la mayoría de los inmigrantes tiene pareja (0,59), ya sea casado o conviviendo.

A la vez, se observa que tanto la población migrante como la local viven con familia, ya sea nuclear, de origen o extendida, no existen diferencias significativas

(0,78 en SMO; 0,72 en resto del país y 0,77 en inmigrantes) (Tabla. 1).

En relación con la religión, se observa que la población migrante es en su mayoría de religión católica (0,59).

Se puede observar que en la población inmigrante, existen tasas más altas de suicidalidad, ya sea ideación suicida (0,05) o intento de suicidio (0,14), en comparación con la población local (SMO 0,01 y 0,03; Resto del país 0,01 y 0,01) (Tabla 2).

En relación con el diagnóstico clínico, se pudo observar que la población migrante presenta menos diagnóstico de Demencia que la población local. Se observa que la población migrante presenta un promedio de 0,05 en dicho diagnóstico, mientras que SMO presenta un promedio de 0,20 y el resto del país un 0,18 (Tabla 2).

Se observó que la población local presenta un mayor promedio de abuso de sustancias que la población inmigrante. Así, en SMO, el promedio es de 0,20 y en el resto del país un 0,10, mientras que la población migrante presenta un promedio de 0,05 (Tabla 3). Las diferencias entre la población inmigrante y la local son significativas solo al 10%. Una vez restringida la población de 18 a 60, son significativas al 5%.

Por otro lado, se observa que tanto la población inmigrante como el resto del país presentan un promedio similar de diagnóstico de neurosis, a diferencia del SMO. Así, tanto en inmigrantes como en el resto del país, el promedio es de 0,30, mientras que en el SMO, es de un 0,16 (Tabla 3). Así, se observa una diferencia significativa entre los pacientes del SMO y el resto del país, pero no necesariamente con los pacientes inmigrantes.

## DISCUSIÓN

Se observó que la tasa de femineidad es mayor en la población inmigrante que en la local. En general, otros estudios han mostrado que efectivamente hay mayor presencia femenina que masculina en la población inmigrante; sin embargo, en este caso, la diferencia es mayor (4, 18-21). A la vez, las tasas de años de escola-

**Tabla 4**  
ANTECEDENTES, DERIVACIÓN Y TRATAMIENTO EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

	SMO			Resto del país			Inmigrante			Total		
	Obs.	Media	SD	Obs.	Media	SD	Obs.	Media	SD	Obs.	Media	SD
Sin antecedentes personales	432	0,28	0,45	197	0,35	0,48	22	0,50	0,51	651	0,31	0,46
Sin información sobre antecedentes personales	432	0,05	0,22	197	0,09	0,28	22	0,09	0,29	651	0,06	0,25
Con antecedentes personales	432	0,72	0,45	197	0,65	0,48	22	0,50	0,51	651	0,69	0,46
Sin antecedentes familiares	432	0,57	0,50	197	0,68	0,47	22	0,68	0,48	651	0,61	0,49
Sin información sobre antecedentes familiares	432	0,07	0,26	197	0,11	0,31	22	0,09	0,29	651	0,08	0,28
Con antecedentes familiares	432	0,43	0,50	197	0,32	0,47	22	0,32	0,48	651	0,39	0,49
Derivación SDE	432	0,75	0,43	197	0,83	0,38	22	0,82	0,39	651	0,78	0,42
Otra derivación	432	0,25	0,43	197	0,17	0,38	22	0,18	0,39	651	0,22	0,42
Tratamiento FTP	432	0,06	0,23	197	0,11	0,31	22	0,05	0,21	651	0,07	0,26
Tratamiento FT	432	0,56	0,50	197	0,53	0,50	22	0,36	0,49	651	0,55	0,50
Tratamiento PT	432	0,03	0,16	197	0,07	0,26	22	0,09	0,29	651	0,04	0,20
Tratamiento ST	432	0,35	0,48	197	0,29	0,45	22	0,50	0,51	651	0,34	0,47

N total = 649. Servicio Metropolitano Oriente, (SMO) N = 21. Resto del País, N = 431. Población inmigrante, N=197.

ridad son mayores en inmigrantes que en la población local, lo que es consistente con la literatura (4, 18-20).

También se pudo observar una mayor tasa de empleabilidad en la población inmigrante que en la local. Esto se podría asociar al grupo etario que conforma la población inmigrante, donde el promedio de edad es de 41,09 años, mientras que en la población local es de 50,23 y 55,30 en el resto del país y SMO respectivamente. Por lo tanto, se podría pensar que la población inmigrante pertenece a un grupo de personas que están aún en edad activa en términos laborales.

Considerando las diferencias en grupos etarios en las poblaciones estudiadas, es relevante asociarlo a las diferencias en el diagnóstico de demencia, ya que la población inmigrante es en promedio más joven que la local. Aun así, si bien existe una mayor prevalencia de demencia entre los nacionales, este es un tema que debe explorarse con más profundidad en nuevos estudios, con una muestra enriquecida de inmigrantes, para poder controlar el factor etario.

Existe una mayor prevalencia de neurosis en los pacientes que provienen de fuera de Santiago, es decir, los inmigrantes internos. Se observó una diferencia

significativa entre los pacientes del SSMO y el resto del país, sin embargo esto no necesariamente es así con los pacientes inmigrantes.

Esto es coherente con lo que plantea Urzúa al haber estudiado a la población migrante en el norte del país, donde sugiere que dicha población está expuesta a niveles de estrés más altos (11). Así como Butler *et al.* sugiere que el proceso migratorio expone al sujeto a niveles altos de estrés que podrían impactar la salud mental (8). Esto implica un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos, tales como el abuso de sustancias o neurosis, e incluso riesgo suicida.

Si bien el proceso migratorio somete al sujeto a altos niveles de estrés, se ha establecido que el tener recursos psicológicos individuales, redes de apoyo y el proceso de aculturación funcionan como factores protectores (8). Considerando esto, los resultados mostraron que los migrantes presentan una escolaridad y tasa de empleabilidad más alta comparada con los pacientes del SMO, lo que podría estar funcionando como factor protector para su salud mental. Esto se podría asociar a que los trastornos adaptativos son más frecuentes, mientras que el abuso de sustancias es mayor

en la población del SSMO. Aún así, la población migrante externa presenta mayores tasas de suicidalidad en comparación con la población local (Tabla 2).

Si bien se pudo observar diferencias en la prevalencia en neurosis, y tasas de suicidalidad, no se observaron mayores diferencias en términos de diagnóstico clínico, lo que se podría asociar con el fenómeno de la paradoja latina (16).

La principal debilidad metodológica de este estudio es el pequeño número de inmigrantes externos encontrados. Esto puede deberse a que los inmigrantes se hospitalicen menos, o que efectivamente tengan mejor salud mental que la población nacional en un servicio de salud pública. Esto se refleja en el tamaño de la muestra, la que debe ser mayor en investigaciones futuras. Sin embargo, estos son, para conocimiento de los autores, los primeros datos sobre salud mental en inmigrantes atendidos en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente de Santiago de Chile.

## REFERENCIAS

1. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2004; 109(4): 243-58
2. Rojas NS, C. La Migración en Chile: Breve Reporte y Caracterización. In: Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana MyD, editor. 2016
3. Rojas G. Diagnóstico y Factibilidad Global para la Implementación de Políticas Globales de Salud Mental para Inmigrantes de la Zona Norte de la Región Metropolitana. Universidad de Chile 2008
4. Rojas N, Silva C. La Migración en Chile: Breve Reporte y Caracterización. In: Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana MyD, editor. 2016
5. Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Haro-Abad JM, group Rot-MHiEw. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix I). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2005; 1(3)
6. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, *et al.* Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal* 2011; 183(12): E959-E67
7. Saura RM, Sunol R, Vallejo P, Lahoz S, Atxotegui J, El Manouari M. [Study of the healthcare background and psychosocial environment of the Maghrebian immigrant population in Catalonia [Spain]]. *Gac Sanit* 2008; 22(6): 547-54
8. Butler M, Warfa N, Khatib Y, Bhui K. Migration and common mental disorder: an improvement in mental health over time? *International review of psychiatry (Abingdon, England)* 2015; 27(1): 51-63
9. Collazos F, Qureshi A, Antonín M, Tomás-Sábado J. Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo* 2008; 29(3): 307-15
10. Loizate JA. Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Migraciones Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones* 2014(19): 27
11. Urzúa M A, Heredia B O, Caqueo-Úrizar A. Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Revista médica de Chile* 2016; 144: 563-70
12. Rodríguez-García-de-Cortázar A, Ruiz-Azarola A, Leralta-Piñán O, Jiménez-Pernett J, Oleaga-Usategui JI. Salud Pública (también) para las personas migrantes y refugiadas en Europa. *Gaceta Sanitaria* 2018; 32(2): 111-3
13. Martínez Moneo M, Martínez Larrea A. Patología psiquiátrica en el inmigrante. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2006; 29: 63-75
14. Cabrera SC, L. Migración como factor de riesgo para la esquizofrenia. *Revista Neuropsiquiatría* 2014; 77(2): 116-22
15. Alarcón M AM, Astudillo D P, Barrios C S, Rivas R E. Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista Médica de Chile* 2004; 132: 1109-14
16. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K. Testing the Latino paradox in Latin America: a population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. *Rev Med Chil* 2013; 141(10): 1255-65
17. Oliva J, Pérez G. [Immigration and health]. *Gac Sanit*. 2009; 23 Suppl 1: 1-3
18. Jiménez GA y Á. Salud Mental e Inmigración: nuevos desafíos para Chile. CIPER. 2014
19. Migración SEdDdEy. Migración en Chile 2005-2014. In: Pública MdlyS, editor. 2016
20. Stefoni C. Perfil Migratorio de Chile. In: (OIM) Olplm, editor. 2011
21. Jansa JM, García de Olalla P. [Health and immigration: new situations and challenges]. *Gac Sanit* 2004; 18 Suppl 1: 207-13

## ADICIONES

# EL ESTATUTO DEL CUERPO EN LAS TOXICOMANÍAS

(Rev GPU 2018; 14; 2: 150-159)

Patricia Romero Zúñiga<sup>1</sup>

El cuerpo en psicoanálisis se piensa desde la lógica libidinal, de manera que lo propiamente orgánico, lo biológico del cuerpo, se revela en íntima relación con la constitución psíquica del sujeto. Cuerpo y mente se constituyen mutuamente. La corriente psicoanalítica permite pensar a las toxicomanías desde una perspectiva diferente de la perspectiva biomédica, pues permite indagar en el padecer del toxicómano como un sufrimiento psíquico encarnado y padecido en ese doble cariz del yo: psíquico y somático. En la constitución narcisística del sujeto toxicómano cobran relevancia las primeras experiencias con la madre pues aquel primer vínculo es determinante en la forma que instala una economía libidinal del aparato psíquico, determinando las formas en que el sujeto experimentará tanto la satisfacción como el padecer. Esta primera vinculación, fundante del aparato psíquico, será determinante para la vivencia del yo en tanto cuerpo y psiquis. El pensamiento es, como veremos, una acción anclada fuertemente a lo corporal. La perspectiva psicoanalítica nos permite ahondar en las maneras en que en las toxicomanías se instala una vivencia yoica padeciente, alterando la capacidad de sentir placer y dolor, así como la posibilidad de simbolizar y de pensar el mundo externo e interno. El uso de la droga adquiere sentido, entonces, en la medida que encarna justamente una salida al padecer subjetivo que se aloja en el espacio real del cuerpo del sujeto. Se trata de una salida que responde tanto a la pulsión de muerte como a un aferramiento a la vida, configurando aquello que Pommier (2011) señala como “la clínica de lo extremo”.

## INTRODUCCIÓN

A continuación se realiza una reflexión acerca de cómo la noción de cuerpo humano que subyace al enfoque teórico de los tratantes puede determinar el acercamiento terapéutico y la rehabilitación en el campo de las toxicomanías. Inicialmente se realiza una

discusión crítica acerca de la noción de cuerpo orgánico y su concomitante terapéutico bajo el concepto de dependencias, para luego indagar en la noción de cuerpo erógeno propia del psicoanálisis, profundizando cómo aquello permite un acercamiento teórico y terapéutico diferente. Se plantea que en el campo de la rehabilitación este último permite salidas al padecer psíquico y

<sup>1</sup> Psicóloga Universidad Católica de Chile, Doctora © en Psicología, Universidad de Chile. Psicóloga clínica en Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Mail: promerozuniga@ug.uchile.cl

emocional del sujeto que trasciende el logro de la abstinencia, ubicando el espacio de la transferencia como el espacio privilegiado de intervención y a la simbolización como una de las tareas primordiales para la recuperación. Veremos cómo la corriente psicoanalítica nos permite pensar las toxicomanías en asociación a un padecer psíquico encarnado en el cuerpo, así como también articular el dolor corporal de la abstinencia y de la demanda de intervención en lo corporal del toxicómano a un dolor psíquico que no encuentra otra manera de simbolizarse. La toxicomanía encarna entonces un padecer, como también un esfuerzo por dejar de vivirlo. En este sentido, responde a una economía psíquica que, a su vez, responde a la pulsión de vida como a la de muerte.

### LA NOCIÓN DE CUERPO ORGÁNICO Y EL CONCEPTO DE DEPENDENCIA

Es posible afirmar que en la actualidad se alude a las problemáticas de consumo de sustancias generalmente desde el concepto de dependencia. Se trata de un concepto biomédico que, pese a tomar en consideración elementos propios de una perspectiva psicosocial, enfatiza como causa del fenómeno el efecto químico de la droga en el organismo. La "dependencia" (American Psychiatric Association, 2014) se define como la búsqueda e ingesta compulsiva de sustancias, a expensas de muchas otras actividades y a pesar de las consecuencias adversas. Se diagnostica a partir de la presencia de las denominadas "tolerancia" y "abstinencia"; es decir, cuando se presenta la necesidad de incrementar la cantidad de la sustancia con el fin de alcanzar la intoxicación o el efecto deseado, con lo que se deduce una clara disminución del efecto del tóxico si se mantiene el consumo de la misma cantidad de sustancia. Se define igualmente su presencia por la insistencia, declarada por el usuario, de síntomas primordialmente físicos y considerados propios a la detención brusca de la ingesta de la sustancia (American Psychiatric Association, 2002), por lo que se estima que el sujeto consumiría para aliviar o evitar esos molestos síntomas de abstinencia.

De esta manera, "el enfoque psiquiátrico de la Toxicomanía ... básicamente se lee desde el DSM-IV. El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV contempla la toxicomanía o drogodependencia como una categoría diagnóstica caracterizada por la presencia de signos y síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo ha perdido el control sobre el uso de sustancias psicoactivas y las sigue consumiendo, a pesar de sus consecuencias adversas (...) la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un

grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia" (Lora M. y Calderon C. 2010. pp. 159-162).

Tal como ha sido definido entonces, el concepto de dependencia instala a la intrusión del químico en el cuerpo del consumidor como el eje principal de la problemática. Se afirma que las personas que cursan este cuadro "presentan características en común, en todos los casos en que el consumo de sustancias se encontraría fuera de control y, por tanto, cumpliría criterios para dependencia de sustancias (DSM-IV y/o CIE-10) y el trastorno por dependencia de sustancias se manifestaría a través de una serie de indicadores tales como una vida en crisis, incapacidad para mantener la abstinencia, disfunción social e interpersonal y un estilo de vida antisocial" (Soto, 2011). Bajo esta lógica el sujeto, producto del uso de la sustancia y de los efectos de esta sobre el organismo, padecería en el ámbito social, personal, conductual, etc. Sería el uso o desuso de la droga aquello donde estaría el eje central de la problemática de la dependencia.

Es posible apreciar cómo esta definición articula la problemática del consumo de sustancias sobre una concepción primordialmente orgánica del cuerpo humano, pues en esta forma de entender el fenómeno serían los efectos químicos de la sustancia en el cuerpo los causantes del cambio del estilo de vida del consumidor y con ello los agentes del cambio de su ser en el mundo en toda la complejidad de su subjetividad. Se torna lógico pensar que bajo esta mirada la única salida posible se enmarca bajo el parámetro de la abstinencia, pues se trataría de una condición real del cuerpo.

Pese al uso habitual en la actualidad de este concepto y de esta forma de comprensión del fenómeno, la perspectiva psicoanalítica ha discutido este planteamiento destacando lo reduccionista de la visión que surge del concepto de dependencias y de esta forma de comprender el cuerpo, destacando cómo "la biologización del cuerpo en la vida moderna por la vía del discurso biomédico reduce el padecimiento del sujeto a una mera alteración del organismo" (Palma, 2007, pp. 220). Distintos planteamientos dentro del pensamiento analítico destacan que el problema de esta forma de acercamiento al fenómeno es que instala una lógica de pensamiento en la cual el padecer del sujeto consumidor será comprendido primordialmente desde el reconocimiento de lo humano en su condición biológica, en

desmedro de la evidente preponderancia del campo psíquico y afectivo (Del Solar, 2008; Palma, 2007; Lora M. y Calderon C. 2010). La particularidad del padecer psíquico, su ligazón a la historia personal, a la construcción del psiquismo, al devenir subjetivo, quedarán entonces en segundo plano. El padecer del sujeto será significado primordialmente bajo una lógica orgánica y la responsabilidad del “dependiente” en su padecer se minimizaría en este mismo sentido. De esta forma, al ser el toxicómano aprehendido primordialmente a la manera de un organismo, se genera de forma concomitante “un efecto de desubjetivación” (Le Poulichet, 1990, p. 35). Los cuestionamientos acerca del real padecer psíquico del sujeto quedarán suspendidos.

Y pese a este aparente reduccionismo al que nos conduce el concepto de dependencias, este mismo logra sin embargo resaltar un factor de suma importancia en el fenómenos de las toxicomanías; y es que la demanda del sujeto toxicómano se caracteriza por ser una demanda centrada en el uso o desuso de la sustancia y, más particularmente, en los efectos de su presencia o su ausencia sobre el cuerpo. Más allá que se lo proponga, el sujeto toxicómano solicita la abstinencia, idealizándola, pues demanda como cura una intervención en lo real del cuerpo. El toxicómano cierra su demanda al uso y desuso de la sustancia, y nos deleita en su discurso con miles de detalles acerca de su ingesta; generalmente aquello lo hace en desmedro de poder profundizar en la cualidad psíquica del padecer que le lleva a buscar la droga como salida y que en la dinámica adictiva se deja evidentemente entrever.

Sin negar que el concepto de dependencia y la noción biomédica de cuerpo orgánico logran una articulación relevante y necesaria de la problemática adictiva, pues permite una intervención atingente e indispensable en el plano médico, es igualmente relevante señalar que la comprensión del fenómeno amparada únicamente en el concepto de dependencia no logra dar cuenta a cabalidad del real padecer del sujeto inmerso en la dinámica de consumo y de su especificidad, y de forma concomitante no logra plantear un cambio y una salida a este malestar que trascienda el hecho de la abstinencia. El concepto de dependencia es una definición que pese a sus falencias logra, sin embargo, destacar el lugar protagónico que ocupa el cuerpo en el padecer del adicto.

Por tanto, ¿cómo abordar entonces el padecer del sujeto consumidor de sustancias de forma diferente, de manera tal de abordar la problemática toxicómana más allá del campo biomédico?; ¿cómo concebir el cuerpo humano para dar efectivamente cabida a otra manera de abordar el padecer del sujeto toxicómano?

## LA NOCIÓN DE CUERPO ERÓGENO

Resaltando el estatuto del cuerpo como algo que trasciende la condición orgánica del mismo, pero que está fuertemente anclado en aquel, la perspectiva psicoanalítica ha establecido el concepto de pulsión como eje principal para entender lo que denomina cuerpo erógeno. El psicoanálisis postula una concepción de cuerpo distinta del cuerpo biológico, que permite tal vez una comprensión más integral del fenómeno de la toxicomanía.

Señala Freud, en 1915, que la pulsión aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un “representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal” (Freud, 2007. pp. 121-122). Desde sus inicios el psicoanálisis traza un distinguo y una articulación entre lo somático, la entidad biológica y el cuerpo erógeno, que se relaciona en concordancia “con la investidura libidinal” (Green, 1990. pp. 107). Para esta perspectiva, la pulsión es el representante psíquico de la economía del cuerpo, se trata de una fuerza constante que insiste desde el interior del cuerpo (Freud, 2007). La pulsión, entonces, como resultado de la elaboración psíquica de la necesidad, conserva la potencia de lo propiamente biológico, la inmediatez de la necesidad; por otra parte, implica la articulación de una moción subjetiva simbólica que permitirá al sujeto la tramitación de la necesidad del cuerpo en el campo de la satisfacción y del placer, haciendo justamente que el sujeto acceda al campo de la demanda y el deseo. De esta manera, se construye el cuerpo como cuerpo propio en un único proceso, junto a la psiquis, en una articulación dinámica que tendrá por resultado la vivencia del yo en sus diferentes dimensiones.

En este camino, desde el inicio de la vida el sujeto instalará un circuito de satisfacción en torno a las experiencias de placer y displacer, donde el cuerpo se tornará erógeno gracias a que cada zona particular de su biología por la cual accede a una forma de placer marcará una vía y una forma de satisfacción privilegiada para él, predilecta, personal, subjetiva e íntima, lo que le permitirá transformar su cuerpo biológico y universal en un cuerpo propio y libidinal, erógeno, pulsional, personal y único. La primera experiencia de satisfacción resulta esencial en tanto desde Freud sabemos que marca una forma de satisfacción a la que el psiquismo tenderá a retornar una y otra vez; sabido es también que no se trata de una única y sola mítica experiencia, sino que la reiteración y sistematicidad de las experiencias

tempranas de satisfacción y dolor marcarán este camino de constitución del cuerpo, de la economía psíquica y del yo (Aceituno, 2010).

Como vemos, el cuerpo adquiere el carácter de asidero del yo únicamente en la medida que atraviesa un proceso psíquico; es decir, el cuerpo humano se constituye como tal porque la libido, en tanto representante psíquico del devenir orgánico, da al sujeto la posibilidad de erogenizar partes del cuerpo y formas de satisfacción, así como la facultad de constituirse como sujeto atravesado por el deseo y no por el instinto. El sujeto construye con su cuerpo entonces la primera experiencia de sí mismo, así como con posterioridad la imagen que lo representará como tal: yo.

El cuerpo se vuelve humano entonces en su anclaje con la psique, pero igualmente el psiquismo se configura como tal desde el formato que brinda la dinámica de la necesidad corporal. Tal como afirma Aulagnier (1994), en el origen del aparato psíquico el modelo que encuentra la psique para articularse y funcionar de manera coherente será el modelo del cuerpo. La actividad de representación en sus inicios utilizará un "pictograma que ignora la 'imagen de palabra' y posee como material exclusivo la 'imagen de cosa corporal'" (Castoriadis Aulagnier, 2010, pp. 16). La actividad de representación secundaria, fruto de esos significados que vivimos como consensuados y compartidos, se constituirá en el sujeto solo porque en los inicios de la vida y de la constitución del aparato psíquico se instala una base de funcionamiento cuya posibilidad de representación hace equivalente el procesamiento psíquico al trabajo de metabolización característico de la actividad orgánica (Castoriadis Aulagnier, 2010). A partir de ahí será la experiencia corporal guiada por el principio del placer aquello que permitirá la constitución tanto del aparato psíquico como de la configuración del yo.

De esta manera, las experiencias tempranas serán definitorias en la vivencia del cuerpo propio y del yo, así como también en la forma en que se posicionará el sujeto en torno al objeto de satisfacción y, posteriormente, de deseo. Como es posible vislumbrar, el objeto solo existirá como tal para el sujeto en la medida que participa de este proceso; tal como señala Green (2005b) enfatizamos "con Piera Aulagnier, el rol del par objeto-zona complementaria" (p. 97).

Cuerpo y mente están fuertemente entrelazados en su configuración, siendo finalmente indisociables. El yo no es más que eso, una mente que se reconoce en un cuerpo y un cuerpo que se vive bajo las formas de representación que logra el psiquismo. El cuerpo humano entonces implica un cuerpo cargado de afecto, un cuerpo libidinal y el sujeto solo puede pensar y sentir

bajo esos códigos. Tal como afirma Zuckerfeld y Zonis (2016): "El nivel de significado se corresponde con la noción de "cuerpo erógeno" e incluye el conjunto de representaciones inconscientes asociadas a otros vínculos intersubjetivos y a las vicisitudes del deseo.... Esto nos permite plantear la complejidad que implica... la existencia de un "cuerpo mentalizado" y la de una "mente corporizada" (Zuckerfeld y Zonis, 2016, p. 58).

Todo esto cobra relevancia, pues, tal como destaca Aulagnier (2010), en el campo del pensamiento solo será "pensable" bajo la lógica que creemos consensual y compartida, es decir, bajo la lógica del pensamiento hipotético deductivo, racional, o propio a lo que denominamos la representación secundaria, solo aquellos elementos que en una primera instancia lograron una precaria simbolización en el campo de la representación ligada fuertemente a lo corporal, aquello que la autora denomina lo originario. Todo lo que no fue posible de representarse en el aparato psíquico como un elemento simbólico arraigado fuertemente a la experiencia corporal, bajo la lógica de aquel soma que se descubre y simboliza únicamente por la experiencia de una vivencia erógena, una vivencia de placer, se vuelve imposible de representar en elementos del proceso secundario, del "pensamiento racional", quedando entonces fuera del campo de la simbolización, arraigado aún en los orígenes del cuerpo. Aulagnier (2010) señala categóricamente: "para la psique no existe información alguna que pueda ser separada de lo que llamaremos información libidinal" (p. 28).

Toda ruptura del equilibrio energético, todo aquello que es vivido como displacer, se sentirá primero como un desgarramiento, como un dolor y solo después, "*a posteriori*" del lenguaje, se designará como sufrimiento" (Castoriadis Aulagnier, 2010, p. 41). De esta manera, solo será posible de representar simbólicamente aquello que tiene una raíz libidinal en la experiencia subjetiva. Así, en torno a la configuración narcisística se define la forma de relación al mundo y finalmente lo que el sujeto creará como objetivo, todo aquello toma su cariz por este proceso. El pensamiento, así como el cuerpo propio, como vemos, implican un proceso libidinal. Entonces, cuando el sujeto ya adulto se enfrente a aquellos elementos que se han vuelto irrepresentables para él en el proceso secundario, retornará regresivamente a un funcionamiento de tipo más arcaico, buscando permitir al aparato psíquico una primera elaboración libidinal, anclada a lo corporal.

Lo que describo aquí es el proceso de constitución yoica, de elaboración de un campo representacional, afectivo y corporal, que evidentemente "requiere como condición que al trabajo de la psique del infans se le

añada la función de prótesis de la psique de la madre, prótesis que consideramos comparable al pecho, en cuanto extensión del cuerpo propio” (Castoriadis Aulagnier, 2010, pp. 37-38). Es decir, el logro de la constitución psíquica y corporal anclado en la unidad de un yo que se reconoce a sí mismo y a su devenir en continuidad, es solo posible gracias al auxilio del Otro fundamental que constituye la madre. Tal como afirma Aulagnier (2010): “la primera representación que la psique se forja de sí misma como actividad representante se realizará a través de la puesta en relación de los efectos originados en su doble encuentro con el cuerpo y con las producciones de la psique materna” (p. 31).

Así, la dimensión corporal como la psíquica se constituirán de forma entrelazada auxiliadas siempre por el Otro materno y su función maternante. El cuerpo se torna erógeno en tanto el intercambio con el Otro que satisface la necesidad es libidinal, el Otro materno marcará el cuerpo del infante con su dinámica inconsciente, permitiéndole (o no) el acceso al campo de la demanda y el deseo. A su vez, solo el Otro materno puede hacer que la experiencia de satisfacción se torne una experiencia libidinal. Es aquel que encarna la función de madre quien puede brindar de forma sostenida en el tiempo las experiencias de satisfacción suficientes y necesarias para que el infante introyecte el placer como la forma primordial de satisfacción del aparato psíquico, e instale una economía psíquica centrada en la satisfacción por vía del placer.

La primacía del placer en la economía psíquica, como podemos apreciar, no es un factor dado, sino un logro subjetivo asociado a la experiencia real con aquel Otro que en la primera infancia encarna la madre. Cada satisfacción de la pulsión parcial, en este tiempo inicial de la vida, conlleva no solo una experiencia de placer, sino que, por sobre todo, una experiencia de satisfacción total para el sujeto que le permite la articulación de un cuerpo vívido, armónico, integrado y total (Castoriadis Aulagnier, 2010). “La inscripción de las huellas de esta experiencia se conserva en el inconsciente para no desaparecer nunca” (Green, 2005b, p. 100). Cuando se instala la experiencia de placer como la vivencia predominante en la vida del sujeto, el yo, en tanto yo cuerpo, se vivirá de manera unificada y coherente. Se tornará pensable para sí mismo con cierta continuidad. En cambio, cuando falta esta experiencia sostenida en los primeros tiempos de la vida, el retorno a lo inanimado se articulará como la economía preponderante de la psique, pues se buscará como única forma de satisfacción la ausencia total de todo objeto que genere el deseo (Green, 2005a; Castoriadis Aulagnier, 2010). La satisfacción tomará entonces otras vías, y la vivencia

integral y continua del sujeto se verá fuertemente afectada. No todos los afectos o experiencias se tornarán “pensables”. He aquí el origen de diferentes vías de padecer subjetivo que se arraigan en esta doble faz del yo: psíquico y corporal.

Se nos revela claramente entonces cómo el yo es, tal como lo destaca Freud, esencialmente corporal (Freud, 2007). El yo compromete tanto al cuerpo erotizado como a la imagen especular, a la pulsión como a las identificaciones, en una dinámica que ha sido histórica y definida por un tránsito del sujeto en un camino de satisfacción e insatisfacción, de placer y displacer, donde las experiencias tempranas son definitivas, así como también lo son el discurso y cuidados maternos. El yo define sus límites en torno al cuerpo, se reconoce o no en él, su padecimiento encuentra en él un asidero real y a veces a la inversa, el padecer del cuerpo genera un dolor psíquico. Lo relevante a destacar es que el yo, al ser por esencia corporal, manifestará las fallas en su constitución en un padecer psíquico fuertemente intrincado a la relación con el cuerpo, ya sea en el campo de la imagen corporal, de la vivencia y sensación de placer y dolor, en el plano de las identificaciones, en el campo de la sexualidad, de la posición sexuada, en la relación del sujeto al objeto y/o en el campo de la economía libidinal, es decir, en todo aquello que constituye la vivencia basal del sujeto. También de manera importante, como hemos visto, en la posibilidad de simbolizar, de representar su devenir y su relación al mundo.

En palabras de Zuckerfeld y Zonis (2016): “este criterio de enraizamiento nos permite sostener la existencia de una “mente corporizada” descrita por Damasio (1994/2008) cuando escribe que “el cuerpo proporciona un *contenido* que es parte y envoltorio de las actividades de la mente normal” (p. 261) seguido de que “no se puede concebir la mente sin algún tipo de encarnación” (p. 269). Aquí es preciso señalar que en función de la complejidad antes mencionada, las modificaciones de funciones biológicas (...) afectan los funcionamientos psíquicos (...) además, planteamos que junto a esta mente corporizada existe un “cuerpo mentalizado” cuya expresión prínceps –la historia de conversión– permitió el descubrimiento freudiano de la represión y del inconsciente” (Zuckerfeld y Zonis, 2016, p. 59).

Cuerpo y psique, auxiliados por la función de sostén que permite el Otro materno, logran entonces articularse de manera tal que el cuerpo será vivenciado, en el mejor de los casos, de forma integral y total, en continuidad y concordancia, coincidiendo generalmente con lo que el yo definirá y vivirá como propio. En el mejor de los casos, el yo se definirá por su imagen, por su cuerpo, reprimiendo la vivencia primaria del cuerpo

de desintegración. En casos donde no se ha logrado la posibilidad de representar todas las experiencias vividas, pues no ha primado el placer como experiencia erógena basal, fallará la capacidad representacional del mundo y de sí mismo, evidentemente en concordancia con la vivencia del cuerpo: el yo se instalará entonces con vacíos, carecerá de concordancia y coherencia, aparece el cuerpo biológico fuera del campo simbólico, en lo real, haciendo padecer al sujeto de sí mismo. En estos casos, además, la economía libidinal no logrará imponer la lógica de la ligadura por sobre la de la simple descarga como única forma de satisfacción del aparato psíquico. El psiquismo, que generalmente busca velar por un estado de ausencia de tensión, por carecer de las experiencias tempranas que de forma sistemática le brinden satisfacción mediante la ligadura y catexis, buscará entonces también cierto tipo de satisfacción bajo la lógica de la desinversión total, entrando en una permanente tensión y conflicto entre las pulsiones. Sucederán entonces en el sujeto “desbordes psíquicos” (Green, 2005b), es decir, experiencias imposibles de ser tramitadas mediante el pensamiento. El sujeto entonces padecerá de sí mismo.

### LA TOXICOMANÍA PENSADA DESDE EL PSICOANÁLISIS

El concepto de pulsión y la revisión de la noción de cuerpo erógeno anteriormente descritas ponen de relieve las experiencias tempranas de satisfacción y de displacer en la constitución de la psique y del yo como yo cuerpo, ya que es mediante aquellas que el sujeto constituye un cuerpo y una mente erógenas (Aulagnier, 1994; Freud, 2007; Zuckerfeld y Zonis, 2016) estableciendo su condición de sujeto bajo la dinámica del deseo.

La posibilidad de simbolizar el sufrimiento depende, como vimos, de instalar la experiencia de placer como vivencia primordial; a su vez, toda dificultad para simbolizar del sujeto en el proceso secundario, le hará retornar regresivamente a un funcionamiento que busca en el cuerpo una primera forma de simbolización, clamando en el campo de lo orgánico una salida a un padecer subjetivo. Tal como lo distingue Green (2005b), cuando el psiquismo tiende a desbordarse “por ser incapaz de contener dentro de sus límites lo que viene del inconsciente” (Green, 2005b, pp. 216) generará fenómenos fuera del campo del pensamiento, ya sea bajo el modo de la actuación, la somatización o la alucinación. Este esfuerzo por simbolizar aparece entonces como un fenómeno regresivo; el sujeto entonces clamará por salidas al padecer psíquico por fuera del

campo del pensamiento, en este caso, pidiendo intervenciones en el cuerpo, en su condición de cuerpo real.

Bajo esta lógica, es posible pensar el padecimiento del sujeto que hace uso de sustancias de una manera distinta a como lo permite el concepto de dependencia; por lo demás, los relatos de los pacientes nos llenan de elementos para aquello. Los planteamientos psicoanalíticos en torno a la temática de las toxicomanías coinciden en destacar la predominancia de experiencias tempranas fallidas con los primeros objetos libidinales, así como a ciertas carencias en la posibilidad de desarrollar una forma elaborada de simbolización frente a algunos conflictos. Se trataría de sujetos que, dada su elaboración psíquica del cuerpo y de su yo, presentarían una dificultad en la capacidad de representar y simbolizar ciertas experiencias, generalmente experiencias de alta carga afectiva y que nos remontan a conflictos asociados a las primeras vivencias de satisfacción/insatisfacción en el marco de los primeros vínculos. Dada la dificultad de poner estas experiencias en palabras, los sujetos manifestarían su padecer por otra vía, en el campo que queda por fuera de la simbolización, en una vía regresiva que pone al cuerpo como protagonista.

Igualmente, frente a ciertas conflictivas psíquicas, aquellas particularmente carentes de simbolización, el sujeto tendería a buscar la satisfacción por vía de la libre descarga, en desmedro del esfuerzo de ligadura, y por la vía del cuerpo en desmedro de la vía de la representación. El cuerpo aparece aquí como el medio que permite la acción, el *acting*, pero también en algunos casos la alucinación propia a la intoxicación. De esta manera, el uso de drogas aparece como una defensa en el campo del yo que tendría la capacidad de brindar justamente una intervención en lo real del cuerpo, proporcionando un *quantum* libidinal artificial al sujeto cuando así lo necesita, regulando las emociones. De la misma manera, la intrusión de un químico en el cuerpo permite al sujeto alterar el campo representacional y fantasmático, de manera tal de incidir en la capacidad de representar experiencias al otorgarle potencia pulsional a ciertas experiencias o representaciones que se vivencian como carentes de aquello, es decir, desde la muerte (Green, 2005).

La droga tiene la cualidad de permitir vivir al cuerpo y al sí mismo de manera vívida, dando al sujeto la sensación de estar vivo. ¿y por qué sería necesaria esta defensa? Muchos autores han planteado que las experiencias tempranas de estos sujetos se caracterizan por interacciones donde prima la frialdad afectiva; se trataría de interacciones tempranas donde prima la falta de calor corporal (Green, 2005a; Rosenfeld, 1976; Mayer, 2010). Aquello impediría la introyección de la

experiencia del calor corporal como experiencia del sujeto, base para vivir el cuerpo como un cuerpo vivo. Aquí, dada la falta de libidinización por parte de la madre en la satisfacción de la necesidad, se generaría entonces una sensación corporal de vacío que se buscaría cubrir llenándose de objetos concretos, entre ellos: drogas (Rosenfeld, 1976).

La fijación a este estado se generaría porque la madre, frente a la labor de contención emocional del infante, se instala como “una madre interna que no tolera los cambios de humor del hijo. La criatura aprende entonces a arreglarse con pechos sustitutos pero sin elaborar el duelo melancólico por el pecho perdido. La adicción a las drogas surge como un intento del paciente de encontrar el pecho materno que así puede controlar sus estados cambiantes de ánimo, a lo que se agrega un ataque al pecho real al usar la droga o el pulgar que chupa como un sustituto de un pecho atacado, degradado y envidiado. Pero simultáneamente la droga aparece como la representante internalizada de la madre que no tolera los cambios de ánimo, con lo cual el paciente repite consigo mismo las conductas que antes había recibido por parte de su madre interna” (Rosenfeld, 1976, p. 72).

Este fenómeno de regresión del toxicómano respondería entonces a que la madre de aquel infante que él fue, en la etapa de fusión inicial con el hijo, fallaría al momento de contener y tramitar las angustias de aquel; por el contrario, lograría incluso potenciar las angustias iniciales del pequeño (Rosenfeld, 1976). La función contenedora de la madre fallaría de manera tal que le dificultaría al sujeto la posibilidad de elaborar una propia capacidad de lidiar con sus angustias primitivas, afectando su constitución psíquica y la posibilidad de crear pensamientos. Así, “cuanto más falle la madre en esta función de amparo y sostén por falta de permanencia, por incontinencia o por inadecuación, más masivos e intensos serán los estados angustiosos y tanto más necesitará el sujeto encontrar un elemento intermediario que, como objeto antipánico-contrafóbico le sirva para controlar su ansiedad que se percibe como fuerza desestructurante. Suele surgir entonces el impulso de aferramiento a un objeto (alimento, actividad, persona o sustancia psicotrópica), al que se inviste como “salvador” aunque sea tóxico o destructivo (Mayer, 2000, p. 149).

Se ha planteado desde otra perspectiva teórica (sin embargo, de manera complementaria) que la toxicomanía daría cuenta de una deficiente separación yo-no yo entre el sujeto con el cuerpo de la madre, por lo cual al enfrentarse con esta diferencia el sujeto activaría un repliegue narcisista. Tal como afirma Guyomard (2013):

“encontramos la huella de lo imperativo de este goce en toda modalidad adictiva; goce que amarra la adicción al vínculo primero de lo pulsional, que no puede transformarse por el destete psíquico” (pp. 58). Para esta autora, el toxicómano padece pues de alguna manera estas experiencias escasamente eróticas que a su vez permiten que la madre conserve para él la posición de un Otro voraz. Así, persiste el desvalimiento inicial del psiquismo en tanto con el Otro no se ha logrado a cabalidad una diferenciación subjetivante. Este sería el punto de anclaje del dolor psíquico/corporal del que padece el sujeto, el punto donde tambalea la representación del cuerpo y del yo del mismo.

Como vemos, coinciden los autores que las toxicomanías instalan un dispositivo defensivo que implica una regresión del sujeto a un funcionamiento más arcaico del aparato psíquico, y que tiene fuerte relación con el primer vínculo temprano con los objetos. Así, tal como afirma Aulagnier (2010), cuando el adulto se enfrenta a aquellos elementos irrepresentables para él en el proceso secundario, retornará a un funcionamiento de tipo más arcaico buscando permitir al aparato psíquico una primera elaboración libidinal. En este caso, la regresión conduce al cuerpo, a intervenir en el cuerpo, a realizar un acto, a buscar una intoxicación. Es así como entendemos la toxicomanía.

Y es así como entendemos también que la toxicomanía, tal como afirma Le Poulichet (1990), se articula como defensa en sujetos donde, de alguna manera, habría una “falta de anclaje del cuerpo a las cadenas significantes” (p. 58). No se trata de una falla en la simbolización por una problemática estructural o cognitiva o neurológica, sino que de un devenir libidinal que no ha logrado articular todas las experiencias bajo la rúbrica de la satisfacción y el placer, y por ende de la simbolización y representabilidad. Evidentemente la vivencia del sujeto toxicómano no se reduce a los momentos en que articula su defensa y no todo el vivenciar de aquel queda fuera del campo de la simbolización; se trata, sin embargo, de un sujeto que frente a ciertas conflictivas requiere el espacio del cuerpo para intentar un esfuerzo de simbolización.

En lo que al dispositivo toxicómano implica, es claro cómo aquel responde a una economía psíquica que no ha logrado instalar la primacía del placer como forma de satisfacción primordial, como forma preponderante de satisfacción; la falla en la capacidad de ligadura en concordancia con la dificultad en la capacidad de simbolización de ciertas experiencias hacen que el padecer subjetivo se manifieste de manera privilegiada en el campo del cuerpo, en este caso como una intervención al soma, por fuera de las redes del lenguaje.

En esos momentos de padecer psíquico es evidente cómo algo en la experiencia del toxicómano sigue pulsando por simbolizarse, por ponerse en palabras; el acto implica de alguna manera un esfuerzo de simbolización. Sin embargo la dificultad en la relación afecto/representación termina generando un *quantum*, un exceso al aparato psíquico que es vivenciado finalmente como dolor por el sujeto. Se trata de un dolor psíquico que encuentra en el cuerpo un espacio de manifestación y frente al cual se dispone una regresión del funcionamiento psíquico a la lógica orgánica del cuerpo, afectándolo en los diversos ejes que implican su constitución erótica. Se entiende entonces por qué el toxicómano clama por una intervención en lo real del soma.

### LA TOXICOMANÍA: UN ESTADO EXTREMO<sup>2</sup>

Como vimos, la toxicomanía se articula como una defensa que responde a la lógica de la pulsión de muerte ya que el alivio de tensión del aparato psíquico responde a la desinversión de los objetos para hacer primar un repliegue sobre el yo. Tal como la hemos descrito hasta ahora, se instala mediante esta forma de defensa un retorno a una forma de satisfacción que busca prescindir del otro/Otro como manera de evadir las frustraciones y los dolores del desencuentro, tendiendo primariamente al autoerotismo y luego a la desinversión radical; en este sentido, y tal como afirma Green (2005a), la toxicomanía se trataría de una satisfacción que se busca en la lógica directa de la reducción de las tensiones: “La regresión lleva a veces más lejos: hacia el cero de la ilusión de la no inversión” (Green, 2005<sup>a</sup>, p. 36).

Sin embargo, también como vimos, es claro que algo de las toxicomanías revela a su vez un esfuerzo de amarre del sujeto a la vida, un esfuerzo por sobrevivir al dolor psíquico (Pommier, 2011). El sujeto toxicómano se aferra a la vida y no a la vez, y es aquello lo que lo hace transitar en un largo camino de sufrimiento.

Por una parte, mediante este aparataje defensivo, el yo encuentra en el uso de la sustancia la ilusión de autosuficiencia pues de alguna manera logra liberarse de la dependencia a un objeto pulsional real, la droga toma ese lugar (Green 2005<sup>a</sup>). El sujeto, en su búsqueda incansable de la neutralización de toda energía, podrá incluso entonces terminar efectivamente en la muerte. Sin embargo, en general, la toxicomanía como defensa se articula como un camino que revela a un sujeto que insiste en un esfuerzo de reconstitución de relación objetiva, y se torna evidente que “el objeto toxicómano

tiene como meta prevenir o reparar una pérdida de objeto” (Green, 1998, p. 194).

En este sentido planteamos, en concordancia con Pommier (2011), que la toxicomanía responde a lo que el autor define como la “clínica de lo extremo”; pues revela la tensión entre pulsión de vida y pulsión de muerte en la que el sujeto se desenvuelve; la toxicomanía entonces implica una defensa en la que, por sobre la lógica de la desinversión, se insiste en re-encontrar de manera regular un objeto narcisístico de sustitución que cuya finalidad es permitirle al sujeto aguantar la muerte (Pommier, 2011). Se trata de un dispositivo defensivo de sobrevivencia y protección, que lucha entre el esfuerzo por mantener una economía que responda a la ligadura entre pulsión y representación, en un esfuerzo por la relación al objeto, en tensión con una forma de satisfacción que promete autosuficiencia, pero que se encuentra ligada a la desinversión radical de los otros, del mundo y de sí mismo, es decir, en fuerte asociación a la muerte. La toxicomanía revela esa tensión y es aquello lo que se encarna de forma padeciente. Tal como define Pommier: “estos pacientes atraviesan momentos particulares de angustia extrema, de ‘pana psíquica’... la situación extrema reactiva un conflicto psíquico al actualizar la oposición entre pulsiones de vida y de muerte” (Pommier, 2011, p. 12).

Aquello es de suma relevancia pues la toxicomanía encarna por parte del sujeto una dificultad, un déficit, pero también un intento por mantenerse con vida, por ligarse a la vida, por finalmente ser feliz.

### REFLEXIONES: LAS INTERVENCIONES QUE CONDUCEN A LA CURA

Recordemos que la primera forma que encuentra el aparato psíquico para simbolizarse toma el modelo del funcionamiento del cuerpo, es decir, la lógica propia a la necesidad: placer/displacer; satisfacción/insatisfacción (Castoriadis Aulagnier, 2010). Tal como lo afirma Rosenfeld (1976): “sabemos la importancia que Bleger asignaba a la hipótesis de que el fenómeno psicológico no era en un comienzo “mental” sino corporal. Para él, las primeras estructuras indiferenciadas sincréticas, son relaciones fundamentalmente corporales” (p. 166). En este sentido, es claro cómo la noción de cuerpo erótico permite un acercamiento al fenómeno de las toxicomanías abordando el padecer del sujeto más allá del campo biológico del cuerpo. Aquella permite articular el fenómeno desde el campo de la subjetividad, saliéndonos de la primacía de la abstinencia como principal forma de cura posible.

La clínica con sujetos toxicómanos nos muestra cómo en aquellos está comprometida íntimamente la

<sup>2</sup> Pommier, 2011.

vivencia narcisística. El uso de drogas entonces encarna una salida a un padecer subjetivo, que sin embargo conduce a un nuevo sufrimiento, generando el encierro sin salida en un sufrimiento íntimo. La toxicomanía instala un esfuerzo por reconstituir la relación de objeto, por constituirla (y con ello constituirse a sí mismo) bajo la lógica libidinal. Es esta dificultad la que se hace imposible de simbolizar de otra manera que no sea mediante la articulación de un padecer que se presenta a la manera de una demanda anclada al cuerpo, siendo imposible de simbolizar o representar como dolor psíquico. Es por ello que el toxicómano reclama que necesita droga para vivir y exige como cura una intervención en lo real del cuerpo. Igualmente, el toxicómano tenderá a idealizar la abstinencia de la sustancia como forma primordial de salir de su padecer.

Al respecto, es posible pensar que el placer de la droga reside en que permite al sujeto proveerse ilusoria y provisoriamente de la vivencia de un cuerpo organizado y total (Rosenfeld, 1976), en contraposición a los momentos de desorganización corporal y yoica que se activarían en el psiquismo cuando se enfrenta a aquellas experiencias que carecen de simbolización. Tal como afirma Le Poulichet (1990), en estos casos, la sustancia parecería “prestar un cuerpo” (p. 53). Aquello pues la droga se instala como una función compensatoria frente a un soporte interno que ha sido carente, logrando “restituir imaginariamente uno de los aspectos necesitados de la función materna en lo que atañe al sostén, a un amparo que permita sustraerse de una vivencia de desvalimiento muy intensa. Lo que faltó de la madre en ese sentido se padecería como un déficit en una parte del psiquismo que debe cumplir la función de sostén interior y se reclaman objetos externos, tendiendo a reproducir con ellos una relación de dependencia infantil” (Mayer, 2000, p. 146). La droga, en este sentido, aunque de manera artificial, otorgaría al sujeto la ilusión de un cuerpo vívido y en continuidad, con un espacio psíquico para imaginar, con el calor y la viveza propia del cuerpo vivo (Rosenfeld, 1976, p. 63), otorgaría el apaciguamiento de los afectos angustiosos dando al sujeto la posibilidad incluso de poder pensar. De esta manera, consideramos que la toxicomanía pone en acto un ámbito sordo del sufrimiento psíquico del sujeto, y es por la dificultad de simbolizar esos particulares registros que el sujeto intentará, “y a menudo conseguirá, servirse de un sufrimiento de fuente somática para obtener una respuesta...” (Aulagnier, 1994).

La toxicomanía se instala entonces simplemente como una defensa del yo, una defensa narcisística, frente a la vivencia de un cuerpo falto de calor, de un mundo interno que lo hace sentir vacío afectivamente, y de un

yo carente de consistencia y con serias dificultades para lidiar con sus fluctuaciones anímicas y sus angustias primitivas (Rosenfeld, 1976; Green, 1998). La toxicomanía esboza justamente un esfuerzo por parte del sujeto de reconstitución del cuerpo, del yo y de la forma de relación al mundo que ha establecido hasta ahora. No encarna únicamente una manifestación de la pulsión de muerte, ni solo una dependencia biológica de la sustancia, sino que por sobre todo manifiesta un esfuerzo de sobrevivencia. Un esfuerzo fallido, es cierto, pero un intento al fin. En este sentido, tal como señala André Green (1998), la “toxicomanía es necesaria para el toxicómano para luchar contra el sentimiento de vacío afectivo... la elección del tóxico se hará en función de sus efectos sobre el afecto. Todo lo que puede engendrar un estado de afecto –signo de vida– será investido totalmente contra el silencio afectivo –signo de muerte–. La toxicomanía es una lucha contra lo que se podría llamar una frigididad narcisística, un sentimiento de miseria afectiva... pero esta revitalización es mortífera” (p. 194).

Es por aquello que planteamos en concordancia con Pommier (2011) que la toxicomanía responde a un esfuerzo de sobrevivencia, y en esa medida a la pulsión de vida. Se trata de un dispositivo defensivo de sobrevivencia y protección de cierto tipo de narcisismo, que lucha entre el esfuerzo de ligadura y la desinvestitura radical de los otros, del mundo y de sí mismo.

Pensamos que todo esto cobra suma relevancia, pues la salida terapéutica que podemos brindar a este padecer no debe pasar entonces por el mero logro de abstinencia, sino por elaborar conflictos psíquicos ligados fuertemente a la forma de configuración del aparato psíquico y su economía. Las intervenciones deben conducir al sujeto a elaborar las dificultades que ha tenido para posicionarse a cabalidad como un sujeto de deseo. Sin un cambio profundo a nivel subjetivo, la economía psíquica le seguirá conduciendo frente a ciertas conflictivas por el camino de la desligadura como forma de satisfacción y de existencia. Una importante posibilidad de trabajo terapéutico pasa entonces justamente por el trabajo analítico, que compromete el lugar del analista como el abordaje de la transferencia.

Nos parece que el concepto de dependencia puede conducir a una salida terapéutica fallida, pues al instalar la abstinencia como salida preferente suprime la defensa del sujeto dejando al toxicómano desamparado frente al dolor que justamente le ha llevado a la construcción de aquella. A su vez, el concepto de dependencia mantiene la demanda de ayuda en el campo de la intervención en el cuerpo, relegando el campo del padecer psíquico a un segundo plano. La lógica detrás del concepto de dependencia, nos parece, tiende a replicar

esta comprensión del cuerpo (y del sujeto) desde el campo de la necesidad biológica, que el toxicómano se esmera en sostener. El concepto de dependencia tiende a generar una articulación del problema de consumo desde la condición biológica del mismo, desde lo tóxico de la sustancia, posponiendo una intervención preferente en el campo psíquico. En este sentido, insiste en ubicar al sujeto por fuera de una posición deseante, a la manera de un organismo, replicando las condiciones de su sufrimiento.

El trabajo de la transferencia, en cambio, propio al psicoanálisis y en tanto conduce a una reedición de las relaciones primarias y fundamentales, se vislumbra justamente como una vía de acceso privilegiado a este padecer. El trabajo analítico, por el trabajo en la transferencia, permite la posibilidad de elaborar esta diferenciación fallidamente consolidada con la figura materna, con ese gran Otro que a nivel de psiquismo conserva cierta omnipotencia. El trabajo analítico puede permitir la elaboración psíquica del padecer subjetivo que tiende a manifestarse bajo la rúbrica de la necesidad, para acceder a cabalidad al registro de la demanda y el deseo. Igualmente, por el abordaje de la transferencia, permite abordar el campo de las relaciones al objeto de una manera libidinal y no solo cognitiva. Es en el trabajo analítico donde esta realidad encarnada puede pasar a elaborarse en el campo del deseo, desde la rúbrica del deseo como deseo del Otro, para pasar al campo de lo propiamente subjetivo, ya sin el peso preponderante de la verdad del Otro por sobre la propia del sujeto. Solo por este camino se logrará elaborar un vivenciar de otro tipo, anclado a una experiencia subjetiva que no inunde el campo del cuerpo, el afecto o el pensamiento.

Pensamos que la salida terapéutica pasa por elaborar conflictos y padeceres de manera tal que el sujeto pueda ir simbolizándolos paulatinamente, para poder dejar de articularlos mediante una intervención al soma. En este camino simbolizará a la vez su propia vivencia narcisística, pudiendo articular una vivencia subjetiva de mayor concordancia, coherencia y continuidad yoica. Solo así los avatares de la vida no abrirán una herida siempre abierta. Aspiramos finalmente a elaborar con el sujeto una vivencia narcisística que no duela tanto, para que pueda encarnar un yo (cuerpo y psique) que permita vivir.

## REFERENCIAS

1. Aceituno R (2010). Tener Lugar. En Aceituno R (compilador). *Espacios de tiempo, clínica de lo traumático y procesos de simbolización* (pp. 69-81). Santiago: Colección Praxis Psicológica, Serie Obras de Programas. Universidad de Chile
2. American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR*. Barcelona: Masson
3. American Psychiatric Association. (APA). (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. En *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. (pp. 253-317) Washington DC, London, England: American Psychiatric Publishing
4. Aulagnier P (1994). El trabajo de la interpretación. La función del placer en el trabajo analítico. En Hornstein L, Aulagnier P, Pelento M, Green A, Rother de Hornstein MC, Bianchi H, Dayan M, Bosoer E (Ed.), *Cuerpo, historia, interpretación. Piera Aulagnier: de lo originario al proyecto identificatorio* (pp. 317-341). Buenos Aires: Paidós
5. Castoriadis Aulagnier P (2010). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires- Madrid: Amorrortu
6. Del Solar G (2008). Consideraciones sobre el consumo de drogas, la sexualidad y el psicoanálisis lacaniano. En Falgalde M, Izquierdo D, De la Fabián R, Alvear K (Eds.) *Objetos Caldos, Número 6*. (pp. 111-131). Santiago: Programa de Magíster en Psicología, Mención Teoría y Clínica Psicoanalítica, Universidad Diego Portales
7. Freud S (2007). "Pulsiones y destinos de pulsión (1915)" en *Obras completas, tomo XIV, Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916)*. Buenos Aires: Amorrortu
8. Green A (1990). *De locuras Privadas*. Buenos Aires: Amorrortu
9. Green A (1998). *El discurso vivo. Una concepción psicoanalítica del afecto*. Valencia: Promolibro, 1998
10. Green A (2005a). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires- Madrid: Amorrortu
11. Green A (2005b). *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. Desconocimiento y reconocimiento del inconsciente*. Buenos Aires- Madrid: Amorrortu
12. Guyomard D (2013) *Nace una madre. Del vínculo a la relación*. Santiago de Chile: Catalonia
13. Le Poulichet S (1990). *Narcosis del deseo. La operación del fármakon*. Buenos Aires: Amorrortu
14. Lora M y Calderón C (2010). Un abordaje a la toxicomanía desde el Psicoanálisis. En *Ajayu. Órgano de difusión científica del Departamento de Psicología, Universidad Católica Boliviana San Pablo*. Vol. 8, N° 1. Consultado en Enero 20, 2016 desde [www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v8n1/v8n1a8.pdf](http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v8n1/v8n1a8.pdf)
15. Mayer H (2000). El sostén interior, falla e inversión de los soportes en las adicciones. En *Revista de psicoanálisis APA*. Vol 57, N°1 (pp. 141-164). Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina
16. Palma C (2007). La sociedad de los a-dictos. En *Revista Desde el jardín de Freud*. N° 7, (pp. 219-234). Consultado en Abril 17, 2015 desde <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/8379/9023>
17. Pommier (2011). *Lo extremo en psicoanálisis*. Santiago: Colección Praxis Psicológica/ Serie Psicoanálisis y cultura. Ediciones del Departamento de Psicología, Universidad de Chile
18. Rosenfeld D (1976). *Clínica Psicoanalítica. Estudios sobre drogadicción, psicosis y narcisismo*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Galerna
19. Soto C (2011). *Psicoanálisis aplicado al tratamiento de adicciones en comunidades terapéuticas, ¿posible o imposible?* Tesis para optar al grado de magister en psicología clínica de adultos, Facultad de Medicina-Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile
20. Zuckerfeld y Zonis (2016). Sobre cuerpos, cultura y hábitos: atravesamientos y articulaciones. En Horenstein M, Verísimo de Posadas L, Zonana R, De Almeida L, Escobar A (Eds.). *Calibán, Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, Vol. 14, N°1 (pp. 48-67). Montevideo: Publicación oficial de FEPAL (Federación Psicoanalítica de América Latina)

## PISICOSIS CIRUGÍA COSMÉTICA

# TRASTORNO DISMÓRFICO DEL CUERPO (TDC): ¿TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN Y ESPECTRO OBSESIVO COMPULSIVO?

(Rev GPU 2018; 14; 2: 160-167)

**Erica Contreras<sup>1</sup>, Consuelo Conejeros<sup>2</sup>, Paz Hernández<sup>3</sup>,  
María José Vilches<sup>4</sup>, Andrea Cortés<sup>5</sup>, Carlos Cruz<sup>6</sup>**

TDC o dismorfofobia deriva del griego antiguo y significa “fealdad”, particularmente de la cara. Los individuos con TDC típicamente se describen a sí mismos como pareciendo feos, anormales, deformados o desfigurados. Por lo tanto, TDC puede considerarse una “distorsión delirante de imagen del cuerpo” que involucra al individuo y al ámbito relacional (¿Psicosis?).

En primer lugar, a la luz de la superposición fenomenológica y las altas tasas de comorbilidad entre TDC y TOC. En segundo lugar, se incluyó un nuevo criterio de diagnóstico, comportamientos repetitivos o actos mentales como una característica clave del trastorno.

Modelo preliminar de la fisiopatología del TDC implica un contexto de probable susceptibilidad biológica y genética que los eventos adversos de la vida interactúan con las distorsiones cognitivas y el comportamiento aprendido, subsecuente para dar como resultado síntomas de TDC.

Los pacientes con TDC no estaban satisfechos con consultas médicas anteriores o cirugía. Tal resultado puede tener consecuencias negativas tanto para los pacientes como para los médicos. Además se está acumulando evidencia de que los enfermos de TDC prefieran tratamientos cosméticos en un intento por corregir sus apariencia

<sup>1</sup> Médico, Universidad Andrés Bello, Santiago.

<sup>2</sup> Médico, Universidad Andrés Bello, Santiago.

<sup>3</sup> Médico, Universidad Andrés Bello, Santiago.

<sup>4</sup> Médico, Universidad Andrés Bello, Santiago.

<sup>5</sup> Médico, Universidad Andrés Bello, Santiago.

<sup>6</sup> Médico Psiquiatra. Doctor de Ciencias Sociales mail: carloscruzmar@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

La imagen corporal es continuamente remodelada por aspectos perceptivos, emocionales y cognitivo-conductuales. Comprende un “cuerpo real”, un “cuerpo percibido”, un “cuerpo ideal”, y un “cuerpo socialmente aceptado”.

Cuando estos componentes son conflictivos se desarrollan anormalmente la autoestima, frustración, desafección y delirios. En efecto, en TDC el cuerpo percibido puede no corresponder a la real, lo ideal, y los cuerpos socialmente aceptados.

La capacidad de distinguir la realidad de la ficción se pierde y la imagen deformada genera un sentimiento negativo que invade la psique de manera independiente de la gravedad de la falla en la apariencia.

Por lo tanto, TDC puede considerarse una “distorsión delirante de imagen del cuerpo” que involucra al individuo y al ámbito relacional (Bjornsson AS, 2010).

Además, la correlación entre el TDC y el trastorno obsesivo-compulsivo sugiere un deterioro de la relación cortical-estriatal-talámico-pálido- Estos circuitos, junto con los circuitos límbico y regiones hipotalámicas, pertenecen a las regiones apetitiva y también están involucrados en trastornos alimenticios. Por último, las alteraciones de los niveles de neurotransmisores, serotonina, etc., tiene que ser considerada como ya se ha descrito en los pacientes que sufren de trastorno obsesivo-compulsivo, depresión y despersonalización (Phillips KA, 2004).

El proceso psicopatológico en TDC puede depender sobre el modo de unión. Un apego “inseguro” es caracterizado por la incapacidad de establecer relaciones agradables y ser considerado como un objeto de amor. Esto es responsable del desarrollo de imagen un cuerpo negativo a partir de la cual se puede generar y estructurar el TDC.

La representación mental de la imagen corporal ocurre temprano durante el desarrollo psico-emocional y cognitivo, siendo ya *en fieri* por 6-7 años. Los niños pueden preocuparse de su apariencia corporal.

Comúnmente, TDC aparece durante la adolescencia; algunos rasgos pueden estar presentes ya durante la infancia y la pubertad. Esto no es sorprendente porque son transformaciones profundas del cuerpo asociadas a la consolidación de la identidad personal. Por lo general el TDC disminuye alrededor de los 18-20 años de edad (Fiori P, 2009).

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo consta de una revisión de la más reciente literatura existente respecto al tema. Se utilizaron

metabuscadores de literatura médica, como Scielo y Pubmed a los objetivos:

- DSM-V Criterios Diagnósticos para el Trastorno Dismórfico del Cuerpo
- Trastorno por Somatización y Relacionado trastorno obsesivo compulsivo (RTOC) y Espectro Obsesivo Compulsivo
- Psicosis en el trastorno dismórfico corporal
- Modelo Preliminar de la Fisiopatología del TDC
- Trastorno dismórfico corporal y cirugía.

## RESULTADOS

TDC o dismorfofobia deriva del griego antiguo y significa “fealdad”, particularmente de la cara. Los individuos con TDC típicamente *se describen a sí mismos como pareciendo feos, anormales, deformados o desfigurado*. (Weingarden H, 2015)

Se caracteriza por la preocupación por un defecto imaginario o anormalidad menor en la apariencia física, siendo los lugares más comunes la piel, el pelo, estómago y características faciales: nariz, ojos, pestañas, además de asimetría y desproporción de alguna zona corporal (Weingarden H, 2016).

Su prevalencia es de un 0,7 a 2% de la población, existiendo algunas diferencias; por ejemplo, en consultas dermatológicas la prevalencia es de 8,8 - 2%; y un 7% entre pacientes de cirugía estética.

Generalmente comienza en la adolescencia y su afectación es igual en ambos sexos o ligeramente mayor en mujeres; suelen estar comprometidas varias partes del cuerpo y cuya preocupación es de aproximadamente 3-8 horas lo cual es muy difícil de controlar; ello se asocia a angustia, baja autoestima, vergüenza, inutilidad, depresión e ideación suicida, llegando a consumación en un 24-28%, por lo que es de gran importancia su pesquisa y tratamiento a tiempo (Phillips KA, 2004).

La mayoría de los pacientes realizan *conductas repetitivas y compulsivas destinadas a examinar, mejorar u ocultar el “defecto”*. Los comportamientos comunes incluyen la comprobación del espejo, comparando con otros, el aseo excesivo (por ejemplo aplicar maquillaje, peinado del cabello), camuflaje (por ejemplo con un sombrero, ropa o maquillaje), cambio frecuente de ropa, recoger la piel y comer una dieta restringida (Phillips KA, 2006).

La mayoría de los estudios en pacientes con TDC han encontrado que la depresión mayor es el trastorno comórbido más común. El subdiagnóstico de TDC parece muy común.

**Tabla 1**  
DSM-V CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO DISMÓRFICO

Trastorno dismórfico del cuerpo 300.7 (F45.22)
<p>A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.</p> <p>B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (ej., mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.</p> <p>C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p><b>Con dismorfia muscular:</b> al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (ej., “Estoy feo/a” o “Estoy deforme”).</p> <p><b>Con introspección buena o aceptable:</b> el sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son clara o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.</p> <p><b>Con poca introspección:</b> el sujeto piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.</p> <p><b>Con ausencia de introspección / con creencias delirantes:</b> el sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas.</p>

**Tabla 2**  
PREGUNTAS PARA AYUDAR EN EL DIAGNÓSTICO DE TDC

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Estás muy preocupado por tu apariencia? O: ¿Estás descontenta con tu apariencia?</li> <li>2. Invitar al paciente a describir su preocupación preguntando: ¿Qué no te gusta de como te ves? O: ¿Puedes hablarme sobre tu preocupación?</li> <li>3. Pregunte si hay otras áreas del cuerpo que no le gustan, por ejemplo: ¿Está usted infeliz con cualquier otro aspecto de su apariencia, como su cara, piel, pelo, nariz, la forma o el tamaño de cualquier otra área del cuerpo?</li> <li>4. Comprobar que el paciente está preocupado por estas percepciones, preguntando: ¿Cuánto tiempo estimas que pasas cada día pensando en tu apariencia, si sumas todo el tiempo que te ocupas de ello? O: ¿Estas cosas te preocupan?</li> <li>5. Pregunte: ¿Cuánto malestar le causan estas preocupaciones? Específicamente pregunte por ansiedad, la ansiedad social, depresión, sentimientos de pánico y pensamientos suicidas.</li> <li>6. Pregunte sobre los efectos de las preocupaciones de la apariencia en el paciente, por ejemplo: ¿Estas preocupaciones interfieren con tu vida o te causan problemas? Específicamente pregunte sobre efectos en el trabajo, la escuela, en otros aspectos del funcionamiento de rol (por ejemplo, para los niños), en las relaciones con otros y, además, en la intimidad, las actividades familiares y sociales, las tareas domésticas y otros tipos de interferencias.</li> <li>7. Aunque los comportamientos compulsivos no son necesarios para el diagnóstico, la mayoría de los pacientes realizan al menos uno de ellos (normalmente muchos). Preguntar por los más comunes: camuflaje, comparación, espejo chequeo excesivo, búsqueda de reaseguro, tocar las áreas desagradables del cuerpo, cambio de ropa, recolección de la piel, bronceado, dieta, ejercicio excesivo y levantamiento de peso excesivo.</li> </ol>
---

Fuente: Phillips KA, 2008.

El deterioro social es casi universal. Individuos con TDC pueden tener pocos o ningún amigo, y pueden evitar salir y otras interacciones sociales. La mayoría de los pacientes tienen deterioro del desempeño académico, ocupacional o de roles. Como resultado de su preocupación pueden dejar de trabajar y socializar, e incluso suicidarse (Phillips KA, 2004).

La evaluación de TDC siempre debe incluir la consideración del riesgo. En un metanálisis reciente se encontró que los pacientes con TDC eran más de dos veces proclives a haber intentado suicidarse en comparación con los pacientes psiquiátricos con diagnósticos (incluyendo trastornos alimentarios y TOC), destacando la importancia de evaluar el suicidio en esta población (Phillips KA, 2014).

El diagnóstico se establece según los criterios del DSV-IV (ver Tabla 1).

La prueba para ayudar en el diagnóstico de TDC en Tabla 2.

Los pacientes que consultan a psiquiatría presentaban asociación a comorbilidades: el 14-42% asociado con depresión mayor atípica; el 11-13% asociado ansiedad social; el 8 -37% asociado a trastorno obsesivo compulsivo; el 39% asociado a anorexia nerviosa y un estudio reciente encontró que el 49% de una muestra (n: 176) presentaba un trastorno de abuso de sustancias.

*Entre un tercio y un 60% de los individuos con TDC actualmente tienen la forma delirante. Vale la pena señalar que la percepción en TDC abarca una amplia gama, que incluye visión excelente, buena, justa y pobre, así como creencias de "percepción ausente / delirio" (Phillips KA, 2014).*

Respecto a la farmacoterapia, los IRSS mostraron reducir los síntomas y la angustia subjetiva en el 63 a 73% de los pacientes. Las dosificaciones eran más altas que las usadas en el tratamiento de los trastornos depresivos, y la respuesta de tratamiento a menudo se obtenía pasadas las 12 semanas.

La recaída parece ser común después de la interrupción del tratamiento, por lo que parece ser necesario un tratamiento a largo plazo. Incluso en pacientes con riesgo de suicidio se recomienda tratamiento con IRSS para toda la vida, ya que se sabe que la consumación del suicidio ocurre una vez terminado el tratamiento.

Otra forma de enfrentar el problema es mediante la terapia cognitivo-conductual. Estudios han encontrado mejora significativa con este tratamiento. Esta se basa en la reestructuración cognitiva, la exposición social, prevención de respuesta y los experimentos de comportamiento. Componentes adicionales, tales

como espejos, la readaptación profesional y la atención, también puede utilizarse.

### **TDC y varios trastornos representativos del espectro obsesivo-compulsivo**

*Debido a síntomas similares, herencia y comorbilidad, TDC se conceptualiza como relacionado con trastorno obsesivo-compulsivo. Los estudios neuropsicológicos, psicofísicos y de resonancia magnética funcional (fMRI) sugieren que la fisiopatología del TDC implica anomalías en el funcionamiento ejecutivo, procesamiento visoespacial y memoria, procesamiento de caras emocionales y sistemas visuales (Madsen SK, 2015).*

Al igual que el TOC, se caracteriza por preocupaciones intrusivas (obsesiones) y repetitivas, comportamientos ritualizados. En TDC las preocupaciones se centran en la creencia de que algún aspecto, o aspectos del cuerpo son mal formados o deformes, cuando en realidad la "deformidad" es mínima o inexistente. Estos pensamientos tienen muchas de las características de las obsesiones del TOC, reconocidos como sus propios pensamientos, siendo desagradables, y causando una considerable angustia (Li W, 2013).

Al igual que los pacientes con TOC, prácticamente todos los pacientes con TDC se involucran en comportamientos repetitivos, como verificación de espejo y búsqueda de reaseguro, para tratar de disminuir la angustia asociada con su preocupación. Estas actividades pueden tener una forma muy ritualizada –por ejemplo, el aseo personal–; las rutinas pueden tener que seguir una cierta secuencia y repetirse si la secuencia es interrumpida. Estos hallazgos son consistentes con la hipótesis de que el TDC es un trastorno del espectro OC (Allen A, 2003; Castle DJ, 2006; Frías Á, 2015) (véase Tabla 3).

### **Psicosis en el trastorno dismórfico corporal**

Aunque el precursor histórico de la BDD, la dismorfofobia, se diferenciaba a veces de su contraparte delirante (un tipo de psicosis *hipocondríaca monosintomática*, que se convirtió en trastorno delirante, tipo somático, en DSM-III-R).

Un modelo dimensional, caracterizado por un espectro de *insight*, también podría facilitar una mayor coherencia y precisión en la clasificación de otros trastornos que probablemente se caracterizan por un espectro de trastorno obsesivo-compulsivo, hipocondrías y anorexia nerviosa, (Van der Zwaard R, 2006).

La Escala de Conocimiento Cognitivo Beck (BCIS) con sus dos subescalas autorreflexión y autocerteza

**Tabla 3**  
CARACTERÍSTICAS DE TDC Y TOC

Características TDC	Características comunes	Características TOC
Soltero		
Previo evento traumático	Genética (simetría)	
Sesgo amenaza de interpretación	La proporción de sexos	
Sesgo reconocimiento emocional	Previo evento traumático	<i>Insight mejor</i>
Apariencia simetría	Sesgo amenaza de interpretación	TOC- relacionado simetría
Percepción negativa propia	Alteraciones de la imagen corporal	
Ideación suicida	Perfeccionismo	
Trastornos por uso de sustancias		
Fobia social		
Desorden de personalidad evasiva		

Fuente: Frías Á, 2015.

parecen aplicables para pacientes con Psicosis. Nuestros hallazgos indican que la autorreflexión y la auto-certeza representan dominios. medir la objetividad, la reflexión y la apertura a la retroalimentación y la flexibilidad mental. En conjunto, cognitivo se definió como la diferencia entre la autorreflexión y seguridad en uno mismo.

*Estos estudios transversales de 143 pacientes mostraron que la aparición de delirios es asociada con baja autorreflexión y alta autocerteza, reflejando un bajo conocimiento cognitivo* (Engh JA, 2007, 2010; Zeinodini Z, 2015).

Las observaciones clínicas de larga data sugieren de manera similar que la percepción del TDC varía *continuum*, con muchos pacientes que tienen ideas sobrealoradas más bien que el bueno o ausente implícita por un modelo dicotómico. *Esto apoya teorías que implican un papel para el reconocimiento deficiente de las emociones y mentalizando en una visión reducida* (Quee PJ, 2011). Secundariamente a estas primeras observaciones, los estudios que compararon TOC a TDC encontraron que los pacientes con TDC tenían una mayor ideación sobrealuada y fueron más propensos a recibir un diagnóstico de trastorno psicótico (Phillips KA, 2012; Patel A, 2004).

Y contrariamente a lo que se podría esperar, TDC la forma delirante, aunque se clasifica como un trastorno psicótico, parece responder a la recaptación de serotonina inhibidores (SRIS) solos.

Estos intrigantes datos pueden arrojar luz sobre la psicosis en otros trastornos no esquizofrénicos, como la anorexia nerviosa y el trastorno obsesivo-compulsivo

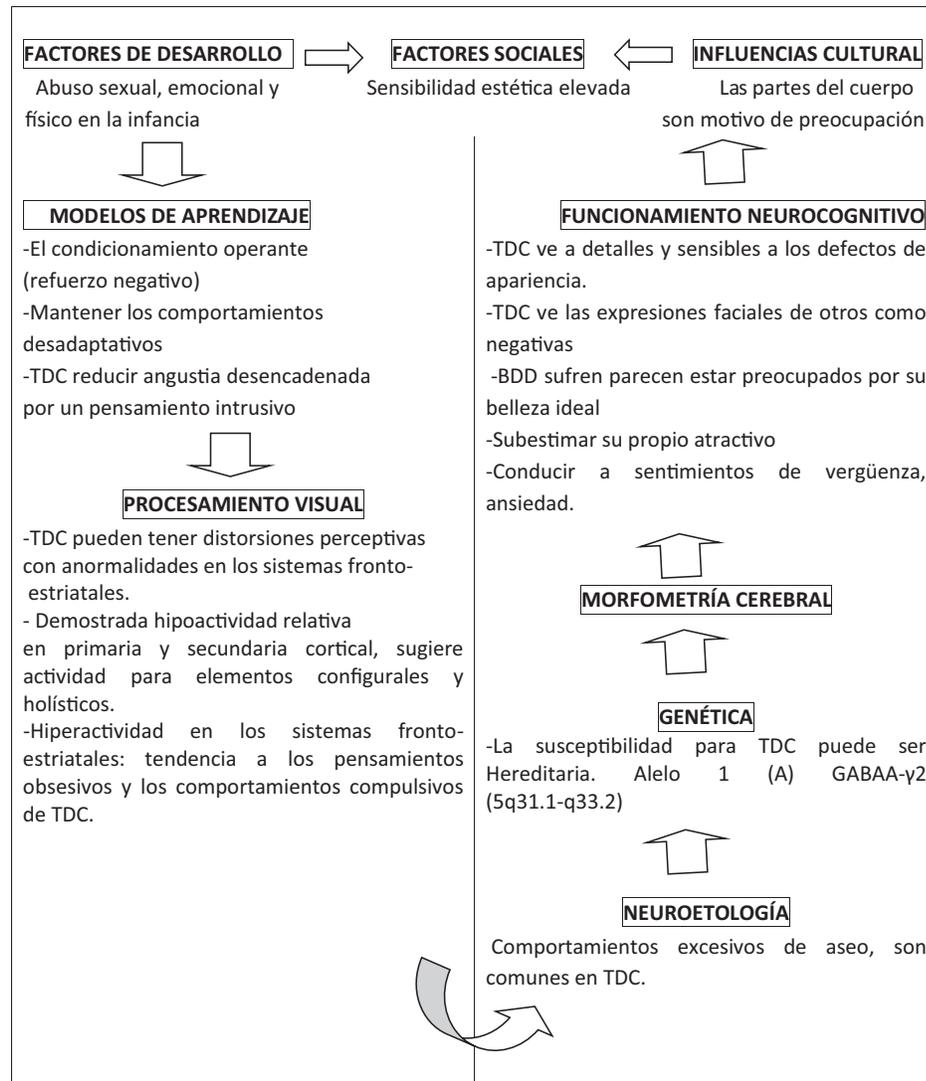
(TOC), de los que poco se sabe (Phillips KA, 2004; Cuesta MJ, 2006).

### Modelo preliminar de la Fisiopatología del TDC

Este modelo implica un contexto de probable susceptibilidad biológica y genética de que los eventos adversos de la vida interactúan con las distorsiones cognitivas y el comportamiento aprendido subsecuente para dar como resultado síntomas de TDC (Feusner JD, 2010; Krebs G, 2017; Li W, 2013).

- *Genética*: La susceptibilidad para TDC puede ser hereditaria. Esto se evidencia por la observación de que el 8% de individuos con TDC tienen un miembro de la familia de primer grado con un diagnóstico de por vida de TDC, que es aproximadamente 3-8 veces la prevalencia en la población general, a pesar de la limitada investigación sobre genes específicos.
- *De desarrollo*: Hay pruebas preliminares que el abuso sexual, emocional y físico en la infancia puede estar asociado con el TDC
- *Sociales*: Una vez realizada la asociación negativa entre la apariencia y las reacciones de otros, las interacciones cotidianas y experiencias pueden seguir imprimiendo estos pensamientos y emociones. La sensibilidad elevada estética puede ser más específica para TDC
- *Culturales*: Los factores culturales pueden desempeñar un papel en el que las partes del cuerpo son

**Tabla 4**  
MODELO PRELIMINAR DE LA FISIOPATOLOGÍA DEL BDD



Fuente: Feusner JD, 2010; Li W, 2013; Cruz Carlos, 2017, Krebs G, 2017.

- motivo de preocupación, y cómo otros TDC los síntomas se expresan, ya que diferentes culturas (así como razas o etnias) pueden tener variaciones en los estándares estéticos de la belleza.
- *Modelos cognitivo-conductual y de aprendizaje del TDC:* El condicionamiento operante (basado en el refuerzo) junto con el aprendizaje social, desarrollo de valores y creencias sobre el atractivo, incluyendo un sentido condicionado en la imagen corporal, en el marco del condicionamiento clásico, los acontecimientos negativos que aparecen (por ejemplo, bromas en el inicio de la pubertad) pueden servir como estímulos incondicionados y causan una respuesta emocional negativa incondicionada (por ejemplo, ansiedad, disgusto o vergüenza).
  - *Neurocognitivo:* Tomados en conjunto, estos hallazgos indican que los individuos con TDC parecen atender selectivamente a detalles, y son particularmente sensibles a los defectos de apariencia. Parecen sobrestimar el atractivo de otros hermosos y subestimar su propio atractivo. Los sesgos de procesamiento de la información pueden

conducir a sentimientos de vergüenza, depresión y ansiedad.

- *Neurobiológicos: Procesamiento visual*  
TDC Se ha demostrado hipoactividad relativa en primaria y secundaria cortical visual sistemas de imágenes de bajo detalle de sus propias caras familiares, lo que sugiere actividad para elementos configurales y holísticos.  
También parece ser anormal la hiperactividad en los sistemas frontoestriatales específicamente para la asociada con la tendencia de los pensamientos obsesivos y los comportamientos compulsivos de TDC.
- *Neuroquímica:* Hay algunas pruebas preliminares que sugieren un papel para la función de serotonina en TDC. Adicionalmente se ha demostrado que los IRS son eficaces en el tratamiento de este trastorno.
- *Neuroetología:* Comportamientos excesivos de aseo, por ejemplo lavado excesivo de la cara, arrancar los pelos, o pelar a los animales, son comunes en TDC (véase Tabla 4).

### Trastorno dismórfico corporal y cirugía cosmética

La mayoría de los sujetos en este estudio buscó y *recibió tratamiento no psiquiátrico*, principalmente de dermatólogos y cirujanos. Los agentes tópicos fueron los fármacos dermatológicos más comunes en tratamiento buscado y recibido. De acuerdo con las tendencias nacionales de cirugía plástica, rinoplastia, liposucción y aumento mamario fueron los procedimientos más frecuentemente buscados. Los pacientes frecuentemente los procedimientos mínimamente invasivos, para profesionales y dentales (Krebs G, 2017, Phillips KA, 2006).

Aunque en la opinión de los sujetos, *una cuarta parte de todos los tratamientos mejoraron la parte del cuerpo tratada*, su preocupación y preocupación con la parte del cuerpo tratada menos a menudo disminuyó, y solo el 3,6% de todos los tratamientos condujo a una mejoría general de los síntomas de la TDC.

Tal resultado puede tener consecuencias negativas tanto para los pacientes como para los médicos. En la encuesta anterior de los cirujanos cosméticos, el 40% de los encuestados indicó que los pacientes insatisfechos de TDC los habían amenazado física o legalmente. (Bjornsson AS, 2010)

Un estudio describe 200 personas con el TDC: la frecuencia, los tipos y los resultados de los tratamientos buscados y recibidos. El tratamiento fue buscado en 71,0% y recibido en 64,0%. El tratamiento dermatológico fue más frecuentemente buscado (más a menudo,

agentes tópicos del acné), seguido por cirugía (la mayoría de las veces, rinoplastia) (Fiori P, 2009; Tadisina KK, 2013).

Un estudio realizado entre una población con TDC y un grupo sano, los cuales iban a ser intervenidos con una rinoplastia, *demonstró que los pacientes con TDC son una población diferente* de aquellos que se hacen la rinoplastia en forma corriente, debido a que los primeros tenían más comorbilidades psicológicas, altos puntajes de TOC, ansiedad y depresión, por lo que sufrieron más estrés y reportaron mucha más interferencia en el ámbito social y personal. *Estos pacientes tenían más esperanzas en que la intervención les cambiaría la vida y a pesar de la cirugía, comenzaron a sentirse insatisfechos con otras áreas de su cuerpo* (Crerand CE, 2005; Phillips KA, 2001).

### CONCLUSIONES

A partir de la presente revisión es importante precisar que es un entidad subdiagnosticada, debido a que los pacientes, no revelan espontáneamente sus síntomas clínicos o no reconocen que su creencia sea por una causa psicológica. Por ello es importante recalcar que, la solución quirúrgica buscada por los pacientes es deficiente, ya que rara vez mejoran los síntomas, pues la raíz del problema es de índole mental y debe ser abordado por un equipo de salud preparado mediante soluciones farmacológicas y terapia cognitivo-conductual.

Se recomienda, a partir de la revisión, el uso de un tamizaje de los pacientes que consultan a otras especialidades, en específico las que tienen que ver con soluciones cosméticas, ya que ahí estaría concentrado en principio el foco de subdiagnostico.

En conclusión, se desprende que la derivación debe ser hecha de manera oportuna por un equipo capacitado, de tal forma de evitar el compromiso vital del paciente.

### REFERENCIAS

1. Allen A, King A, Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* 2013 Sep; 5(3): 259-71
2. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic Disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010; 12(2): 221-32
3. Castle DJ, Phillips KA. Obsessive-compulsive spectrum of disorders: a defensible construct? *Aust N Z J Psychiatry.* 2006 Feb; 40(2): 114-20
4. Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A, Zandio M. Insight dimensions and cognitive function in psychosis: a longitudinal study. *BMC Psychiatry.* 2006 May 31; 6: 26
5. Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2005 Nov-Dec; 46(6): 549-55

6. Engh JA, Friis S, Birkenaes AB, Jónsdóttir H, Klungsoyr O, Ringen PA, Simonsen C, Vaskinn A, Opjordsmoen S, Andreassen OA. Delusions are associated with poor cognitive insight in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2010 Jul; 36(4): 830-5
7. Engh JA, Friis S, Birkenaes AB, Jónsdóttir H, Ringen PA, Ruud T, Sundet KS, Opjordsmoen S, Andreassen OA. Measuring cognitive insight in schizophrenia and bipolar disorder: a comparative study. *BMC Psychiatry.* 2007 Dec 11; 7: 71
8. Fiori P, Giannetti LM. Body dysmorphic disorder: A complex and polymorphic affection. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2009; 5: 477-81
9. Feusner JD, Neziroglu F, Wilhelm S, Mancusi L, Bohon C. What Causes BDD: Research Findings and a Proposed Model. *Psychiatr Ann.* 2010 Jul 1; 40(7): 349-355
10. Frías Á, Palma C, Farriols N, González L. Comorbidity between obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: prevalence, explanatory theories, and clinical characterization. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015 Aug 26; 11: 2233-44
11. Krebs G, Fernández de la Cruz L, Mataix-Cols D. Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder. *Evid Based Ment Health.* 2017 Jul 20. pii: ebmental-2017-102702
12. Li W, Arienzo D, Feusner JD. Body Dysmorphic Disorder: Neurobiological Features and an Updated Model. *Z Klin Psychol Psychother (Gott).* 2013; 42(3): 184-191
13. Leckman JF, Denys D, Simpson HB, Mataix-Cols D, Hollander E, Saxena S, Miguel EC, Rauch SL, Goodman WK, Phillips KA, Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depress Anxiety.* 2010 Jun; 27(6): 507-27
14. Madsen SK, Zai A, Pirnia T, Arienzo D, Zhan L, Moody TD, Thompson PM, Feusner JD. Cortical thickness and brain volumetric analysis in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res.* 2015 Apr 30; 232(1): 115-22
15. Patel A, Sharma H, Thakker Y. Body dysmorphic disorder: an unusual presentation of schizophrenia. *Indian J Psychiatry.* 2004 Apr; 46(2): 180-1
16. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: common, severe and in need of treatment research. *Psychother Psychosom.* 2014; 83(6): 325-9
17. Phillips KA. The Presentation of Body Dysmorphic Disorder in Medical Settings. *Prim psychiatry.* 2006 Jul; 13(7): 51-59
18. Phillips KA, Pinto A, Hart AS, Coles ME, Eisen JL, Menard W, Rasmussen SA. A comparison of insight in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive Disorder. *J Psychiatr Res.* 2012 Oct; 46(10): 1293-9
19. Phillips KA, Didie ER, Feusner J, Wilhelm S. Body dysmorphic disorder: treating an underrecognized disorder. *Am J Psychiatry.* 2008 Sep; 165(9): 1111-8
20. Phillips KA, Hart AS, Simpson HB, Stein DJ. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: recommendations for DSM-5. *CNS Spectr.* 2014 Feb; 19(1): 10-20
21. Phillips KA. Psychosis in body dysmorphic Disorder. *J Psychiatr Res.* 2004 January; 38(1): 63-72
22. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry* February 2004. 3: 1 12-17
23. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2001 Nov-Dec; 42(6): 504-10
24. Quee PJ, Van der Meer L, Bruggeman R, de Haan L, Krabbedam L, Cahn W, Mulder NC, Wiersma D, Aleman A. Insight in psychosis: relationship with neurocognition, social cognition and clinical symptoms depends on phase of illness. *Schizophr Bull.* 2011 Jan; 37(1): 29-37
25. Van der Zwaard R, De Leeuw AS, Van Dael F, Knook LM. [...with psychotic features? An investigation into the delusional nature of convictions in patients with non-psychotic disorders]. *Tijdschr Psychiatr.* 2006; 48(6): 461-6
26. Tadisina KK, Chopra K, Singh DP. Body dysmorphic disorder in plastic surgery. *Eplasty.* 2013 Jun 21; 13: ic48
27. Weingarden H, Renshaw KD, Tangney JP, Wilhelm S. Development and Validation of the Body-Focused Shame and Guilt Scale. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2016 Jan 1; 8: 9-20
28. Weingarden H, Renshaw KD. Shame in the obsessive compulsive related disorders: a conceptual review. *J Affect Disord.* 2015 Jan 15; 171: 74-84
29. Zeinodini Z, Sedighi S, Baghertork Rahimi M, Noorbakhsh S, Rajezi Esfahani S. Dysfunctional Metacognitive Beliefs in Body Dysmorphic Disorder. *Glob J Health Sci.* 2015 Jun 25; 8(3): 10-6

## DISCUSIÓN

# REFLEXIONES EN TORNO A LA NOCIÓN DE FAMILIA E INFANCIA: PSICOANÁLISIS, GUBERNAMENTALIDAD Y SENAME

(Rev GPU 2018; 14; 2: 168-177)

Ignacio Fuentes Lara<sup>1</sup>

Se realiza un breve recorrido teórico frente a algunas tensiones existentes en la noción de familia como posible agente regulador de subjetividades y familias en la modernidad tardía. Se presentarán algunas tensiones inherentes a los procesos de modernidad y modernización desde una perspectiva psicoanalítica. En estas condiciones actuales se habrían desarrollado acciones orientadas a la sobrejudicialización de problemáticas individuales y familiares, reflexionando sobre Programas de Reparación al Maltrato de SENAME, en tanto configuraciones neoliberales de las políticas de atención a la infancia y sus familias. Así, mediante nociones de gubernamentalidad y biopolítica se analizan funcionamientos generados por instituciones de atención a la infancia, las que en la práctica cotidiana buscarían tramitar y regular algo de la propia condición familiar neoliberal mediante dispositivos jurídicos que sancionan estos accionares.

## INTRODUCCIÓN

“*Todo lo sólido se desvanece en el aire*”, es la frase que Berman (1995) toma prestada a Carl Marx para titular su libro en donde analiza algunas de las aristas del complejo desarrollo de la modernidad en términos económicos, históricos y artísticos. Estos procesos de grandes crisis y transformaciones socioculturales globales son los que han generado el tránsito desde una modernidad organizada hacia lo que diversos autores han considerado como modernidad líquida (Bauman,

2003) o modernidad tardía (Giddens, 2003), por nombrar algunos ejemplos. Con todo, estos autores coinciden en que estos procesos han modificado diversas esferas humanas, como las instituciones, las prácticas, los discursos sociales, las relaciones laborales, etc. Por consiguiente, estos cambios han tenido efectos en los modos de configuración de subjetividades, lo que en las últimas décadas también se vería influenciado por los nuevos modos de producción neoliberales, que subvirtieron las configuraciones sólidas y tradicionales en el seno mismo del capitalismo.

---

<sup>1</sup> Psicólogo Clínico, USACH. ignaciofuenteslara@gmail.com

El objetivo del presente texto es poder realizar un ejercicio reflexivo en torno a algunas posibles condiciones y condicionantes respecto a noción de familia, en el marco de la relación con *las infancias* en Chile y la modernidad, mediante el uso de ciertos conceptos de la teoría y clínica psicoanalítica. Hago preliminarmente hincapié respecto a pensar las infancias como múltiples y variadas, lo que ya sitúa de comienzo mi postura contraria a alguna normatividad hegemónica respecto a lo infantil y sus resonancias (Bustelo, 2007). Me parece que un abordaje posible respecto a la temática familiar puede enriquecerse de los abordajes particulares que nuestras prácticas cotidianas nos permiten presenciar, y estos me han llevado a desconfiar de una postura simple o unívoca respecto al lazo entre familia e infancias.

Intentaré poner en evidencia las tensiones inherentes a la noción de familia como posible agente configurador de subjetividades en la época actual tardo-moderna, en tanto desde algunas perspectivas del psicoanálisis su existencia en este tránsito estaría atravesada por el presunto declinamiento de la eficacia simbólica paterna en la regulación de los goces individuales, así como también por los retornos de esta propia interdicción mediante inflación de la vertiente imaginaria de la familia. De este modo, desde los aportes del psicoanálisis lacaniano me parece pertinente referir que en el plano imaginario se han generado discursos en torno a la idealización de la familia como figura de cohesión y sostén regulador del niño-salvaje; mientras que por otro lado también se estaría presentando un intento de reglamentar mediante normativas jurídicas y legales en los diversos planos de la vida social y privada, como un intento de subsanar la caída de la función y eficacia paterna. Es lo que autoras como Gresier (2012) han denominado la “sobrejudicialización de la vida cotidiana”, donde sin embargo se descuidaría la vertiente pacificadora de la Ley que se hace corresponder con el deseo, dando marcado énfasis solo a su función prohibitiva y sancionadora.

Posteriormente presentaré una reflexión asociada a ciertos aspectos macrosociales en el marco de los estudios de gubernamentalidad y precarización asociados a la modernidad tardía –dentro de una lectura posible en términos de la lógica del neoliberalismo–, mediante el uso meramente ejemplificador de ciertas publicaciones y normas técnicas del aparato estatal en el abordaje del fenómeno del maltrato infantil.

Parte de este interés surge en torno al tránsito laboral en Programas de Reparación al Maltrato y Abuso Sexual [PRM], que funcionan bajo orientaciones técnicas y financiamiento del Servicio Nacional de Menores

[SENAME] (2015). A raíz de esta praxis laboral he tenido oportunidad de reflexionar respecto a ciertos modos de producción de subjetividad tanto en el seno de las configuraciones sociales actuales como en el plano de los efectos estragantes de ciertas modalidades familiares, por ejemplo en el caso del abuso sexual infantil intrafamiliar así como el maltrato físico/psicológico severo (Fuentes, 2016).

## DESARROLLO

En la llamada modernidad tardía se ha generado un despliegue de los procesos propios de la modernidad que implicarían una destradicionalización del mundo, así como una progresivo desarrollo de la reflexividad en los sujetos, que tendría por consecuencia centrar el foco de los análisis bajo el paradigma del individuo/sujeto (Beck, 1992; Žižek, 2009). De este modo, se generaría la vivencia en la época actual de una mayor pluralización de opciones y ofertas identitarias que se corresponderían con el desvanecimiento de las tradiciones que orientaban los cursos de acción de los individuos (Castoriadis, 2006).

Sin embargo estas mutaciones en las condiciones de producción de subjetividades marcadas no serían sin consecuencias. La configuración neoliberal, en tanto discurso capitalista que orientaría los modos de goce bajo la fantasía de satisfacción inmediata y narcisista, tendería a elidir y barrar precisamente lo más propio de la subjetividad según el psicoanálisis, a saber, la alteridad radical del sujeto consigo mismo y por consiguiente con los otros (Araujo, 2006). Me parece acertado relacionar esta reflexión con los modos de padecimiento actual, en tanto también sería posible pensar el entrecruzamiento con las modalidades de los sujetos para relacionarse –o no– con ese aspecto revelado por el psicoanálisis como lo Real, ya sea en las dificultades para la simbolización/representación como condición de posibilidad de cualquier aparato psíquico (Kristeva, 1995), o respecto a disminuir la eficacia del registro Simbólico en orientar los cursos de acciones debido a la debilitación de la figura reguladora del padre edípico, la cual se autoriza a sí misma como agente (Žižek, 2001).

Una definición (entre muchas) de lo Real para el psicoanálisis lacaniano, es aquella que lo relaciona como lo imposible en sentido lógico y estructural, es decir, no tanto una mera contingencia en la historia, sino como el marco propio de toda la historia; asociado a la no complementariedad entre el ser humano, con el objeto de la necesidad biológica; como aquello que no puede ser del todo simbolizado o imaginado,

retornando siempre al mismo lugar (Rabinovich y Cosentino, 1992)

De este modo, en su clásico texto sobre las nuevas formas de padecimiento actual, Kristeva (1995) desliza su argumentación hacia la pregunta contemporánea respecto a la posibilidad de existencia de “nuevos pacientes” para la época moderna, por ejemplo apreciadas en las manifestaciones psicósomáticas, inclinándose por la opción de considerar que en el momento presente los sujetos estarían presionados por el estrés y necesidad del consumo inmediato, de modo tal que se estaría prescindiendo de la representación de la experiencia, la que sería precisamente la vida psíquica. Estas nuevas manifestaciones sintomáticas estarían relacionadas con los estados llamados “límites” –que bien podrían llamarse enfermedades del alma–, y que tendrían relación con la dificultad de generar representaciones psíquicas. De esta forma, las simbolizaciones de los pacientes actuales no pueden asumir un rol protector contra los acosos pulsionales, a modo de la barrera antiestímulos señalada por Freud, dando génesis –por ejemplo– a las ya señaladas manifestaciones psicósomáticas, las que conllevarían un acceso en lo material del cuerpo de aquello que no puede ser representado. El cuerpo devendría entonces sustento material para poner en la carne aquello que no puede estar en la psiquis.

Una respuesta alternativa a esta interrogante sobre la existencia de nuevas enfermedades del alma es la que genera Žižek (2001), quien reflexiona que esta decadencia social de la función paterna, en tanto la intervención simbólica sobre lo pulsional del cuerpo infantil, tendría a su vez un retorno en lo Real<sup>2</sup>, que sería aun más obscuro y mortificante, de modo tal que un camino posible implicaría la generación de normativas en el plano jurídico que buscarían acotar algo de este resarcimiento del padre gozador<sup>3</sup>. Lo anterior estaría relacionado con dos condiciones que se encuentran en el seno de la modernidad, a saber, aumento de la reflexividad, y la pérdida de la tradición como eje regulador de los

individuos<sup>4</sup>. En este contexto, la eficacia simbólica del padre edípico pacificador de la configuración pulsional del niño, solo puede funcionar si este padre simbólico se mantiene a distancia de la representación del padre gozador. Esta desintegración de la autoridad paterna tendría dos facetas, en tanto las normas prohibitivas simbólicas son reemplazadas cada vez más por ideales imaginarios; y por otro lado, la falta de prohibición simbólica resulta suplementada por la reaparición de feroces figuras superyoicas en lo real.

Por otro lado, respecto a la premisa de la inexistencia del gran Otro en la época actual, Žižek plantea que lo que estaría cada vez más afectado sería la *confianza* simbólica, que a su vez estaría asociada con el florecimiento de comisiones de expertos destinadas a debatir y dilucidar respecto de dilemas éticos, lo que sería consecuencia de los modos en que el desarrollo inacabable de la tecnología tiene implicancias en nuestro mundo vital, en tanto *no tenemos ninguna forma de Otro, ningún punto simbólico de referencia que sirva como ancla moral segura y no problemática* (2001, pág. 352). El autor reflexiona en torno a las consecuencias paradójicas de la inexistencia del Otro, entendido como el creciente colapso de la eficacia simbólica, las que se relacionarían con la multiplicación de diferentes versiones del Otro que existe efectivamente en lo Real, y no como una ficción simbólica, lo que abre la posibilidad de nuevas formas de dominación.

Esta lectura propuesta por Žižek pretende colocar el acento en las relaciones y tensiones propias de la modernidad en consideración de la familia como marco regulador y normativo de las relaciones de los sujetos entre sí y la cultura. Con todo, cabe recordar que en el campo del psicoanálisis también se han generado críticas al cariz de verdades transhistóricas con tintes catastróficos sobre el discurso de una pretendida “declinación de la función paterna”, las que se enmarcarían en procesos socio-políticos que no pueden ser omitidos. Igualmente, estos discursos frente a una declinación se sostendrían en ideales implícitos que legitimarían la autoridad del *paterfamilias occidental* como única realidad normativa para nuestra cultura, lo que si se apropia de manera acrítica en nombre de presuntas primacías que serían universales generaría una nostalgia que se correspondería más bien a un falso problema (Tort, 2007).

<sup>2</sup> En línea con la configuración del padre severo y azaroso que Freud planteó en el texto “Moisés y la Religión Monoteísta”, que se autorizaría a sí mismo por su mera existencia.

<sup>3</sup> Me parece que a nivel local un ejemplo claro de esta operacionalización de la regulación legal respecto a las disposiciones familiares se encuentra en la propia Constitución de Chile, en donde se indica en su Artículo 1° que la familia es el núcleo básico del funcionamiento institucional de nuestra nación (Ministerio de Justicia de Chile, 1994).

<sup>4</sup> Estas dos características se pueden comprender en el marco mayor de los procesos asociados a la modernidad en tanto determinante sociohistórica de las relaciones de los sujetos, tanto con los otros como consigo mismos (Berman, 1995).

Con todo, Freud fue claro al indicar tempranamente que detrás de toda normativa o instauración legal es posible intentar develar un deseo que esta viene a prohibir (1991 [1913]). Por consiguiente, una lectura preliminar llevaría a situar la familia –en relación con las infancias– como una comunidad reguladora del goce, es decir, de aquella manifestación propia del ser humano que conlleva un más allá de la regulación por medio de la palabra, de aquella tensión que excede el cálculo racional de nuestra limitada conciencia, y que corre en sentido totalmente opuesto de nuestras intenciones de bien (Araujo, 2006). Si se prohíbe el maltrato bien puede ser porque se lo considera posible en los márgenes del deseo. Esto debido a que desde el psicoanálisis el ser humano presentaría una tendencia a llevarse más allá de sus propios límites respecto a la regulación del placer y su vivir (Freud, 1992 [1930]).

En un contexto más amplio, lo anteriormente señalado no ha estado ajeno a las transformaciones de la modernidad tardía, ya que una lectura de la obra freudiana desde Foucault ha señalado cómo el modelo de la familia neoliberal es el que se ha instalado como un artefacto regulador de dicha peligrosidad inherente del ser humano consigo mismo y también con los otros (Basauré, 2011). Cabe interrogarse si podemos mantener la naturalidad frente a este modelo de familia “tradicionalmente moderna”, pues las tensiones propias de la modernidad han implicado un proceso de decaimiento de la sujeción a ciertos modos cimentados en la tradición de los roles, por un paso a la individuación como eje central en los modos de subjetivación.

Desde un punto de vista psicoanalítico, me parece necesario recordar que el uso otorgado a la familia como comunidad reguladora del goce subjetivo podría ir aparejado con una racionalidad propia a los nuevos modos de producción, y, por ende, de relación entre el ser humano y sus objetos. Me refiero con ello al actual sistema neoliberal y su marco regulador ya no solo de la economía y sus intercambios en términos concretos, sino también respecto a las relaciones en la época actual para los sujetos con sus gobernantes, como de los propios sujetos con los otros y finalmente consigo mismos (Domingues, 2009; Foucault, 2007). Siguiendo esta idea, la familia tradicional ya no se correspondería tanto con el lugar de transmisión y orientación identitaria en los marcos tradicionales de subjetivación, sino que podríamos ser testigos –y actores– de la inclusión de la lógica del mercado en los proyectos ideales de familia. A modo de ejemplo, en toda generalización sobre la categoría de “la familia como pilar nuclear” se podría caer en el riesgo de naturalizar su estructura bajo una pretendida igualdad de condiciones básicas que elidirían

otras estructuras o condiciones mayores (género, nacionalidad, clase social, generación, etc.).

Así también, creo posible interrogar si en el seno de las llamadas nuevas enfermedades del alma –y la familia– podrían comenzar a establecerse dinámicas relacionales propias del intercambio neoliberal entre los sujetos orientados por la maximización de las ganancias con las menores consecuencias posibles, en términos emocionales o relacionales. Siguiendo la lógica argumentativa de Beck y Beck-Gernsheim, con el movimiento de individualización se habría producido un quiebre en la cohesión familiar, asociada a la función económica y laboral hacia una nueva relación con el mercado laboral, de modo tal que en la actualidad ya no serían las normas tradicionales de adscripción, como la descendencia o el matrimonio, las que determinarían el vínculo familiar, sino que este último es algo que ya no se da por descontado sino que se elige libremente (2003, pág. 184).

Sin embargo, y en función del interés planteado previamente en la introducción de este ensayo, me parece también necesario poner el acento en cómo también una lectura romántica de la familia como reguladora de un sujeto con posibilidades intrínsecas de desbordarse contra su descendencia, no consideraría del todo los efectos que esta comunidad familiar puede generar si es que los operadores propios de su existencia no se instalan o ponen en funcionamiento, a saber: el tabú del incesto que genera condiciones para exogamia y la cultura (Freud, 1991 [1913]; Kuitca, Berezin y Felbarg, 2011).

Respecto a mi propia práctica clínica, no han sido pocas las ocasiones en las que es el fundamento mismo de la familia lo que se configura como agente ejecutor de horrores que se normalizan y legitiman en su transmisión. Abusos sexuales, maltratos físicos y psicológicos a niños, infanticidios y otros secretos, se instalan allí donde la pretendida destructividad debería haber sido reducida o acotada, en donde se encontraría el más íntimo y quien más depende. Con todo, creo necesario también poner en evidencia las posibles consecuencias psicosociales que se han generado en la transformación de ciertos modos tradicionales (preindustriales) de hacer familia, como por ejemplo la *obligación de solidaridad* (Beck y Beck-Gernsheim, 2003, pág. 171), y que precisamente la orientación psicoanalítica permitiría colocar en contrapunto con ciertos ideales totalizantes y homogenizadores.

De este modo, creo que resulta sustentable para el modelo neoliberal sostener la imagen de una comunidad ligada por términos meramente imaginarios, resaltando así las manifestaciones sociales de la época

actual en tanto imperio de semblantes, dejando de lado así las necesarias implicancias del intercambio simbólico que conlleva en tanto registro pleno de lenguaje y cultura en los lazos de parentesco (Žižek, 2009). Creo que la euforia de nuestros días por el presente siempre instantáneo y fugaz puede omitir el hecho que es en el seno de las propias familias en donde históricamente también se han vulnerado derechos de niños, niñas y adolescentes mediante la normalización de formas de la violencia que han sido legitimadas de manera solapada en el marco de los procesos de producción y modernización en nuestro país (Salazar, 2006; Tolentino, 2013). No obstante, esto implica hacer el ejercicio constante de reconocer cuánto de estas llamadas vulneraciones son en sí mismas un intento nefasto, pero no por ello menos compulsivo, de tratar de apropiarse por medio de una acción activa hacia aquel sujeto infantil más íntimo de aquello que se vivió, y en ocasiones se vive aún en la actualidad, de manera pasiva por los sujetos adultos.

En esta línea, creo que se hace necesario continuar profundizando respecto a los modos de anudamiento familiares que implican una configuración en su estructura de carácter endogámico, ya sea producto de vulneraciones históricas o por transmisión transgeneracional de traumas que no han sido elaborados, y que por consiguiente obturan la puesta en juego del intercambio propio del registro simbólico y de la Ley (Fuentes, Gajardo y Varas, 2013). Me parece que una lectura idealizada de la familia en la época actual tiene el riesgo de olvidar que la familia también se puede constituir en sí misma como una comunidad de goce, en donde los mitos de los orígenes se anudan en transmisiones que se pueden volver indecibles y, por ende, impensables para sus miembros descendientes respecto a su propio linaje.

Tal como indiqué en la introducción, me gustaría agregar —a modo de ejemplo— algunas orientaciones técnicas para intervención con familias, que tenderían a resarcir desde lo imaginario las configuraciones familiares tradicionales —siempre en el contexto del maltrato infantil—, a partir de características neoliberales en contraposición con otras modalidades que podrían ser estructurantes en el registro Simbólico. Así, destaco lo señalado por una publicación del Ministerio del Interior de Chile, en tanto en este texto se indica que actualmente en el campo psicológico prevalecería la perspectiva *ecosistémica* del maltrato infantil como enfoque explicativo integral, en tanto considera los distintos sistemas y dimensiones involucrados en el fenómeno, cuya interacción se concreta en el maltrato infantil. Este modelo ecológico permitiría ordenar diversas

explicaciones en un sistema en que se integran los factores personales de los adultos a cargo del cuidado infantil además de las características del niño, niña o joven, la interacción social y familiar y el medio ambiente cultural (Fundación de la Familia, 2004).

En esta publicación realizada por un organismo del Estado, si bien se promulga un enfoque ecosistémico como explicativo del maltrato, se indica que para que este se produzca se requiere de la acumulación de mayores factores de riesgo en contraposición a una insuficiente presencia de factores protectores, los que podrían ser *la prosperidad económica, valores como la libertad y la igualdad, así como una posible afiliación religiosa fuerte y apoyativa* (Fundación de la Familia, 2004). Respecto a lo señalado en la cita anterior, me parece necesario interrogarnos sobre lo que parecería ser una naturalización ideológica de ciertos ideales propios al modelo de producción neoliberal, como lo es la prosperidad económica<sup>5</sup>, y un pretendido contexto de igualdad entre sí de los sujetos respecto a sus posibilidades actuales, obturando las diferencias estructurales existentes en la época contemporánea, como lo pueden ser el género, clase social, orientación sexual, etc.

Creo que incluso la noción misma de factores de riesgo o protectores podría tener sus orígenes en la translación terminológica desde el terreno económico al psicológico, los que podrían ser iluminados mediante una lectura psicoanalítica que recuerde que en el campo de lo humano nada asegura que el riesgo no sea orientador del deseo. En tanto como sujetos hablantes, nuestras necesidades biológicas están subvertidas por la palabra, siempre queda un resto deseante inasimilable, no existiendo por consiguiente una relación natural entre el deseo y un pretendido bien para los sujetos. Por más dispositivos de control y regulación del deseo realizados a los sujetos en la época actual respecto al mandato de volverse *empresario de sí*, el lugar extranjero que ocupa el inconsciente para el propio sujeto se volvería un espacio de resistencia, no solo en términos psicoanalíticos sino también como espacio ético-político.

Ahora bien, respecto al segundo punto de las tesis que indiqué en la introducción, en lo que tendría relación con la judicialización de la vida cotidiana y familiar como retorno de un pretendido declinamiento en la eficacia simbólica de la autoridad paterna como forma de

<sup>5</sup> En esta publicación al parecer no tendrían cabida los diversos tipos de “capitales” que el mismo ideario neoliberal ha generado, tales como capital cultural, capital humano, etc. (Rodríguez, 2012).

responder a un Otro que no existe, pero que permitiría, mediante una sobredimensión del texto jurídico como semblante anónimo, tratar de regular algo del lazo social actual (Gresier, 2012).

Para sensibilizar estos postulados en función de nuestra realidad local, quisiera indicar que según las estadísticas generadas por el propio Poder Judicial de Chile (2015), en el periodo comprendido entre los años 2013-2015 existió una progresiva demanda de medidas de protección frente a niños, niñas y adolescentes vulnerados; mientras que un estudio realizado por UNICEF concluyó que el 71% de los niños y niñas recibe en la actualidad algún tipo de violencia de parte de su madre y/o padre, siendo un 51,5% víctima de violencia física en cualquiera de sus formas por parte de sus padres (Bascuñan y Larraín, 2012). De este modo cabría preguntarse si ante este panorama actual la función principal de los Tribunales de Familia sería poder acotar, sancionar y reparar algo de la *desregulación y violencia propia de las mismas familias*.

También se puede interrogar respecto a las disposiciones y orientaciones técnicas de los dispositivos generados para atención de niños y familias, pues la noción de judicialización contenida en sus bases técnicas comprendería solamente su ámbito penal, como una versión de la Ley que sería encargada de sancionar pero no de orientar regulaciones a los modos de relación entre los sujetos entre sí y con los otros, incluso los otros más íntimos de la familia. Tomando como ejemplo lo vertido en las Orientaciones Técnicas de los programas PRM, podemos leer que

La dimensión jurídica está implicada por la dimensión de judicialización de la situación de vulneración de derechos, dado el carácter de delito prescrito para el maltrato y a los abusos sexuales graves de los que han sido objeto, objetivo de sanción a quienes abusan y/o maltratan, dimensión que de terminar en sanciones, según la evidencia<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Punto de detención aparte merecería considerar cuál sería la "evidencia" plantada por estas Orientaciones Técnicas, pues no están citadas ni referenciadas en ninguna parte del documento. Sin embargo, es posible levantar una sospecha preliminar en tanto en una Guía Clínica para el tratamiento de la depresión en mujeres se indica *la evidencia* que haber sido abusada en la infancia sería un importante factor en la generación de un posterior cuadro depresivo; no obstante, las evidencias allí implicadas se remiten a estudios en que se compara la respuesta de animales frente al estrés desde su crianza primaria (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2009).

tienen un efecto reparatorio en el proceso de resignificación de los abusos vividos, como expresión de justicia (SENAME, 2015).

Se puede apreciar en la cita previa cómo la judicialización se correspondería a un ejercicio de sanción que permitiría presuntamente restituir la justicia; sin embargo, no sería tanto por las consecuencias emocionales o de subjetivación que tendrían los niños, niñas y adolescentes que han sido posicionados en el lugar de objeto del goce del Otro, sino por el estatuto delito en que se estaría incurriendo. Igualmente, me parece interesante preguntar si acaso la expresión de justicia tendría su mayor función como efecto reparatorio de *un* daño *individual* realizado a *un* niño, o si más bien podría cumplir una vertiente normativa en el lazo social mismo, prohibiendo y con ello también accionando una función paterna en tanto permitiría hacer condescender la Ley al deseo.

En este punto me parece relevante lo señalado por otros autores como Magaña, Ramírez y Martínez (2014), quienes luego de entrevistar a profesionales de la Salud Mental concluyeron que el reconocimiento del abuso sexual infantil estaría para estos condicionado a la tramitación del mismo a términos del discurso jurídico en tanto estas agresiones constituyen un delito sancionable en el sistema penal. En este sentido, los autores concluyen que la sobrejudicialización de la temática abusiva tendría como un efecto el cierre del discurso clínico en su complejidad y potencia comprensiva, subordinando el discurso psicológico al discurso jurídico, quedando las visiones de la infancia teñidas desde las políticas públicas y los marcos penales establecidos.

Sin embargo lo previamente indicado no es solo en la dimensión punitiva en que el llamado a la legislación se hace notar, sino también en la propia sobrejudicialización de los conflictos cotidianos y sociales, como un llamado a la Ley frente a la vivencia de amenaza virtual o real de un desorden en la organización familiar o social; por lo que estas demandas también podrían interpretarse psicoanalíticamente como un llamado a que la Ley venga a intervenir allí donde existe cualquier con-

En este mismo sentido, en la Guía Clínica para el Abuso Sexual Infantil se puede leer: *se encontraron dos revisiones sistemáticas, con un total de nueve estudios de buena calidad metodológica, en que se presentaría la mayor efectividad del "modelo cognitivo conductual"*. Sin embargo en este caso no se indican referencias a posibles estudios que legitimen estos postulados (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2011, pág. 46).

flicto en cuanto tal, para que ya no tenga lugar alguno (Aceituno, 1999). ¿Estaríamos autorizados a hacer la interrogación respecto a las consecuencias esperadas del actual sistema de protección infantojuvenil: resolución de conflicto para que cese su efecto o tramitación del malestar inherente de la relación entre el sujeto y lo social?

En este punto me parece fundamental tomar los aportes generados por Foucault respecto al gobierno de las poblaciones, en tanto la gubernamentalidad se correspondería a una especie de grilla de inteligibilidad de las relaciones de poder en su conjunto total, y que a su vez tiene como objetivo la población como forma de saber. En este sentido, en el transcurso temporal de las sociedades feudales hasta nuestros días han existido cambios en los dispositivos del poder generados en tres grandes momentos: soberano (sobre el territorio que era necesario mantener cohesionado); disciplinarios (sobre los individuos y cuerpos vivos mediante una *biopolítica*; y finalmente dispositivos de seguridad, donde lo que se busca es la gestión de las poblaciones mediante un “cálculo de posibilidades” (Castro-Gómez, 2010). En este sentido, en la época actual propia del asentamiento neoliberal, estos dispositivos de seguridad tendrían como mayor foco de acción el deseo en cuanto tal, no tanto mediante su disciplinamiento sino del gobierno de su circulación, permitiendo, dentro de ciertos límites, que puedan ser de utilidad para los gobernantes.

De este modo, la interrogación sobre las racionalidades implicadas en la reflexión y abordaje sobre estas temáticas me parece que tiene una alta implicancia, ya que cabe preguntarnos sobre las consecuencias existentes en la actualidad en lo que yo leo como una *administración racional del sufrimiento infantil*, pues sostengo que los enfoques psico-socio-jurídicos utilizados para abordar el fenómeno del maltrato intrafamiliar han estado motivados por una razón instrumental, individual y meramente enfocada en la sanción. Con esto, se elidiría la reflexión sobre los procesos y transformaciones de la familia como seno fundamental donde ocurrirían estas vulneraciones de derechos, así como la pregunta por el lugar de la Ley paterna como agente regulador entre los sujetos y su deseo/goce en el seno de las configuraciones familiares actuales.

Por otro lado, y previo a concluir la presente reflexión, creo interesante poder colocar este diagnóstico en un marco regional más amplio, en tanto se podría corresponder con los procesos de modernización llevados en América Latina, pues la modernidad en Latinoamérica tendría su propia hoja de ruta, la que no sería inexistente ni completamente igual al proceso

de la modernidad europea. Me gustaría detenerme en ciertos aspectos propios, como la relativa falta de autonomía y desarrollo de sociedad civil, manteniéndose en la región relativamente dependiente de los dictados del Estado, ello sostenido en el fantasma de una frágil institucionalidad siempre a punto de colapsarse; pero principalmente, respecto a la mantención de la marginalidad económica y social en muchos sectores de nuestra sociedad, los que se mantendrían en la periferia de los procesos económicos obtenidos durante la década de los años 1990 (Larraín J., 1997).

En este panorama latinoamericano, creo también posible enunciar ciertos dispositivos ideológicos propios a la racionalidad neoliberal que se han difundido de manera transversal, por ejemplo el uso (y abuso) de la “compasión organizada” como un mecanismo que tendería a mantener oculta la existencia previa de las relaciones de exclusión y de acceso desigual que definen la pobreza actual, de modo tal que se generaría en el terreno de la política una compulsión latente por mantener cierto *statu quo* que solo en la apariencia incluye a quienes se encuentran de manera histórica excluidos: los propios niños, niñas y adolescentes en pobreza y exclusión (Bustelo, 2007; Salazar, 2006). En otras palabras, me parece que el asentamiento de asumir a la familia como garante exclusiva del bienestar y desarrollo de los miles de niños y niñas que existen en nuestro país, podría interpretarse como un ejercicio de desmentida en la cual se estaría condenando diariamente a la exclusión a una infancia que por condiciones materiales nace carente de futuro, prevaleciendo la impunidad de una sociedad que conoce (o al menos sospecha) las causas del sufrimiento, pero que carecería de la voluntad para erradicarlas de manera definitiva.

Así pues, es posible sugerir que ciertos discursos públicos sobre el maltrato infantil se focalizan de manera exclusiva en las relaciones intrafamiliares pero que al mismo tiempo opaca tanto las condiciones sociales, políticas y económicas en donde se desarrollan las familias, así como también se naturaliza la falta de intervenciones estatales que visualicen estas condiciones para darles respuesta, lo que en su conjunto también serían vulneraciones de derechos, causando y sosteniendo sufrimiento y exclusión (Grinberg, 2015).

Desde el enfoque de Derechos del Niño existiría una tensión respecto a las posibilidades que recaen sobre el Estado en brindar las condiciones mínimas inalienables para el sano desarrollo de un sujeto. Y esta tensión se traduce ineludiblemente en las prácticas cotidianas en las que los profesionales del área social se desempeñan, siendo posible por ejemplo generar espacios de discusión a estas temáticas debido

a la estructura misma de la praxis profesional, pues también tenemos familia, también portamos criptas, y nada nos distancia –en una realidad– del dolor de aquellos con que nos relacionamos.

Como indica Larraín (1997), la noción de Derechos Humanos ha podido funcionar como un pivote entre los diversos sectores de la sociedad latinoamericana, tanto a nivel público como privado, así como transversalmente en los distintos ejes políticos, al prestarse como referente obligado en los marcos institucionales. Sin embargo, y como proyecciones para siguientes abordajes o reflexiones en esta temática, me parece interesante tomar en consideración investigaciones empíricas realizadas por diversos autores respecto a las tensiones propias de los procesos de subjetivación asociados a los cambios traídos con la modernidad y modernización. Ejemplo de ello es que, aún en nuestros días, la noción de derecho está configurada como un marco normativo que no tendría la misma potencia normativa (en términos no meramente instrumentales en su sanción, sino su promoción y respeto) entre los distintos estratos sociales: en las clases populares la vivencia frente a una transgresión no sería solo tal o cual derecho individual, sino la propia experiencia de sí; mientras que en los sectores medios de la sociedad la noción de derecho se amplía hasta abordar prácticamente todas las esferas sociales, inclusive las que no están normadas en leyes o convenciones internacionales algunas (Araujo, 2009).

Estimo pertinente poder continuar profundizando y desarrollando estas tensiones propias de la modernidad, ya que me surge la inquietud si en los programas sociales y clínicos como en el que me desempeño en ocasiones podríamos cometer lo que el psicoanalista Ferenczi llamó “confusión de lenguas”: mientras desde las políticas públicas asociadas al trabajo con niños y sus familias –tales como SENAME y sus Organismos Colaboradores de la Sociedad Civil– se explicita el Enfoque de Derechos como columna vertebral de sus planes y acciones, puede existir un amplio rango de niños y sus familias para quienes la misma noción de “derechos humanos” sea todavía distante y difusa bajo las actuales condiciones de gubernamentalidad propias de la configuración neoliberal. ¿Qué nos asegura poder generar sintonía afectiva y relacional en una familia cuando en ocasiones las nociones mismas de la Ley no han advenido todavía, producto de las configuraciones incestuosas o secretistas que las ha estructurado?

A modo de conclusión, a lo largo del presente ensayo intenté realizar un breve recorrido teórico inicial que pudiese contextualizar mi postura frente a algunas tensiones existentes en la noción de familia como posible agente regulador de subjetividades en la modernidad

tardía, en tanto estaría atravesada por el declinamiento de la eficacia simbólica paterna en la regulación de los goces individuales, así como también en un énfasis una lectura imaginaria de la familia. El marco comprensivo general se nutre de las aportaciones generadas por algunos teóricos de la modernidad tardía, en relación con la temática general de la familia en su mutación frente a los procesos y dinámicas propias en el tránsito desde una modernidad sólida hacia la tardo-modernidad, y las consecuencias en los procesos de subjetivación.

Posteriormente presenté algunas tensiones que me parecen inherentes a los procesos de modernidad y modernización desde una perspectiva psicoanalítica, particularmente en función a las posibles consecuencias psíquicas, en el sentido de las llamadas “nuevas enfermedades del alma”, en tanto en la época actual no se correspondería del todo con los ejes articuladores que dieron origen al psicoanálisis, pues se presentarían dificultades para la simbolización/representación que serían condición de posibilidad de cualquier aparato psíquico. Esto se relacionaría a su vez con una pretendida pérdida de la eficacia paterna como marco simbólico entre los sujetos, como una consecuencia de la destradicionalización propia de la época actual.

Desde estas lecturas actuales, la supuesta declinación de la eficacia simbólica paterna podría tener consecuencias asociadas al retorno de una severidad paterna que no puede regular solo por su palabra o pacto. Sostengo que en este contexto sociocultural existiría una preponderancia del registro Imaginario, entendido como las ideas y valoraciones que tenderían a la completitud e identidad, de modo tal que esta consideración imaginaria de la familia tendría que ver con aquellos discursos, relatos e instituciones que buscarían asegurar exclusivamente en su seno las garantías de socialización. Sin embargo, en las condiciones actuales de transición y modernidad, también se han desarrollado acciones orientadas a la sobrejudicialización de problemáticas individuales y familiares, a las que previamente era la tradición la que podía orientar. Denomino esto como un retorno en el texto psicojurídico de los aspectos que previamente recaían en la tradición, lo que sin embargo pondría de manifiesto las tensiones inherentes al desvanecimiento de los procesos clásicos de subjetivación, así como las consecuencias posibles de abordar en el marco de la praxis profesional en contextos de alta vulnerabilidad. De este modo, la familia se puede constituir como una comunidad de traumas indecibles que obturarían la instauración de la Ley, por ejemplo en los casos de incesto.

Se abre entonces la interrogante de pensar e interrogar lo que ha sido considerado por otros autores

como una sobrejudicialización de la vida cotidiana, de modo tal que se buscaría generar mediante dispositivos jurídicos algo de la regulación entre los sujetos en el seno de configuraciones que han mutado en el contexto de la modernidad tardía, como lo es la familia. De este modo, cabría preguntarse si en la actualidad los Tribunales tendrían la función de sancionar y acotar algo del exceso inherente a la configuración familiar, en tanto se gestarían como avatares de un Otro simbólico como representante de la Ley. Sin embargo, al considerar de manera exclusiva el discurso de una pretendida “declinación paterna” se eludirían los procesos socio-políticos, como la amplia difusión del sistema económico neoliberal y las lógicas de producción/reproducción que lo sustentan, pudiendo también convertirse en una añoranza que negaría de antemano las oportunidades de establecer nuevas modalidades de lazo frente a la caída de la tradición.

Posteriormente intenté plasmar algunas reflexiones en consideración con mi praxis laboral en Programas de Reparación al Maltrato de SENAME, en tanto me parece posible interrogarse respecto a las configuraciones neoliberales de las políticas de atención a la infancia y sus familias. Así, las nociones de gubernamentalidad y biopolítica son herramientas útiles para poder analizar ciertos funcionamientos generados por instituciones de atención a la infancia, las que en la práctica cotidiana buscarían tramitar y regular algo de la propia condición familiar neoliberal mediante dispositivos jurídicos que sancionan estos accionares.

Parte de la sobrejudicialización de la vida familiar se enmarcaría a su vez en modelos neoliberales que tenderían a individualizar el abordaje de temáticas que pueden ser macrosociales como lo puede ser el ejercicio pleno de los Derechos del Niño, depositando sus dispositivos de manera exclusiva en las familias, pudiendo desprender una administración del sufrimiento infantil dentro de rangos aceptables para el gobierno de las subjetividades, pero desconociendo las condiciones económicas, políticas y sociales que también se constituyen en vulneraciones de derecho.

## REFERENCIAS

1. Aceituno R (1999). Aproximaciones al sujeto actual. *Praxis* (1), 8-29
2. Aceituno R (2010). *Futuro anterior: historia, clínica, subjetividades*. Santiago de Chile: Universitaria
3. Araujo K (2006). Depresión: síntoma y lazo social. En W. Bongers, T. Olbrich, *Literatura, cultura, enfermedad* (págs. 191-211). Buenos Aires: Paidós
4. Araujo K (2009). *Habitar lo social: usos y abusos en la vida cotidiana en el Chile actual*. Santiago de Chile: LOM
5. Basaure M (2011). *Foucault y el psicoanálisis: gramática de un malentendido*. Santiago de Chile: Cuarto propio
6. Bascuñan C, Larraín S (2012). *4º Estudio de Maltrato Infantil*. Santiago de Chile: UNICEF
7. Bauman Z (2003). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
8. Beck U (1992). *¿Qué es la globalización?* Barcelona: Paidós
9. Beck U, & Beck-Gernsheim E (2003). *La individualización*. Barcelona: Paidós
10. Berman M (1995). *Todo lo sólido se desvanece en el aire. La experiencia de la modernidad*. México: Siglo XXI Editores
11. Bustelo E (2007). *El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo*. Buenos Aires: Siglo XXI
12. Castoriadis C (2006). *Una sociedad a la deriva*. Buenos Aires: Katz
13. Castro-Gómez S (2010). *Historia de la gubernamentalidad: Razón de estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*
14. Domínguez J (2009). *La modernidad contemporánea en América Latina*. Buenos Aires: Siglo XXI
15. Foucault M (2007). *Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
16. Freud S (1992 [1930]). El malestar en la cultura. En *En Obras Completas. Volumen 21* (págs. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu
17. Freud S (1991 [1913]). Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos. En *Obras Completas. Volumen 13* (pp. 1-164). Buenos Aires: Amorrortu
18. Fuentes I (2016). (Un) Estatuto de lo traumático: narcisismo, desamparo y maltrato infantil. *Revista Psicoanálisis APdeBA, XXXVIII* (2 y 3), 423-436
19. Fuentes I, Gajardo R, Varas C (2013). Significados de la transmisión transgeneracional del trauma por abuso sexual infantil en profesionales que trabajan en terapia de reparación del maltrato (Tesis de pregrado). Santiago: Universidad de Santiago de Chile
20. Fundación de la Familia. (2004). *Protegiendo los derechos de nuestros niños y niñas. Prevención del Maltrato y el Abuso Sexual Infantil en el espacio escolar. Manual de apoyo para profesores*. Santiago de Chile: Ministerio de Justicia de Chile
21. Giddens A (2003). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza Editorial
22. Gresier I (2012). *Psicoanálisis sin diván: los fundamentos de la práctica analítica en los dispositivos jurídicos*. Buenos Aires: Paidós
23. Grinberg J (2015). Entre la pediatría, el psicoanálisis y el derecho: apuntes sobre la recepción, reelaboración y difusión del “maltrato infantil” en Argentina. *Revista de Estudios Sociales* (53), 77-89
24. Kristeva J (1995). *Las nuevas enfermedades del alma*. Madrid: Cátedra
25. Kuitca M, Berezin J, Felbarg D (2011). ¿Cómo enfocar el abuso sexual infantil? El psicoanálisis en la interdisciplina. *Psicoanálisis APdeBA, XXXIII* (2), 291-306
26. Larraín J (1997). La trayectoria latinoamericana a la modernidad. *Estudios Públicos* (66), 313-333
27. Larraín S, Bascuñan C (2008). Maltrato infantil y relaciones familiares en Chile. Análisis comparativo. 1994-2000-2006. *Revista Chilena de Pediatría*, 79 (1), 64-79
28. Magaña I, Ramírez C, Menéndez L (2014). Abuso Sexual Infantil (ASI): Comprensiones y Representaciones Clínicas desde las prácticas de Salud Mental. *Terapia Psicológica*, 32 (2), 133-142
29. Ministerio de Justicia de Chile. (1994). *Constitución política de la República de Chile* (5a ed ed.). Santiago: Jurídica
30. Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2011). *Guía Clínica Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual*. Santiago: MINSAL

31. Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2009). *Guía Clínica Tratamiento de Personas con Depresión*. Santiago: MINSAL
32. Poder Judicial de Chile. (2015). *Estadísticas de Cortes de Apelaciones y Juzgados año 2007 a 2015*. Recuperado el 20 de agosto de 2015, de <http://www.pjud.cl/cuadro-resumen-estadisticas-anuales-del-poder-judicial-ano-2007-a-2015>
33. Rabinovich D, Cosentino J (1992). *Puntuaciones freudianas de Lacan: Acerca de Mas allá del principio de placer*. Buenos Aires: Ediciones Manantial SRL
34. Rodríguez R (2012). Notas sobre la inteligencia precaria (o sobre aquello que los neoliberales llaman capital humano). En R. Rodríguez, A. Tello, *Descampado. Ensayos sobre las contiendas universitarias* (págs. 105-155). Santiago de Chile: Sangría Editora
35. Salazar G (2006). *Ser niño "huacho" en la historia de Chile: (siglo XIX)*. Santiago: LOM
36. Sanín A (2009). *"Me pega... mucho, poquito, nada". Posiciones Subjetivas frente a la agresividad del Otro paterno y/o materno durante la infancia. Trabajo de grado para optar al título de Magister en Investigación Psicoanalítica*. Medellín: Universidad de Antioquia
37. Servicio Nacional de Menores [SENAME]. (Marzo de 2015). *Orientaciones Técnicas Línea Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Grave*. Recuperado el 22 de julio de 2015, de [http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p10\\_20-07-2015/bases\\_tecnicas\\_PRM.pdf](http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p10_20-07-2015/bases_tecnicas_PRM.pdf)
38. Tolentino K (2013). *Violencia contra Violencia. Políticas de Protección a la Infancia Vulnerada en Chile: La Regulación de Niñas y niños*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona
39. Tort M (2007). *El padre y el psicoanálisis. Una historia política*. Santiago de Chile: Palinodia
40. Žižek S (2001). *El sujeto espinoso*. Barcelona: Paidós

## PSICOANÁLISIS ESTÉTICA

# LO OMINOSO, UNA SOMBRA EN EL ESPEJO

(Rev GPU 2018; 14; 2: 178-188)

Andrés Correa M.<sup>1</sup>

“La belleza siempre ha de tener algo de raro, algo de bizarro”

BAUDELAIRE

En este artículo abordo el concepto que Freud (1919) desarrolla acerca de “lo ominoso”, colocando especial énfasis en el fenómeno del “doble”, fenómeno que en el ámbito psicológico se conoce a través del concepto de despersonalización. Más que analizar este fenómeno desde un punto de vista psicopatológico intento analizarlo desde una perspectiva psicoterapéutica, destacando el efecto mutativo que, creo, la parcial emergencia de este fenómeno puede tener en la experiencia analítica del paciente. Para ilustrar este efecto presento y analizo una secuencia de tres autorretratos pintados por tres artistas que representan distintos estilos visuales dentro de la historia del arte. Pienso que estos ayudan figurativamente a exhibir el efecto terapéutico que un proceso acotado de despersonalización puede generar dentro de un proceso psicoanalítico.

## INTRODUCCIÓN

La angustia, junto con el éxtasis, es uno de los puntos más altos que parece alcanzar el sentir del ser humano (Lersch, 1938). Su paroxismo se desarrolla a partir de la inquietante sensación que, en el estado anímico del sujeto, genera la irrupción de un contenido sombrío cuyo significado se encuentra relativamente indeterminado. Este momento de inquietud se puede describir como el momento de la extrañeza, el estado afectivo con el que tiende a iniciarse el fenómeno de

la angustia. La sensación de extrañeza no solo puede activarse ante lo nuevo y desconocido sino, también, ante lo familiar y conocido. Dada la contradicción que involucra este segundo caso, esta se vive con un grado de perturbación mayor que la primera. El primer pensador en estudiar las cualidades psicológicas de este específico caso de extrañeza fue Freud (1919), estudio que se encuentra desarrollado en su texto *Lo ominoso*, el concepto con el que él define este particular estado emocional. En este texto Freud (1919) parte diciendo que, si bien, lo ominoso es un sentimiento que se lo

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

puede encontrar habitualmente expuesto dentro de las narraciones literarias, no existe dentro del campo del análisis literario un examen profundo acerca de la naturaleza de este sentimiento. Este vacío se debe, según él, a que la Estética –la rama del saber que, entre otras cosas, se ocupa de este campo– es un tipo de pensamiento que tiende a reflexionar más sobre las positivas que las negativas tonalidades afectivas que parece producir el sentir ante lo bello<sup>2</sup>. El psicoanálisis, en cambio, al ser un sistema de pensamiento que nace dentro de un contexto de estudio psicopatológico, tiende prioritariamente a colocar su esfuerzo analítico en aquellas partes de la vivencia del sujeto que presentan malestar. Pienso que esta originaria condición deja al pensamiento psicoanalítico no solo en la obligación sino, también, teóricamente capacitado para abordar esa clase de belleza que parece estar estrechamente vinculada al fenómeno de la angustia, esa belleza que Rilke (1923) entendió como el “comienzo de lo terrible...”<sup>3</sup>.

Freud (1919) desarrolla su concepto de lo ominoso haciendo inicialmente referencia a la literatura fantástica del romanticismo, literatura donde este sentimiento aparece abundantemente exhibido. Cita, entre otros, a autores tales como: J. W. Goethe, F. Schiller, E. T. A. Hoffmann, W. Hauff y F. Schelling. Si bien analiza parte importante de la obra de Hoffmann<sup>4</sup>, es a partir de una cita de Schelling (1842) de donde él extrae la sustancia medular con la que hace que la comprensión de lo ominoso pase de ser una mera comprensión “animista” a ser una psicoanalítica. Esta cita dice lo siguiente: “lo ominoso es todo lo que, estando destinado a permanecer en secreto, en lo oculto, ha salido a la luz”

(p. 225)<sup>5</sup>. Una vez asumida esta definición Freud (1919) desarrolla un minucioso análisis lingüístico en el que destaca que la palabra alemana “*das unheimlich*” (lo ominoso) posee una acepción de significado similar a la que alberga su antónimo “*das heimlich*” (lo familiar). Pienso que este análisis lingüístico conecta con una concepción de lo ominoso cuyos precursores conceptuales más que encontrarse en la visión de mundo que desarrolla el romanticismo, se encuentran en la visión que anteriormente habían desarrollado el manierismo y el barroco, el otro contexto estético desde donde, diría Lacan (1960, 1964, 1973), implícitamente se nutre la visión psicoanalítica del ser humano.

Esta prolija elaboración teórica con la que Freud (1919) sitúa a lo ominoso no solo dentro del ámbito de lo psíquico sino también dentro del ámbito de lo familiar, ha sido escasamente valorada por el pensamiento psicoanalítico. Aparentemente fue Lacan (1962) el primero en llamar la atención sobre este asunto quien, cuarenta años después de publicado este texto, dice: “Es un artículo que nunca he oído comentar, y a propósito del cual nadie parece haberse percatado siquiera de que es el eslabón indispensable para abordar la cuestión de la angustia” (p. 52). Pienso que esta nula repercusión reflexiva se debe a esta apariencia sobrenatural que, a través de su aspecto tenebrosamente brumoso, la descripción de lo ominoso asume comúnmente ante el lector, especialmente ante el lector científico. Esta apariencia hace que rápidamente este texto caiga por debajo de la línea de interés que traza la necesidad de reconocimiento científico que, a partir del mismo Freud, la mayoría de los psicoanalistas busca satisfacer. A diferencia de lo sucedido en el mundo psicoanalítico, este texto fue acogido con elevada valoración dentro del mundo de la estética, tanto así, que incluso algunos pensadores que provienen de este mundo han planteado que con este artículo Freud (1919) funda una categoría conceptual con la que se amplió el marco teórico de la reflexión estética, reflexión que anteriormente estaba restringida a las categorías analíticas de lo bello y de lo sublime<sup>6</sup>. A través de este concepto el pensamiento estético ha podido examinar ese rango de vivencia con el que se ha tendido crecientemente a asociar al arte del siglo XX, es decir, esa incómoda sensación de extrañeza que habitualmente esta clase de arte, al igual

<sup>2</sup> Pienso que Freud se equivoca en este punto, ya que, desde fines del siglo XVIII cuando el concepto de estética se redefine a partir del concepto de “lo sublime” (Burke, 1757; Kant, 1790), la vivencia estética se empieza paulatinamente a concebir como una vivencia que es al mismo tiempo placentera y displacentera. Se puede decir que esta noción, después de, en el siglo XIX, pasar por el ceceo conceptual de la romántica idea de “lo trágico”, está en la base del concepto de lo ominoso (cf. Correa, 2017, “Tres Nociones de estética a partir de la obra de Freud”, en *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, Vol. 13, N° 4, pp. 399-411).

<sup>3</sup> Esta concepción de la belleza se la encuentra en un verso que aparece en la primera elegía de “Las Elegías de Duino” donde Rilke (1923) dice: “pero lo bello es el comienzo de lo terrible, eso que todavía podemos soportar...” (p. 33, en *Las Elegías del Duino, Los Réquiem y otros poemas*, Ed. Visor, España).

<sup>4</sup> Los dos textos que analiza de este autor son *Los elixires del diablo* (1815) y *El hombre de arena* (1816).

<sup>5</sup> Esta cita pertenece a la lección XVIII de la filosofía de la mitología de Schelling (1842).

<sup>6</sup> E. Trías (1982), P. Oyarzún (2001), M. Perniola (1997), son algunos de los pensadores que han propugnado esta idea.

como en su momento lo hizo el arte barroco, tiende a despertar<sup>7</sup>.

Ahora bien, más allá de destacar los alcances que esta reflexión freudiana parece tener para el pensamiento que se desarrolla dentro del campo del arte, quisiera destacar la importancia que, pienso, esta tiene para la teoría psicoanalítica del cambio psíquico, especialmente para la forma de ver este como un fenómeno estético. Dentro de este específico campo, entiendo por estético un particular estado anímico que surge cuando afectos de naturaleza displacentera se experimentan con cierto grado de deleite. Teniendo en cuenta que el psicoanalista trabaja con el dolor emocional de las personas, digo, entonces, que esta vivencia de deleite que involucra lo estético es la vivencia con la que se desarrolla la capacidad que necesita el paciente para experimentar y sostener su dolor dentro de un “estado de ánimo reflexivo” (Correa, 2017a, 2017c, 2107d). El hecho de que el proceso de cambio psíquico se active a través del arribo de este específico estado de ánimo es lo que, creo, hace que este proceso sea en sí mismo un fenómeno estético<sup>8</sup>. En el caso de lo ominoso, este rendimiento placenteramente reflexivo se desarrolla a través del espectro de la angustia, es decir, a través de ese espectro en el que el sujeto, deviniendo objeto de sí, asiste al despliegue de dimensiones de su experiencia que le resultan difíciles de asumir. Si bien este espectro vivencial es el mismo por el que se mueve la experiencia romántica de “la catástrofe” –la experiencia con la que Bion (1970) construye su particular concepción acerca del cambio psíquico– pienso que en el caso de lo ominoso la angustia se sitúa especialmente en el momento de la extrañeza, momento que precede a la emoción de la catástrofe. En este sentido creo que ambas emociones forman parte de una misma cadena secuencial que, desde el punto de vista de la práctica terapéutica, representan dos formas de abordar psicoanalíticamente al paciente. Planteo que

la idea de la catástrofe coincide con la definición romántica que Schelling (1842) propone de lo ominoso, mientras que la sensación de lo extraño en lo familiar que Freud (1919) asocia a lo ominoso coincide con el enfoque manierista y barroco de la realidad, enfoque cuyos elementos reflejan mejor esta específica sensación. En este sentido, planteo que ese “salir a la luz de lo oculto” es solo el elemento exaltadamente romántico que involucra la definición de lo ominoso, es decir, el momento cuando la “extrañeza” que involucra este sentimiento deviene en horror, el sentimiento catastrófico en el que puede culminar su desarrollo.

En lo que sigue intento describir la naturaleza psicológica de lo ominoso colocando un énfasis en la idea de la autoimagen, el constructo psicológico que supuestamente es vivido con familiaridad por parte del sujeto. Cuando la autoimagen pierde la sensación de familiaridad se produce lo que en psicología se conoce como “despersonalización”, la definición psicopatológica, diría yo, de la figura literaria del “doble”, una de las modalidades que comúnmente utiliza la literatura romántica para expresar el sentimiento de lo ominoso<sup>9</sup>. Mas que analizar este fenómeno desde un punto de vista psicopatológico intento analizarlo desde una perspectiva psicoterapéutica destacando el efecto mutativo que, creo, la emergencia acotada de este fenómeno puede tener en la experiencia analítica del paciente. Para ilustrar este fenómeno uso la idea del autorretrato, representación visual que, a partir del manierismo y del barroco, se transforma en un espacio donde el dominio del yo se pierde.

## MI CASA YA NO ES MI CASA

La primera vez que Freud menciona el concepto de lo ominoso es en una nota al pie que aparece en su texto *Totem y Tabú* (1913), y que dice: “parece que conferimos el carácter de lo ominoso a las impresiones que corroborarían la omnipotencia del pensamiento y el modo de pensar animista en general...” (p. 89). Si bien en el texto *Lo ominoso* Freud (1919) parte haciendo alusión a este mismo significado, en este agrega una cualidad que hace que este fenómeno se entienda de otra manera. Esta cualidad aparece comprimida en la cita de Schelling (1842) con la que él parte desarrollando su

<sup>7</sup> La concepción estética del arte del siglo XX o del “arte contemporáneo” como suele técnicamente llamárselo, surge como consecuencia de lo que, para el arte, significó el paso que dio el romanticismo de la primera mitad del siglo XIX hacia el nihilismo vitalista que, fundamentalmente con Nietzsche, se instala a fines del siglo XIX. En este sentido, el arte del siglo XX es un arte que, a través de la revuelta valórica que se arma con la llegada del nihilismo, busca perturbar, molestar y desencajar al espectador.

<sup>8</sup> El rendimiento reflexivo que despierta el placer estético es lo que marca la diferencia entre este específico estado de ánimo y el estado patológicamente masoquista.

<sup>9</sup> Entiéndase por despersonalización como un trastorno de la conciencia de pertenencia donde la vivencia de la apreciación de sí mismo, sin que haya un trastorno psicótico del juicio de realidad, “se siente extraña, lejana y poco familiar” (Capponi R, 1987, p. 240)

definición, es decir, en esa que dice: “lo ominoso es todo lo que estando destinado a permanecer en secreto, en lo oculto, ha salido a la luz” (p. 225). A partir de esta definición Freud (1919) piensa que lo que estaría destinado a permanecer en secreto es lo intolerable, lo supuestamente terrible que habita en uno, es decir, lo reprimido<sup>10</sup>. Este es el elemento psicoanalítico con el que Freud (1919), corriendo el velo sobrenatural y sacro con que el romanticismo cubrió la fisonomía psicológica de este sentimiento, inicia el desarrollo de su propia definición de lo ominoso. En este sentido, el contenido terrible de lo ominoso, diría él, no es algo extraordinario o sobrenatural, sino que, por el contrario, es algo propio de la naturaleza psicológica del sujeto que solo por pasar de la oscuridad a la luz de su conciencia se presenta inicialmente ‘como si’ fuese ajeno a su naturaleza. Lo que hace, según Freud (1919), que este contenido devenga inicialmente ajeno o extraño es el lugar en el que este, antes de irrumpir en la conciencia, se oculta.

Después de desglosar etimológicamente el concepto de *das unheimlich*, la expresión alemana que se usa para designar lo ominoso, Freud (1919) descubre que su antónimo, es decir, la palabra *heimlich* que significa íntimo, doméstico o familiar, posee entre sus otros significados uno que coincide con el de *unheimlich*, haciendo entender que lo ominoso no se aloja justamente en ‘lo no familiar’ o en ‘lo desconocido’, sino que, al contrario, en lo familiar y supuestamente conocido. Dice: “Lo más interesante... es que la palabrita *heimlich*, entre los múltiples matices de su significado, muestra también uno en que coincide con su opuesta *unheimlich*. Por consiguiente, lo *heimlich* (familiar) deviene *unheimlich* (extraño)” (p. 224). Este confuso devenir se aclara, según Freud (1919), en el hecho de que la palabra *heimlich* “pertenece a dos círculos de representaciones que sin ser opuestos son ajenos entre sí” (p. 225). Por un lado, está el de “lo familiar... agradable” y, por otro, “el de clandestino... oculto” (p. 225). Frente a esta bilateralidad semántica que posee la palabra *heimlich*, la palabra *unheimlich*, dice Freud (1919), actúa como antónimo del primer círculo de representaciones, pero no del segundo. A partir de este análisis se puede decir que la extrañeza que, en lo ominoso, supuestamente genera un elemento familiar no habla de algo originalmente extraño, sino que, más bien, de algo cuya familiaridad

aparece tachada a través del prefijo “un”; la marca censuradora que, según Freud (1919), lingüísticamente exhibe la versión alemana de este concepto. En este punto, la emergencia de lo *unheimlich* hace que las dos acepciones de la palabra *heimlich* –por un lado, lo familiar y, por otro, lo oculto– se unan en el significado de lo que podría llamarse “lo ocultamente familiar”, destacando la función de “ex-timidad” que parece cumplir lo oculto dentro de lo familiar. El concepto de “ex-timidad” acuñado por Lacan (1964) para hacer referencia a un significado de lo oculto que está estrechamente asociado a la idea de lo íntimo. Es decir, es un concepto que hace entender lo oculto no como algo contrario a lo propio, sino como algo propio que por habitar en lo más íntimo de sí es sentido como no propio<sup>11</sup>. Ello hace que esto, al revelarse, sea sentido primero como impropio antes de ser reconocido como propio. De este modo, lo ominoso es un sentimiento que solo des-oculta un elemento que por ser íntimamente familiar al sujeto hace que en un inicio la experiencia de este corra por el perturbador eje vivencial de la despersonalización, es decir, por un eje que vivencialmente corre por fuera de sí. En este sentido, para Freud, como diría J. Kristeva (1988), la sensación de despersonalización y la de “inquietante extrañeza” que provoca lo ominoso forman parte de una misma categoría vivencial (p. 364)<sup>12</sup>.

Pienso que el fenómeno de la despersonalización es el equivalente psicológico del fenómeno parapsicológico del “doble”. El fenómeno romántico del doble no es más que el juego ominoso que se produce a través del desdoblamiento de la imagen que el sujeto tiene de sí mismo. En este caso el yo del sujeto ya no se aloja

<sup>10</sup> Entiéndase “reprimido” en términos generales, es decir, solo como sinónimo de lo que es, psicodinámicamente hablando, defendido.

<sup>11</sup> Para una mayor profundización de este concepto se recomienda revisar el texto de J.A. Miller (2015) “Acerca de lo real”, Parte II, Cap. 1 en “Seminarios en Caracas y Bogotá”, ed. Paidós, Buenos Aires.

<sup>12</sup> M. Heidegger (1936, 1953), ofrece un análisis similar al de Freud (1919) cuando analiza, por un lado, la palabra alemana “*stoss*” (*shock*) y, por otro, la palabra griega “*deinós*”. A través de la primera, describe la vivencia de “desfondamiento” que un sujeto experimenta cuando la seguridad o familiaridad de la existencia de algo le es repentinamente expropiada (cf. Correa, 2017, en *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, vol. 13, N° 3). A través del análisis de la segunda llega, también, al concepto de *unheimlich* de Schelling, donde dice: “entendemos lo pavoroso (*unheimlich*) como aquello que nos arranca de lo familiar (*heimlich*), es decir, de lo doméstico, habitual, corriente e inofensivo” (p. 139) (cf. Correa, 2017, en *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, vol. 13, N° 4).

en una imagen que le pertenece a él, sino que en una imagen suya que, desdoblándose, actúa en forma independiente a él, como si le perteneciese a otro.

En el contexto relacional es la mirada del otro la que provoca en el sujeto la inquietud que, desdoblándolo, hace a veces que lo familiar de sí mismo sea mirado con distancia y extrañeza. El sentimiento de extrañeza es la puerta, como dice Lacan (1962), “que se abre a la angustia” (p. 100), a la angustia que, en el caso de lo ominoso, diría yo, se abre en ese lugar que la persona siente como la más propio e incuestionable de sí. Esta es una de las miradas que, pienso, promueve el observador psicoanalítico, es decir, una mirada que hace que la imagen familiar que el paciente tiene de sí se perciba con distancia y extrañeza, dos elementos que, creo, forman parte del motor que da marcha al proceso analítico.

### CUANDO ME MIRO DESDE OTRO

Con la aparición del “humanismo” en el renacimiento la reflexión filosófica se empieza a concentrar en la figura del hombre: asuntos como la identidad, la individualidad y el autoconocimiento empiezan paulatinamente a cobrar importancia a partir de este momento de la historia. En el plano artístico ello se ve inmediatamente reflejado en el creciente desarrollo del autorretrato. Dentro de este género artístico el espejo se convierte en el gran interlocutor instrumental con el que el artista examina y reproduce la singularidad de su rostro. En medio de este periodo aparece también el concepto geométrico de la perspectiva. Los artistas renacentistas desarrollan esta noción para incorporar la dimensión de la profundidad en sus representaciones figurativas. Inicialmente desarrollaron la idea de una perspectiva monocular para reproducir la realidad como si esta “fuese vista por un ojo matemáticamente objetivo” (Eco, 2007, p. 169). Después, al final de este periodo, este uso matemáticamente objetivo de la perspectiva empieza a competir con uno subjetivo, con uno donde la visión de la realidad se construye a partir del punto o posición desde el cuál se proyecta la mirada del observador. Este desarrollo hace que algunos artistas empiecen a autorretratarse a partir del juego dislocado que genera el uso de la mirada descentrada, el tipo de mirada artística que implementará el manierismo primero y el barroco después.

El manierismo, periodo pictórico que se desarrolló dentro del alto renacimiento, fue un estilo que, reaccionando contra el valor de la simetría y de la proporción que esgrimió el ideal clasicista de la belleza, instala lo disarmónico dentro del arte. Este estilo buscaba recrear

las “*manieras*”<sup>13</sup> (maneras) del cuerpo humano. La palabra *manera* denota cierta relación con el movimiento expresivo, por tanto, pintar las maneras implicaba pintar el movimiento expresivo del ser humano, es decir, el movimiento afectivo que se manifiesta a través de su cuerpo. Para lograr este efecto el artista manierista desarrolla la técnica de la anamorfosis, es decir, deforma sutilmente la figura humana alargándola en sus extremidades para exagerar, con cierta elegancia, los rasgos expresivos de esta. Dada esta necesidad de reproducir figurativamente una forma distorsionada del cuerpo humano, este artista sustituye el espejo de superficie plana por uno de superficie convexa. El reflejo desproporcionado que produce esta clase de espejo se transforma, para este estilo figurativo, en el reflejo especular más apropiado para retratar al ser humano. La intención artística que estaba detrás del uso de este tipo de espejo, también conocido como el “ojo de pescado” o “espejo divergente”, era emular la imagen dislocada o anamórfica que produce el reflejo de la superficie del ojo humano, ya que la forma de este posee la misma forma abombada que posee el espejo convexo. Aparentemente fue Girolamo Francesco Maria Mazzolla, alias el “Parmigianino”, el primer artista en utilizar la técnica del espejo convexo en un autorretrato, creación que apareció plasmada en su cuadro “Autorretrato en el espejo convexo” (1524)<sup>14</sup>. Gran parte de la imagen que aparece retratada en esta pintura aparece distorsionada. Si se la observa con detención inmediatamente se puede apreciar que abajo, en el primer plano, aparece agrandada la mano derecha de la artista, especialmente los dedos de esta que se ven levemente alargados. Esta parte del cuadro se constituye como una parte que hace que la mirada del observador propenda a descentrarse. Se puede pensar que con el uso del espejo convexo se empieza a representar la idea de una imagen de sí que, vista a través de los ojos de otro, tiende a deformarse, alejándose de su centro organizativo. Con esta idea se desarrolla la noción epistemológica de que la imagen que el sujeto tiene de sí mismo es un espejismo, es decir, es una que se proyecta a través de una línea que no coincide con la línea que otro, desde su particular lugar de ubicación, proyecta sobre él. Esta incompatibilidad de puntos de vista introduce en el sujeto retratado una sensación de extrañeza que lo obliga a tener que reinterpretar la imagen de sí mismo.

<sup>13</sup> “Maniera” es la palabra italiana de donde deriva el nombre de este estilo artístico.

<sup>14</sup> Se puede ver en este link <https://www.wikiart.org/es/parmigianino/autorretrato-en-un-espejo-convexo-1524>

## CUANDO LO CLARO ESTÁ INMERSO EN LO OSCURO<sup>15</sup>

El barroco es el periodo del arte en el que el enfoque subjetivista y expresivo del manierismo se prolonga y amplía<sup>16</sup>. Su particularidad técnica se concentra en el desarrollo del claroscuro, de la inversión figura y fondo y de la preponderancia de la parte antes que del todo. El resultado combinatorio de estos desarrollos técnicos hizo que las imágenes del barroco se caracterizaron por su tendencia a la irregularidad, a la rareza y a la extravagancia, tendencia que, en algunos artistas de este periodo se desarrolla, incluso, hacia la cualidad de lo grotesco. Se puede decir que el barroco hace que la expresividad que tenían las imágenes del manierismo se aboquen a reflejar el estado de tensión del ser humano, específicamente ese estado de tensión que le despierta el tema de la violencia, la muerte y el horror. Para lograr tal efecto este estilo coloca a la luz en íntima interacción con la sombra haciendo que esta última deje de tener un rol meramente secundario en el desarrollo de la imagen. Este particular juego interactivo provoca en la imagen un cierto grado de ambivalencia que levemente apunta hacia algo ambiguamente tenebroso<sup>17</sup>.

Uno de los máximos exponentes de este periodo artístico fue Rembrandt, quien, a su vez, fue un prolífico productor de autorretratos. Su marcada tendencia en el uso del claroscuro hace que la mirada interpretativa del observador pase fácilmente de la zona iluminada hacia la sombreada, sin dejar de sentir la tensión interactiva que se produce entre estas dos zonas. Esta tensa y confusa fluidez entre la luz y la sombra se puede ver, por ejemplo, en "Autorretrato como Zeuxis" (1628)<sup>18</sup>, un autorretrato que Rembrandt hizo un año antes de morir. En este cuadro el rostro anciano de Rembrandt se

mueve entre dos facciones expresivas, una iluminada y otra sombría, haciendo que la mímica facial de esta se muestre ambigua. Sus cejas arqueadas, párpados hinchados y su boca rígidamente abierta como la de una máscara que difusamente se asoma entremedio de la oscuridad, genera la sensación de un viejo sonriente y contento, al mismo tiempo que la de uno desganado y levemente desquiciado por el peso de los años<sup>19</sup>.

Pienso que esta oposición afectiva expresada en una misma mímica facial representa la figura de la alegoría, uno de los recursos estilísticos más utilizados dentro del arte barroco. A través de este recurso los opuestos aparecen unidos entre sí a través de una tensión, es decir, a través de un choque en el que ambos elementos interpretativos disputan su protagonismo sin que nunca llegue a triunfar uno sobre el otro, ni a encontrarse una solución de continuidad entre ellos. Esta situación hace que la condición de figura y fondo de la imagen alterne fácilmente entre sí, ya que el contraste que se genera entre estas condiciones tiene, en la imagen alegórica, un efecto de movilidad en su aspecto tridimensional<sup>20</sup>. Pienso que esta cualidad antitética que genera el arte barroco, especialmente la que genera este autorretrato, es la cualidad que está presente en la faceta de lo ominoso que Freud (1919) desarrolla a partir de su análisis etimológico de la palabra *unheimlich*, esa faceta en la que lo familiar con lo extraño forman un sincretismo, es decir, una "coalición en colisión". El elemento del claroscuro que presenta este autorretrato genera esa sensación extrañamente intimista que implica lo ominoso en su conexión con lo familiar, con lo hogareño. Pienso que este estado de opuestos interpretativos condensándose en el espacio de lo íntimo supone uno de los motores con los que se moviliza la autoobservación analítica. Se puede decir que Rembrandt en este autorretrato, a diferencia de Narciso, que se lanza abrazar su propia imagen, es alguien que toma distancia de sí para observar detenidamente su rostro difusamente reflejado en el espejo. Esta distancia y demora forman en conjunto una ventana que se abre hacia la parte oscura de este reflejo, la parte que anima esa línea de pensamiento extraño que involucra lo ominoso, la inquietante línea

<sup>15</sup> Deleuze (1988) plantea que en el arte Barroco "lo claro no cesa de estar inmerso en lo oscuro" (cf. "¿Qué es el barroco?", pág. 47, en *El Pliegue, Leibniz y el barroco*, Ed. Paidós).

<sup>16</sup> Según cuenta Severo Sarduy (2011), la palabra barroco viene de "la gruesa perla irregular –en español barrueco o berrueco, en portugués barroco–, la roca, lo nudoso, la densidad aglutinada de la piedra... quizás la excrecencia, el quiste, lo que prolifera, al mismo tiempo libre y lítico, tumoral, verrugoso..." (p. 5).

<sup>17</sup> Michelangelo Merisi da Caravaggio, uno de los máximos exponentes del barroco, desarrolla el concepto del "tenebrismo", concepto que viene del latín "*tenebrae*" que significa tiniebla.

<sup>18</sup> Se puede ver en este link <https://www.artelista.com/autorretrato-como-zeuxis-MH/08/MWM08102.jpg>

<sup>19</sup> Tzvetan Todorov (2008) plantea que Rembrandt a través de sus autorretratos "tiende a representar en él mismo el lugar del otro; es sucesivamente príncipe y mendigo, verdugo y víctima, encarnación viviente de la dicha como de la desesperación" (p. 43).

<sup>20</sup> Se puede decir que la alegoría es el recurso estilístico que funciona como antecedente del "*Collage*", recurso artístico que aparece a inicios del siglo XX con la llegada de la vanguardia artística.

que borrosamente se proyecta hacia algo que parece ser enigmáticamente amenazante.

## CUANDO LA DEFORMACIÓN SE ILUMINA EN EL LIENZO

Creo que si se funde el arte del manierismo con el del barroco resultaría un estilo donde la elegante deformación figurativa del primero adoptaría la cualidad tenebrosa del segundo. Pienso que un ejemplo de este experimento combinatorio se exagera en el trabajo visual que desarrolló Francis Bacon<sup>21</sup>, un artista contemporáneo que, interesado por penetrar en la parte oscura de la naturaleza del ser humano, produjo una enorme cantidad de retratos y autorretratos. A diferencia del manierismo, Bacon no utiliza el recurso de la deformación para representar elegantemente el cuerpo del ser humano sino para intentar representar lo figurativamente irrepresentable que parece habitar en él. En este sentido su arte figurativo no es figurativo en el sentido de las posibilidades representativas que le ofrece el mundo de la emociones, sino en el sentido de las precarias posibilidades representativas que le ofrece el mundo de la sensaciones; las elementales partículas afectivas con las que se forma la vida emocional. El espejo en el que se mira Bacon no es el espejo convexo del manierismo o el espejo opaco del barroco, sino que es un espejo sucio crudamente iluminado que refleja una imagen de sí que se concentra en su movilidad más confusa. A diferencia del autorretrato de Rembrandt, quien, desarrollando una relación de cierta tensa interacción entre la luz y la oscuridad para hacer que la forma de su rostro surja difusamente del fondo, Bacon establece una tajante escisión entre lo claro y lo oscuro para hacer que las deformaciones que se ocultan detrás de su autoimagen se exhiban a plena luz.

Pienso que en los autorretratos de Bacon aparece fijado el máximo momento lumínico de lo ominoso, es decir, ese momento en el que, como diría Schelling (1842), “lo que debiendo estar en secreto, en lo oculto, sale a la luz”. Este *máximum*, que muestran las autoimágenes de Bacon, hace que esa cualidad de extrañeza en lo familiar que, según Freud (1919) implica lo ominoso, se configure estéticamente como la otra cara de lo sublime. En este sentido, su luminosidad muestra un

contenido cuyo origen no se sitúa en el oscuro y terrible “más allá” de la naturaleza humana –como tiende a proponer la mirada del romanticismo–, sino que, en ese oscuro y bestial “más acá” en el que no solo se asienta, sino también al que, de tanto en tanto, retorna la naturaleza del ser humano. Esta clase de contenido se puede apreciar en “Autorretrato, 1971”<sup>22</sup>. En este autorretrato, como en muchos otros, Bacon, desorganizando la forma de su rostro, dibuja trazos de animalidad sobre este para resaltar, como diría Deleuze (1981), “una zona de indiscernibilidad... entre el hombre y el animal” (p. 30). Esta zona aparece retratada como un movimiento más que una forma. En este sentido, su indiscernibilidad habla de una zona en que la sensación de despersonalización es también una de personalización, una cuyo devenir se desarrolla dentro del proceso amorfo en el que entra el movimiento de lo larvario o fetal, proceso donde el movimiento de deformación es más bien entendido como uno de pre-formación. Ahora bien, la luz que utiliza Bacon para alumbrar esta zona no es la luz tenue y envolvente del barroco o la luz del rayo atravesando la noche que fascina al artista romántico<sup>23</sup>, sino que la banal, blanquecina y fría luz del *flash* que evoca la encandiladora luz del pabellón quirúrgico.

La luz del *flash* es también la luz del recuerdo traumático, ese que se manifiesta a modo de “*flashback*”. Bacon, a través de esta brusca iluminación, busca desarrollar un encuentro traumático consigo mismo, entendiendo por traumático el encuentro con lo irrepresentable de sí. Es decir, el encuentro con aquello íntimo y familiar de sí que se ubica, como diría Lacan (1964), en la experiencia de la extimidad; experiencia donde algo propio es sentido, por emerger desde lo más íntimo de sí, como impropio. En este sentido, se puede decir que con Bacon el reflejo de la intimidad se presenta ante el sujeto como una “mancha” que, flotando sobre la superficie pantanosa de lo pesadillezco, hace que la imagen de su rostro se imponga como un conjunto desordenado de sensaciones que apenas se pueden reconocer como propias.

## DE LA EXTRAÑEZA A LA CATÁSTROFE

Si se toma secuencialmente la serie de autorretratos anteriormente descritos se puede psicoanalíticamente

<sup>21</sup> La obra de Francis Bacon (1909 – 1992) ha sido calificada como “neofigurativa”, corriente artística de la segunda mitad del siglo XX que, como reacción ante el arte abstracto, retorna a lo figurativo recogiendo influencias del expresionismo.

<sup>22</sup> Se puede ver en este link <http://www.epdpl.com/cuadro.php?id=22>

<sup>23</sup> Uno de los valores que promueve el romanticismo es el retorno hacia la dimensión salvaje de la naturaleza. La idea de lo sublime de fines del siglo XVIII nace en conexión con esta dimensión.

pensar la experiencia ominosa del “doble” como una sensación de despersonalización que, gradualmente, a partir de una mirada descentrada (en el Parmigianino), se mueve por medio de una inquietante y vaporosa sensación de ambigüedad (en Rembrandt), hacia la violenta claridad que genera un súbito y crudo rayo de luz (en Bacon). En este sentido –planteo, parafraseando a Rilke–, que lo ominoso “es el comienzo de lo terrible”; es decir, es un sentimiento que se desliza desde una sensación de extrañeza hacia una de catástrofe.

El efecto de dislocación que parece producir la mirada descentrada se puede analizar a través de lo que Lacan (1964) llama la “función cuadro”, la función enmarcadora que, según él, hace que una obra de arte se constituya como tal<sup>24</sup>. A partir de este concepto planteo que el tratamiento psicoanalítico puede hacer que una parte de la familiar representación que el paciente tiene de sí pase, emancipándose de él, a ubicarse dentro de ese espacio perceptual que genera el marco del cuadro. Este marco inicialmente lo confecciona la mirada subjetiva del analista. Una vez dentro de este, el autorretrato se vuelve un asunto enigmático que será detenidamente observado y analizado desde la perspectiva que proyecta la mirada del otro, en este caso la del analista. Esta mirada, por el hecho de proyectarse desde otro lugar, tiende, como lo hace el autorretrato del Parmigianino, a provocar un efecto anamórfico en la imagen que el paciente tiene de sí, es decir, invita a este a reflejar su imagen en un espejo que, en cierta medida, la deforma haciéndola poco reconocible. Esta específica experiencia es homologable a la extrañeza que un sujeto siente ante sí cuando escucha su voz reproducida en una grabadora o cuando detenidamente observa su imagen en una foto. En este sentido, se puede decir que la “función cuadro” al enmarcar un elemento de la imagen que el sujeto tiene de sí, puede generar en él una suerte de “productiva dismorfofobia”. En otras palabras, a través de esta función lo que el analista hace es que la imagen que el paciente tiene de sí pase, al menos por un momento, de ser egosintónica a ser egodistónica.

Esta egodistonia, entonces, es consecuencia del choque que se produce entre el autorretrato del paciente y el retrato que de este hace el analista. A través de este choque la nítida luz que anteriormente iluminaba la imagen del paciente se ensombrece deviniendo una de tipo crepuscular. Tal como se observa en el “Autorretrato de Zeuxis” de Rembrandt, la autoimagen de este

se mueve ambiguamente por entremedio de un tono claroscuro, el tono intimista y enigmático que hace que la mirada analítica se desplace con facilidad desde lo claro hacia lo oscuro de la imagen. Este modo de entender el uso de la luz evoca esa invitación que hace Bion (1974) a usar una mirada antirreflectora. Dice: “en lugar de proyectar una inteligente y brillante luz sobre un problema oscuro, sugiero producir una disminución de la luz, un penetrante rayo de oscuridad...” (p. 34). Este “penetrante rayo de oscuridad” hace, según Bion (1974), que el campo indagado aparezca desprovisto de toda la luz que pudiera haber poseído anteriormente. Ello generaría en este una oscuridad tal que, de haber un objeto en él, este se pondría en evidencia con claridad, ya que, “la luz más débil se hace visible en máximas condiciones de oscuridad” (p. 34). Pienso que la idea de lo claro se homologa aquí con la de lo familiar y la de lo oscuro con la de lo extraño, las dos cualidades que en lo ominoso aparecen tensamente condensándose en una misma mirada. En este sentido, diría que lo ominoso que despierta la figura del “doble” es un borroso reflejo en el que el sujeto intuye la presencia de algo temidamente desconocido en lo conocido de sí. Pienso que esta intuición es, para el modelo de intervención que propone Bion (1970), el momento inmediatamente previo a la “catástrofe terapéutica”. Es decir, el momento en que paciente y analista sienten la presencia de un *tabú*; aquella marca prohibitiva que hace sentir la presencia de algo sagrado, sagrado en el sentido de lo peligroso, de lo que no se puede tocar. Este es el momento afectivo donde la estrategia terapéutica de Bion (1970) fija su accionar, momento donde el temor es la emoción que colorea la vibración que antecede a este. El temor, al ser una emoción que nace del presentimiento de que algo terrible está próximo, es la señal emocional que llama al analista a intervenir, es decir, a intervenir cuando este siente que su intervención provocará una turbulencia emocional en el paciente (Correa, 2017c, 2017d). En el contexto del tratamiento psicoanalítico, el *tabú* no es más que un manto de defensa que el sujeto despliega a través del sentir de lo sagrado para evitar experimentar un “de-sagrado”. Es en este supuesto desagrado donde, diría Bion (1970), se acopia la materia afectiva con la cual se activa el proceso de cambio psíquico, proceso que, por así decirlo, hace suyo ese verso de Hölderlin (1802) que dice: “donde hay peligro crece lo que nos salva” (p. 395)<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> M. Recalcati (2006), ofrece un interesante análisis de la “función cuadro”. Véase “Las tres estéticas de Lacan”, ed. Del Cifrado.

<sup>25</sup> Este es un verso de Hölderlin (1802) que aparece en la primera estrofa de su himno *Patmos* (en “Poesía completa”, Ed. 29).

Si, como diría Bion, las marcas más débiles de la autoimagen se pueden hacer visibles a través del rayo de oscuridad, entonces podríamos, a través de este, ver no solo las arrugas o estrías que con el tiempo aparecen en el rostro sino, también, las pequeñas cicatrices que este acumula en su piel. La cicatriz es la memoria de la catástrofe, el resto de cenizas que cubre la herida entremedio del maquillaje. Desde un punto de vista psicoanalítico, diría que la cicatriz es el *tabú* impreso en el rostro, es decir, el estigma anímico que sugiere la presencia de “algo” de lo que no se puede hablar. Bacon fue un artista que, a través de sus retratos y autorretratos, buscó iluminar la cicatriz para abrirla y reanimar el movimiento convulso que se coaguló bajo ella. Si se vuelve a la definición de lo ominoso como “aquello que estando en secreto, en lo oculto, ha salido a la luz”, diría que en el autorretrato de Rembrandt lo oculto es algo ambiguo que solo sale difusamente a la luz, mientras que en el de Bacon es algo que se abre plenamente a la mirada bajo la penetrante luz de un foco reflector. En este sentido, se puede decir que el autorretrato de Rembrandt representa ese momento en que lo ominoso se manifiesta como una indirecta alusión a lo terrible, mientras que en Bacon ese en que lo ominoso se abre en medio de la punzante lucidez que acompaña a la experiencia de la catástrofe o de “derrumbe”.

## LO VAGAMENTE SABIDO

Anudo el concepto de “catástrofe” de Bion (1970) con el de “derrumbe” de Winnicott (1974) para resaltar la idea de la preexistencia que conlleva el segundo. Winnicott (1974) sostiene que “el miedo al derrumbe” en realidad es un miedo a un derrumbe ya vivido que aún no ha sido procesado. Planteo que en esta clase de miedo se ubica eso difusamente “sabido” que despierta el sentimiento de lo ominoso (Freud, 1919), la elemental sensación con la que se inicia el particular proceso de “resignificación” que genera este sentimiento, ese que hace que algo familiar (*heimlich*) pase a experimentarse como extraño (*unheimlich*). Es esta específica alteración la que hace finalmente que eso vagamente sabido se despliegue ahora, en el presente, con la profundidad reflexiva que no tuvo en el pasado.

Si bien el par francés del concepto alemán “*nachträglich*” (resignificación) es el “*après-coup*” (Lacan, 1966) que significa “a posteriori” o “retroactivamente”, existe otro concepto francés, parecido a este, que es el “*aperçu*”, que significa “golpe de vista”. Este término francés es originalmente trabajado por Goethe, quien plantea que el “*aperçu*” es un golpe de vista generado por un relámpago en el espíritu (cf. Safranski, 2013).

Creo que a través de la palabra relámpago la palabra “golpe” hace, acá, alusión a la idea de una fosforescencia, es decir, a la idea de que el golpe es un *schock* o un trauma que, en este caso, se genera por un exceso de luz. Pienso que dentro de esta concepción se sitúa el trabajo visual de Bacon, aunque entendiendo el efecto ominoso que este golpe produce como un efecto que busca poner en marcha un proceso de “co-nacimiento” más que de co-nocimiento. El concepto de “co-nacimiento”, es un concepto que Nietzsche (1876)<sup>26</sup> desarrolla para plantear que el conocimiento del pasado debiese, más bien, entenderse como un “co-nacimiento al pasado” (en Klossowski, P., 1963, p. 11). Dado que el asunto del pasado tiene, a través de la idea de “lo inconscientemente sabido”, un peso especial dentro de la concepción psicoanalítica de lo ominoso, pienso que el uso de esta noción nietzscheana hace que el proceso de re-significación sea entendido más como un proceso de re-experimentación. En este sentido, creo que el uso del concepto de co-nacimiento hace que el valor de la vida tenga una presencia más decisiva dentro de la concepción de cura que se puede desarrollar a través de la idea de lo ominoso<sup>27</sup>. Este valor se empalma con el proceso larvario que Bacon intenta desarrollar en sus autorretratos, proceso con el que busca representar ese momento conflictivo en el que lo extraño y lo familiar se debaten dentro del confuso fondo pasional del ser humano, ese fondo que los autorretratos de líneas claras y bien definidas tienden a ocultar o a minimizar.

En Bacon, este confuso fondo pasional no es otra cosa que esa salvaje y temida animalidad que habita dentro del ser humano, esa que al emerger nos recuerda que entre el hombre y el animal hay solo una transición sin asperezas. La catástrofe, a través de esta concepción retratística, es la despersonalización llevada hasta ese límite donde lo humano (lo familiar) se confunde con lo animal (lo extraño). En este sentido la vivencia ominosa de despersonalización hace que el momento traumático de esta golpee al sujeto sorprendiéndolo en su propia constitución. Vale decir, en vez de hacer que el sujeto se perciba a sí mismo como

<sup>26</sup> Esta noción aparece en su texto “De la ventaja y la desventaja de la historia para la vida”, un texto que se encuentra en su libro: *Consideraciones intempestivas II*, Ed. Alianza.

<sup>27</sup> Para Nietzsche (1876) este valor de lo vivo fue el valor presocrático que Sócrates opacó con la valoración del conocimiento que, a través de su llamado filosófico a conocerse a sí mismo, instala férreamente dentro de la tradición del pensamiento occidental, tradición dentro de la cual nace el pensamiento psicoanalítico.

víctima de algo salvaje, hace que este se vea a sí mismo como parte de lo salvaje. Lo salvaje, al igual que lo ominoso, pertenece a ese grupo de vivencias que despierta sensaciones que son antitéticas entre sí, ya que es algo que produce temor al mismo tiempo que atracción. Es en este contexto semántico que Bacon utiliza la idea de lo animal, puesto que con esta no busca destacar una degradación de la naturaleza humana sino, más bien exponer que entre la naturaleza humana y la animal hay una gradación que, conforme a una vitalidad definida según un “criterio de intensidad”<sup>28</sup>, va de una menor intensidad –vivencia humana– a una de mayor intensidad vital –vivencia animal–. A través de G. Simondon (1958) se puede decir que esta intensidad vital representa el fondo preindividual sobre el que descansa la individualidad del sujeto humano. Este fondo es la parte del sujeto que aún no ha sido individualmente vivida por él, es decir, ese flujo oscuro de sensaciones que tímidamente circula por entremedio de su vivencia existencial. Dentro de este marco, el proceso de individuación pasaría a entenderse, como diría Deleuze, como un proceso en que el sujeto deviene en su animalidad al mismo tiempo que su animalidad deviene en su humanidad (Deleuze, 1981). El trabajo lumínico de Bacon hace que este fondo preindividual emerja en el rostro retratado sin que la cualidad individualmente humana de este desaparezca totalmente. Logra este efecto a través de un juego de inversiones con el que, al mismo tiempo que amplifica los pequeños fragmentos de animalidad –lo no individuado que aparece levemente asomándose en el rostro–, reduce en este los rasgos de humanidad –lo ya individuado con que el rostro define su identidad–. En este sentido, la despersonalización que provoca la obra de retratística de Bacon busca alumbrar esos impersonales fragmentos de sensación que débilmente flotan por fuera de la experiencia individualizada del sujeto para que la fuerza desorganizadora de estos haga que lo ya individuado se dirija hacia una nueva individuación (Simondon G. 1958)<sup>29</sup>.

<sup>28</sup> Deleuze y Guattari (1980) analizan el fenómeno de la vitalidad dentro de un marco reflexivo que, a diferencia de los tradicionales conceptos de materia y forma, se construye desde los conceptos de intensidad, velocidad y duración (cf. “Devenir-intenso, devenir-animal, devenir-imperceptible” cap. 10 del libro “Mil Mesetas, capitalismo y esquizofrenia”, Ed. Pretexto, España).

<sup>29</sup> Este concepto de individuación se inspira en una epistemología de las ciencias de la vida que privilegia la variación predarwiniana del naturalista francés Geoffroy Saint Hilaire (1772-1844) donde la individuación es pensada

Desde esta perspectiva la sensación de anomalía que emerge a través de la despersonalización puede ser entendida como un proceso de personalización que se encuentra en estado embrionario; estado donde lo amorfo a veces se confunde erróneamente con lo monstruoso. En este sentido, planteo que la vivencia de extrañamiento ante sí abre un proceso que lleva a que lo inconscientemente sabido que sale a través de la luz de lo ominoso despierte una sensación de impropiedad en lo propio que se desarrolla hacia una de propiedad en lo impropio. Dentro de este proceso, lo familiar y lo extraño pasan a ser dos caras de una misma moneda: la primera refleja aquella parte de la imagen del sujeto que se encuentra claramente autorrepresentada, la segunda aquella que, dada una imposibilidad de ser autorrepresentada, se encuentra fuera de su ámbito inmediatamente familiar. En este sentido, se puede concluir que el paso de lo ominoso (*unheimlich*) a través de lo familiar (*heimlich*) es solo el reflejo deslumbrante de una otredad vital que silenciosa e inadvertidamente habita dentro de nuestro hogar (*heim*).

## REFERENCIAS

1. Bion W (1970). “Atención e Interpretación”, Ed. Paidós, Buenos Aires
2. — (1974). “Seminarios de Psicoanálisis”, Ed. Paidós, Buenos Aires
3. Burke E (1757). “Indagación filosófica sobre el origen de nuestras ideas acerca de lo sublime y lo bello”, Ed. Tecnos, Madrid
4. Capponi R (1987). “Psicopatología y Semiología Psiquiátrica”, Ed. Universitaria, Chile
5. Correa A (2017). “La sensibilidad estética tras la experiencia de sublimidad”, en Gaceta de Psiquiatría Universitaria, Vol. 13, Nº 1, pp. 43-54
6. — (2017). “La idea de lo trágico a partir de la lupa de Aristóteles”, en Gaceta de Psiquiatría Universitaria, Vol. 13, Nº 3, pp. 253-263
7. — (2017). “Tres Nociones de estética a partir de la obra de Freud”, en Gaceta de Psiquiatría Universitaria, Vol. 13, Nº 4, pp. 399-411
8. Deleuze G y Guattari F (1980). “Mil Mesetas, capitalismo y esquizofrenia”, Ed. Pre-textos, España
9. Deleuze G (1981). “Francis Bacon, Lógica de la sensación”, Ed. Arena Libros, Madrid
10. — (1988). “El Pliegue, Leibniz y el Barroco”, Ed. Paidós, Buenos Aires

como una variación de fuerzas intensivas más que como una variación de formas (cf. Sauvagnargues A. 2004). Dentro de este marco, el concepto de devenir de Deleuze (1980) no significa evolución (en un sentido vertical), sino que, simplemente, un movimiento o desplazamiento que va de un tipo de organización vital-intensiva a otra, sin que ello necesariamente implique un aumento de organización en la forma.

11. Eco U (2007). "Historia de la fealdad", Ed. Debolsillo, España
12. Freud S (1913). "Totem y Tabú", en Obras completas, Vol. XIII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires
13. — (1919). "Lo Ominoso", en Obras completas Vol. XVII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires
14. Heidegger M (1936). "El origen de la obra de arte", en "Caminos de bosque", Ed. Alianza, España
15. — (1953). "Introducción a la Metafísica", Ed. Gedisa, España
16. Hölderlin F (1800 - 1803). "Poesía completa", Ed. 29, Barcelona
17. Kant E (1790). "Crítica del juicio", Ed. Espasa - Calpe, España
18. Klossowski P (1963). "Tan funesto deseo", Ed. Taurus, España
19. Kristeva J (1988). "Freud: 'heimlich / unheimlich', la inquietante extrañeza", en "Étrangers à nous-mêmes", texto traducido en Debate feminista, Año 7, Vol 13, Abril 1996, pp. 359-368
20. Lacan J (1960). "La ética del psicoanálisis", Seminario 7, Ed. Paidós, Buenos Aires
21. — (1962). "No sin tenerlo", en "La Angustia", Seminario 10, Ed. Paidós, Buenos Aires
22. — (1964). "¿Qué es un cuadro?" en "Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis", Seminarios 11, Ed. Paidós, Buenos Aires
23. — (1973). "Del Barroco", en "Aún", Seminario 20, Ed. Paidós, Buenos Aires
24. Lersch P (1938). "La Estructura de la Personalidad", Ed. Scientia, Barcelona
25. Miller JA (2015). "Acercas de lo real" en "Seminarios en Caracas y Bogotá", Ed. Paidós, Buenos Aires
26. Nietzsche F (1876). "Consideraciones intempestivas II", Ed. Alianza, Madrid
27. Oyarzún P (2001). "Estética de la sed, Lonquén 10 años, diez años después", en "El revés de la trama", González D (2010), Ed. Universidad Diego Portales, Chile
28. Perniola M (1997). "La estética contemporánea", Ed. Machado libros. España
29. Recalcati M (2006). "Las tres estéticas de Lacan", Ed. Del Cifrado, Buenos Aires
30. Rilke RM (1923). "Las Elegías del Duino, Los Réquiem y otros poemas", Ed. Visor, Madrid
31. Safransky R (2103). "Goethe, la vida como obra de arte", Ed. Tusquets, Buenos Aires
32. Sarduy S (2011). "El Barroco y el neobarroco", Ed. Cuenco de plata, Buenos Aires
33. Sauvagnargues, A (2004). "Deleuze. Del animal al arte", Ed. Amorrortu, Buenos Aires
34. Schelling F (1842). "Philophie der mythologie", en "Sämmtliche Werke", Vol. II, en Stuttgart Augsburg Cota
35. Simondon G (1958). "La individuación a la luz de las nociones de forma y de información", Ed. Cactus, Buenos Aires
36. Todorov T (2008). "El arte o la vida; El caso Rembrandt Arte y moral", Ed. Edhasa, Buenos Aires
37. Trias E (1982). "Lo Bello y Lo Siniestro", Ed. Debolsillo, España
38. Winnicott D (1974). "El miedo al derrumbe", en "Exploraciones Psicoanalíticas I", Ed. Paidós, Buenos Aires

## INVESTIGACIÓN

# MUERTE, DUELO Y RITUALES MORTUORIOS: UNA PERSPECTIVA CULTURAL

(Rev GPU 2018; 14; 2: 189-192)

Tomás Serón Díaz<sup>1</sup>

“Hay cadáveres // hay pies de pegajosa losa fría //  
hay la muerte en los huesos // como un sonido puro //  
como un ladrido de perro // saliendo de ciertas campanas //  
de ciertas tumbas // creciendo en la humedad //  
como el llanto o la lluvia

*Solo la muerte*

PABLO NERUDA

**Desde una perspectiva judeocristiana, la muerte es señal de la finitud de la vida, de la fragilidad humana. Provoca sentimientos diversos en quienes sufren alguna pérdida significativa, muchas veces dolorosos, por lo que en la sociedad occidental es casi un tabú. El duelo es una experiencia subjetiva que ha tratado el hombre de sobrellevar de diversos modos, siendo los rituales mortuorios de importancia fundamental cuando nos enfrentamos a una pérdida. En este artículo se busca compartir algunos aspectos relacionados con la muerte, el duelo y los rituales mortuorios desde una perspectiva cultural: a través de los significados sociales de los ritos mortuorios, de su importancia en las culturas ancestrales chilenas y, finalmente, de la relevancia en la cultura, a través de extractos de obras de artistas nacionales.**

## INTRODUCCIÓN

La muerte en nuestra cultura judeocristiana occidental representa la señal inexorable de la fragilidad humana. Despierta sentimientos dolorosos y angustiantes, por lo que habitualmente se reniega de ella,

convirtiéndose en un tabú para nuestra sociedad. Aunque la muerte sea una condición del ser humano, no queremos enfrentarnos a ella. Sin embargo es un tema recurrente en distintas áreas del quehacer del hombre, siendo tópico frecuente en la filosofía, la literatura, la religión, la psicología, la antropología, etc.

<sup>1</sup> Residente de Psiquiatría Adultos, Universidad de Chile – Campus Sur.

Hablar de muerte nos lleva inevitablemente a hablar de duelo. Según la RAE, tiene dos acepciones que pueden ser de nuestro interés: a) demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien; b) reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio, o a los funerales. A partir de estos significados que nos provee el diccionario, podemos extraer que el foco está centrado en la muerte física, en la pérdida de un ser querido. Y aunque sabemos que el duelo va más allá de un proceso relacionado con la muerte, y que se refiere a alguna pérdida real o simbólica en términos generales, hablaremos aquí de la muerte como final de la vida.

En este sentido, parece importante plantear el concepto de luto, que se relaciona con la expresión externa del duelo, a través del cual se manifiestan los sentimientos y emociones derivados de la pérdida, situados y validados dentro de un marco cultural y religioso (1). Se incluyen rituales como el funeral, usar ropa de luto, recordar fechas especiales en la tumba del fallecido, etc. De este modo, existe una serie de comportamientos tendientes a facilitar la elaboración y resolución del proceso de duelo.

Este trabajo busca hacer una pequeña reflexión, sobre la importancia de la muerte en la cultura, entendiendo su valor simbólico, religioso y emocional. La idea es intentar comprender cómo se concibe la muerte, el duelo y los rituales mortuorios desde distintos puntos de vista, enfatizando el sentido identitario de estos conceptos. Se considerarán diversas formas de expresión de las dinámicas culturales respecto a la muerte, por lo que se hablará sobre el rol ritualístico y psicológico del duelo, luego el sentido antropológico en diversos pueblos originarios de nuestro país, además del abordaje de la muerte y los temas relacionados desde algunos autores de la literatura chilena.

## SOBRE LOS RITUALES

Los rituales a lo largo de la historia han sido una herramienta útil y adaptativa para hacer frente a los duelos. Aunque la experiencia de la muerte pueda ser abrumadora y crítica, los rituales entregan cierta sensación de paz y control. Pueden ayudar a conectar pensamientos, sentimientos y los recuerdos, para así elaborarlos posteriormente. Incluso pueden servir para unir a la gente en torno a la pérdida (2).

Reeves (2016) (3) define ceremonia relacionada con la muerte como “una ceremonia que involucra al menos a una persona y a los símbolos relacionados con la pérdida y que, usualmente, involucra directa o

indirectamente a otras personas. Implica un elevado significado y emoción, y a menudo es experimentado como algo espiritual. Se centra en situaciones o eventos específicos e implica salir de las actividades ordinarias”.

Para Torres (2006) (4) los ritos funerarios son patrones culturales que están abocados a orientar a las personas a elaborar el proceso de muerte con un marcado sentido de lo social. A estos “rituales de paso” los define como “...actos individuales y colectivos que deben sujetarse fielmente a ciertas reglas pues son ellas las que hacen de estos actos un ritual, de modo que se caracterizan por su capacidad expresiva, su repetición, su simbología y su adscripción a determinada religión”. El sentido social e interaccional se enfatiza en que “sus creyentes participan de estos ritos a fin de realizar el sentido de solidaridad del grupo como un aspecto primordial para superar las transiciones vitales...”.

En definitiva, los rituales mortuorios cumplirían el rol de permitir la renuncia de la existencia del ser querido en un colchón social que sustenta al deudo y lo valida como ser sufriente.

## MUERTE Y PUEBLOS ORIGINARIOS

La cosmovisión mapuche está comprendida por un complejo sistema de símbolos y creencias, donde el cielo, el infierno, las almas, la naturaleza, etc., se funden para finalmente caracterizar su modo de ser en el mundo, su identidad cultural.

Este simbolismo adquiere particular importancia cuando hablamos de la muerte. Para este pueblo la muerte implica un viaje, un tránsito, donde el alma se moviliza por distintas plataformas. Al morir el mapuche pasa de la plataforma terrestre hacia una plataforma transicional, a la espera del funeral. En este momento, según su historia de vida y las cualidades morales de sus actos, se decide si asciende a la plataforma del cielo (con sus antepasados y sus dioses) o si desciende a la plataforma del mal (una especie de infierno) (5). He ahí la importancia del ritual del funeral, entendiendo que es una visión religiosa que adscribe a la inmortalidad y trascendencia del alma.

Los pueblos precordilleranos de Tarapacá están libres de la negación de la muerte; por el contrario, la asumen como parte de la vida misma. La muerte no rompe los nexos del difunto con su comunidad de origen; sigue siendo un comunero, pero desde otro estado. Existe una idea de continuidad de la existencia.

En esta cultura los ritos mortuorios cumplen la función de facilitar la expresión de emociones por parte de los deudos, y recibir la contención y el apoyo de parte de la comunidad (6). Previo al funeral se reúnen familiares

y amigos para ocuparse de los distintos quehaceres asociados al ritual, además de entregarles a los deudos *apjatas* a modo de cooperación, que consiste en alimentos y bebestibles como papas, chuño, habas, coca, alcohol, etc., que reafirman la compañía y el apoyo (7).

## MUERTE Y LETRAS

El mundo de las letras clásicamente ha tenido como protagonista a la muerte. Ya sea porque a través de estos escritos se han plasmado aquellas pérdidas que han modelado la biografía de sus autores, cargados en contenidos abrumadores y dolorosos; o bien como una manifestación más de una rica y diversa cultura popular.

En la lírica de Violeta Parra tanto lo social como la muerte juegan un rol preponderante. La realidad que percibía a su alrededor y los sufrimientos que a costas llevaba le sirvieron de columna vertebral para su obra. De la cultura popular y de la tradición campesina sacó los ingredientes de su poesía musicalizada. La “flaca”, como personificación de la muerte, fue protagonista, llevándose a su hija Rosita Clara, dejándole la culpa y la amargura. También representó un ente acompañante a lo largo de su viaje vital, como una constante presencia amenazante.

Quando yo salí de aquí  
dejé mi guagua en la cuna,  
creí que la mamita Luna  
me l' iba a cuidar a mí,  
pero como no fue así  
pa' que el alma se me parta  
por no tenerla conmigo,  
el mundo será testigo  
que hei de pagar esta falta

(*Versos por la Niña Muerta*. VIOLETA PARRA)

En “Casamiento de Negros” lo que hace es plasmar la “negra” pobreza de una clase social postergada y llena de carencias, sin acceso a los cuidados mínimos que le permitan un buen vivir. No reciben buena salud, y tampoco pueden llevar a cabo un ritual mortuario como se conoce tradicionalmente. Aunque el énfasis no está puesto en el valor simbólico de tal ritual, llama la atención cómo en algo tan transversal (como un velorio) existan tales barreras sociales que marcan las diferencias de clases, evidenciando una fuerte crítica a la segregación social.

“Ya se murió la negrita,  
Que pena pal pobre negro,

La puso dentro de un cajón,  
Cajón pinta 'o de negro,  
No prendieron ninguna vela,  
Ay! Qué velorio tan negro.”

(*Casamiento de Negros*. VIOLETA PARRA)

Gabriela Mistral, en “Sonetos de la muerte”, plantea una mujer sufriente, viviendo el duelo de un ser amado. El funeral adquiere un gran valor simbólico: el entierro significa la entrega del cuerpo muerto a la madre tierra, de un modo arquetípico incluso. La tierra será la encargada de mecerlo y de mitigar sus dolores, como una extensión del propio amor, de un amor casi maternal.

“Del nicho helado en que los hombres te pusieron,  
te bajaré a la tierra humilde y soleada.  
Que he de dormirme en ella los hombres no supieron,  
y que hemos de soñar sobre la misma almohada.  
Te acostaré en la tierra soleada con una  
dulcedumbre de madre para el hijo dormido,  
y la tierra ha de hacerse suavidades de cuna  
al recibir tu cuerpo de niño dolorido.  
Luego iré espolvoreando tierra y polvo de rosas,  
y en la azulada y leve polvareda de luna,  
los despojos livianos irán quedando presos.  
Me alejaré cantando mis venganzas hermosas,  
¡porque a ese hondor recóndito la mano de ninguna  
bajará a disputarme tu puñado de huesos!”

(*Sonetos de la muerte*. GABRIELA MISTRAL)

En “Sólo la muerte” Pablo Neruda nos ofrece una visión de la muerte como un destino inexorable, como un fin inevitable, pero que se quiere evitar a toda costa. A través de la imagen del cementerio y de las tumbas, a modo simbólico, nos muestra la muerte teñida de soledad, abandono, frialdad, vacío, melancolía.

“Hay cementerios solos,  
tumbas llenas de huesos sin sonido,  
el corazón pasando un túnel  
oscuro, oscuro, oscuro,  
como un naufragio hacia adentro nos morimos,  
como ahogarnos en el corazón,  
como irnos cayendo desde la piel del alma”. [...]

Además le adjudica un carácter de omnipresencia, como un personaje que está silenciosamente al acecho, del cual no se puede escapar. Está en todos lados, no podemos evitar su presencia.

[...] Pero la muerte va también por el mundo vestida  
de escoba,  
lame el suelo buscando difuntos;  
la muerte está en la escoba,  
en la lengua de la muerte buscando muertos,  
es la aguja de la muerte buscando hilo.  
La muerte está en los catres:  
en los colchones lentos, en las frazadas negras  
vive tendida, y de repente sopla:  
sopla un sonido oscuro que hincha sábanas,  
y hay camas navegando a un puerto  
en donde está esperando, vestida de almirante.

(*Sólo la muerte.* PABLO NERUDA)

## CONCLUSIÓN

La muerte es un fenómeno que está rodeado de significados, interpretaciones, necesidades, búsquedas. A través de la historia el hombre no solo ha buscado darle sentido a su existencia sino que también a la muerte. La cultura determina cómo se experimentan las pérdidas de aquellos seres significativos en nuestras vidas, y además moldea la forma en que buscamos resolver este proceso.

Es relevante mencionar la idea del morir no solo como el final de la vida sino como un concepto cargado de simbología y de representaciones culturales, teñida por la cosmovisión y la religión. La muerte, según las distintas concepciones, representa aspectos tan diferentes como el final inexorable del existir, en el sentido de tragedia griega, hasta como paso hacia un lugar universal y espiritual, a otro plano, que para nuestra cultura occidental cristiana podría corresponder al cielo.

Otro aspecto importante es comprender el proceso de duelo, más allá de lo cognitivo y teórico, considerando la trascendencia de lo psicológico y antropológico, pues cumple una serie de funciones fundamentales para el ser humano que ha sufrido una pérdida y para su entorno. Permite aceptar la realidad de la pérdida, posicionando al ser querido en un lugar emocional, que le atribuye cierto sentido de continuidad. He ahí la importancia de los rituales relacionados con la muerte,

fenómeno transhistórico y transcultural que permite la constitución del ser, entendiendo el tránsito desde el inicio de la existencia hasta la muerte, como inherente a la existencia humana.

El duelo y sus manifestaciones son clara expresión de la cosmovisión y la cultura de los pueblos originarios, desde que el hombre es hombre, permitiendo desde este prisma acceder en cierta medida a cómo pensaban y simbolizaban las distintas expresiones del ser y de las dinámicas sociales implícitas, como es el caso del fin de la vida de alguno de sus miembros y la reacción en quienes lo rodean.

Desde la literatura, algunos autores adoptan el concepto de muerte para elaborar con él una realidad simbólica y psicológica, incluso vivencial, plasmando cómo la realidad social y cultural modifica la expresión del mismo, aportándole riqueza artística.

Finalmente, creo importante destacar el valor de los rituales mortuorios, como los velorios y los funerales, en la elaboración del duelo. Entendiendo este fenómeno como transversal en la existencia del hombre, que atraviesa fronteras y épocas, variando en la forma y en el sustrato religioso/cultural, pero que cumple invariablemente un importante rol social y psicológico que le da sentido a la muerte y al existir.

## REFERENCIAS

1. Caycedo M. La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2007; 36(2): 332-339
2. Moneymaker KA, Traeger J. Creating space and ritual for the time of death. *J Palliat Med.* 2007; 10(1): 270-271
3. Reeves N. Death Acceptance Through Ritual. *Death Studies.* 2011; 35: 408-419
4. Torres D. Los rituales funerarios como estrategias simbólicas que regulan las relaciones entre las personas y las culturas. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación.* 2006; 7(2): 107-118
5. Rodríguez C, Saavedra A: Cosmovisión mapuche y manifestaciones funerarias. Un viaje entre lo etéreo y lo material. *Revista Cultura y Religión.* 2008; 2(3): 97-114
6. Aláez-García A. Duelo andino: sabiduría y elaboración de la muerte en los rituales mortuorios. *Chungará (Arica).* 2001; 33(2): 173-178
7. Onofre L. Alma *Imaña*. Rituales mortuorios andinos en las zonas rurales Aymara de Puno Cirunlacustre (Perú). *Chungará (Arica).* 2001; 33(2): 235-244

## DROGAS PROCESO TERAPÉUTICO ADHERENCIA VÍNCULO

# VÍNCULO TERAPÉUTICO, EXPECTATIVAS, IMPACTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DEL COSAM PUENTE ALTO EN TRATAMIENTO POR ADICCIONES

(Rev GPU 2018; 14; 2: 193-201)

**Paula Ramírez<sup>1</sup>, Mónica Álvarez<sup>2</sup>, Daniela Cabello<sup>3</sup>, Alejandro Riquelme<sup>4</sup>, María Isabel Guerra<sup>5</sup>**

**La presente investigación fue pensada para explorar las percepciones que tienen los propios usuarios sobre diferentes aspectos de la atención otorgada y sobre las variables que ellos relacionan con permanecer o abandonar el proceso de tratamiento.**

### INTRODUCCIÓN Y PROBLEMA EVALUATIVO

La presente investigación fue pensada para explorar las percepciones que tienen los propios usuarios sobre diferentes aspectos de la atención otorgada y sobre las variables que ellos relacionan con permanecer o abandonar el proceso de tratamiento.

A partir de lo anterior este estudio desglosa en los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer la percepción que tienen los usuarios de COSAM Puente Alto, en tratamiento por adicciones sobre el vínculo y la interacción con sus terapeutas.

2. Conocer las expectativas y la percepción sobre el impacto del tratamiento que tienen los usuarios de COSAM Puente Alto en el programa de adicciones.
3. Describir los significados que le otorgan los usuarios a la adherencia y al abandono del tratamiento por adicciones en COSAM Puente Alto.

La implicancia de este estudio permite elaborar marcos comprensivos basados en la experiencia subjetiva de los usuarios, utilizables en la mejora de los procesos de tratamiento del consumo problemático de sustancias de COSAM de Puente Alto y, probablemente, en ese mismo sentido, algunos de los resultados son

<sup>1</sup> Psicóloga Área de Adicciones Adultos COSAM Puente Alto. psicologapaularamirezmoreira@gmail.com

<sup>2</sup> Técnico en Rehabilitación Área de Adicciones COSAM Puente Alto.

<sup>3</sup> Psicóloga Área de Adicciones Adultos COSAM Puente Alto.

<sup>4</sup> Psicólogo Coordinador del Área de Adicciones Adultos COSAM Puente Alto.

<sup>5</sup> Psicóloga Directora de COSAM Puente Alto.

posibles de utilizar en otros Centros de Tratamiento en Adicciones.

La población que participó en este estudio forma parte de un Programa Ambulatorio de tratamiento proveniente de las modalidades intensiva (PAI) con compromiso biopsicosocial moderado a severo, y básica (PAB) con compromiso biopsicosocial leve a moderado. Son personas residentes en la comuna de Puente Alto y beneficiarias del sistema público de salud. Respecto a las características sociodemográficas de esta población, son personas mayores de 20 años, hombres y mujeres, con un nivel educacional que varía desde educación media incompleta a carreras técnico-profesionales, con actividad ocupacional parcial o total, comorbilidad psiquiátrica y/o física leve o grave compensada, y en su mayoría con soporte familiar o de otros significativos.

## MÉTODOLÓGIA

El estudio desarrollado es de enfoque cualitativo.

La recolección de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada, construida especialmente para esta investigación.

En el proceso de aplicación de la entrevista participó una psicóloga externa a la institución, de este modo el usuario o usuaria entrevistada pudo responder según su propia experiencia y vivencia, disminuyendo en sus respuestas el sesgo de la deseabilidad social.

Respecto de los criterios de inclusión del estudio, se invitó a participar a usuarios que contaban con las siguientes características:

- Haber completado al menos tres meses de tratamiento en el Centro. Lo que daba cuenta de un avance en su proceso terapéutico, además de un conocimiento experiencial y vivencial de las intervenciones en el Programa de Tratamiento en Adicciones.
- Tener un mes de abstinencia como mínimo, haber superado el proceso de desintoxicación y encontrarse libres del efecto de sustancias adictivas.
- Presencia de un estado motivacional que dé cuenta de algunos avances en la problematización del consumo y cambios incipientes en el estilo de vida.

Respecto de criterios de exclusión, no se incorporaron usuarios ni usuarias con alteraciones del juicio de realidad.

Como criterio de validez interna se utilizó la saturación de la información, objetivo que se logra en una quinta entrevista.

Los participantes accedieron de manera voluntaria, previo proceso de consentimiento informado,

donde se les dio a conocer los objetivos y procedimientos, así como el resguardo de la confidencialidad por parte del equipo de investigación.

El análisis de los datos, de la información obtenida a través de la entrevista, contempló dos etapas: Codificación Abierta y Codificación Axial, para luego ser triangulada entre los investigadores.

## RESULTADOS

Se ha obtenido la siguiente información categorizada en nueve conceptos centrales.

### SIGNIFICADO DE ESTAR EN TRATAMIENTO

El estar en tratamiento es significado por los usuarios como una instancia que otorga una oportunidad para “recibir herramientas”, “darse cuenta” y “cambiar el estilo de vida”.

#### Recibir herramientas

Los usuarios entrevistados refieren adquirir la capacidad de enfrentar conflictos a través de nuevas competencias psicológicas, que son aprehendidas en instancias terapéuticas grupales e individuales.

He tratado de absorber hartito aquí, de aprender y de ganar herramientas, eso espero llevarme de aquí, las herramientas y aprender a resolver conflictos, ya que uno era muy prepotente antes, alterado, incluso en la manera de hablar o de expresarse, porque yo no sé, antes era de otra forma y siento que he ido creciendo conforme pasa el tiempo aquí y creo que eso me gusta.

#### Darse cuenta del problema

Estar en tratamiento facilita el aceptar que se tiene un problema con el consumo de sustancias y las consecuencias asociadas, lo que decanta en una amplitud de la conciencia sobre sus propias cualidades y de un entendimiento de su propio funcionamiento psicológico.

Exacto, entonces ahí entendí con las charlas que se hicieron que las cosas que sentían los consumidores era lo que a mí me pasaba, yo no lo asociaba, de hecho la depresión en la que estaba, el ver todas las cosas en forma negativa eran producto de que mi cerebro, pese a que yo cambiara mi patrón de consumo, igual seguía anestesiado en ese sentido,

no veía con claridad y ahí recién lo entendí y ahí fue cuando empecé en ese programa, ahí fue algo radical, nada, cero consumo, ni cerveza ni nada.

Lo anterior provoca una sensación de tener nuevas oportunidades de cambio en cuanto se pueden mejorar las relaciones familiares, sociales y laborales.

### Cambio de estilo de vida

Avanzado el tratamiento, las personas concretan un cambio en sus rutinas y hábitos. Se aprende a estructurar su tiempo, facilitando el poder cumplir con las distintas responsabilidades y roles correspondientes a su estadio evolutivo.

Se retoman actividades positivas que producto del consumo de sustancias se habían dejado. Además se conocen nuevos pasatiempos y actividades laborales, ampliando la posibilidad de vivir situaciones nuevas en su vida.

Finalmente, mejora la calidad de las relaciones interpersonales, sean familiares, laborales o de amistad.

Claro, por lo menos en mi caso he estado mejor con la familia, los amigos, el trabajo, he mejorado como persona a como estaba antes cuando estaba en consumo, eso.

## DIFICULTADES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO

### Desde el usuario

Los usuarios del programa identifican que en el proceso de dejar de consumir se hace presente sintomatologías físicas y emocional, las cuales entorpecen el proceso decisivo de mantenerse en tratamiento.

Y no estuve con las ganas de “oh quiero tomar”, “oh la desesperación” y después de los dos meses vino como el desequilibrio y empecé a sentir como cambios de ánimo, mucha ansiedad, pese a que estuve con medicamentos.

El mantenerse en tratamiento y cambiar el patrón de consumo es más difícil de concretar cuando no se acepta que se tiene un problema con el consumo de sustancias.

Los entrevistados mencionan que un último factor que provoca dificultad de estar en tratamiento es mantener conductas asociadas al consumo. Quienes no están dispuestos a cambiar su estilo de vida, es decir, mantener un círculo social, actitudes y comportamientos

asociados a la drogodependencia hace peligrar su permanencia en tratamiento.

Sí, porque uno tiene malas amistades cuando consume y bueno al final de uno es la culpa sí, pero el entorno igual influye harto... era un hábito estar con ellos, es de todos los días, comprar drogas en la población, después volver y sentarse ahí como a no hacer nada, sentarse ahí a mirarse las caras, a reírse de puras cosas tontas, pero ahora que pasó el tiempo uno dice que cuesta y todo, pero sirve darse cuenta y alejarse de ese mundo y amistades.

### Desde el programa

Se identifica que en ocasiones la dinámica relacional del grupo de tratamiento es negativa, dado que se ocupan espacios de instancia terapéutica para festinar con el consumo de sustancias o de recordar historias asociadas a la vida pasada, lo que facilita un desencanto o aversión a participar del tratamiento.

A mí no me gusta cuando hablan mucho del consumo, yo creo que hay momentos en que se puede hablar para ayudar a otros pero a veces insisten en hablar del consumo, entonces creo que es como quedarse pegado, a mí no me gusta porque es como estar ahí, hablar mucho del consumo, más de lo que se debiera.

Otra instancia negativa es no validar con la seriedad necesaria la vivencia u opinión de algún integrante del grupo terapéutico, mofándose de lo dicho o mostrándose superior a los demás.

En una primera fase del tratamiento las normas de convivencia, las reglas del tratamiento y los “no” son difíciles de afrontar, ya que exigen un esfuerzo por parte del usuario que suele hacer lo que sus impulsos le indican.

cuando uno llega lo hacen firmar reglas, consentimiento informado y reglas que se tienen acá que son para todos y algunos no las aceptan y le echan la culpa al lugar que es lo que yo he visto.

## FACILITADORES DEL TRATAMIENTO

Los entrevistados identifican que en el proceso de rehabilitación existen ciertos factores que facilitan el hecho de estar en tratamiento, tanto a nivel de relaciones entre compañeros y terapeutas, actitud de los mismos

usuarios, como a su vez la oportunidad de adquirir aprendizajes y herramientas de las distintas prestaciones entregadas.

### Actitud de terapeutas

En primer lugar, los usuarios destacan la importancia de la actitud que toman los terapeutas como uno de los elementos que ayudan durante su proceso.

Los usuarios entrevistados resaltan cualidades de los terapeutas, tales como la confianza, el apoyo, la capacidad del terapeuta de ponerse en el lugar de ellos y comprenderlos, generando así un vínculo cercano y horizontal. A su vez, destacan la preocupación mostrada hacia ellos y sus familias, estando presentes en todo momento. Por otro lado, también valoran la capacidad de decir las cosas directamente, de forma clara y enfática, siendo necesario también ser confrontados en ciertos momentos de su proceso.

La confianza y el trato que recibí, que estoy recibiendo, me ha facilitado en gran parte, porque he tenido comprensión, ayuda, apoyo en las sesiones, han estado ahí conmigo, se ha notado, yo lo he visto, lo he sentido, entonces eso me hizo mucho más fácil todo el avance que pude haber tenido.

Ya, ella es un encanto, pero al pan, pan y al vino, vino, tal cual, o sea ella no se anda con rodeos ni con palabras bonitas...

### Oferta de prestaciones

#### Atenciones grupales

Los usuarios valoran y destacan las atenciones grupales que se dan en el tratamiento, como una oportunidad de compartir la experiencia vivida con otros, generando así un clima grupal de acogida y un espacio del cual se sienten pertenecientes. La identidad del grupo les permite generar la confianza suficiente para abrirse a hablar con honestidad y aumentar su motivación por continuar el tratamiento y superarse como grupo.

Destacan que el hecho de estar con otros compañeros les permite poder rescatar las vivencias del otro y verse beneficiados a partir de ellas.

Las experiencias de los compañeros, uno saca lo bueno y desecha lo malo. Las experiencias que se comparten le sirven a uno.

#### Atenciones individuales

Respecto a las atenciones individuales, los usuarios entrevistados destacan principalmente las prestaciones entregadas por tres profesionales: Trabajadora Social, Médico en Salud Mental y Psicólogo.

En relación con el área de trabajo social los usuarios destacan la posibilidad de aclarar dudas respecto a temáticas sociales y judiciales, como a su vez poder ser asesorados y acompañados en trámites que favorecen su integración social.

La asistente social que hay aquí es una especie de guía cuando uno tiene un problema o quiere solucionar el tema de las fichas o problemas judiciales, el asistente social sabe de esas cosas y asesoran bien, siempre están apoyando y preguntando cuando uno es nuevo o tiene muchos problemas relacionados con lo social y la familia.

Por otro lado, la labor del psicólogo se ve destacada como uno de los espacios que facilitan el estar en tratamiento, en donde se abordan temáticas privadas y personales en un espacio protegido e íntimo, como a su vez entrega la posibilidad de ver mayores alternativas ante un problema o dificultad, pudiendo enfrentar y darse cuenta de los distintos aspectos que implica la adicción.

Mi psicólogo me ayudó a empezar a darme cuenta de lo que yo le describía, de empezar a valorar todo lo que me había afectado en la forma de ver las cosas, en el cómo pensar y ver las cosas. Entonces fue él quien me motivó más todavía a ver el hecho de la importancia que tenía la abstinencia. O sea del cero consumo para lograr que mi mente se fuera despertando. Con él lo descubrí, con él lo entendí y cada vez que yo buscaba la quinta pata al gato intentando argumentarle que él estaba equivocado y que yo lo iba a hacer pero a mi ritmo, él se encargó siendo bien fuerte.

Por último, la atención del médico en Salud Mental aparece como la posibilidad de acceder a tratamiento farmacológico y poder ser orientado y resolver las dudas necesarias respecto a este.

O sea tú te tomas ese remedio y sabes que no puedes tomar nada, porque si tomas vas directo a la urgencia. Y lo hablé con el médico y me dijo '¿pero las ganas son tantas?' Y ahí yo le dije que en realidad yo estoy tan ocupada que no. No son desesperantes.

Es importante destacar que los usuarios valoran positivamente la atención con técnico en rehabilitación y psicopedagoga, considerándolos como elementos que facilitan y favorecen su tratamiento.

...hay una psicopedagoga que viene los puros miércoles aquí, y ella a mí me ha motivado, porque ella me enseña, me pasa materia, cuando yo le dije que estoy sacando mi cuarto medio, me gusta aprender y estoy retomando todo lo que aprendí.

### Variables asociadas al usuario

Respecto a los aspectos del usuario que facilitan el tratamiento, los usuarios resaltan la posibilidad de, en una primera instancia, llegar a darse cuenta y reconocer el problema que los llevó a ingresar a tratamiento, para luego entrar en un estadio motivacional de disposición a realizar ciertos cambios que permitan generar acciones concretas para cambiar el funcionamiento que perpetúa la adicción. A su vez, los usuarios destacan la capacidad de comprometerse de forma responsable con el tratamiento, tanto a nivel de cumplir con normas y reglas como a su vez mostrar su compromiso en la participación activa en las distintas instancias del tratamiento.

Yo creo que la humildad, reconocer los errores y perdonarse también uno mismo de todo lo malo que pudo llegar a hacer en un momento de la vida y abrirse y soltarse y sentir, no seguir haciéndose el duro ni el fuerte con todas las cosas que ha vivido porque al final a algunos les hace falta sentir esa pena por lo que perdieron a lo mejor o por lo que llegaron a hacer, el arrepentimiento, y yo creo que eso, ser humano, persona y llorar, botar las penas, desahogarse.

### Variables asociadas al tratamiento

En cuanto a los aspectos que facilitan el tratamiento, los usuarios destacan la posibilidad de aceptar y respetar las normas internas del programa de tratamiento, pudiendo tolerar la frustración y postergar sus necesidades de gratificación inmediata, lo cual los usuarios valoran como una opción de poder hacer un cambio en su rutina y forma de vida.

Por último, un aspecto central que los usuarios valoran es el hecho de poder compartir la experiencia de estar en tratamiento con compañeros que están pasando por situaciones muy similares a ellos, generando la posibilidad de empatizar y establecer vínculos de confianza y apoyo mutuo.

Porque yo pienso que al haber una especie de amistad y confianza nos ayuda a todos para poder abrirnos y buscar una solución a nuestro problema, por eso es un elemento facilitador en gran medida.

## EXPECTATIVAS DEL TRATAMIENTO

Los usuarios entrevistados mencionan dos grandes expectativas asociadas al término de su proceso de tratamiento: una relacionada con su desarrollo personal y otra a la mejora de las relaciones familiares.

### Ámbito de desarrollo personal

Se menciona el deseo de recuperar el bienestar emocional, donde se superan síntomas ansiosos o depresivos; mejorar como persona, tener la oportunidad de vivir experiencias gratificantes nuevas y de recuperar el tiempo perdido.

En este mismo ámbito, los usuarios comentan que quisieran tener proyecciones de vida donde se imaginan metas u objetivos personales que implican nuevas competencias a desarrollar.

No sé, como de liberarme, no sé, de poder llegar a ser, cómo le explico, expectativas sobre mí, que soy capaz de sacar trancas, de tener esa libertad que nunca tuve, son como expectativas de mi persona, de adentro de mí, sentirme como mejor persona, mejor mujer, porque con todo esto uno siente que se quedó en una parte, ahí, entonces son como expectativas de hacer lo que no hice, de vivir lo que no viví, de recuperar el tiempo, mucho tiempo perdido... pero acá creo que tiene una conciencia, se hace expectativas y empieza a soñar, a tener metas y esas cosas.

### Mejorar relaciones familiares

Se muestra que el tratamiento podría otorgar una oportunidad para reencontrarse con la familia tanto en los aspectos de relación de pareja como relación filio-parental.

Las relaciones se vuelven saludables, los roles se tornan claros y la expresión de la emocionalidad es aceptada por todos.

Mire, para mí ha sido súper importante la relación con mis papás y la relación con ellos ha cambiado, ha cambiado mucho, de nunca poder mirarlos a la cara y demostrarles amor, era una cosa súper fuerte que me pasaba y ahora de verlos y es bonito

poder mirarlos a los ojos a mis papás y poder decirselos, eso para mí es un tremendo cambio, también en algún momento esto comenzó a ser una expectativa para mí, el reencuentro con la familia.

## SUGERENCIAS AL TRATAMIENTO

Las personas entrevistadas sugieren mejorar la infraestructura de COSAM y cambiar el sector donde está instalada la institución ya que es cercana a lugares donde se consume y trafican sustancias adictivas.

Por otra parte, es repetida la solicitud de mejorar la calidad de atención de los médicos psiquiatras, porque se evidencian diferencias en la calidad del vínculo con respecto a este profesional y el resto del equipo.

Proponen que se desarrolle un mayor acompañamiento en reinserción educativa.

Además sugieren favorecer la interacción entre usuarios de la primera fase con usuarios más avanzados o egresados para enriquecerse de sus experiencias.

La atención psiquiátrica es como un poquito, que no pasa esa cosa que pasa con los psicólogos, esa cosa rápido, la pastilla, poco, apurado, distintos profesionales y uno como que pierde el hilo.

Yo creo que eso que dije, ponerle más énfasis a la parte educativa por el lado de sacar los estudios a los que les falta.

Ver gente que ya salió del programa interactuando con nosotros sería muy bueno.

## PERCEPCIÓN DE MEJORÍA

Los entrevistados comentan que la sensación de mejoría es identificada a partir de referentes internos y externos.

### Referentes internos

Los referentes internos están asociados al mundo interior, donde se percibe una mejoría en la capacidad de expresar ideas y emociones, la visión del mundo cambia, lo que facilita que se piense, sienta y se actúe distinto a su tiempo de consumo, mejorando el estado de ánimo y de salud física y decantando en una nueva toma de conciencia.

...ver el mundo de otra forma y querer quedarse ahí en esa forma, eso es lo que me sucedió a mí, así lo veo yo... Como le decía anteriormente, yo era

muy para dentro e introvertido, en cambio ahora lo veo de otra forma, me tomo la vida de otra forma con el trabajo, con la familia y pienso de distinta forma, veo las cosas buenas o malas de las cosas que pueda o no hacer yo, algo que no hacía antes, llegaba hacía o decía sin importar si estaba bien o mal, no lo pensaba.

### Referentes externos

El mayor referente de mejoría externo es la familia.

Las señales se evidencian cuando los integrantes de la familia se relacionan desde la confianza y reconocen cambios en el usuario.

De a poco uno se va dando cuenta cómo va siendo más aceptado por la familia como antes no lo era, se van notando cambios y yo creo que ahí hay más motivación para seguir junto con harta perseverancia.

## EXPECTATIVAS PERSONALES A FUTURO

### Ámbito personal

Los usuarios hacen referencia a que luego de haber estado en un proceso de tratamiento esperan tener desarrollada la capacidad de rescatar los aspectos positivos de la vida y dejar de lado los pensamientos negativos ante las dificultades o situaciones que se puedan presentar.

...el pensamiento que tengo, que no es todo negro o todo blanco como antes, que era un sí o un no, ahora veo otras tonalidades, otros aspectos que no veía antes, entonces me veo de mejor forma, viendo lo mejor posible de la vida para la sociedad en la que estamos.

### Ámbito ocupacional

En este aspecto se menciona la intención de retomar los estudios a futuro, lo cuales fueron dejados o interrumpidos por el consumo de sustancias. También se hace mención al deseo de estudiar algún oficio que tenga que ver con intereses personales o el trabajo actual.

Primero, quiero estudiar. Yo dejé de estudiar de pura mena en realidad... Dejé la carrera a más de la mitad. O sea estudié seis semestres de pedagogía, me faltaron dos... Era puro carrete. Bueno estudié cocina, pero estos cursos así como chicos, lo que me permite trabajar donde estoy. Me gustaría

trabajar, estudiar algo relacionado con administración, pero siempre en el área...

Dentro del ámbito ocupacional, también se menciona como expectativas personales a futuro, la posibilidad de mejorar el desempeño laboral, mejorando la calidad, ocupando las habilidades y conocimientos personales.

...de partida bajando un poco la cantidad de trabajo pero aumentar un poco más la calidad del trabajo, estoy trabajando menos pero haciéndolo más lucrativo.

### Ámbito familiar

Respecto del ámbito familiar los usuarios plantean que luego de terminado el proceso de tratamiento, las prioridades cambian, en relación a que se da más valor a tener tiempo invertido en realizar actividades con la familia junto con mejorar la calidad de las relaciones familiares.

Ahora, como veo primero el bienestar de mi familia, me he hecho un orden del trabajo, yo trabajo en un horario ahora, tengo de descanso el fin de semana que ya no es para recuperarme del consumo sino que lo uso para disfrutarlo con mi familia.

## PERCEPCIÓN SOBRE VARIABLES ASOCIADAS A LA DESERCIÓN

### Del usuario

Se describen las causas de deserción referente a los usuarios en tratamiento, dentro de las cuales, según los usuarios entrevistados, estaría la baja tolerancia a la crítica, que aparece al inicio del tratamiento. Se alude a que el usuario llega muy sensible y cualquier opinión disidente, que dan los compañeros o los terapeutas, es vivenciada como una crítica negativa.

uno llega muy sensible y se hiere de la nada, le molesta cualquier cosa y algunos simplemente se van, les da rabia, incluso por la opinión de otros compañeros, algo no les gustó y se van... a veces como que no aceptan que le digan o se hiere por cualquier cosa, sobre todo cuando uno llega a estos programas, llega herida, todo le duele, entonces hay que ir de a poco.

Otra variable asociada al usuario, como antecedente de deserción, es su motivación extrínseca, es decir,

estar motivado a realizar el tratamiento por otros o por presiones externas y no para su propia recuperación, hace que las personas terminen retirándose del programa de tratamiento.

yo creo que algunos vienen obligados, otros lo hacen por su familia... creo que ese es el motivo por el que no vienen algunos usuarios al tratamiento, vienen más por otros motivos que por ellos y yo creo que eso los hace desertar.

Como última variable del usuario, asociada a la deserción, está la baja motivación al cambio de vida, al cambio de hábitos y a continuar teniendo relaciones sociales de riesgo de consumo. Se plantea que los usuarios que desertan podrían dejar de consumir, en una etapa inicial, pero no están dispuestos a establecer cambios en su estilo de vida o actividades cotidianas. El programa de tratamiento explicita la necesidad de este cambio, pero los usuarios no están de acuerdo, entonces abandonan su proceso de tratamiento.

...ahora que uno está en tratamiento tiene que evitar ese grupo, entonces el hecho de que sean tan insistentes en decirte que ya no puedes hacer eso de manera reiterada y uno al principio no entiende porque son sus amigos y no se quiere alejar, entonces algunos terminan aburriéndose pero es culpa del usuario no del tratamiento en sí.

### Del tratamiento

Como variable asociada a la deserción dentro del tratamiento, es identificada la respuesta reactiva del terapeuta ante actitudes negativas del usuario. Se entiende como una dificultad del terapeuta que responde de acuerdo al mismo estado emocional del usuario generando un conflicto entre ambos, lo que hace que el usuario decida retirarse del programa.

Lo que yo he visto es que de repente vienen muy cerrados o son muy llevados de sus ideas y ocasionan que también acá el terapeuta termine cerrado y llevado de sus ideas, terminan chocando, para mí ese es un aspecto que lleva a la deserción. He visto a varios que le echan la culpa al terapeuta, pero el problema es de los dos.

### Del contexto

Como variables de deserción asociadas al contexto, los usuarios señalan, por un lado, la presión familiar debido

a las dificultades económicas que están pasando, ya que en algunos casos el usuario no puede trabajar por el riesgo que implica el uso del dinero. Las personas terminarían desertando para trabajar y muchas veces la familia apoya esta decisión.

algunos que tienen familia e hijos necesitan trabajar y yo creo que ese es el gran impedimento que tienen algunos, que dejan el tratamiento porque están demandados por pensión o están presionados...

Por otro lado, los usuarios consideran que sienten presión por parte de sus familias dadas sus altas expectativas de cambio y mejoría a corto plazo.

...porque es muy difícil en la casa cuando uno quiere hacer el cambio, está empezando pero no se ve muy reflejado en la casa ese cambio, uno tiene la intención, pero la familia quiere que sea como todo rápido, es difícil que entiendan que esas cosas igual toman tiempo.

## PERCEPCIÓN SOBRE VARIABLES ASOCIADAS A LA ADHERENCIA

### Del usuario

Los usuarios entrevistados señalan que una variable fundamental para permanecer en el tratamiento es contar con motivación intrínseca, que dé cuenta de una intención personal de mejoría que le permita a su vez proyectarse estableciendo metas.

he escuchado a muchos caballeros, caballeros solos que dicen perdí toda mi vida, y ahora quiero recuperarla.

Otra variable que facilita la adherencia desde el usuario es contar con una disposición favorable a la interacción social. Los usuarios, presentan intención de quedarse en tratamiento, cuando se van sintiendo en sintonía afectiva y relacional con otros compañeros, ya que se dan cuenta que tienen vivencias comunes y problemáticas similares que pueden compartir. El estar con otros pares otorga la posibilidad de sentirse parte de un grupo y disminuir la sensación de soledad.

yo estoy solo, entonces los que estamos solos y no interactuamos con gente, encontramos que venir para acá e interactuar con gente que habla tu mismo idioma y tiene tus mismas inquietudes y pasa por lo mismo, hace que uno quiera venir.

### Del contexto

Como variable del contexto, que facilita la adherencia, se menciona el contar con apoyo familiar como un pilar fundamental para que los usuarios puedan superarse y no desistir de estar en tratamiento. El apoyo brindado tiene que ver con la expresión de afecto, brindar contención emocional y respetar el ritmo del usuario. Por otro lado, según los entrevistados, la aceptación y el reconocimiento de los cambios favorables por parte de la familia, sumado al esfuerzo que realizan los usuarios para que esto suceda, promueve que se mantenga en tratamiento.

algunos compañeros vienen con sueños lindos que es recuperar o mejorar su rol de padre, o mejorar su rol de hijo e ir recuperando esas cosas es lindo y aquí se va dando, de a poco uno se va dando cuenta cómo va siendo más aceptado por la familia.

### Del tratamiento

Desde el tratamiento, para que los usuarios adhieran a su proceso terapéutico, es de vital importancia el vínculo y el compañerismo. Es así como se describe, que cuando un usuario llega al tratamiento y se encuentra en dificultades o se está desmotivando, las palabras de aliento de los compañeros y el apoyo afectivo brindado, es considerado una instancia de cuidado mutuo que hace que se fortalezca la decisión de continuar.

...todos nos cuidamos entre todos, nos cuidamos, nos decimos palabras de apoyo. Si algún compañero recae le decimos que siga adelante, que se puede cambiar y que se pare y que siga poniéndole todo el empeño para que no vuelva pa atrás”.

Otro aspecto propio del tratamiento que promueve la adherencia en los usuarios es la relación y vínculo con los terapeutas. La calidad del vínculo caracterizado por cercanía, apoyo, contención y confianza permite que los usuarios se sientan acogidos y decidan permanecer en tratamiento.

Claro, como le decía, pongámosle nombre, el apoyo y confianza que dan los terapeutas de entrada, nos acogen y el que se siente bien acogido continúa.

## DISCUSIÓN

Los distintos estudios mencionan que algunos predictores de abandono son la comorbilidad psiquiátrica (Lopez *et al.*, 2011), indicadores de funcionamiento desadaptativo de la personalidad (Ball *et al.*, 2006), la autoindulgencia (Deane *et al.*, 2012) y la presencia de rasgos narcisistas (Callaghan, 2003). A lo anterior, este estudio amplía la explicación, sumando determinantes sociales y características propias del tratamiento.

La teoría suele referirse a la importancia que tiene el vínculo, la alianza terapéutica y la motivación interna en la adherencia de tratamientos individuales. Lambert (1992) plantea que la calidad emocional y relacional del vínculo entre paciente-psicoterapeuta es una parte imprescindible del proceso psicoterapéutico y, de hecho, la investigación en psicoterapia indica que resulta ser un aspecto determinante de la eficacia de la terapia.

Poco se menciona lo que ocurre en un tratamiento grupal con equipo multidisciplinario. La investigación aporta información al respecto, donde los usuarios reportan la importancia del grupo de pares, la estructura del tratamiento y el tener un acompañamiento familiar adecuado.

Serían facilitadoras del vínculo ciertas actitudes del terapeuta, tales como confianza, apoyo, cercanía, empatía, comprensión, relación horizontal, ser claro y enfático, preocupado y presente. Estas actitudes descritas por los usuarios pueden guiar el trabajo terapéutico para facilitar el tratamiento y su permanencia en este.

Los usuarios mencionan que la combinación de la actitud terapéutica, las prestaciones ofrecidas, estructura del tratamiento y actitud del usuario, facilitan el proceso y permanencia en el tratamiento.

Adjudican gran relevancia a los pares, dado que si este se siente parte de una comunidad que contiene emocionalmente y que comparte vivencias similares, se obtiene mayor compromiso y sentido de pertenencia al tratamiento.

Es importante mencionar que las expectativas del usuario están relacionadas con el desarrollo de la persona, en donde se espera recuperar el bienestar físico y emocional, llevar una vida familiar de mejor calidad y cumplir metas personales. En etapas avanzadas del tratamiento, cuando se ha logrado la abstinencia, estas

dimensiones del desarrollo de la persona determinan la motivación para permanecer en él.

## CONCLUSIÓN

A nivel del centro de tratamiento, la realización de este estudio permite evaluar cualitativamente y con mayor profundidad, el impacto del tratamiento en drogodependencias en los usuarios en proceso de rehabilitación. Este sería un ejercicio continuo, orientado a buscar mejorías en la calidad del tratamiento, para que sea cada vez más atingente a las necesidades de los usuarios en atención. A partir de los resultados obtenidos se pueden plantear constates revisiones de la práctica clínica y actualizar el quehacer al contexto. Lo anterior implica un desafío al equipo clínico, al momento de realizar futuras investigaciones para actualizar el programa de tratamiento basado en la evidencia.

Por otra parte, esta investigación rescata la importancia de considerar la opinión de los usuarios en la evaluación de los programas de tratamiento, ya que se instaure un proceso participativo, que permite que el usuario sea parte de la co-construcción de su propio proceso de recuperación, al consultarle acerca de su visión sobre el significado de estar en tratamiento, así como de su percepción en relación con las intervenciones recibidas y el vínculo establecido con el equipo terapéutico.

## REFERENCIAS

1. Ball S, Carroll K, Canning-Ball M, Rousaville B (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*. EE. UU.
2. Callaghan R (2003). Risk Factors Associated with Dropout and Readmission Among First Nations Individuals Admitted to an Inpatient Alcohol and Drug Detoxification Program: Canadian Medical Association or its licensors. Canadá
3. Deane F, Wooton D, Ching-I H, Kelly P (2012). Predictors of Early Dropout in Methadone Maintenance Treatment Program in Yunnan Province, China: *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. Vol 73. 2012
4. Lambert MJ (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En Norcross JC, Goldfried MV (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books
5. López J, Fernández J, Arteaga A (2011). Addiction Treatment Dropout: Exploring Patients Characteristics: *The American Journal on Addictions*. Vol 21. EE. UU., 2011

## CONFERENCIA

# BIOÉTICA: ¿PSEUDOFILOSOFÍA PARA LA PSEUDOCIENCIA?<sup>1</sup>

(Rev GPU 2018; 14; 2: 202-208)

Hernán Villarino

**Puede resultar extraño que, en un círculo de filosofía de la naturaleza, con sus miembros reunidos en esta hermosa y acogedora región sureña para exponer y discutir sus trabajos y el resultado de sus investigaciones, alguien haga uso de la palabra titulado su presentación con el término ética.**

¿Es que los que han venido de tan lejos, a veces incluso desde las antípodas, se tienen que llevar también su cuota de edificación y moralina? ¿O acaso es que debemos considerar como ética a la naturaleza? ¿Está ella imbuida de principios morales? ¿Responde, como creía Leibniz, al diseño de un ser eminente y absolutamente bueno, quien se ha cuidado de hacer el mejor de los mundos posibles? Empero, si nos hemos atrevido a comparecer en este encuentro denominando nuestro texto de esa manera, no es porque queramos aleccionar a nadie.

Sin embargo, hemos de convenir que las pretensiones moralizantes no son ajenas al mundo en el que vivimos. Y no es que estén tocando a la puerta, ya han roto todos los muros y las barreras, además a las bravas, y, envolviéndonos a todos, desde su nueva posición se hayan legislando, es decir, dictando reglas y normas a las que todos nos vemos sometidos. ¿Estamos desandando el camino y volviendo a esas escalofriantes etapas del desarrollo histórico que para nada son de *felice recordación* como decía el Quijote?

Analicemos este asunto con más detalle.

Según su definición canónica y universal, *La bioética consiste en el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales.*

No caben dudas que esta es una definición bastante vaga e inespecífica. Por lo pronto, desde siempre ha existido el estudio de la conducta humana a la luz de los valores y los principios morales, en el ámbito de las ciencias de la vida, en el de las ciencias en general, incluso en el de la existencia cotidiana, pero no solamente el estudio sino que también se han formulado consejos, normas y directrices para esas conductas, y desde tiempos tan remotos como aquellos que vieron nacer el Juramento Hipocrático, fechado en el siglo V. a. C.

A partir de su definición, no es posible apreciar en qué consiste la entidad propia y particular de la bioética que justifique su pretensión de constituirse en una disciplina novedosa, distinta de la tradicional reflexión

<sup>1</sup> Ponencia presentada en el VII Simposio del Círculo de Filosofía de la Naturaleza, desarrollado en la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Austral, Valdivia, entre el 21 y el 23 de noviembre de 2018.

filosófica abocada a esos temas y, por lo mismo, merecedora de un nombre propio y diferente.

Desde luego, podemos descartar que con ella se haya percibido, captado, reconocido o desarrollado algún valor especial o nuevo en las ciencias de la vida, que sea atribuible a su investigación y que merezca ser tratado al margen de la filosofía. Es más, en relación con la antigua discusión valórica en la medicina, tampoco la bioética ha aportado ninguna solución, como lo ha pretendido, a los debates que desde hace varias décadas se suscitan en torno al aborto, la eutanasia, etc.

Van Rensselaer Potter es el autor de *Bioethics, a bridge to the future*, considerado el texto fundacional de esta disciplina. La primera idea desarrollada en aquel libro contiene la proposición fundamental de que es necesario unir, por medio de un puente, los continentes autónomos y separados de las ciencias naturales y las humanidades con el esotérico propósito de humanizar a la medicina.

Ahora bien, por qué se debe tender ese puente, cuáles son las ciencias naturales y humanísticas que hay que unir, como hemos de entender que se unen, cuando debemos dar por concluido el trabajo, que significa, concretamente, humanizar a la medicina, etc., son conceptos que la bioética nunca se planteó aclarar, definir o limitar, ni respecto de los cuales presentó algún comienzo, un cierto programa, ni tan siquiera un ejemplo de cómo se debe entender lo que propone o, por último, cómo lo ha entendido ella misma. Todo se trata de simples declaraciones que no vienen sostenidas por ninguna idea ni ejercicio práctico ninguno.

El mismo hecho de que la bioética se proponga unir a través de un puente a las ciencias humanísticas y naturales brinda su segundo rasgo característico, según el cual se constituye como una disciplina, o como una ciencia, o como una filosofía, que a estas alturas aún no resulta nada claro en qué consiste realmente, una disciplina, decíamos, firme y declaradamente inter, multi y/o transdisciplinaria.

Por último, en tanto en su nombre lleva el título de ética, la bioética se ocupa también del análisis y aplicación de lo que curiosa y sintomáticamente llama las "teorías éticas"; y, por extensión, de la filosofía en general.

Como de todos estos asuntos se hallan dispersas referencias en sus textos, finalmente se la puede y se la debe entender según ella misma se define, es decir, como un puente transdisciplinario tendido entre las orillas naturales y humanísticas de las ciencias construido para humanizar todo lo que sea susceptible de ser humanizado a través de la purificación ética del quehacer médico y científico en general.

Como se ve, por su condición ético-pontina, la bioética se ocupa de todo, es una disciplina de todo y del todo. En un solo paquete se ofrece envuelto tanto lo que es como lo que debe ser. Acorde con ello, habiendo nacido en la medicina con el objeto de humanizar su ejercicio, como ya dijimos, alzó precozmente el vuelo y raudamente se extendió y ocupó primero el éticamente descuidado territorio de la investigación científica, para finalmente aterrizar entre los problemas medioambientales, como el calentamiento, la polución, etc. Por eso, hoy la bioética tiene estas tres ramas: la clínica, la investigación y la así llamada bioética global.

El motivo de por qué y cómo es que puede abarcar un campo tan amplio en realidad no es muy difícil de entender: se trata de una disciplina que se ocupa con las ciencias de la vida y a la postre en la existencia humana todo está necesariamente relacionado con la vida humana, de modo que lógicamente, en la medida que se ocupa con aquellas ciencias, nada ni nadie puede quedar fuera de la bioética. Desde este punto de vista tiene un cierto parecido estructural con la antigua, jocosamente y conocida historieta de los cartagineses.

Ahora bien, en principio, ¿se puede justificar esta nueva disciplina?

El conocimiento humano, de acuerdo con Kant, tiene tres orígenes, la sensibilidad, el entendimiento y la razón. El origen de la ciencia, de acuerdo con su concepción, está en el entendimiento, es decir, en la elaboración conceptual. La razón, en cambio, a través de su medio y su producto, las ideas regulativas, es el origen de la filosofía. Pero las ideas regulativas de la razón, no hace falta decirlo, no son, no pueden ser ni nunca serán los conceptos del entendimiento.

No solo Kant, todos los grandes autores, cada uno a su propio modo y manera, han sabido siempre distinguir el filosofar (que a veces se ha denominado o se denomina metafísica) del cultivo de las ciencias particulares. Si hemos elegido el modelo y el vocabulario kantiano no hay otro motivo que el de parecernos muy claro y pedagógico, pero se podría usar cualquier otro que se haya empleado para distinguir la filosofía de las ciencias. En este sentido nos parece particularmente acertada la distinción heideggeriana entre lo óptico y lo ontológico, o la doctrina de Jaspers, que discierne entre existencia empírica y Existencia, la cual doctrina tiene la peculiaridad de haber sido desarrollada en el seno de la actividad médica, que es donde empezó la brega bioética, por lo que constituye un genuino aunque todavía ignorado contrapeso frente a ella. Pero, así como es antigua la diferenciación de estas dos clases de conocimientos no es menos antigua su confusión, y una de las más notables ocurrió en la época

posmedieval, cuando la filosofía pretendió imponerse, dirigir y evaluar los métodos y resultados de la nascente ciencia empírico-matemática dejando el campo de su arremetida sembrado de muertos, algunos reales y otros metafóricos.

Nada de esto, claro está, supone que entre ciencia y filosofía no haya habido relaciones, y nada más lejos de nuestras propias convicciones que una tal afirmación. No obstante, solo su clara distinción ha permitido que entre ellas se haya establecido, desde siempre, una relación fructífera y mutuamente beneficiosa, materializada, por ejemplo, en la lógica, la teoría del conocimiento, la epistemología, la filosofía de la ciencia, incluso la metafísica, etc.

Ahora bien, la bioética, en primer lugar, no es ninguna ciencia. Aunque se defina como un estudio sistemático de la conducta humana no es psicología, etología, neurofisiología, etc. Como no es una ciencia, no es, no puede ser obra del entendimiento. Nadie diría que es una lógica formal, por ejemplo, ni que trabaje con conceptos que sean fruto de su experiencia (no de la experiencia, sino de su experiencia).

Si en oposición a lo dicho recién, admitimos, como no puede ser menos, que su pretendido estudio sistemático de la conducta humana en realidad está realizado a la luz de los valores, entonces podría considerársela como una ética y, por ende como una filosofía. No obstante, la reflexión ética y la filosofía son muy antiguas, y si la bioética fuera una filosofía no necesitaría llamarse bioética sino filosofía, pero se llama bioética justamente porque no es filosofía, sino una especie de puente como llevamos dicho.

Si por no ser una ciencia la bioética no es, no puede ser un producto del entendimiento, al no ser una filosofía tampoco lo es de la razón. Pero es que además nadie sabe todavía qué significa ser un puente entre las ciencias naturales y humanística, mucho menos un puente para humanizar a la medicina, puente este último, que, de realizarse, remedaría al tan cercano y tristemente famoso Cau-Cau, porque la actividad y reflexión de la medicina ha sido y no puede sino ser humana, incluso demasiado humana. En todo caso, la idea del puente señala y permite a la bioética alcanzar su destino manifiesto, que es el de pontificar sin cesar sobre esto y sobre lo otro, sobre lo humano y sobre lo divino.

La razón y el entendimiento, como sabemos, hace muchos siglos que son cultivados, han estado dando sus frutos, los siguen dando en realidad y cada vez se producen nuevas cosechas. Es posible y quizá inevitable esperar inéditos resultados como consecuencia de la investigación y del genio personal e incalculable, pero debemos preguntarnos qué es lo que se debe

esperar de una disciplina que no es obra ni del entendimiento ni de la razón, y la respuesta a esto no solo nos resulta un completo enigma, sino que, y por el mismo motivo, lo que quiera que sea la bioética, la razón y el entendimiento parecen ser completamente impotentes para evaluarlo.

Parece no poderse poner el fundamento de la bioética en ningún órgano o función del conocimiento, lo cual, para una disciplina que pretende y que además efectivamente norma la actividad científica e investigadora, no deja de ser paradójico. Pareciera que más bien tiene un origen fruto de la gracia, o quizá de un franco milagro, origen que sin dudas comparte con las pseudociencias y la pseudofilosofía las que tampoco son obras del ejercicio de la razón ni del entendimiento y en cambio se comprenden a sí mismas como el resultado de alguna revelación, inspiración, tradición o intuición especiales ectoplasmizada a través de sus fundadores. Debemos puntualizar, en todo caso, que la bioética tampoco se debe considerar como un producto de la imaginación, en el sentido del importante rol que juega, por ejemplo, en la epistemología de Gastón Bachelard.

Todo lo que llevamos dicho lo resume muy bien, y muy escuetamente, un connotado bioeticista, en cuyo manual se asegura que *estamos convencidos que (la bioética) no es parte de la filosofía ni de ninguna otra ciencia, sino que desde su cuna goza de una sana autonomía que comparte con otras disciplinas*, aunque, lamentablemente el texto de aquel autor no aclara cuáles son esas otras disciplinas que se le asemejan. La audacia de aquella afirmación, que ningún otro bioeticista ha rebatido, porque el diálogo y la discusión teórica son algo que eluden con todo su corazón, justamente porque su tarea es la de pontificar, aquella afirmación, decíamos, solo es posible de hacer en el seno de una pseudociencia, y demuestra no solo la naturaleza real de la bioética, sino también la frivolidad y la incapacidad para manejar las herramientas intelectuales comunes y elementales por parte de sus cultivadores.

La bioética, entonces, viene de ninguna parte y habla desde ninguna parte. Originada en las brumosas cumbres de algún fantástico Sinaí ético, de pronto ha decidido bajar trayendo en sus manos las viejas tablas de la ley para proclamarlas e imponerlas *in partibus infidelium*, es decir, *in partibus scientificae*.

El mundo histórico de la ciencia, provisto de un movimiento infinito, cuyo destino es imprevisible y cuyos resultados necesariamente repercuten en cómo los seres humanos perciben, piensan y se comportan respecto de sí mismos y del mundo, ese contexto histórico, decíamos, ha debido oír cómo la bioética trae, a modo de gran novedad y en nombre del respeto y la

dignidad humanas, el viejo cuento de las leyes morales universales, eternas, inviolables, y sobre todo de obligado cumplimiento.

No caben dudas que la moral predicada por los santones, presbíteros, diáconos y vicarios de la bioética es esencialista, a pesar de su juego de manos pluralista. Desde luego, sus ideas no han nacido del propio y peculiar quehacer científico, ni de la múltiple red de vínculos que solidarizan ese quehacer con su tiempo y sociedad. La bioética, como dijimos, en realidad ha brotado y responde a un monte Tabor iluminado e iluminador.

Así, por ejemplo, a la pregunta de si deben erradicarse las enfermedades genéticas, o mejorar ciertas capacidades humanas interviniendo los genes, la bioética abre el debate sobre la eterna naturaleza humana, y en nombre de un humanismo ya periclitado alerta sobre los riesgos de modificarla. Poco le falta alegar públicamente, aunque sin duda lo hará en su fuero interno, que el ser humano, a la postre, está llamado a sufrir, y que debe asumir como propio, y quizá como merecido, un sufrimiento que podría evitar.

No obstante, el concepto de la naturaleza humana pertenece a la vieja metafísica, es esencialista, y antagónico con la idea historicista de la humanidad como posibilidad, como posibilidad que siempre tiene y que siempre es, como posibilidad, por lo tanto, que pertenece a la situación particular en la que se vive, la cual exige ser reconocida y empuñada y para lo que la ciencia ha devenido esencial.

Claro que si solo fuera esto que llevamos descrito la bioética resultaría ser una extemporánea y risible ocurrencia sin interés, espesor ni fundamento. A nuestro entender, en cambio, supone un enorme peligro, del que hablaremos a continuación, aunque realmente tampoco sea un peligro, toda vez que ya se ha consumado. Se trata, en el fondo, del increíble proyecto, increíble para la altura histórica en que estamos, de la moralización esencialista de las ciencias, lo que las conduciría a ser una especie de sacristía de los principios morales, encargadas de propalar y auspiciar los mensajes éticos dictados desde algún *sancta sanctorum* bioético.

Aunque no sea necesario, es en cambio conveniente hacer un pequeño paréntesis para aclarar y enfatizar que la conducta legal aconsejable, y en algunos puntos exigible a los científicos, y a todo el cortejo humano que constituye y conforma el implante social, incluso comercial de las ciencias, las técnicas y las profesiones, no tiene nada que ver con lo que estamos hablando. A lo que nos referimos es a la inconveniente moralización de las ciencias en tanto que ciencias, las que no debieran ser evaluadas con los criterios de lo púdico o

lo impúdico, ni sus tesis medidas éticamente, ni tampoco exigidas de honorabilidad en sus métodos, etc. Todo aquello en lo que es recomendable formar a los seres humanos en general, no solo a los científicos, es en cambio la ruina de la ciencia.

Pero todo aquello que ya ocurre en la actualidad a consecuencias de la bioética, es decir, la moralización de las ciencias, históricamente no es ninguna novedad. En realidad, la humanidad está a punto de chocarse por segunda vez con la misma piedra, aunque, como dijimos, por desgracia la medicina ya se ha tropezado con ella. Pero a partir de lo ocurrido pende una severa amenaza sobre toda la actividad científica y la libertad del pensar, y como se aconseja de antiguo: “cuando veas las barbas de tu vecino cortar es oportuno poner las tuyas a remojar”.

Lo que sean los entes y sus mutuas relaciones, es decir, aquello que estudian las ciencias, no está ni de lejos gobernado por ideas ni principios éticos o morales, y suponer que hay ideas científicas que de suyo son inmorales es la reedición de una terrible amenaza. En el pasado los hallazgos científicos no podían contradecir la verdad revelada, según venía formulada en cierto texto sagrado. Hoy, en cambio, no se puede contradecir las jactanciosas verdades éticas de la bioética.

En efecto, quien tenga la oportunidad de revisar textos de esta disciplina verá cómo en ellos se desarrollan amplias y ociosas discusiones que llaman epistemológicas. Pero, ¿por qué se han de desarrollar amplias discusiones epistemológicas en los libros de ética? Pues para decidir cuál es la más ética de las epistemologías, y, por ende, cuál de ellas es la que debe ser aceptada y cultivada como la verdaderamente científica. Este pequeño e inesperado desplazamiento de la inquietud ética en la bioética implícitamente supone que se ha de escoger y decidir como científica, es decir, como la mejor, la mayor y la verdadera realización de la ciencia, aquellas “epistemologías” que arrojen una imagen ética de la naturaleza, aunque en el fondo no se trate más que de la transposición de una dudosa o arbitraria imagen moral sostenida hoy en día por alguien, asunto que, como dijimos, ya es ostensible en la medicina, como lo veremos a continuación, pero que palpita en toda la propuesta de la bioética.

En el pasado reciente la selección de los modelos científicos se ha hecho, y seguramente debe seguir haciéndose, en términos de verdad y falsedad, de falsabilidad, de congruencia lógica, de coherencia con los datos conocidos, etc., y con eso ha bastado para que a través de la investigación y discusión libres se dé de baja, insistimos, solo con los criterios de verdad y falsedad, concepciones que quizá también fueron estimadas

como moralmente malignas. Pero la reintroducción consciente o inconsciente de criterios de bondad o maldad en la selección de las “epistemologías”, teorías, métodos y resultados de la ciencia significa un incalculable retroceso. Ya se divisan a los lejos las piras a punto de ser encendidas, ya se aprestan los siempre entusiastas alguaciles a recoger sus inadvertidas presas.

En el ámbito de la relación médico-paciente, por ejemplo, la medicina ha desarrollado una milenaria reflexión técnica, donde sin cometer ninguna falta ética conocida, o por lo menos denunciada, han surgido, han prosperado y se han abandonado diversos enfoques y modelos. La literatura sobre el asunto puede tener el tamaño de una pequeña biblioteca. La bioética, sin embargo, ha logrado imponer sus famosos cuatro modelos de relación clínica de un modo que es ilustrativo y que conviene recapitular, porque varias generaciones de estudiantes de medicina de estas últimas décadas, en lo relativo a esta cuestión de la relación médico-enfermo, que constituye un asunto básicamente técnico y muy peculiar del ejercicio médico, los estudiantes, decíamos, han venido siendo formados en esos modelos concebidos y puestos en circulación por la bioética, y a los que ha denominado como deliberativo, interpretativo, informativo y paternalista.

Estos modelos, sin embargo, vienen descritos en un artículo no mayor de 20 páginas, donde no se cita ni discute ningún autor clásico en el estudio de este tema, pero, en cambio, se aprecia una nutrida invocación de filósofos morales o de moralistas a secas. Es decir, la propuesta de estos nuevos modelos no discute técnica y previamente los otros existentes, ni la amplia literatura sobre el particular. Tampoco realiza un análisis ético de los modelos precedentes, en función de lo cual se compruebe que son moralmente deleznable, que por eso deben ser desechados y finalmente sustituidos por otros moralmente irreprochables, tal como los concebidos por la bioética.

Las razones por las que se piensan y formulan los modelos de relación médico-enfermo en la bioética elude toda consideración técnica, son razones pura y supuestamente éticas. Sin embargo, ¿puede la ética, es función propiamente suya, de la ética, el prescindir o reemplazar el conocimiento teórico y empírico de la realidad para normarla y conducirla a su entero gusto ético?

Si vemos lo que ha pasado efectivamente con los modelos de relación médico-enfermo bioéticos podremos dar una primera respuesta a la cuestión planteada recién. Puesto que lo que inspira la formulación de aquellos modelos es la ética, están concebidos y dispuesto de acuerdo con una gradiente ética. El más ético

de ellos, y por lo mismo el preferido de la bioética y de los bioeticistas, resulta ser el deliberativo, por razones que no es del caso desarrollar ahora pero que tienen que ver con la dignidad y respeto debido a las personas. El menos ético, por otra parte, incluso el modelo antiético, resulta ser el paternalista.

Claro que cuando la realidad se observa solo con las anteojeras éticas se hace esponjosa, leve, friable e inutilizable. Por ejemplo, el peor de los modelos, el técnicamente peor, el único que no se debe ni se puede emplear en una relación médico-enfermo real con un paranoico, con un esquizofrénico, con un paciente en coma, con otro gravemente comprometido de conciencia, con un niño, etc., es el modelo propiamente ético que propicia la bioética, es decir, el modelo deliberativo. Inevitablemente, entonces, a raíz de los modelos de la bioética, la actividad médica trabaja mayoritariamente con tipos de relación médico-enfermo “poco éticos”, “deficientemente éticos” o incluso “antiéticos”, de donde resulta que el corazón de la medicina es una actividad éticamente dudosa.

Es evidente que lo que sea la ética para estos autores, y para esta disciplina, no brota del ejercicio práctico con sus sevicias y sus condiciones, ni tampoco de las exigencias y limitantes que impone la realidad. Lo bueno está escrito en las tablas transmitidas por un severo Sinaí ético, administrado en la tierra por un sanedrín bioético, una red clientelar en el fondo, cuyas credenciales resultan ser muy dudosas y desde luego nada científicas.

La idea de que la deontología médica, o cualquier otra deontología, y entendemos por deontología los mandatos particulares que gobiernan el bien de las profesiones, desciende de unos mandatos éticos formulados por alguien, vaya uno a saber desde cuándo y menos todavía por qué, pero que supuestamente tienen validez más allá de las contingencias de la historia y de la vida cotidiana que han dado origen y que sustentan a dichas profesiones, ha generado en la profesión médica dos reacciones muy notorias, que, de continuar la influencia de la bioética, se harán también ostensibles en todas las otras ciencias y profesiones.

En primer lugar la culpa. El pasado de la medicina, descrito como paternalista por la bioética, es decir, como autoritario y abusivo, es mirado hoy con cierto espanto y vergüenza por los mismos médicos, que ahora temen levantar cualquier alfombra por temor de que allí no se oculten tesoros sino nidos de ratas. Este resultado de las doctrinas bioéticas sobre la conciencia de los médicos ya fue bien caracterizado por Nietzsche como la inversión de los valores, el desasosiego que produce experimentar como devaluado, malo y pecaminoso lo que

no puede sino ser bueno. La medicina no es mejor, pero tampoco peor que cualquier otra actividad humana, pero ha sido objeto de una interpretación degradante y demoleadora por parte de la bioética, la que ha terminado por envilecer la propia conciencia profesional de los médicos.

Ahora bien, para justificar sus medidas la bioética presume de haber hecho tres grandes descubrimientos, capitales en realidad, donde ha desplegado toda su incalculable perspicacia. En primer lugar ha demostrado, más allá de toda duda razonable, que la actividad médica tiene resultados inciertos. En segundo lugar ha comprobado, irredargüiblemente, que los médicos a veces se equivocan. En tercer lugar, no ha escapado a sus ojos de lince que incluso hacen mal las cosas, mienten, por ejemplo, callan la verdad, etc. Pues bien, como remedio a todos estos males que infectan y que constituyen lo esencial de la historia de la medicina se ha instituido la genial solución del consentimiento informado, donde antes de cualquier acto médico al enfermo se le recuerdan todas aquellas posibilidades descritas anteriormente, para que las asuma consciente y libremente, y bajo su propia responsabilidad.

La profunda necedad del consentimiento informado solo puede calibrarse suponiendo que la bioética hubiera desarrollado su inestimable doctrina en el campo de la aviación, por ejemplo, y donde gracias a su influencia ética se hubiera decidido que antes de subir a un avión los pasajeros serían conminados a firmar un documento de consentimiento informado donde se les advertiría clara y verazmente que el avión se puede caer, que los pilotos se pueden equivocar, incluso que a veces pueden hacer mal las cosas, como ocurrió con el vuelo 9525 de Germanwings, el 24 de marzo de 2015, cuando se estrelló consciente y voluntariamente el Airbus A320-211 contra un murallón de los pirineos, muriendo toda la tripulación y el pasaje.

¿Es que cualquiera que no sea un extraterrestre ignora que los aviones se pueden caer, o que uno se puede morir en el pabellón de cirugía? ¿Que los pilotos como los médicos pueden errar? ¿O que todos ellos pueden hacer conscientemente mal las cosas que tienen que hacer? ¿Y es que la firma de un documento de consentimiento informado hubiera evitado, por ejemplo, que el piloto de Germanwings se hubiera suicidado arrastrando consigo a la muerte a todos los demás?

La firma del consentimiento informado tiene la virtud de poner extremada e innecesariamente nerviosos a los enfermos, o a los pasajeros, pero sin tocar ni modificar en nada el curso real de las cosas, es decir, sin incidir en la realidad. En el ámbito de la clínica (no en el de la investigación) el que hoy sea legalmente

obligatorio firmar los documentos de consentimiento informado es nada más que para satisfacer, alegrar y validar a los bioeticistas.

El absurdo del consentimiento informado, además de lo ya explicitado, hace éticamente censurable, por ejemplo, hablar del caso de un paciente con un colega si previamente no se cuenta con su autorización firmada. Tampoco los estudiantes pueden revisar las fichas clínicas, seguir y formarse en el razonamiento que tendrán que emplear en su oficio si, de nuevo, no cuentan con la pertinente autorización firmada. Todo el quehacer y aprender se han tornado en la medicina un engorro constante y tormentoso, aunque realmente inútil, y vivido bajo la permanente amenaza de ser ajusticiado por faltas éticas.

Pero aquí no hace más que cumplirse la inviolable ley del eterno retorno, porque ya en el pasado se prohibió, y también en nombre de la sagrada dignidad y el respeto debido a las personas, el hacer autopsias a los cadáveres, por ejemplo, las cuales tanto han contribuido en el desarrollo del diagnóstico y de los tratamientos médicos. En un futuro cercano, ¿se enfrentarán los médicos realmente interesados en el desarrollo de la medicina al mismo destino que le cupo al gran anatomista escocés Alexander Monro, descriptor del agujero interventricular? Para poder desarrollar sus investigaciones Monro hubo de asociarse con una banda de delincuentes para poder conseguir cadáveres, lo cual le valió el ser expulsado del Real Colegio Médico de Escocia y castigado por el brazo de la justicia secular.

Pero quizá lo peor ha sido que, en los mismos pacientes, enfrentados a la esencia eminentemente tiránica y opresiva de la medicina, según ha sido reiterada, sistemática y universalmente propalado por la bioética, se ha creado un injustificado pero real sentimiento de agravio y perjuicio.

En fin, todos los instrumentos creados por la bioética, según dicen los bioeticistas, parecen basarse en un hallazgo suyo de primera importancia, como los expuestos más atrás. En efecto, fruto de sus investigaciones pontinas la bioética también ha descubierto que es conveniente, más aún, que es obligatorio decir la verdad, consecuencia de lo cual son los consentimientos informados. Pero, si bien es cierto que la bioética parece haber vuelto a encontrar la utilidad de vivir y hablar en la verdad, aunque por desgracia en términos esencialmente *naifs*, aún no ha llegado a redescubrir la otra vieja verdad que se vincula estrechamente con la verdad, la verdad del *kairós*, es decir, la del tiempo oportuno, o de la oportunidad, que comanda el acceso y debe comandar la revelación de la verdad.

Para concluir temporalmente este asunto, que es muy amplio, muy vasto y del que solo hemos dado un

par de pinceladas<sup>2</sup>, preguntémosnos si era realmente necesaria la bioética y toda la confusión que ha traído, es decir, si solamente la emergencia de una nueva disciplina hacía posible reflexionar éticamente respecto de la medicina y las ciencias de la vida. Pero más que una disquisición teórica, o de principios sobre este tema, preferimos apelar a un ejemplo.

Peter Singer, cuyas obras y puntos de vista en defensa de la vida animal son ampliamente conocidos, ha elaborado una reflexión filosófica propia y peculiar suya, pero realizada con las herramientas filosóficas tradicionales, motivo por el que es posible discutir y polemizar con ella. No ha descendido Singer de ningún pretencioso y exclusivo Sinaí ético, se ha propuesto y ha logrado exponer y discutir un problema moral legítimo o, mejor dicho, un problema moral filosóficamente legitimado a través de la argumentación racional. Pero no fundó Singer una disciplina nueva, discutió las ideas prevalentes, respondió a ellas y sistematizó su propia novedosa postura, usando las herramientas que, mejor o peor, todos conocemos, y con las que todos podemos comunicarnos y pensar sabiendo de qué estamos hablando y sin que haya necesidad de titular esta meditación con un rótulo que haga pensar que allí se habrá de encontrar algo tan especial, que incluso

requiere ser desgajado de los conocimientos comunes; algo, en definitiva, tan específico y peculiar que no encuentra acomodo en la clasificación convencional de los saberes.

Peter Singer, como muchos otros, claro, no es un bioeticista, ni apela a la bioética ni parte desde ella; no obstante, ha reflexionado sobre la conducta humana a la luz de los valores en los términos tradicionales, y ha producido una obra valiosa, digna de ser conocida y discutida.

El discurso infantil, voluntarista, ruidoso y supermoralista de la bioética ve en todos lados la oscuridad y el delito imposibles de absolver, pero así, en realidad, solo aterroriza, sin contribuir absolutamente en nada al desarrollo de la reflexión ética. La bioética hace imposible la ética, entendida como ejercicio de la libertad y de la razón. Por eso no es propiamente una ética, se trata de la enésima reedición del viejo e inagotable puritanismo, el que regula, ordena y manda sin que podamos saber quién es el que realmente está detrás.

Más que una reflexión, la bioética es un estado de ánimo, una disposición afectiva que necesita descargarse y librarse de sí misma a través de juicios inquisitoriales, donde, como es sabido desde antiguo, los primeros que se ausentan son la verdad y la justicia.

<sup>2</sup> Hemos tratado de modo extenso este problema en el libro *Los conceptos vacíos de la bioética*, cuyo primer tomo verá la luz en enero de 2019.

ENSAYO

## LAS DOS CARAS DEL PARAÍSO

(Rev GPU 2018; 14; 2: 209-214)

César Ojeda<sup>1</sup>

**Este texto es una reflexión inspirada en el libro *Ecotherapy in Practice: A Buddhist Model* (Routledge, 2018) escrito por Caroline Brazier. Todos sabemos que “oikos” en griego significa “casa”. Desde esa raíz han surgido muchos términos, como “economía”, “ecología”, “ecoliteracy” y “ecotherapy”, entre otros. Hoy día la expresión no se entiende principalmente como la casa donde vivimos. La talentosa Nicole Krauss, por ejemplo, usa el término en el título de su novela *The Big House* para abarcar el hogar cultural judío distribuido por todo el mundo. Pero aquí estamos usando el término para describir algo aún más grande. Estamos hablando de la “gran casa” llamada “biosfera”: la red compleja donde la vida y el planeta juegan sus cartas.**

Ya estoy escribiendo incorrectamente. Debemos tener cuidado al hacer distinciones entre “la vida” y “el planeta”. Rocas, volcanes, rosas, magma, atmósfera, robles y cucarachas –y, por supuesto, seres humanos– son parte del planeta. La vida, en cualquiera de sus formas, es simplemente naturaleza, pertenece a ella, tiene los mismos principios atómicos y físicos básicos que el resto del planeta. No podemos establecer una división irracional entre la vida en un lado y el planeta en el otro. Sería como dividir el agua y nuestros cuerpos. Sin embargo generalmente hacemos esta división sin siquiera darnos cuenta. Nuestros hábitos cotidianos pueden ser muy fuertes y pueden influir enormemente en las ideas que tenemos sobre nosotros mismos y el mundo. Creemos que nuestra vida se encuentra en medio de un entorno, en su mayoría natural y en parte artificial. Entonces, el medio ambiente es una especie de entorno, algo que envuelve nuestras vidas como si fuera un

fenómeno estrictamente diferente, aunque relevante para nosotros. Incluso algunos de los filósofos contemporáneos más importantes han sido presa de la misma ilusión. Por ejemplo, Martin Heidegger habla de estar “arrojado” en el mundo (Geworfenheit: *Thrownness*) como una de las condiciones fundamentales del ser humano. Esa ilusión, tal vez, es la estructura esencial de la mayoría de las mitologías antiguas y sus secuencias narrativas: primero, la creación del mundo, y luego los seres humanos arrojados en medio de ella.

Sin embargo, si tratamos de escribir correctamente, el lenguaje se vuelve confuso. ¿Estamos diciendo que los seres humanos son lo mismo que las golondrinas o las bacterias? Sí, lo somos. Pero estamos diciendo más que eso. Estamos diciendo que somos lo mismo que las rocas, las nubes y los dinosaurios; somos tan naturales como todos estos seres. Los átomos de carbono presentes en nuestros cuerpos son casi tan

<sup>1</sup> Médico-Psiquiatra. Profesor agregado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

antiguos como el universo; es decir, una friolera de 14 mil millones de años. De toda nuestra masa corporal, el 99% se forma a partir de solo seis elementos químicos: oxígeno, carbono, hidrógeno, nitrógeno, calcio y fósforo. Desde este punto de vista, no somos más que un puñado de elementos químicos. Ninguno de esos elementos pertenece exclusivamente al cuerpo humano. Están donde sea que se vuelva la mirada. Sé que todos nosotros somos perfectamente conscientes de esta situación. Sin embargo, por lo general, nuestro yo interno no acepta la evidencia directa de que así son las cosas. Honestamente sentimos que *somos diferentes y únicos dentro del universo*. Hay un guion personal que contradice nuestro estado real de ser simplemente otra parte de la naturaleza. Y este estado está predestinado. El cuerpo no nos pregunta si hemos terminado de escribir el libro que nos ha tomado muchos años, o si nuestros hijos son lo suficientemente mayores como para enfrentar la vida sin nosotros. Simplemente, un día muestra una anomalía que nos mata rápidamente y, a pesar de la intensidad de nuestra lucha y angustia frente a esto, en lo que respecta al cuerpo, el proceso es un evento bioquímico natural y sereno.

Según el Génesis, Dios creó el cielo y la tierra en seis días. La tierra era informe y vacía, y la oscuridad cubría la superficie de las profundidades. Después, Dios formó la tierra, el mar, el cielo, la vegetación y los animales. Finalmente creó al "hombre" y lo puso en el centro, dándole un dominio absoluto sobre todo el resto de la creación. Independientemente de las múltiples exégesis de estas palabras, son suficientes para darse cuenta, en relación con nuestros propósitos, que primero estaba el mundo y más tarde el "hombre" entró en él.

Kant (1964), en una obra pequeña y casi desconocida, habla del "probable comienzo de la humanidad", que sitúa en el momento de nuestra partida del paraíso. Arrojado de la naturaleza paradisíaca, el hombre ya no podía ser guiado por los instintos que le eran disponibles mientras permanecía armoniosamente unido al resto de la existencia. Habiendo comido el fruto del árbol del conocimiento, la inocencia desapareció al mismo tiempo que surgió la libertad. Ahora los seres humanos podían elegir, pero estaban solos y perplejos en medio de las trampas y peligros de un mundo muy complejo. Eran libres, pero sin saber cómo usar esta libertad. La incertidumbre, el miedo y la angustia fueron el precio de despertar a la experiencia consciente.

Quizás lo que es esencial para esta mitología es que los seres humanos, en el paraíso, no eran conscientes de su comunión con un mundo armonioso y seguro. Pero, como dijo Aristóteles, el hombre tiene un

apetito natural por saber y, por lo tanto, comió compulsivamente los frutos del conocimiento, no solo los que se le dieron por seducción. Tal desobediencia fue irritante para Dios. Decidió que el castigo debería ser inolvidable, lanzando (arrojando) al hombre al mundo que había creado unos días antes: un mundo ahora desvelado de su inocente camuflaje y mostrando el rostro de su estructura impredecible y amenazante. Los humanos entendieron que fueron lanzados desde la eternidad al tiempo biográfico e histórico, a un tiempo de finitud y muerte. Bajo esta nueva condición de errante en el mundo; de miedo y libertad, de frío y privaciones y, especialmente, de desesperanza, los humanos se vieron obligados a buscar refugio y defensa contra las inclemencias de una "naturaleza" que incluía a otros seres vivos.

Desde la aparición abrupta del *homo sapiens* en el planeta, hace unos 160 mil años, hemos estado ocultos, temerosos y desconfiados del comportamiento de la "naturaleza". Hemos vivido, especialmente durante las noches, en espacios protegidos, interiores, rodeados por lo que sea para aislarnos del mundo "natural". Esto fue superado en parte por el dominio sobre el fuego y la creación del "hogar", cálido y protector contra los depredadores, en torno al cual aparece un estado desconocido hasta entonces al que podríamos llamar serenidad. Desde ella nace el lenguaje de recuerdos, de historia y de esperanzas. Antes de él la vigilia temerosa gobernaba todos los actos.

La "naturaleza" a veces se ve hermosa, acogedora y gentil. Como aquella mañana en la bahía de Nápoles, en la que los habitantes de Pompeya y Herculano disfrutaban del cielo azul y de la suave brisa acariciando sus rostros mientras completaban sus actividades cotidianas. Pero las cosas naturales cambiaron abruptamente. En la mañana del 24 de agosto del año 79 a.C., una horrible erupción destruyó la cima del Monte Vesubio. Una inmensa columna de humo en forma de hongo se elevó en el cielo y en medio de llamas y explosiones arrojó una enorme cantidad de rocas incandescentes y cenizas volcánicas que en unos segundos hicieron desaparecer el sol y el cielo azul. El horror luego sacudió el alma de cada uno de los habitantes de Pompeya y Herculano. En Herculano, una vertiginosa avalancha de lodo hirviente inundó y calcinó todas las áreas, cubriendo finalmente los tejados y enterrando, en solo unos minutos, a la ciudad y a todos los habitantes que no habían logrado huir.

En Pompeya el proceso fue más lento y engañoso, ya que, debido a la posición de la ciudad en relación con el volcán, la masa de lava que arrastraba todo a su paso tomó la forma de una fina lluvia de ceniza, como

copos de nieve que la gente podría sacudir de sus cabezas y túnicas. Más tarde empezaron a caer los *lapilli* (finas piezas de roca volcánica) y luego rocas de varios kilogramos de peso. Pronto las calles, casas y todos los rincones de la ciudad fueron invadidos por vapores fatales. Los techos comenzaron a colapsar bajo el peso de las rocas, y la gente, aplastada y asfixiada, no tenía forma de escapar. Días más tarde el sol reapareció, pero ya las dos ciudades habían dejado de existir.

La naturaleza no está hecha para nuestra comodidad y supervivencia. No tiene destino. Simplemente sucede, como lo hace la lluvia o la aparición de una supernova. Sin embargo es imposible no adorar algunos de sus paisajes soberbios. Cada persona tiene sus propias preferencias. Una persona ama las montañas, otra las praderas, el desierto o el mar, o con frecuencia el cielo, con sus infinitos matices de colores y luminosidad. ¿Quién no ha disfrutado el olor a tierra húmeda después de la lluvia, o la brisa arrastrando aromas de sauces y juncos del lejano río? La fragancia de cerezos y jazmines es simplemente irresistible. Lo mismo ocurre con los prados y su pacífico y extendido verde.

Personalmente, mi afición por el mar es del todo exagerada. Quizás esto se relaciona con el hecho de que, habiendo vivido toda mi vida en una gran ciudad, voy a la playa casi todas las vacaciones y fines de semana. Es mi segundo hogar. Esta mañana, mientras escribo en mi escritorio que da a la bahía de Algarrobo, el mar tiene un tono azul profundo, casi enigmático, como si el cielo sin nubes hubiera sido absorbido por completo en él. Pero las olas no tienen la dulzura de los días grises. Hoy parecen germinar con fingida timidez desde el interior del océano y caminar como mansos corderos hasta unos cien metros de la costa. Luego, como si se tratara del caballo de Troya, se abalanzan como hordas, crecen de manera desproporcionada, tomando impulso desde la altura, para luego caer precipitadamente sobre la resaca rápida y plana, azotándola con tanta violencia que la espuma salta alocadamente en todas direcciones. El sereno espectáculo inicial no armoniza con el brutal y profundo trueno que sacude y hiere la playa con estos choques interminables y erráticos. El espectáculo es conmovedor pero, al mismo tiempo, amenazante.

## EL CUERPO Y EL EGO

La afirmación “Yo soy mi cuerpo” (es decir, yo soy naturaleza extensa, como las montañas y los ríos) es un postulado extraordinariamente frágil. La postura opuesta es que el “yo” (ego) —la historia personal— es, en gran medida, independiente del cuerpo. El cuerpo, de cierta

manera, nos define y nos afecta pero, sorprendentemente, mi proyecto de vida personal es indiferente a mi cuerpo. “A sus neuronas no les importa quién eres”, sostiene Daniel Dennett (2008). El cuerpo tiene un proyecto independiente y no nos consulta en absoluto. Envejecer o enfermarse es suficiente para que nos demos cuenta de que el cuerpo no ha tenido en cuenta ningún aspecto de nuestro proyecto de vida, de nuestros deseos y nuestras responsabilidades. Mi cuerpo no me pregunta si mis hijos son lo suficientemente independientes antes de que muera y me mate a “mí”. En mi opinión, la tensión entre la agenda personal (ego) y el cuerpo es una fuente de gran sufrimiento en las personas. Sabemos perfectamente que somos naturaleza, y que compartimos esta comunidad óptica (comunidad de “cosas”) con el resto. Esta “cosa viviente” que somos usualmente está escondida y silenciada como tal durante un tiempo en nuestra vida, y cuando nos parece (en una enfermedad aguda o un accidente o en la agonía, por ejemplo), lo hace como una experiencia dramática y no como una categoría especulativa. El cuerpo, entendido como “cosa” biológica, no está relacionado con nuestros propósitos, deseos o proyectos. Hay una gran diferencia entre los parámetros de los sentidos que nos definen como la persona que somos (nuestro ego biográfico) y la naturaleza que también somos.

Correcta o incorrectamente, los seres humanos organizan su existencia como identidad; es decir, de acuerdo con historias personales llenas de actos que les proporcionan una unidad biográfica no transferible (ego). Ser médico, escritor, abogado, practicar un oficio o ser servidor público, es importante. Del mismo modo, ser padre o madre; ser amigo, maestro o discípulo; ser hijo de nuestros padres; ser hermana o hermano; pertenecer a un país y hablar un determinado idioma. Eso somos, pues la red formada por nuestros vínculos sociales, familiares y profesionales son únicas “para mí” y nadie puede ocupar la misma intersección que esos vínculos determinan. Es en este nivel en el que el sentido de la vida humana individual (el yo y la biografía) fluyen, proporcionando a cada persona un carácter irrepetible y familiar. Sin embargo la naturaleza (que incluye nuestros cuerpos) se mueve en ciclos de transformación inevitables que afectan nuestros determinantes y personales significados en los que vivimos. No obstante, y a pesar de no ser algo en lo que podamos influir, nuestros cuerpos naturales son siempre parte de lo que somos. Y lo sabemos desde siempre: nacer, envejecer, enfermar y morir son parte del flujo natural de nuestras vidas. Se genera así una tensión inevitable entre nuestro sentido del ser y la naturaleza que también somos.

## ECOTERAPIA

En mi opinión, el libro de Caroline Brazier nos invita a reconocer una verdad simple. Por lo general, los procesos psicoterapéuticos se realizan en un entorno tradicional protegido (*indoors*), en el que el único extraño es el paciente (la oficina, las pinturas, los muebles, los libros y la alfombra pertenecen al terapeuta). Es una especie de refugio seguro que, junto con la presencia del terapeuta, contiene el dolor, la angustia y la desesperanza del cliente. Allí el cliente habla de su “mundo interior”, que está lleno de personas con las que el cliente tiene una relación estrecha. Es en esas relaciones donde surgen los principales conflictos humanos. O bien el cliente habla sobre su cuerpo y el sufrimiento que le provoca el no ser como desea, o por envejecer o enfermarse, y por tener dolor y otros síntomas corporales. No importa lo que se piense: todos necesitamos un cuerpo para vivir, y con esta certeza, inevitablemente nos angustia la espera del momento en que el cuerpo nos arranque de la vida.

La ecoterapia sugiere que la naturaleza, en sí misma, es sanadora y curativa. ¿Cuál es el significado de esa declaración? Caroline y otros autores enfatizan los aspectos hermosos e inspiradores que contiene. Incluso cuando se reconocen los aspectos peligrosos e inhóspitos de la naturaleza, algo maravillosamente contradictorio ocurre en el momento en que entramos en contacto con ella. La terapia en la naturaleza cambia muchas cosas. En primer lugar, la posición del cliente y del terapeuta es inmediatamente diferente. La asimetría, en la que el paciente es un extraño que “visita” el lugar de trabajo del terapeuta (que se considera socialmente como un tipo de autoridad) desaparece. Ahora ambos se enfrentan a un paisaje tan inmenso y misterioso que es imposible controlarlo. Cualquier paisaje siempre tiene un “más allá” que se extiende hasta el infinito. Nadie podría decir, mirando el firmamento en una noche sin nubes, que tiene un final. En nuestro estado habitual tenemos paredes frente a nosotros y nuestros ojos hacen un esfuerzo permanente. Los músculos del cristalino están contraídos. En nuestras casas, las paredes están a tres o cuatro metros de distancia. Las ventanas son necesarias porque permiten ver un pequeño trozo de ese “más allá”. Sin embargo, si tenemos una visión que se extiende a sesenta o más metros de distancia, nuestra visión está completamente relajada. En la naturaleza, en una pradera, o mirando al mar y al horizonte, o en el desierto, no solo se ve la grandeza: también se siente. Los olores, el aire, la temperatura y toda la experiencia son completamente diferentes a lo habitual.

Sin embargo el espectáculo que estamos viendo y sintiendo no es como la versión de la naturaleza presentada en las películas. La lluvia nos moja, el rayo nos aterroriza, el sol calienta nuestra piel y la luz puede dañar nuestros ojos. En las narraciones verbales nos sentimos como espectadores de nuestras vidas. Frente a la naturaleza hay un cambio fundamental. Tal vez el fenómeno central es que podemos darnos cuenta, bastante dramáticamente, de que somos una ínfima *parte* de todo el planeta y del universo. No somos espectadores, somos parte, y como consecuencia, *no somos el centro de nada*. La lluvia no nos moja exclusivamente a nosotros; también moja a los árboles, la hierba, las vacas, la tierra y las aves. Por el contrario, las terapias “de interior” comienzan con el paciente en el centro de sus experiencias vitales; este mismo paciente es siempre el narrador de este conjunto de experiencias. El punto de vista del paciente presenta lo que el budismo llama *rupa*: es decir, la experiencia es siempre autorreferente. Si creo que mi esposa no es lo suficientemente tierna conmigo, creo que veo su manera de ser, y, de forma circular, interpreto cualquiera de sus nuevos comportamientos de una manera sesgada por esa concepción autorreferencial de lo que creo es la realidad. Caroline Brazier ha desarrollado este punto exhaustivamente y con una capacidad didáctica impresionante en sus libros anteriores. El esfuerzo del terapeuta es ayudar a los pacientes a ampliar sus experiencias y descubrir cosas que conocen en el fondo, pero que están ocultas. Ayudarlos a aceptar que las actitudes y acciones del otro no están solo relacionadas con nosotros de modo permanente. El otro tiene un mundo que no comienza ni termina con nosotros.

## LA PRÁCTICA

Muchos autores que escriben sobre estos asuntos hacen un diagnóstico sofisticado de la ceguera ecológica que tenemos. Pero ahora estamos hablando de terapia y, anteriormente, sobre ecopsicología. No estamos hablando de ecología desnuda. Brazier toma la iniciativa de desarrollar formas prácticas en las que nosotros, como terapeutas, podemos agregar la relación con la naturaleza externa a nuestras habilidades profesionales. Lo hace con su capacidad didáctica que no dudo en calificar de “curativa”. Nadie puede experimentar la “naturaleza” si no tienen contacto real con ella. Pero Brazier no está haciendo una metáfora o expresando una aspiración abstracta. Ella dice: “Quítese los zapatos y sienta el contacto de la hierba o la arena en su piel”. Camine descalzo y experimente la tierra directamente (literalmente “el planeta”). “Enraizar”

su cuerpo al planeta, junto con limpiar la mente de los prejuicios que le impiden ver lo que “no eres tú”, significará que el otro, las personas y la naturaleza aparecerán tal como “ellos” son. ¿Alguna vez pensó que es necesario “investigar a los árboles”? ¿Cree saber lo que es un árbol? ¿Cuánto tiempo hace desde que tocó y olió el tronco de un árbol? Tal vez desde que era un niño y tenía curiosidad por las cosas que veía en su jardín o durante un fin de semana acampando al aire libre con sus padres en un bosque cerca de un lago.

En la terapia al aire libre hay un nuevo participante además del paciente y el terapeuta: la naturaleza. Ni el paciente ni el terapeuta son dueños de la naturaleza. Ahora la enfrentan juntos, la sienten juntos, la huelen juntos: comparten el poder y la belleza de ese universo sin fin. Pero lo que puede ser más relevante es que ambos sienten una sensación de insignificancia y pequeñez. No están solos frente a frente. Están uno al lado del otro, con una sensación de relación y de cooperación espontánea. Recuerdo una ocasión en la que estaba con una paciente en una sesión de terapia en el interior de mi oficina, que está ubicada en el piso decimocuarto de un gran edificio. La paciente hablaba y lloraba, atrapada en una fuerte angustia y rabia relacionadas con su marido. En ese momento (como de vez en cuando ocurre en mi país) comenzó un temblor de tierra. No fue muy grande, pero lo suficiente para mover el edificio con fuerza. La paciente detuvo su discurso, y ambos dirigimos todos nuestros sentidos a la evolución del movimiento, evaluando si estaba creciendo o disminuyendo. Unos minutos más tarde el edificio dejó de moverse. Después de un momento, la paciente me preguntó: “¿De qué estábamos hablando?”

La naturaleza había penetrado en nuestro refugio. En la terapia al aire libre la idea es salir por completo del refugio. Es muy conmovedor descubrir que nuestros sufrimientos cotidianos están fuertemente relacionados con nuestra idea sobre nosotros mismos, y con el hecho de que, cuanto más estrechamos nuestro refugio, más importantes parecen ser esos desvelos. Quiero ser bien entendido. Intento decir que no somos agujeros negros. Sin embargo, desde esa oscuridad que es el aislamiento, queremos poseer todo. Queremos atrapar el amor, la amistad y el sentido. Pero no solo eso, además queremos atrapar y poseer *sin límite*. De allí surge “mi” casa, “mis” hijos, “mi” automóvil, “mi” esposa, “mi” perro, “mi” tierra, “mi” trabajo, “mis” creencias. Tal vez estos apegos desmesurados de apropiación sean los que desaparecen al estar en contacto con el mundo de la naturaleza, que nunca será mío.

## EL GRAN EGO

Para mí es imposible terminar este artículo sin desarrollar, aunque sea brevemente, algunas afirmaciones que los ecologistas difunden con frecuencia, y que (en mi opinión) se basan en una consideración errónea del tiempo. Usualmente dicen que debemos salvar el planeta, salvar la biodiversidad. Dicen que estamos destruyendo el mundo y haciendo desaparecer muchas especies. David Orr dice que: “... los curanderos de la mente y el espíritu (...) fueron atrapados para permitir a sus pacientes encajar cómodamente en un mundo insano que se precipita hacia el abismo” (2009, p. 14). Theodore Roszak dice: “Al igual que tantas personas temerosas y desesperadas que buscan rescatar al planeta del desastre, una vez tuve el hábito de regañar a la gente sobre las cosas estúpidamente destructivas que le hacemos a la ecología planetaria” (2009, p. 30). Creo que es innecesario hacer más referencias, porque estamos hablando de ideas que son muy conocidas.

## LA VIDA Y EL PLANETA

La evolución biológica es el cambio en los seres vivos que ocurre en el curso del tiempo cósmico. Los 3,5 mil millones de años durante los cuales la vida ha existido en el planeta se miden en la misma escala de tiempo que la evolución cósmica: el universo tiene 13.500 millones de años y la tierra 4,5 mil millones de años. En este contexto temporal, ¿qué es la evolución? El universo cambia, y con él la vida y las cosas no vivas. ¿Cómo podemos explicar esta transformación? El cambio es un proceso misterioso en el que nunca vemos la totalidad de las etapas. La aparente estabilidad de la vida y la geografía es solo una ilusión. La constancia evolutiva y visible del desarrollo de la vida no es más que un artefacto de la observación dentro de medidas inapropiadas de espacio y tiempo. Si observamos la vida con los instrumentos apropiados, los cambios se hacen evidentes.

Actualmente sabemos que el evento del origen del *Homo sapiens* se produjo en África: el ADN mitocondrial nos acerca a nuestros antepasados africanos, que aparecieron, como ya señalamos, hace aproximadamente unos 160.000 años. Sin embargo el periodo mencionado es un mero grano de arena en medio del desierto. Si comprimimos los 4.500 millones de años de la historia de nuestro planeta en un día de veinticuatro horas, la vida comenzaría a las nueve de la mañana, es decir, hace más de 3.500 millones de años. La Explosión Cambriana (que es una expansión inmensa de la vida) ocurriría a las nueve en punto de la noche. Duran-

te las primeras seis horas la vida sería casi totalmente anaeróbica y tomaría la forma de bacterias, porque la atmósfera carecía de oxígeno. La atmósfera cambió producto de la actividad de los seres vivos, especialmente de lo que se conoce como cianobacterias, que realizan fotosíntesis y eliminan oxígeno como desecho de su metabolismo. Una hora antes del final del día los dinosaurios aparecerían y luego serían extinguidos por el impacto de un asteroide que golpeó el planeta unos veinte minutos antes de la medianoche. Nosotros, los *Homo sapiens*, solo entraríamos en el escenario en los últimos veinte segundos de este largo día (Ward y Brownlee, 2003). ¿Pueden imaginarse qué fracción de estos segundos finales de este viaje es adecuada para medir todo el periodo de la vida humana “civilizada”? Un 5%, es decir, 4.000 años.

Es impresionante que el 99,9% de todas las especies que han existido alguna vez se hayan extinguido, a pesar de que actualmente hay alrededor de 2 millones de especies conocidas (lo que supone que hay muchas desconocidas) (Sapag-Hagar, 2003). Esta situación introduce en la investigación un enigma desafiante que debe ser resuelto, destacando la enorme importancia del papel de la especiación y la extinción en la evolución biológica.

La vida en la tierra y la tierra misma han surgido y crecido, e inevitablemente decaerán. Tal vez mucha gente piense que este declive ocurrirá en un futuro lejano, pero, desafortunadamente, el proceso ya comenzó. El pico de la vida parece haber ocurrido hace unos 300 millones de años. Por lo tanto, actualmente estamos en un planeta vitalmente empobrecido. Las predicciones científicas sostienen que los últimos animales del planeta morirán tan pronto como 500 millones de años a partir de ahora. A partir de este punto, durante unos pocos miles de millones de años, principalmente sobrevivirán las bacterias, los mismos seres que surgieron en las primeras etapas de la vida un billón de años después de la formación de la Tierra. En definitiva, dentro de 12 mil millones de años, la tierra será tragada por el sol, que será una estrella gigante roja en ese momento (*Ibidem*).

¿Estamos preocupados porque creemos que estamos destruyendo el planeta? ¿Estamos preocupados

porque algunas especies están en peligro de extinción? ¿Debemos salvar «el planeta»?

Yo llamo a esto una forma megalomaniaca de decir “el gran ego”; el ego humano que desde el comienzo de la historia (cuando apareció la escritura) hace cuatro mil años intentaba ponernos en el centro de algo: del universo, del sistema solar, de la propiedad del planeta. Bueno, no somos el centro de nada. Esta conclusión ha sido llamada una “herida narcisista”. El planeta es solo naturaleza. Cambia sin un objetivo específico. No busca nada. La vida es parte de la naturaleza y sigue las mismas reglas. La vida no busca la supervivencia como un objetivo (lugar común que se repite incesantemente en la ciencia). La vida no puede dejar de vivir mientras existan algunas condiciones, especialmente lo que se ha llamado “exergía”. La energía solar cae en la tierra y empuja a la vida a evolucionar para disipar energía. Si aplicamos una llama sobre el hervidor, el agua en el interior no tiene otra posibilidad que hervir. El agua no busca hervir. No puede evitarlo.

Entonces, somos conscientes de que ni el planeta ni ninguna especie necesitan ser salvados. Pero lo que tratamos de hacer es salvarnos a nosotros mismos, a nuestra especie. Y hay buenas razones para ello. Aunque no seamos dueños de nada ni estemos en ningún centro, somos los hechos más maravillosos y misteriosos de la naturaleza: somos seres conscientes. Por esa razón luchamos contra los cambios ecológicos que hemos producido en nuestro entorno, que ponen en riesgo nuestra propia supervivencia. La tierra continuará con su evolución natural. Al planeta, al igual que a nuestras neuronas, “les importa un rábano lo que somos”.

## REFERENCIAS

1. Dennett D. (2008). (Rev GPU; 4; 4: 411-415)
2. Kant I. (1964). Comienzo verosímil de la historia humana. En: *Filosofía de la Historia*. Ed. Nova, B. Aires
3. Orr D. (2009). Ecotherapy. Foreword. Counterpoint, Berkeley, CA
4. Roszak T. (2009). A Psyche as Big as the Earth. In: *Ecotherapy*. Counterpoint, Berkeley, CA
5. Sapag-Hagar M. (2003). *La Unidad Bioquímica del Hombre*. Santiago: Editorial Universitaria
6. Ward P, Brownlee D. (2003). *The Life and Death of Planet Earth*. New York: Time Books

ENSAYO

# NOTAS SOBRE LA TEMPORALIDAD DE LA VIDA HUMANA<sup>1</sup>

(Rev GPU 2018; 14; 2: 215-221)

Pedro Gandolfo<sup>2</sup>

## VER EL VASTO ACONTECER

Lleva a cabo un viaje soñado. Visita a una persona importante. Escribe y publica un libro. Muere su padre. Se enamora, sufre y desenamora. Compra una casa. Hace una gran amistad. Estos hechos u otros tienen un principio y fin en el tiempo. Se pueden señalar las coordenadas temporales que los acotan. La buena memoria usualmente se juzga como la capacidad de recuperar<sup>1</sup> y retener esas coordenadas. “Viajé entre el 13 de diciembre de 1993 y el 10 de marzo de 1994”, “Nos conocimos el 25 de julio de 1995”.

Proust, al final de *En busca del tiempo perdido*, pone en duda, sin embargo, este encorsetamiento de los hechos dentro de un momento o periodo en el que acaecen. “Parece que los acontecimientos son más vastos que el momento en que ocurren y en el que no caben enteros. Ciertamente rebasan hacia el porvenir por la memoria que conservamos de ellos, pero también requieren un lugar en el tiempo que los precede; entonces no los veremos tal como serán, pero ¿acaso no los modifica también el recuerdo?”.

La supervivencia de un acontecimiento en el futuro es fácil de entender: opera por la memoria y se

traduce en los recuerdos. Se puede dar más de algún ejemplo. Ese viejo y frustrado amor, periclitado hace décadas, subsiste –aunque la persona amada haya muerto o no la hubiéramos vuelto a ver jamás– en olores, lugares, gestos, sonidos y estados de ánimo específicos ligados al amor padecido. Y entonces ese amor viejo, ya ocurrido, viene a coexistir con acontecimientos actuales, que están acaeciendo hoy: con nuestra soledad, acaso, o con otros amores. Proust describió de manera insuperable, sobre todo en *Albertina desaparecida* y en *El tiempo recobrado*, las variadas formas y mecanismos de expansión de un acontecimiento hacia el futuro.

Pero el escritor francés añade algo más: los acontecimientos requieren de un lugar en el tiempo que los precede, es decir, ocupan un espacio de tiempo anterior a la fecha en que comienzan oficialmente a acaecer. ¿Cómo es este modo de preexistir de los hechos? Se refiere aquí a esa forma de ser que surge de la imaginación anticipadora, del presentimiento, de la preocupación, del deseo y del ensueño. Traemos al presente, le abrimos un lugar ahora a un acontecimiento que, en rigor, acaecerá en el futuro. Aquellos conceden presencia en nuestra vida a lo que todavía no es. La muerte futura de un ser querido, que va a ocurrir décadas después,

<sup>1</sup> Capítulo VI “Artes del tiempo” del libro *Artes menores*, El Mercurio/Aguilar, Santiago, 2006.

<sup>2</sup> Ensayista, cronista y crítico literario. Abogado y Magíster en Filosofía por la Universidad de Chile. Ha ejercido la docencia en derecho, filosofía y literatura en distintas universidades. Es columnista y crítico literario del diario *El Mercurio*, donde se desempeña, además, como redactor y editor del suplemento cultural “Artes y Letras”. Miembro de número de la Academia Chilena de Ciencias Políticas, Sociales y Morales. Autor, entre otros títulos, de la obra *De memoria. Un breve elogio*, Editorial UV de la Universidad de Valparaíso, 2016.

coexiste, por ejemplo, con hechos actuales de la niñez, como la formación de las primeras amistades, con el colegio y sus rutinas.

Hay, pues, hermosas reflexiones, relatos y desarrollos de la obra del escritor francés que miran hacia esta otra cara del tiempo; la imaginación, el deseo y la ensoñación juegan un papel tan importante en ella como la memoria.

Si esta dimensión diacrónica del tiempo (la duración) se pierde, lo que ocurre en ocasiones, se corre el riesgo de sufrir episodios de máxima angustia. En ese talante de ánimo todos los deberes aparecen ante la conciencia como actualmente exigentes, todos los goces deben ser disfrutados ya. No hay futuro ni pasado, solo simultaneidad. Para Malcolm Lowry, en el prólogo a *Bajo el volcán*, esa es una buena definición del infierno.

## VIVIR EN EL VASTO ACONTECER

Es posible quizá, a ratos, vivir inocentemente en el instante y su afán. Pero para las personas (y los pueblos) llega la hora en que su vida presente es invadida, acribillada a veces, por el pasado y el futuro, por un tiempo que gira más que avanza. Según la célebre imagen de Proust, estos se acumulan como pilas gigantescas alrededor del presente y acechan con caer encima y aplastar. Ahora es la duración la que adopta visos infernales.

Dice el escritor francés: “Me producía un sentimiento de fatiga y de miedo percibir que todo aquel tiempo tan largo no solo había sido vivido, pensado, segregado por mí sin una sola interrupción, sentir que era mi vida, que era yo mismo, sino también que tenía que mantenerlo cada minuto amarrado a mí, que me sostenía, encaramado yo en su cima vertiginosa, que no podía moverme sin moverlo... Me daba vértigo ver tantos años debajo de mí, como si yo tuviera leguas de estatura... Era como si los hombres vivieran encaramados en unos zancos vivos que crecen continuamente, que a veces llegan a ser más altos que campanarios, que acaban por hacerle la marcha difícil y peligrosa y de los que de pronto se derrumban”.

Asimismo, las múltiples formas del futuro –la anticipación, la ensoñación y la espera– exhiben una faz amenazante que acaba por contagiar al presente con ansiedad y pesadumbre.

La pasividad, el dejar actuar el simple hábito frente a este rasgo, condena a estar siempre equilibrándose en un instante que se escapa. Ese estado es vencido por el narrador solo al final de *El tiempo recobrado* cuando al tiempo fragmentado entre el instante presente, el que fue y el que vendrá, se le concede unidad y

coherencia por medio de un trabajo que (más allá del azar o del ensueño) va en busca del fondo intemporal del yo, al que se debe descender, coger y registrar. Es el trabajo del arte. Es ilustrativo que la manera en que Proust expone y describe las revelaciones allí alcanzadas sea equivalente al “mirar por vez primera”, “a la inocencia de la mirada”, al regresar a la “secreta infancia de las cosas”, “a la embriaguez frente a la novedad” propia del niño, que los artistas visuales reclaman para un auténtico mirar.

Nada de eso es posible, sin embargo, sin un ejercicio activo de la inteligencia, que descifra los signos del “libro interior”, el yo verdadero e intemporal, llevado por todos, y los expone a través del arte.

Ni las distintas formas de anticipación o de memoria, incluso la involuntaria, ocupan el lugar central; el arte las desborda por todas partes. Solo tienen un papel de conductor hacia este. Porque el problema del arte, en Proust, es la percepción: “Una percepción ampliada, tal es la meta del arte”.

La “materialidad” del tiempo impone, a quien ha optado por la palabra para aproximarse a las cosas, la obligación de ampliar el cobijo de la descripción. En esta, así como en la pintura y el dibujo, el problema fundamental es cómo dar cuenta del tiempo; en ambos, de igual modo, exige recuperar ese mirar novedoso y embriagado propio del niño (libre de los desgastes de los hábitos y convenciones); también en ambos, ese oficio importa ensanchar el presente, darle esa vastedad que poseía en la infancia, despojando del apremio del pasado y del futuro. Sin embargo, aquí en Proust, la respuesta pasa, en vez de condensar el tiempo en la inalterabilidad del dibujo y la pintura, por desplegarlo en el espacio crecedero de su obra escrita. *En busca del tiempo perdido* termina de este modo: “Me gustaría describir a los hombres ocupando un lugar sumamente grande (aunque para ello hubieran de parecer seres monstruosos), comparado con el lugar muy restringido que se les asigna en el tiempo, un lugar prolongado sin límite temporal, puesto que, como gigantes sumergidos en los años, lindan simultáneamente con épocas tan distantes, entre las cuales vinieron a situarse tantos días”.

## DIBUJAR, ESCRIBIR Y EL TIEMPO

Puedo evocar recuerdos infantiles en los que prefería morir a seguir sometido a la incertidumbre y cambios del antes, el ahora y el después. La fugacidad del tiempo me acompaña desde siempre, como si, en estricto rigor, no hubiese tenido infancia. Y mi temprana proximidad al dibujo, la pintura o la palabra nunca ha estado

ajena a la manera en que ellos abordan e intentan desatar este nudo.

W.H. Auden piensa que un dibujo puede mostrar lo que algo es en un momento, pero no mostrar cómo ha llegado a ser lo que es ni tampoco qué será acto seguido. Según el poeta, esto solo está en manos de la palabra. El dibujo y la pintura proporcionan una imagen estática de la realidad, que la descripción con palabras puede superar mostrando el desarrollo histórico de las cosas y personas, “sin separar lo bello de lo necesario”. En sus anotaciones sobre la pintura Claude Lévi-Strauss señala precisamente: “El problema de la pintura es cómo representar el tiempo si tiene que seleccionar instantes: ¿cómo sintetizar lo discreto (discontinuo) y lo continuo? ¿Cómo representar la duración?”. Quizá debió decir: el problema mayor. Piensa además que la atracción que el *trompe-l'oeil* ha tenido sobre el arte de Occidente proviene de ofrecer una posible respuesta a ese problema: El *trompe-l'oeil* capta y muestra lo que no se veía o se veía mal, o de manera fugitiva y que, en lo sucesivo, gracias a él se verá siempre. Este “engaño al ojo” consigue, “casi por milagro”, la conjunción de aspectos fugitivos e indefinidos del mundo sensible, “mediante procedimientos técnicos, frutos de un saber lentamente adquirido y de un trabajo intelectual que permiten reconstituir y fijar esos aspectos. (...) A su manera y en su terreno, el *trompe-l'oeil* opera la unión de lo sensible y de lo inteligible...”.

Berger, al revés, reivindica el carácter estático de la imagen del dibujo y la pintura. La fotografía y el cine, cada cual con su imagen instantánea y móvil, surgen por razones distintas a mejorar aquella imagen estática, ya que la virtud y función misma del dibujo y la pintura dependen de ese rasgo. A mediados del siglo XIX, cuando el tiempo social pasa a ser unilineal, vectorial, regularmente intercambiable, el instante se convierte en lo máximo que se puede captar y apresar. Entonces surgen la placa fotográfica y el reloj de bolsillo, inventos gemelos que corresponden a una misma visión cultural del tiempo. El dibujo y la pintura, en cambio, están ligados al enigma de lo visible y a su especial lazo con el tiempo. La explicación que proporciona Berger es muy hermosa y ejerció un impacto duradero en mí: “El modo cómo la pintura (y con mayor razón el dibujo, dirá él), al margen de épocas y tradiciones, interioriza, hace entrar, dispone como en un hogar lo visible, es (...) una manera de salvaguardar las experiencias de la memoria y de la revelación, que son las únicas defensas con que cuenta el hombre contra el espacio ilimitado que, por lo demás, no cesa de amenazarlo y marginarlo”.

La pintura y el dibujo se dan en un espacio, el espacio circunscrito del lienzo, la tabla, el muro del fresco, el

papel; pero este espacio pone al abrigo la experiencia de la memoria y de la revelación del fluir permanente de las apariencias. Cuando nos hallamos frente a una gran obra del dibujo o la pintura esta contiene el tiempo. El artista logra dejar huella en su obra no solo del árbol o de un rostro, sino de una morosa experiencia de mirar ese árbol o rostro, no, por lo mismo, de un momento o instante, sino de una simultaneidad de instantes densamente apretados, de una historia inalterable. “Un dibujo o una pintura son estáticos porque abarcan el tiempo (...) nos obligan a entrar en su tiempo”. ¿Qué posibilidad más soleada y risueña es la de poner la propia vida al abrigo de esa calma! No ser uno el pintor o escritor, sino ser la pintura o el libro.

### PROTEGER EL TIEMPO PROPIO

He pasado semanas perseguido por plazos fatales pisándome los talones, cumplidos uno tras otro entre desesperación y jadeos. Nunca antes había llegado tan cerca del abismo.

La situación me recuerda ese cuento de Edgar A. Poe cuyo título es “El pozo y el péndulo”. Por cierto, ni yo soy ese desgraciado personaje encerrado en una mazmorra de la Inquisición, mientras un afilado péndulo desciende lento pero irrevocable sobre su corazón, ni, en modo alguno, mis benévolos acreedores son el Gran Inquisidor que allí me ha recluido. Mis desventuras son minúsculas al lado de esas y, sin embargo, a veces, ¡la narración de Poe parece describir tan certeramente mi relación actual con el tiempo! Porque este cuento es una alegoría del tiempo, o de una cierta manera de experimentarlo.

Un historiador de las tecnologías afirma que la máquina clave de la era industrial moderna no fue la máquina a vapor sino el reloj. Entre los siglos XIII y XIV el reloj mecánico sustituye a la clepsidra (el reloj de agua) en las ciudades importantes de la cristiandad. La regularidad del tiempo que pasa, medido de esta nueva forma, impone una progresiva disciplina a los ritmos humanos y regula los horarios del trabajo.

Bastante más tarde, con la mecanización del trabajo agrícola, la bucólica imagen del campesino regido por los ritmos naturales da paso, allí también, a una vida sujeta a la tiranía de un tiempo exterior. Así, lentamente, el tiempo homogéneo y abstracto del reloj mecánico, igual para todos, va sustituyendo la convivencia de una pluralidad de tiempos, propia de otras épocas: el tiempo biológico (de la respiración, del ritmo cardíaco, de los ciclos del sueño), el tiempo de la naturaleza (el sucederse del día y la noche, y la progresión de las estaciones), el tiempo sacro (el año

litúrgico, de las horas del día), el tiempo de las ciudades (con su complejo ir y venir según las horas), el tiempo propio o para sí mismo (el tiempo para la pausa, la conversación, el juego con los seres amados, el paseo, el sestear, la gozosa lectura, el tiempo para estar solo, para cultivar las propias manías, el tiempo para perder el tiempo).

En pocos siglos el tiempo marcado por el reloj –que de ostentar su mecánico transcurrir desde la alta torre o campanario pasó al brazo de cada ciudadano– sometió al individuo y a toda la organización social al ritmo monopólico del trabajo asalariado.

En el cartel de “Tiempos modernos”, de Charles Chaplin un obrero se convierte en pieza de un mecanismo formado por enormes engranajes. Esos engranajes recuerdan los de un reloj mecánico. “La hora es la hora”; el día deviene “jornada”; el año, año laboral. La jornada, incluso, resulta “agendada”, de modo que excluye el imprevisto, la aparición de lo inesperado. Entonces surge esa vulgar, abominable e impía costumbre: la de ahorrar el tiempo.

## SABER QUE EL TIEMPO SE PIERDE

La conciencia de la pérdida del tiempo es una de las más angustiosas. Lo más frecuente, al contrario, es que el tiempo se vaya sin que nos demos cuenta, porque este “no hace ruido, no da señal alguna de su rapidez, se desliza en silencio” (Cicerón). Solo muy de tarde en tarde nos notifica de golpe que ha pasado para nosotros. Son momentos epifánicos a través de los cuales, sin progresión alguna, se hace patente todo el trozo de vida ya ido: amanecemos de pronto con veinte o treinta años de más. Tanto se demoraron, al parecer, en pasar esos años como tan poco en poner de manifiesto que ya pasaron: un amigo de colegio que no veíamos hace décadas se tropieza con nosotros en el banco y en su rostro desgastado nos miramos como en un espejo; entramos a la casa de siempre, desprevenidamente, y ese niño correteando en el jardín sacude en la memoria al niño que fuimos ya hace mucho y que correteó en ese mismo jardín.

Pero en algunas fases de la vida, quizá sensibilizados por ciertos estados de ánimo, el tiempo que transcurre de ordinario quedamente se hace sentir. No es, como dijimos antes, que aflore de improviso fenecido, sino que lo escuchamos, segundo a segundo, mientras se está yendo. Es el viejo tiempo-río que arrastra piedras, ruge y raspa. La vida nos parece entonces arrebatada por tantos afanes y ocupaciones que casi nada de tiempo resta para nosotros. Una sensación, acaso falsa pero no por eso menos intensa, nos acosa: no estamos

dedicando nuestra vida a lo propio, a lo nuestro, a lo que verdaderamente nos importa; se nos escapa, sin que podamos detenerla, y en esa fuga el tiempo suena y lo oímos irse, y eso angustia.

Esta meditación, por cierto, no es mía. Es la que, en parte, desarrolla Séneca, con actualidad pavorosa, en su discurso sobre la brevedad de la vida. Allí refiere el filósofo aquella actitud, que he conversado con varios amigos y he visto también en mí mismo, de desplazar la vida propia, aquella que el espíritu nos revela con nitidez como la nuestra, hacia un “después” incierto: “Cuando cumpla 50 años”; “cuando me consolide profesionalmente”; “cuando me retire de los negocios”. Cita Séneca una carta de Augusto al Senado: “Sé muy bien que mi deseo es más fácil de concebir que de realizar y, sin embargo, la espera de aquel momento tan soñado se ha hecho en mí cosa tan viva que, aunque tarde la alegría, es ya dulce el solo hablar de ella”.

El reenvío de la vida soñada (la dedicada a sí mismo y a los seres y oficios más queridos) hacia un momento futuro siempre aplazable y el alegrarse así, al menos, de esa posibilidad, de su preparación, de la imaginación de su advenimiento, es una manera de acallar, de silenciar un poco, falazmente quizá, aquel ruido insoportable de la pérdida del tiempo. Pero su pasar continuará inalterable, sepámoslo o no.

## SABER PERDER EL TIEMPO

Hay, reconozco, una tradición prestigiosa que recomienda una suerte de “usura del tiempo”. Así, Séneca, en una carta a Lucilio, lo exhorta: “¡Obra así, mi querido amigo! Encuéntrate a ti mismo, y el tiempo que hasta aquí o se te quitaba o se te llevaba a escondidas o desaparecía, recógelo y guárdalo. Convéncete de esto, que es así como te escribo: unos momentos nos son arrebatados, otros desaparecen y otros los dejamos marchar. Sin embargo la más vergonzosa pérdida es la que es producto de nuestra negligencia; y si quieres parar atención, la mayor parte de la vida transcurre haciendo mal (las cosas), gran parte no haciendo nada y la vida entera haciendo otra cosa (de lo que debemos hacer)”. Esta reconversión es un campanilleo en toda su obra: el tiempo, fugaz y resbaladizo, es nuestra única posesión; posesión de algún modo vasta, si no la malgastásemos en lo ajeno e impropio. La sabiduría y la felicidad estarían, pues, ligadas al conocimiento práctico, encarnado, del buen uso del tiempo. Es una acusación grave la que plantea el filósofo, de las más graves que nos pueden señalar, y es una acusación que duele.

Pienso a veces, sin embargo, que esa recriminación viene dictada, muy desde el fondo de nosotros,

por lo que un buen amigo la llamó “el monje cruel”. Este sujeto, quien bien sé posee una denominación más precisa en ciertas teorías psicológicas, es un personaje que en el drama de su alma, usted, mi querido lector, jamás debe desatender. Es muy activo, exigente y castigador: permanentemente nos está diciendo, en silencio, “haz esto” “no hagas aquello”, “podrías rendir mucho más”, “en verdad, eres una persona con escasa ambición”, “eso te pasa por ser un mediocre e inseguro”. Su función es proponer exigencias (de bondad, de inteligencia, de coraje, de éxito) superiores a nuestras posibilidades, acicatearnos como un tábano pica el lomo de un buey cansado y después recriminarnos porque no las cumplimos.

No se trata de asumir como lema de la propia existencia aquellos versos que se atribuyen a Leonardo: “Si no puedes lograr lo que quieres, quiere lo que puedas”, lema que, en apariencia, encierra una resignación poco heroica ante un ideal o modelo inalcanzable. Pero, ¿qué es lo que quiero? ¿Cuánto de lo que quiero fue impuesto por nuestra familia o por modelos familiares o sociales ejemplares, que resultaban ofertas imposibles de rechazar por nuestro yo en esa época y aun hoy? Y, del otro lado de la balanza, ¿cuál es la real medida de nuestras fuerzas? Recuerdo a medias unos versos de la primera elegía de Propertio, en que el poeta cantaba la disposición de cada cual a hacer lo propio y en la medida de sus posibilidades: el soldado contaba sus heridas; las ovejas el pastor; las arbores de vino el viñatero; el poeta, las lides ganadas en el lecho. A veces es “una pequeña tarea”, insignificante a los ojos de muchos, pero que permite gozar de la holgura del tiempo; no andar tras sus más mínimos fragmentos para atesorarlos, recolectarlos y sacarles el jugo, como sugiere Séneca. Al contrario, es entregarse a la gracia de su pérdida. Siento –seguramente estoy equivocado– que en todas aquellas ocasiones e instituciones de la vida moderna en que, de manera formal, se procura aprisionar el tiempo, evitando a toda costa que lo perdamos (una reunión, por ejemplo, una jornada escolar de doce horas cargada de tareas), allí precisamente este se diluye y emprende la fuga.

Un amigo me recomienda: ponga a raya al “monje cruel”, dese tiempo para leseras sin prestigio, para la alegría parlanchina, para el aburrimiento sin culpa. Acuértese de aquello de que “quien quiera ganar la vida...”.

## LLEVAR EL RITMO

Me preocupa mi absoluta incapacidad para captar y dejarme llevar por ritmos ajenos. Creo que ella me confina para siempre en las artes menores: “Buscar el ritmo vi-

viante, el espíritu viviente que está en todo”, exhortaba Matisse, y Peter Brook, en sus *Hilos de tiempo*, después de criticar a todos sus profesores y a la enseñanza en el colegio, excluye, como única excepción, a Mr. Taylor. “Un día que estaba charlando con un grupo de nosotros (...) se volvió hacia mí de repente y me preguntó: ‘¿Por qué es el ritmo el factor común de todas las artes?’. Ahora me doy cuenta que de todos los miles de palabras de crítica, exhortación y guía moral que emplearon mis profesores, lo único que me ha quedado es esa sola frase. Todavía importuna mi inteligencia y me doy por bien pagado con que haya sido eso lo único que saqué de mis muchos colegios. Me hizo consciente de que el movimiento del ojo cuando recorre un cuadro o las bóvedas y arcadas de una gran catedral tiene que ver con los saltos y giros de un bailarín y con el pulso de la música. A partir de ahí la cuestión es inagotable: ¿Qué le da a un trabajo artístico su tempo cabal y qué puede aportar en la vida a la informe sucesión de momentos su auténtico latir y fluir?”. A Matisse no le importan los colores en sí, sino su relación según un cierto ritmo: “Un cuadro es la coordinación de ritmos controlados”. El viejo Pound sentenció: “Ritmo es una forma recortada del tiempo, así tomo un dibujo es uno determinado en el espacio”.

Y el ámbito de las palabras también reclama su ritmo, sobre todo la poesía. Pero yo, en el simple describir en las anotaciones que he transcrito en este libro, ¿qué ritmo he configurado? Pasos cortos, un poco cojo, cuerpo acartonado.

## ANTICIPAR

“Cuando pronuncio la palabra Futuro, / la primera sílaba pertenece ya al pasado”, señalan dos versos de la poeta polaca Wislawa Szymborska. Con ello, la Premio Nobel, con su sencilla ironía, indica la fugacidad del tiempo, sobre todo, la de aquel de sus rostros –el futuro– más inasible: se va, en el instante de la primera sílaba, directamente al pasado. Claro, la palabra “futuro” es la que decae así tan rápido, pero, por decirlo de algún modo, la “cosa” futuro tiene mayor duración. ¿Acaso no suceden tantos y tantos hechos, pasan veloces o se demoran, vienen otros y otros más, unos tan predecibles y rutinarios, aquellos repentinos e intempestivos, sin que el futuro parezca agotarse? En ese ícono tradicional del tiempo, el reloj de arena, el cual muchas veces empuña desde algún grabado o pintura la misma muerte (puesto que es ella quien recuerda su finitud y sella su devenir), el futuro ocupa la parte superior y, desde allí, callado y leve, se desliza hacia el pasado. Solo después de encontrarse con un amigo a quien no se ha visto en

décadas, o una fotografía en medio de un libro o luego de un viaje o de un retorno, de golpe y porrazo, captamos de una sola vez todo lo que dejó de ser futuro: “Se nos vinieron los años encima”.

El futuro carece, en estricto rigor, de realidad, pues todavía no es, sino que alguna vez llegará a ser, y cuando ocurra, es decir, cuando sea, habrá dejado de ser futuro y será presente o pasado. Hay idiomas en los cuales, fieles a esta verdad, no se da el tiempo verbal futuro y, para referirse a lo que posiblemente acaecerá, usan circunloquios, rodeos, perífrasis. En nuestras lenguas madres, el latín y el griego, según algunos distinguidos filólogos, el tiempo futuro se dio, en sus formas más arcaicas, primero como modo verbal subjuntivo u optativo a través de los cuales se expresaba un deseo o una potencialidad más o menos real. En vez de “iré” se habría dicho, con mayor cautela, “me gustaría ir”; “ojalá pudiera ir” o “podría ir”.

Aunque complejo de definir, el sentido común enseña que sí tiene un género de realidad, pues hablamos frecuentemente de él, da lugar a emociones poderosas (como el miedo o la esperanza) e influye sobre nuestros estados de ánimo: en suma, es una experiencia.

Y así como hay una facultad para representarnos el pasado, la memoria (aunque sea una parte minúscula de él), también hay una que permite irse formando una imagen mental de lo que vendrá: la imaginación, la fantasía, el ensueño. Ella de igual modo puede alimentarse, cultivarse y domesticarse. Es muy improbable que el futuro nos depare exactamente lo que se deseó o imaginó, pero eso no impide mantener un cierto trato civilizado con lo que viene. En *La montaña mágica*, Hans Castorp dedicaba una parte de su jornada a la ensoñación, bajo el nombre de “gobierno”: no erraba. Es preciso hacer un uso sobrio del don de anticipar, porque así como sentirse “sin futuro”, con todas las posibilidades de vida ya cumplidas y ciegas, es un estado muy oscuro (casi patológico, diría) del alma, tampoco es gozoso entregarse al desmadre de la imaginación y del ensueño; las decepciones futuras se agravan o, negándose por completo a la acción, el único modo de vivir, entonces, es vivir para el futuro, “mecerse en esta maravillosa ilusión”.

## OLVIDAR LOS NOMBRES

Existe un olvidar que acaso sea indispensable en el cultivo de las artes menores: en relación con el bien mirar, que en mi opinión es el principio de todas ellas, anoto en mi cuaderno este juicio severo de un escritor sobre alguien: “Lo que prueba que no sabía mirar, esto es, olvidar los nombres de las cosas que se ven”.

## OLVIDAR Y RECORDAR

En Foe, J.M. Coetzee confronta a su *Robinson Crusoe*, que no lleva un diario ni escribe muescas para llevar registros de los años (como el personaje de Daniel Defoe) con Susan Burton (personaje inventado por él, quien sí escribe su historia y pugna por su publicación). Esta le reprocha que no guarde recuerdos. Foe responde: “Nada está olvidado. Nada de lo olvidado merece recordarse”. Y ella argumenta: “¡Estás muy equivocado! ¡No quiero discutir, pero ya has olvidado muchas cosas y cada día olvidarás muchas más! El olvido forma parte de nuestra naturaleza como la vejez y la muerte. Pero vista desde una distancia demasiado remota, toda vida acaba por perder sus rasgos distintivos. Todos los naufragios son al final el mismo naufragio, todos los naufragos el mismo naufragio, abrasado por el sol, solo, vestido por las bestias que ha cazado. La verdad que hace que su historia sea suya y solo suya, la que la diferencia del viejo lobo de mar que junto al fuego del hogar cuenta historias inverosímiles, esa verdad, como digo, estriba en mil pequeños detalles que hoy, tal vez, puedan parecer carentes de importancia...”.

La discusión parece ganarla Susan, la voz de las letras. Pero Foe obra de otro modo: limpia el terrero, acumula pilas de piedras y construye terrazas para que “aquellos que vengan después de nosotros y tengan la previsión de traer semillas puedan sembrar”.

¿Cuál es el justo equilibrio entre recordar y olvidar? ¿Puede darse acaso también en el recordar y llevar registro de lo recuerdos un altruismo como en el construir terrazas para generaciones venideras?

El dilema ya lo había abordado Nietzsche, quien, en uno de sus primeros ensayos, atacó con fuerza la obsesión decimonónica por el pasado “tal como era en realidad”. “Se puede vivir casi sin recuerdos y además vivir con felicidad, como demuestra el animal; pero es completamente imposible vivir sin olvidar. O para decirlo de un modo aún más sencillo: existe un grado de vigilia o de reflexión del sentido histórico, que es dañoso, y en definitiva fatal para el ser viviente, sea eso viviente un hombre, un pueblo o una cultura”.

Proust, otra vez, proporciona un escape a este callejón sin salida. Él, como bien se sabe, descubre la existencia de un género de memoria distinto a aquella memoria notarial, de plena vigilia, perseguida por la inteligencia y la voluntad, propia del historiador (o, para ser justos, de un cierto tipo muy común de historiador); se trata de una memoria no buscada que se desencadena a partir de algún encuentro azaroso, una memoria del cuerpo, que permite “recordar” acontecimientos

de una manera viva, física, aunque se trate de acontecimientos que ya se conocían a través de la otra memoria. Estos encuentros que dan lugar a la memoria involuntaria cierto que no pueden suscitarse conscientemente, pero tampoco pueden experimentarse de un modo puramente pasivo porque, en ese caso, como le ocurre en varias ocasiones al protagonista de *La Recherche* antes de la revelación final, se corre el riesgo de perder su significación. Es necesario que a través del escribir poético se recojan, retengan y reúnan en una narración los fragmentos dispersos que cuentan la memoria del cuerpo. Hay, pues, una alternativa entre

el olvido propio del animal desmemoriado (Foe) y la memoriosa vigilia del historiador (Susan); ese libro es fruto de la gracia del azar (don al que se debe estar a la escucha), pero luego exige ser escrito por todos. Es una vocación universal al arte.

Es por ello que casi lo único a lo que me aferro con cierta firmeza en estos años son estos cuadernos de los cuales he extraído estas anotaciones. Hay en ellos fragmentos dispersos, lejos todavía de cualquier posibilidad de narración ¿Es necesario desprenderse incluso de ese asidero para ser, como señala Foe, “un naufrago en el fondo del corazón”?

