



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA

REVISIONES • INVESTIGACIÓN • TEORÍA

GACETA UNIVERSITARIA

Temas y controversias en Psiquiatría

AÑO 1, VOLUMEN 1, Nº 2 SEPTIEMBRE DE 2005

www.gacetauniversitaria.cl

“Gaceta Universitaria: Temas y controversias en Psiquiatría” fue posible gracias al aporte inicial de las siguientes empresas e instituciones:



Si usted es psiquiatra y no ha recibido esta revista, por favor actualice su dirección en el siguiente correo: consultora@cycaconcagua.cl

DIRECTOR

Dr. Juan Pablo Jiménez de la Jara

EDITOR GENERAL

Dr. César Ojeda

SECRETARIA ACADÉMICA

Ps. Anneliese Dörr

COORDINADORES DE ÁREA TEMÁTICA

Dra. Julia Acuña, Dr. Niels Biedermann, Dr. Ramón Florenzano, Dr. Claudio Fullerton,
Dr. Juan Fco. Labra, Dr. Arturo Roizblatt

BUSCADORES

Dr. Félix Bacigalupo, Dr. Alberto Botto, Dr. Francisco Bustamante, Dr. Pablo Salinas

EDITORES

Ps. María de la Luz Bascuñán, Dr. Jorge Cabrera, Dr. César Carvajal, Dr. Francisco Espejo, Dr. Andrés Estuardo, Dr. Alejandro Gómez, Soc. Nina Horwitz, Dr. Francisco Huneeus, Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic, Dr. Juan Fco. Jordán, Dr. Jaime Landa, Dra. Fabiola Leiva, Dr. Alberto Minoletti, Dr. Eugenio Olea, Dra. Grisselle Orellana, Dra. Lina Ortiz, Dr. Guillermo de la Parra, Dr. Policarpo Rebolledo, Dr. Pedro Retamal, Dra. Marta del Río, Dra. Graciela Rojas, Dr. Hernán Silva, Dr. Luis Tapia, Dr. Benjamín Vicente, Dr. Mario Vidal

www.gacetauniversitaria.cl

Temas y Controversias en Psiquiatría

Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente
Av. Salvador 486
Santiago de Chile
Fono: 274 8855

Representante legal: Jorge Las Heras Bonetto
Edición gráfica, distribución y comercialización: CyC Aconcagua

Revista de distribución gratuita a los profesionales psiquiatras

Toda la correspondencia, así como las colaboraciones, se prefiere sean enviadas electrónicamente al Editor General, Dr. César Ojeda, Email: cojeda@vtr.net

ISSN: 0718-1973 (Versión impresa)



JULIA AMANDA ACUÑA ROJAS

Médica Psiquiatra. Graduada como médico-cirujana de la Facultad de Medicina de Universidad de Chile en 1977. Título de Especialidad en Psiquiatría de adultos, de la Universidad de Chile en 1980. Estudios de

Postítulo en Psicoterapia sistémica familiar (Instituto Chileno de Terapia Familiar), bioética (Universidad de Chile), administración en salud (USACH).

Miembro de Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía y de Sociedad Chilena de Salud Mental.

Ha trabajado como psiquiatra clínica en Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional del Maule, Instituto Psiquiátrico "José Horwitz", Servicio de Psiquiatría Hospital Salvador Santiago,

Se ha desempeñado como encargada de Programa de Salud Mental y Psiquiatría del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (1991-1995)

Actualmente es Profesora Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile donde realiza docencia de postgrado y pregrado. Directora del Curso oficial de Psiquiatría de Escuela de Postgrado. Directora del Curso de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental, entre otros.

Investigación y publicaciones se han centrado en estudios epidemiológicos nacionales e internacionales, Discapacidad de causa Psíquica, Evaluaciones de impacto de programas nacionales FONADIS y Esquizofrenia MINSAL, Trauma infantil y su impacto en psicopatología del adulto; Subjetividad de los médicos en tiempos de cambio.



FÉLIX BACIGALUPO I.

Médico Psiquiatra, Académico Universidad de Los Andes.



MARÍA LUZ BASCUÑÁN RODRÍGUEZ

Psicóloga, Master of Science (MSc), Universidad de Londres, Diplomada en Bioética Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Se desempeña como psicóloga clínica de adultos en el Servicio de Salud Mental de la Cámara Chilena de la Construcción y como Profesora Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en los Departamentos de Psiquiatría y Salud Mental (campus Oriente) y de Bioética y Humanidades Médicas. Realiza actividades de investigación en ambos departamentos y de docencia de pre y post grado en las Escuelas de Medicina, Enfermería, Kinesiología.



ALBERTO BOTTO VALLE

Médico Psiquiatra. Docente del Departamento Psiquiatría Oriente Universidad de Chile.



FRANCISCO JAVIER BUSTAMANTE V.

Médico Psiquiatra. Académico de la Facultad de Medicina y Escuela de Psicología, Universidad de Los Andes.



JORGE CABRERA

Médico Psiquiatra, psicoanalista, Profesor Adjunto de Psiquiatría de la Universidad de Chile. Su especialización en psiquiatría la hizo entre los años 1977 y 1980 en el Departamento de Psiquiatría Oriente de la

Universidad de Chile. Realizó estudios de postgrado en Alemania en la Universidad Libre de Berlín entre los años 1983 y 1987.

De regreso a Chile el año 1987 creó la Clínica de Trastornos del Ánimo del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz de Santiago. Entre los años 1993 y 1997 completó su formación en el Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Chilena. En el período 2002 y 2004 fue editor de la Revista Folia Psiquiátrica de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Ha publicado más de 40 trabajos científicos en revistas nacionales e internacionales y es coautor en 7 libros.



CÉSAR CARVAJAL ÁLVAREZ

Médico Psiquiatra. Es Profesor Adjunto de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes y Psiquiatra Clínico del Hospital del Trabajador de Santiago. Se graduó en Medicina en la Pontificia Universidad

Católica de Chile y obtuvo su especialización de postgrado en psiquiatría en la misma universidad. Posteriormente tuvo entrenamiento en Psiquiatría Biológica en la Universidad de Navarra (España) y en Rouffach (Francia) en FORENAP (Foundation for Applied Neuroscience Research in Psychiatry). Ha realizado docencia de pre y postgrado en la Pontificia Universidad Católica de Chile, en la Universidad de Chile y en la Universidad de Los Andes. Participó en el Comité Editorial de la Revista de Psiquiatría Clínica, fue Editor Psiquiátrico de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría y actualmente participa en el Board de Dialogues in Clinical Neuroscience (Francia). Ex presidente del Comité Chileno de Psiquiatría Biológica. Miembro de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, de la Sociedad Chilena de Psiquiatría Biológica y de la Sociedad Española de Psiquiatría. La investigación clínica y las publicaciones se han orientado al estrés postraumático, la depresión y la psiconeuroendocrinología.



GUILLERMO DE LA PARRA CIECIWA

Médico Cirujano Universidad de Chile. Psiquiatra Conacem. Psicoterapeuta. Psicoanalista Asociación Psicoanalítica Chilena y Asociación Psicoanalítica Internacional.

Doctor en Medicina, Universidad de Ulm, Alemania. Profesor auxiliar Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

Jefe de la Unidad de Psicoterapia Adultos Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile.

Organizador junto a diversos grupos de trabajo de las unidades de psicoterapia del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, del Instituto Psiquiátrico José Horwitz y del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Católica.

Se ha dedicado a la divulgación y al trabajo en investigación empírica en psicoterapia siendo ex presidente del Capítulo Sudamericano de la Society for Psychotherapy Research y actual coordinador del comité local de dicha sociedad.

Autor de numerosas publicaciones y presentaciones en los temas de psicoterapia, investigación en psicoterapia y psicoanálisis.



ANNELIESE DÖRR ALAMOS

Licenciada en Psicología, 5 de noviembre de 1991.

Formación en Psicodiagnóstico: Centro de Investigaciones Neuropsiquiátricas, Hospital de Rouffach, Alsacia, Francia (1991-1992).

Psicóloga Clínica acreditada por la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos, 23 de noviembre de 1998.

Especialidad de Terapeuta Familiar. Formación realizada en el Instituto Chileno de Terapia Familiar 10 de noviembre de 1998.

Especialidad de Terapia de Pareja. Formación realizada en el Instituto de Santiago en Terapia Familiar 6 de enero del 2000

Magister © en Psicología Clínica Infanto-Juvenil, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile marzo 2002-2004

Diplomada en Bioética ©, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Profesora Asistente, Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina Oriente.



RAMÓN FLORENZANO URZÚA

Formado como psiquiatra en la Clínica Psiquiátrica Universitaria y en los University Hospitals de la Universidad de Carolina del Norte, EE.UU. Especialista en Psiquiatría Universidad de Chile y Diplomado del

Board Americano de Psiquiatría y Neurología. Magister en Salud Pública, Universidad de Carolina del Norte. Doctor en Filosofía (c) Universidad de Navarra. Formación psicoanalítica en la Asociación Psicoanalítica Chilena y en el UNC/Duke Psychoanalytic Institute. Miembro Titular, Asociación Psicoanalítica Chilena y Asociación Psicoanalítica Internacional. Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador. Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina Universidad de Los Andes. Decano de la Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo. Miembro Consejo Editorial, Revista de Psiquiatría Clínica, Revista Chilena de Salud Pública, Revista Chilena de Medicina Familiar. Fellow en Investigación en Psicoanálisis, University College, Londres. Miembro del Research Advisory Board (RAB), Asociación Psicoanalítica Internacional. Miembro del Comité de Expertos en Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.



CLAUDIO DANIEL FULLERTON UGALDE

Médico Psiquiatra, recibido de la Universidad de Chile en 1987. Profesor asistente del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en donde desarrolla

docencia de pregrado en las carreras de medicina y enfermería y de postgrado en el programa de formación de especialistas en Psiquiatría de la Universidad de Chile. También es profesor de Psiquiatría de la carrera de Psicología, de la Universidad del Desarrollo. Actualmente integra el equipo de la Unidad de tratamiento de enfermedades del ánimo, en el Hospital del Salvador de Santiago de Chile. Ha participado en investigaciones sobre la subjetividad de los médicos en tiempos de cambio, la relación entre trastorno de somatización, personalidad límite y trauma infantil y la investigación sobre síntomas psicológicos en la Atención Primaria, llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud. Ha publicado artículos sobre Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención, Epidemiología de los trastornos del ánimo en Chile y Latinoamérica y Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, además de colaborar en diversas otras publicaciones de otros autores.



ALEJANDRO GÓMEZ CHAMORRO

Obtuvo su título de médico-cirujano en la Universidad de Chile el año 1976, iniciando de inmediato su especialización en Psiquiatría. Académico de la Universidad de Chile desde 1980. Actualmente tiene el nivel académico de Profesor Asociado de Psiquiatría. Ha ocupado diversos cargos, entre ellos el de Director del Departamento de Psiquiatría del Campus Sur de la misma Universidad. Director de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía durante varios períodos. Ha sido investigador principal de dos proyectos FONDECYT acerca de la Conducta Suicida, así como de otros financiados por la Universidad de Chile. Numerosas publicaciones nacionales e internacionales, que han abarcado temas como personalidad y conducta suicida, depresión y suicidio, y manejo de pacientes con riesgo suicida. También ha sido autor de capítulos y artículos relacionados con la Terapia Cognitiva. Es miembro de la International Association of Cognitive Psychotherapy. Diplomado en el Beck Institute for Cognitive Therapy and Research (Philadelphia). Director de numerosas actividades docentes y de formación continua. Director de la Asociación de Terapia Cognitiva (ATEC-Chile), entidad destinada a investigar y difundir la terapia cognitiva.



NINA HORWITZ

Socióloga, Postítulo en Sociología de la Salud.

Postgrados:

Community Studies, Boston College, Boston, Massachusetts. 1975

Seminario Licenciatura de Formación en Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. 1980.

Fellow, International Leadership Program, W.K. Kellogg Foundation. 1990-1994.

Diploma en Comportamiento Organizacional, Birkbeck College, University of London. 1996

Diplomado en Bioética, Facultad de Medicina, Universidad de Chile 2001

Magister en Bioética, Universidad de Chile (c).

Cargos y Funciones Académicas:

Profesora Asistente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile Coordinadora Unidad de Salud Mental y Estudios Psicosociales, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Campus Oriente, U. de Chile.

Coordinadora Asignaturas de Humanidades Médicas, Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Integrante de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina Integrante del Comité Académico del Magister de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina

Líneas de Investigación:

Sociología de la Salud, Familia y Salud Mental Salud Mental y Subjetividad Bioética y Humanidades Médicas



FRANCISCO HUNEEUS COX

Médico Psiquiatra egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. Comienza su trabajo dedicándose a la investigación básica en el Depto. de Neurobiología del M.I.T., para luego en Chile abocarse a la psicoterapia individual y grupal en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, con especial énfasis en la terapia *Gestalt*. Desde la fundación de Editorial Cuatro Vientos en 1974, la que considera una especie de Universidad Abierta –sin barreras, matrícula, ni fotocopias–, como editor y director ha traducido, prologado y publicado numerosos libros que reflejan sus creencias acerca de

lo que es estar-en-el-mundo. Además, es ciclista, patrón costero, cornista, trompetista y mecánico de motos pequeñas.



FERNANDO IVANOVIC-ZUVIC R.

Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

Profesor Asociado, Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad

de Chile.

Profesor Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Profesor Escuela de Psicología Universidad La República.



JUAN PABLO JIMÉNEZ

Médico Psiquiatra, Universidad de Chile, Doctor en Medicina, Universidad de Ulm (Alemania). Psicoanalista, miembro titular en función didáctica y ex presidente Asociación Psicoanalítica Chilena (APCh)

perteneiente a la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Primer Presidente (fundador) del capítulo sudamericano de la Society for Psychotherapy Research (SPR). Miembro de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (SONEPSYN). Ex becado Fundación Alexander von Humboldt. Profesor Asociado, Director Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.



JUAN FRANCISCO JORDAN MOORE

Médico Psiquiatra. Psicoanalista. Se graduó en Medicina en la Universidad Católica de Chile y realizó su formación de post grado en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile y posteriormente en el Hospital del

Salvador e Instituto Nacional Psiquiátrico Dr. Jose Horwitz Barak. Ex-Presidente de la Asociación Psicoanalítica Chilena. Miembro de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Ha realizado docencia de pre y post grado en la Universidad de Chile, en la Pontificia Universidad Católica de Chile y en la Universidad Andrés Bello. Realizó su formación psicoanalítica en el Instituto de la Asociación Psicoanalítica Chilena. Ex-Presidente de la Asociación Psicoanalítica Chilena de la cual es Miembro Titular con función didáctica. Profesor Titular del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Chilena. Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Internacional en la cual es actualmente Co-Presidente para América Latina del Comité Internacional de Nuevos Grupos. Miembro del Comité Editorial del International Journal of Psycho-Analysis y Editor Delegado para América Latina. Miembro del Consejo Consultivo de la Revista de Psicanálisis da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre y del Consejo Editorial de la Revista Brasileira de Psicoterapia del Centro de Estudio Luis Guedes. Numerosas Publicaciones en revistas nacionales e internacionales dirigidas a la investigación de diversos aspectos del proceso analítico, desarrollos del concepto de transferencia, la bilógica de Matte Blanco, la relación entre realidad externa e interna, entre otros temas.



JUAN FRANCISCO LABRA JELDRES

Médico Cirujano U. de Chile.

Médico Psiquiatra U. de Chile.

Profesor Asistente Fac. de Medicina U. de Chile.

Formación en Administración de RR.HH. en

Salud en PIAS

Formación en Bioética en U. de Chile

Formación en Terapia Conductual Dialéctica con Marsha Linehan en USA.

Subdirector Departamento de Psiquiatría Oriente de la Facultad de Medicina U. de Chile.

Socio de Sonepsyn.



ALBERTO MINOLETTI SCARAMELLI

Formado como psiquiatra en el Servicio Nacional de Salud y Universidad de Chile y en la University of Ottawa de Canadá. Certificado como psiquiatra por el Royal College of Physician and Surgeon of Canada.

Participación en diversos programas de psiquiatría social y comunitaria en Chile, Canadá e Italia. Formación clínica en psicoterapias breves y tratamiento de adicciones. Asesor de Salud Mental y Alcohol y Drogas del Ministerio de Salud desde 1990 y actualmente Jefe del Departamento de Salud Mental. Consultor en Políticas, Planes y Programas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Miembro de la Canadian Psychiatric Association, American Psychiatric Association, Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Sociedad Chilena de Salud Mental y Society for the Study of Addiction to Alcohol and other Drugs (United Kingdom). Profesor invitado a cursos de diversas universidades chilenas.



CÉSAR OJEDA

Médico Psiquiatra, ha sido profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile y de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Curso estudios de Filosofía en la Pontificia

Universidad Católica de Chile. Subdirector y Director de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría y, recientemente, Presidente de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Actualmente es Profesor Agregado de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Ha publicado numerosos libros de psiquiatría y psicopatología, como autor y co-autor, así como también una gran cantidad de artículos de fenomenología, epistemología, filosofía y clínica. Entre los libros de su exclusiva autoría destacan "La Esquizofrenia Clásica", Ediciones de la Universidad Católica (1981); "Delirio, Realidad e Imaginación", Ed. Universitaria (1987); "La Presencia de lo Ausente: Ensayo sobre el Deseo", Ed. Cuatro Vientos (1998); "La tercera etapa: Ensayos críticos sobre la psiquiatría contemporánea", Ed. Cuatro Vientos, Santiago (2003).



EUGENIO OLEA B.

Médico-Cirujano de la Universidad de Chile

Psiquiatra de la Universidad de Chile

Especialista en Psico-Oncología de la Universidad de París V

Coordinador de Postgrado Unidad Docente Facultad de Medicina de la Universidad de Chile-Instituto Psiquiátrico.

Jefe de Sector 7, Instituto Psiquiátrico

Consultor Unidades de: Cuidados Paliativos y Psico-Oncología, Instituto Nacional de Cáncer.

Secretario de la Sociedad Chilena de Psiquiatría Biológica. Afiliado a la WFSBP.

Miembro fundador del Colegio Chileno de Neuropsicofarmacología, afiliado al CINP.

Miembro de la Sociedad Chilena de Salud Mental.

Miembro de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor (ACHED)



GRICEL PAULINA ORELLANA VIDAL

Médica Cirujana. Universidad de Chile. 1979-1985. Especialidad Beca Primaria Ministerial en Psiquiatría de Adultos. Universidad de Chile. 1986-1989. Certificado de Especialista otorgado por la Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1990. Certificado de Especialista acreditado por CONACEM. Título profesional de especialista en Psiquiatría de Adultos. Universidad de Chile. 1996. Profesora asistente. Departamento de Psiquiatría y salud mental. Campus sur. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Contralor psiquiátrico COMPIN Sur de la SEREMI de la Región Metropolitana. Estudios de Postgrado: alumna del Magíster en Neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2000-2001. Alumna del Doctorado en Ciencias Biomédicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2002-2003. Proyecto de Tesis del mismo Doctorado, 2004. Beca de Arancel del Magíster y del Doctorado de la Universidad de Chile. Participación activa en diversos cursos y reuniones científicas de Psiquiatría y Neurociencias. Diversas publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales y capítulos de libros. Diversas ponencias en congresos nacionales e internacionales, sometidas a referato y publicadas in extenso. INVESTIGACIÓN: En suicidio en Proyectos Fondecyt N° 1113-91 y N° 1960726. En esquizofrenia en el Proyecto de Tesis. SOCIEDADES: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, miembro titular y experta evaluadora de Trabajos de Ingreso a la Sociedad. Asociación Gremial de Profesionales y Expertos en Salud Mental (ACTA). Comité de Psiquiatría Biológica de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Sociedad de Psiquiatría Biológica, miembro titular. Sociedad Chilena en Neurociencias, miembro titular.



LINA ORTIZ LOBO

Médica Psiquiatra. Realiza su práctica clínica en el Departamento de Psiquiatría de Clínica Las Condes desde el año 2002, donde además participa en las actividades de Enlace y hace turnos de llamada en el Servicio de Urgencia desde 1996. Se graduó en Medicina en la Universidad de Chile en 1990, y luego de un año y medio de trabajo en el Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel, de Putaendo, hizo su Beca de Psiquiatría en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, obteniendo su título en 1995. En 1989, como parte de su Internado Rural, estuvo durante 12 semanas participando en las actividades del Servicio de Psiquiatría del Christian Medical College & Hospital en Vellore, Tamil Nadu, India. Realizó una estadía de 8 semanas en el Servicio de Enlace del St. Michael's Hospital en Toronto, Canadá. Miembro de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía desde 1995, y de la Sociedad de Psiquiatría Biológica desde 1999.



POLICARPO REBOLLEDO MARCHESINI

Realizó sus estudios de Medicina en la Universidad de Chile y luego su especialidad como Médico Psiquiatra también en la misma universidad. Se desempeña como Jefe de Servicio de Salud Mental del Hospital del Trabajador de Santiago y en la Fundación San Cristóbal. Pertenecer a diferentes sociedades nacionales e internacionales: Sociedad Médica de Santiago Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Sociedad Chilena para el estudio del Dolor
Miembro internacional en:
IASP: International Association for the Study of Pain
APA: American Psychiatric Association
McLean Hospital International Psychiatric Society



PEDRO RETAMAL C.

Médico Psiquiatra, Director de la Unidad de Enfermedades del Ánimo del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Profesor de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo. Director de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (período 2004-2006), Coordinador del Grupo de Trabajo Enfermedades del Ánimo de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Director Médico de la Agrupación de Pacientes Bipolares y Depresivos del Hospital Salvador, Director Médico de la página www.psiquiatriachile.cl, Miembro del Grupo de Psiquiatría de la Clínica Santa María. Es autor y editor de los siguientes libros: Indicaciones Psicofarmacológicas en la Práctica Médica (1991); Depresión, Diagnóstico y Tratamiento (1992); Tópicos en Enfermedades Afectivas (1993), que corresponden a Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile; Depresión: Guías para el Paciente y la Familia (1998), Editorial Universitaria; Desarrollos en Enfermedades del Ánimo (1999); Avances en Enfermedades del Ánimo (2001) que son Ediciones del Departamento de Psiquiatría, Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Enfermedad Bipolar, Guía para el Paciente y la Familia (2001). Depresión, Clínica y Terapéutica (2003), de Editorial Mediterráneo



ARTURO ROIZBLATT

Médico Psiquiatra, Universidad de Chile
Profesor Asistente, Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Miembro del Board of Directors International Family Therapy Association.
Miembro del Comité Editorial del Journal of Family Psychotherapy.



GRACIELA ROJAS

Médica Psiquiatra (Universidad de Chile).
Doctora en Ciencias Médicas (Universidad Johann Wolfgang Goethe, Frankfurt, Alemania).
Profesora Asociada. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Actualmente, Directora Clínica Psiquiátrica Universitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.



PABLO SALINAS T.

Médico Psiquiatra. Egresado de la escuela de Medicina de la Universidad de Chile, Sede Occidente, Hospital San Juan de Dios. Post graduado en psiquiatría adultos de la escuela de Medicina de la Universidad de Chile, Sede Oriente, Hospital del Salvador. Miembro invitado de la Unidad de Enfermedades del Ánimo del servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador. Profesor de cátedra de psiquiatría, Universidad Bolivariana.



HERNÁN SILVA IBARRA

Médico Psiquiatra. Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Miembro del Sub Comité de Magister en Neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Miembro del Comité editorial de World Journal of Biological Psychiatry. Estudió Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile y obtuvo la especialización en Psiquiatría en la misma universidad. Efectuó estadía de perfeccionamiento en la Universidad Complutense de Madrid. Ha sido Director de la Clínica Psiquiátrica Universitaria (Departamento de Psiquiatría Norte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile), Profesor Adjunto de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Editor de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría y Presidente del Comité Chileno de Psiquiatría Biológica. Sus investigaciones y publicaciones se orientan principalmente al estudio de las bases neurobiológicas de la esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo y de la personalidad.



LUÍSTA TAPIA VILLANUEVA

Médico Psiquiatra. Universidad de Chile. Terapeuta Familiar y de Pareja. Docente y Supervisor Unidad de Terapia de Pareja. Instituto Chileno de Terapia Familiar. Supervisor Clínico. Unidad de Psicoterapia de Adultos. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Católica. Miembro de la Society for Psychotherapy Research. Miembro de la International Society for Humor Studies. Editor de la Revista De familias y Terapias. Instituto Chileno de Terapia Familiar.



BENJAMÍN VICENTE

Profesor Titular y Director del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. Jefe Servicio Psiquiatría, Hospital Guillermo Grant Benavente, de Concepción. Bachiller en Filosofía (Universidad de Concepción) Médico Cirujano (Universidad de Chile) Médico Especialista en Psiquiatría de Adultos (Universidad de Concepción) Doctor en Filosofía (PhD) (Epidemiología y Psiquiatría Social) (Universidad de Sheffield U.K.)



MARIO VIDAL CLIMENT

Estudios en Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Título: médico-cirujano, marzo de 1952. Beca en psiquiatría (Hospital Psiquiátrico): 1952-1955. Ayudante Cátedra Extraordinaria de Psiquiatría Prof. A. Roa: 1958-1965. Profesor Asociado de Psiquiatría (Facultad de Medicina, Universidad de Chile). Director Departamento Psiquiatría y Salud Mental División Sur Facultad de Medicina, Universidad de Chile (desde enero de 2003). Libros publicados: "El hombre inconcluso" (relaciones entre pobreza y desarrollo personal). Edit. Cintras 1988. "Temas de Psiquiatría". Edit. Lom 1999 "Para leer a Jaspers". Edit. Univ. 2003

ÍNDICE

116 EDITORIAL

116 CONFLICTO DE INTERESES Y ÉTICA DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PSIQUIATRÍA
César Ojeda

121 BREVES
Francisco Bustamante

122 NOVEDADES
Alberto Botto

123 ACADÉMICAS

127 RESEÑA

127 PSYCHOANALYTIC THEORIES: PERSPECTIVES FROM DEVELOPMENTAL PSYCHOPATHOLOGY
Ramón Florenzano

129 MANUAL DE PSICOEDUCACIÓN PARA EL TRASTORNO BIPOLAR
Jorge Cabrera

131 PSICOSIS EPILÉPTICAS
Luis Risco

132 COMENTARIO DE LIBROS

132 LA TERCERA ETAPA. ENSAYOS CRÍTICOS SOBRE PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA
Hernán Silva

134 PSICOPATOLOGÍA DE LA MUJER
César Ojeda

137 ENTREVISTA

137 LEDA COSMIDES Y LA PSICOLOGÍA EVOLUCIONARIA: "MENTE, COMPORTAMIENTO Y CIENCIAS SOCIALES"
Roberto Araya y Alvaro Fischer

144 PSICOPATOLOGÍA

144 EL SENTIDO DE LA "PSICOPATOLOGÍA GENERAL" DE KARL JASPERS
Mario Vidal

148 EPISTEMOLOGÍA

148 METODOLOGÍAS EN PRIMERA PERSONA: QUÉ, POR QUÉ, CÓMO
Francisco Varela y Jonathan Shear

161 TEORÍA

161 EL PROBLEMA DE LA CONCIENCIA
Rodolfo Bächler

173 LA BELLEZA EN EL DESARROLLO PSÍQUICO
Isabel Santa María

177 REVISIÓN

177 ANGUSTIA Y DEPRESIÓN: ¿COMORBILIDAD O CUADROS CLÍNICOS COMPLEJOS? UNA PERSPECTIVA FARMACOLÓGICA
César Ojeda

183 NEUROBIOLOGÍA Y FARMACOTERAPIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD
Alberto Botto

191 ENSAYO

191 ANTECEDENTES Y PERSPECTIVAS DE LA PSIQUIATRÍA SOCIAL Y LA EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA
Benjamín Vicente, Sandra Saldivia, Pedro Rioseco

197 REHABILITACIÓN

197 CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS PARA UNA INTERVENCIÓN GRUPAL EN FAMILIAS QUE CONVIVEN CON LAS SECUELAS DE UN DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO
Makarena Moris

202 PANEL DE EXPERTOS

202 EL ROL DE LAS TERAPIAS PSICOANALÍTICAS EN LAS FUTURAS POLÍTICAS DE SALUD EN CHILE: ANTECEDENTES PARA UNA CONTROVERSIA NECESARIA
Guillermo de la Parra, Ramón Florenzano, Juan Pablo Jiménez

CONFLICTO DE INTERESES Y ÉTICA DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PSIQUIATRÍA

En los últimos años una corriente de desconfianza recorre a la investigación científica, y especialmente a la industria farmacéutica. Sin embargo, el desarrollo de la investigación farmacológica –realizado principalmente por empresas independientes– ha sido un enorme aporte a la mantención de la salud y la vida en las poblaciones humanas. De hecho, es posible que sin la intervención de algunos fármacos la mayoría de los lectores, nuestros hijos y yo mismo, habríamos dejado de existir espontáneamente y no podríamos sostener la discusión que propongo en este editorial. Este resultado, por un principio de coherencia elemental, no podría haber ocurrido sobre la base de un predominio de investigaciones de mala factura.

Al pasar revista a los puntos más destacados en esta corriente de desconfianza, se puede apreciar que el problema excede el tema farmacéutico y abarca a la ciencia en general. Efectivamente, en el año 2002, la revista *Nature*¹ hace un exhaustivo análisis del falseamiento de datos en las publicaciones científicas, incluyendo algunos trabajos publicados por ellos mismos, lo que pone en tela de juicio a los “revisores” y “consejos editoriales” de prestigias revistas en el campo de las ciencias. Por su parte, en septiembre de 2004 en el Congreso de Estados Unidos, el partido Demócrata, basado en el hecho de que los ensayos clínico-farmacológicos son frecuentemente desarrollados en secreto, presentó una indicación que obliga a la industria farmacéutica a hacer públicas desde el inicio todas las investigaciones

acerca de un producto, y luego presentar todos los resultados y no sólo aquellos favorables². Un dramático ejemplo de sesgo en este sentido se evidenció en el año 2001 respecto de la seguridad y eficacia del uso de algunas drogas antidepresivas en niños, aprobadas sobre la base de un pequeño porcentaje de estudios favorables.³ Por su parte, la investigación biomédica se vio severamente objetada y muchos investigadores del NIH debieron abandonar sus cargos debido a que recibían estipendios por parte de las grandes empresas.⁴ En los últimos años una gran cantidad de artículos en periódicos, editoriales en revistas especializadas, libros y numerosos reportes de sociedades científicas se han referido a los problemas denominados “conflicto de intereses”, “sesgo en la investigación biomédica”, y “hábitos inapropiados” de investigadores y clínicos como resultado de los vínculos con la industria farmacéutica.^{5, 6, 7}

En países como el nuestro, que no aparecen en la lista de los veinte que producen trabajos relevantes en el ámbito de la salud,⁸ la situación tiene un ángulo adicional. Efectivamente, muchos ensayos farmacológicos son llevados a cabo en estos países por empresas transnacionales, puesto que en ellos las legislaciones son anticuadas, los controles precarios y los derechos de los ciudadanos poco desarrollados, lo que hace posible enrolar pacientes con mayor facilidad y con costos inferiores. Esto lleva a pensar que las restricciones impuestas en los países de grandes y poderosas economías, pue-

¹ Drug discovery@nature.com

² Legislators Propose a Registry to Track Clinical Trials From Start to Finish. *Science*, vol 305, 17 September, 2004, p.1695

³ *Science*, 23 July, 2004, pp. 468-470

⁴ *Science*, 307, 4 March, 2005, p. 1390

⁵ Por ejemplo, ver: Kassirer, JP. *How Medicine's Complicity with Big Business Can Endanger Your Health*. Oxford University Press, New York, 2004

⁶ Szasz, T. *Pharmacracy*. Praeger, Wesport, 2001.

⁷ En el N°1 de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría del año 2004, el tema “Conflicto de intereses” ocupa casi toda la edición.

⁸ Paraje G, Sadana R, Karam G. Increasing International Gaps in Health-Related Publications. *Science*. Vol 308. 13 May, 2005, 959-960.

den ser legalmente sobrepasadas en el tercer mundo sin dificultad. De allí que algunos defiendan con energía la necesidad de consensos éticos internacionales en estas materias, los que deberían incluir controles en todas las fases de los ensayos clínico-farmacológicos.

No obstante, debido a nuestra poca injerencia en la creación de nuevos fármacos, el conflicto que enfrentan hoy los investigadores del NIH no se produce en Chile. Sin embargo, con alguna frecuencia psiquiatras nacionales participan en ensayos farmacológicos financiados por empresas farmacéuticas. Parece del todo razonable exigir que las publicaciones que siguen a esos estudios señalen los apoyos económicos y el origen de los diseños de investigación aplicados, del mismo modo en que, en otros casos, se señala el financiamiento FONDECYT y los soportes metodológicos correspondientes.

CONFLICTO DE INTERESES

El análisis de la figura conocida como “conflicto de intereses” ha resurgido con fuerza en Chile en el último año, lo que es una de las caras visibles de la preocupación del gremio por los temas de ética médica. La Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN), en conjunto con la Asociación de Sociedades Científicas (ASOCIMED), han hecho públicas sus inquietudes y recomendaciones en este sentido.^{9, 10, 11}

SONEPSYN solicita la “explicitación de potenciales conflictos de intereses a los participantes en sus actividades científicas”, sean éstas conferencias en simposios de los congresos anuales, comunicaciones libres, posters o cualquier otro tipo de presentación en reuniones académicas que desarrolle la sociedad, así como en los trabajos publicados en la *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. Básicamente, se trata de que los participantes en esas actividades, previo a desarrollarlas, expliciten sus vínculos con la industria farmacéutica: honorarios por dictar conferencias, apoyos económicos para asistir a congresos y otras actividades científicas, fondos para investigación y honorarios por consultorías u otros.

Esta norma se pretende sea inicialmente voluntaria y posteriormente obligatoria para quienes participan en dichas actividades de SONEPSYN, sean o no socios de ella.

Sin embargo, esta normativa tiene algunos inconvenientes. Desde luego, ni los honorarios por dictar

conferencias, ni los apoyos económicos para asistir a congresos y otras actividades científicas, del mismo modo que recibir fondos para investigación u honorarios por cualquier concepto, representan “conflicto de intereses”. El conflicto requiere algún nivel de incompatibilidad. ¿Cuál sería en estos casos la incompatibilidad? O más precisamente, ¿cuál sería el “potencial” conflicto de intereses? De hecho, nadie llamaría conflicto de intereses que un académico reciba financiamiento FONDECYT para realizar sus investigaciones, incluyendo honorarios, contrataciones, tecnología y otros, aunque su prestigio académico, remuneración y permanencia en una universidad dependan del número de proyectos aprobados y realizados. El punto, acá, es el origen de esos apoyos: se subentiende que la industria farmacéutica busca fundamentalmente la venta de sus productos, y desde allí se salta sin matices a poner bajo sospecha a las investigaciones realizadas bajo su alero y, con ello, a la pasada, a los investigadores. El potencial conflicto de intereses en este caso no puede ser otro que la suposición de un riesgo de falseamiento o de un sesgo intencional en los datos y en los resultados que favorecerían a un producto de la misma empresa, maniobra por la cual el colega recibiría dinero. Lo que estamos señalando es que la declaración de “potencial conflicto de intereses” es como declarar “riesgo de cometer delitos”, es decir, una exigencia de auto-declarar alguien que los resultados que está presentando “podrían” ser espurios. Sin tales sospechas el potencial conflicto de intereses desaparece. Otra cosa, y muy distinta, es informar de los apoyos económicos en publicaciones o presentaciones con independencia de la procedencia de tales apoyos. El trabajar en la Empresa X no es diferente de trabajar en la Universidad Z o pertenecer a la Sociedad Y, en lo que a honorabilidad y honradez profesional se trata.

Pero además, ¿por qué alguien debería declarar los apoyos financieros *para asistir*, por ejemplo, a congresos y otras actividades científicas, aunque sus conferencias o presentaciones no tengan ninguna relación con productos de la empresa que le ha dado ese apoyo? ¿Cuál es la incompatibilidad y el conflicto en este caso? ¿La sospecha de que el colega en retribución a tales invitaciones prescriba fármacos de esa empresa, habiendo otros mejores y de menor costo? ¿O que los prescriba sin indicación? ¿Que haga publicidad subliminal?

A nuestro juicio, el riesgo de sesgo que se desea evitar no se resuelve con una declaración de este tipo, puesto que, en último término, lo que se está haciendo es desplazar el problema: efectivamente, se deja en manos del auditor, lector, alumno, asistente, o lo que sea, juzgar si tales aportes sesgan o no los resultados de la investigación. Pero, ¿sobre qué bases podrían

⁹ Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 2004, Vol 42, N° (1)

¹⁰ www.sonepsyn.cl

¹¹ Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 2005, Vol 43, N° 2, Editorial.

ellos juzgar semejante cosa? Es evidente que en el caso de congresos y actividades similares tales auditores – habitualmente médicos que se inician en la especialidad– no son los más apropiados para hacer ese tipo de evaluaciones, y menos a la pasada, por ejemplo, en una conferencia. Con la declaración de “potenciales conflictos de interés” exigida a sus conferencistas, SONEPSYN está diciendo: “¡Ojo! ¡Aquí puede haber una conducta no-ética. Juzguen ustedes, nosotros cumplimos con advertirles!” Guste o no, se coloca al conferencista o autor en la posición de sospechoso de “algo”. Pero, de existir alguna sospecha, ¿no corresponde a los organizadores de encuentros profesionales, o a los comités editoriales de revistas especializadas, o a los directores de unidades académicas, evaluar a sus conferencistas, autores o académicos y no invitar, rechazar, denunciar o excluir de sus actividades a las personas que cometan falsación intencional de cualquier tipo de resultados de la investigación en psiquiatría (no sólo en estudios farmacológicos)?

ÉTICA CORPORATIVA

Si miramos con atención, en ninguno de los casos señalados por SONEPSYN la incompatibilidad ética o el conflicto de intereses es una consecuencia necesaria. Es decir, no se ve ninguna razón de peso para dudar acerca de la adecuación de los diseños y resultados de una investigación en el marco de un trabajo remunerado, realizado para una empresa que desarrolla y evalúa un producto. Tampoco se ve la incompatibilidad en recibir beneficios u honorarios por actividades de promoción, o en hacer investigación clínica y publicar con recursos aportados por las empresas que, a su vez, son dueñas del producto investigado. El foco, por lo mismo, no está en poner en tela de juicio a los investigadores por tales consideraciones sino en denunciar abierta y formalmente si se comprueban irregularidades en los diseños y resultados, con independencia del origen de los fondos utilizados.

A nuestro juicio, al tratar el tema como lo hacen las sociedades científicas se está no sólo desplazando el problema sino, además, proyectándolo. Para nadie pasa inadvertido que no son los colegas individuales (investigadores o no) los que principalmente se financian con los aportes de la industria farmacéutica sino las mismas sociedades que propugnan este tipo de controles. De hecho, tales sociedades y sus dirigentes denominan “auspicios” o “patrocinios” a las transacciones por las que reciben dinero de ellas y no “potenciales conflictos de interés”. ¿Por qué?

¿No es evidente que en tales sociedades puede hacerse uso espurio de los dineros, invitaciones y be-

neficios recibidos, como también el generar “compromisos” con la industria farmacéutica? Pero el que esa posibilidad exista no basta para poner a dichas sociedades bajo sospecha ética. ¿Por qué, entonces, hacerlo con los colegas individuales?

ÉTICA PUBLICITARIA

A nuestro juicio, el problema está en otra parte. En Chile la publicidad debe guardar, al menos, dos principios éticos fundamentales: identificación y veracidad. El primero consiste en que la publicidad debe identificarse como tal, de modo que el consumidor sepa de inmediato que se trata de publicidad; y el segundo, que lo anunciado debe ser demostradamente verdadero. Así, es totalmente legítimo que una sociedad o una revista médicas vendan espacios publicitarios a las empresas farmacéuticas, siempre que estén debidamente diferenciados de las actividades científicas. Esto es lo que ocurre con los conocidos *stands* en los congresos y con los avisos de las revistas médicas. No hay en estos casos conflicto ético alguno. El problema empieza con los auspicios de determinados simposia, en los que la empresa presenta productos de su manufactura, con invitados de prestigio internacional pagados por ellos. En SONEPSYN estos simposia promocionales desde hace mucho son llamados “simposia de la industria” en el marco de los congresos anuales, para enfatizar su carácter promocional, y además están perfectamente separados de las actividades propias de la sociedad. El conflicto ético se suscita al hacer publicidad y promoción no identificada como tal, conflicto significativamente distinto al que se supone existe detrás de los apoyos financieros a la investigación. Efectivamente, hacer promoción de ciertos medicamentos no es lo mismo que suponer un sesgo en la información o una falsación de los datos. El punto de fractura aquí es hacer promoción disfrazada de actividades de las sociedades “científicas” y recibir dinero por ello. La veracidad de los datos o el sesgo intencional es harina de otro costal, y como mencionábamos al iniciar esta editorial, tales situaciones ocurren hasta en la investigación estimada más “pura” y publicada en los medios más “rigurosos”.

ÉTICA INDIVIDUAL

Los psiquiatras somos los que indicamos psicofármacos con mayor frecuencia. Las empresas farmacéuticas buscan que los médicos en general y los psiquiatras en particular receten sus productos, pues en muchos casos sus ganancias dependen de esa prescripción. Sin embargo, ciertos productos pueden en nuestro país ser vendidos sin receta y otros –de hecho– se venden

libremente aunque eso vulnera las disposiciones legales. En los medicamentos de libre consumo, lo que se ha llamado “promoción directa al consumidor” (PDC) ha ido aumentando en los medios de comunicación social.¹² No obstante, aquí también se pueden vulnerar principios de ética publicitaria si, por ejemplo, la promoción de fármacos requeridos de prescripción médica se hace en la forma de “noticias” científicas, y por lo mismo se transforma en PDC. Esta última situación se ve acentuada por el acceso a libre información de los pacientes en sitios de la web.

No obstante, sea cual sea la exigencia de los pacientes o las presiones publicitarias y promocionales, cada uno de nosotros es dueño y señor de la mano con la que escribe, y por lo mismo, absolutamente responsable de la prescripción farmacológica que realiza. Dicho con otras palabras, la responsabilidad terapéutica no es endosable ni a la industria farmacéutica ni a ninguna otra institución o persona.

Es en este punto donde el problema se torna verdaderamente complejo, puesto que toca a las bases mismas de nuestra especialidad. La medicalización de

la vida contemporánea que muchos denuncian^{13, 14} –y especialmente la patologización desenfrenada de los fenómenos mentales– hace necesario revisar permanentemente nuestros conceptos de “enfermedad mental”; nuestras nosologías y los resultados de la investigación en todas las áreas de nuestra actividad terapéutica y profesional, especialmente si esos conceptos vienen de la mano con alguna forma de prescripción farmacológica. Las cosas actualmente son mucho más complejas que hace sólo diez años, y ya nadie puede seriamente sostener que algunas “enfermedades mentales” se curan con quince días de administración de un antidepresivo. La sobremedicación y la submedicación son temas recurrentes en psiquiatría, del mismo modo que la ideologización irreflexiva de modelos explicativos de cualquier origen. La cautela, el buen juicio, la rigurosidad metodológica y la honestidad profesional, a mi juicio, no se resuelven con controles, normas, reglamentos o instrucciones, primero voluntarias y a la larga obligatorias, sino con la formación, la comunicación y el acceso libre a la información.

CÉSAR OJEDA

¹² JAMA. 2005; 293:1995-2002.

¹³ Whitaker, R. *Mad in America*. Perseus Publishing, Cambridge, 2001.

¹⁴ Szasz, T. Ref 6.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

1. Los trabajos deben ser escritos en castellano (en inglés o alemán si el autor desea ser traducido al castellano), pueden ser inéditos o haber sido publicados en medios de baja circulación (libros, revistas u otros). En los casos que corresponda (contrato de exclusividad), deben contar con la autorización correspondiente. El formato es tamaño carta, letra Arial 12 con 1,5 espacios de separación entre líneas. La extensión es libre. Se sugiere no exceder las 20 páginas. Los trabajos deben ser enviados sólo en forma electrónica al Editor General: cojeda@vtr.net
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, las que deben seguir el orden de aparición en el texto, y atenerse a la siguiente pauta:
 - Artículo: 1. López C. La imipramina en la enuresis. *Rev Chil Neuropsiquiatría* 2004; 30; 3: 25-29
 - Libro: 1. Jaspers K. *Psicopatología General*, Ed Beta, Madrid, 1970

Es decir, el autor y los títulos de los artículos en letra normal y luego, año, vol, páginas; el de los libros, nombre del autor, el título en cursiva, y luego editorial, ciudad, año. En el caso de otro tipo de colaboraciones (como ensayos o comentarios), las referencias (de haberlas) y las notas pueden ir al pie de página con numeración correlativa, respetando la diferencia entre libro y artículo.^{1,2}
3. Se sugiere, si cabe, iniciar el artículo con un resumen en castellano (e inglés si el autor lo desea), con la estructura que el autor estime más conveniente para el tema tratado. Los escritos no tradicionales no necesitan resumen.
4. Los editores se comunicarán personalmente con los autores a efectos de cualquier sugerencia, y se reservan el derecho de rechazar una colaboración por fundamentos que deben ser comunicados por escrito al autor.
5. Los trabajos recibidos podrán ser publicados, además de en los números regulares de la Gaceta Universitaria, en suplementos y/o separatas de la misma revista.

¹ Capra, F. *The Hidden Connections*, Doubleday, New York, 2002.

² Angst J, Hochstrasser B. Recurrent Brief Depression: The Zurich Study. *J Clin Psychiatry* 1994; 55:3-9.

Francisco Bustamante¹

APRENDA PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA CON GABBARD

Glen O. Gabbard, profesor de psiquiatría de la Universidad de Baylor (USA) y autor del libro *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*, acaba de lanzar un video en donde enseña algunos principios de este tipo de psicoterapia. El video se compone de 3 módulos (cada uno dura en promedio 20 minutos), donde mediante viñetas clínicas y diapositivas explica las intervenciones terapéuticas psicodinámicas, los conceptos de transferencia y contratransferencia y cómo utilizarlos en terapia.

El acceso al video es on-line (internet) y tiene un costo de US\$19 para los miembros de la APA y de US\$25 para los que no lo son, pagables mediante tarjeta de crédito.

<http://www.psych.org/edu/gabbard.cfm>

"THE NATIONAL COMORBIDITY SURVEY" REPLICADO

El *National Comorbidity Survey* (NCS) (1) es uno de los estudios epidemiológicos de campo más importantes de EE.UU. Fue realizado entre 1990 y 1992 y ha influido fuertemente en las políticas de salud de dicho país. Pues bien, en el mes de julio de este año aparecieron los resultados de un estudio que replicó la metodología del NCS, pero esta vez utilizando los criterios diagnósticos del DSM-IV (el NCS ocupó los criterios del DSM-III).

La replicación del NCS (NCS-R, realizado entre los años 2001 y 2002) se llevó a cabo sobre 9.282 norteamericanos mayores de 18 años —seleccionados en forma aleatoria de la comunidad— para evaluar prevalencia de trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses. Algunos de los resultados fueron (2):

- El 46,4% de la muestra presentó algún trastorno psiquiátrico como prevalencia de vida.
- Los trastornos ansiosos fueron los más frecuentes (28,8%) seguidos por los trastornos del ánimo (20,8%).

Con respecto a los suicidios consumados, éstos disminuyeron en un 6% en relación al período anterior. Sin embargo, las conductas incluidas dentro del espectro suicida aumentaron (sin alcanzar una diferencia estadísticamente significativa) al igual que las consultas y tratamientos por esta misma causa (3).

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S *et al.* Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8 - 19.
2. Kessler RC, Chiu WT, Demler OT, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 617 - 627.
3. Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in Suicide Ideation, Plans, Gestures, and Attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA* 2005; 293: 2487 - 2495.

Más información sobre el NCS y el NCS-R:
www.hcp.med.harvard.edu/nsc
www.hcp.med.harvard.edu/wmh

CUIDADO CON LAS BEBIDAS CON CAFÉINA EN LOS NIÑOS

Un estudio presentado en el último congreso de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), demostró que aquellos escolares que consumían bebidas colas con caféina podían experimentar déficit atencional e hiperactividad con un aumento de hasta 5 puntos en el test de Connors, respecto de aquellos días en que consumían bebidas libres de dicha sustancia.

Si bien es una investigación con un tamaño muestral pequeño (20 pacientes, 10 hombres y 10 mujeres), confirma hallazgos previos.

De lo anterior se desprende que el consumo de caféina debe ser un factor a evaluar dentro del diagnóstico diferencial de un Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH). Además, a todo escolar que consulte por dichos síntomas debiera recomendársele el no consumir bebidas cafeinadas.

2005 APA Annual Meeting: Abstract NR45. Presented May 23, 2005.

Un resumen puede leerse en:

<http://www.medscape.com/viewarticle/505467>

GUÍAS DE TRATAMIENTO DE TRASTORNO BIPOLAR

Fountoulakis y Vieta realizaron una recopilación de las distintas guías de tratamiento del trastorno afectivo bipolar (TAB), las cuales son presentadas en un artículo de mayo en el *Journal of Affective Disorders*.

Si bien el título del artículo dice ser "una revisión crítica," los autores no distinguen las guías según la metodología utilizada en su elaboración sino por su aceptación internacional y frecuencia de uso. Pese a esto, es una buena puesta al día sobre el manejo farmacológico del TAB.

La revisión incluye los protocolos de 12 entidades científicas, entre ellas la American Psychiatric Association, la British Association for Psychopharmacology (BAP), la World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), entre otras.

A continuación destacaremos algunas recomendaciones según las entidades más relevantes:

- *Manía*: litio, o valproico más antipsicóticos (APA); antipsicóticos o valproico (BAP); litio, valproico, olanzapina, risperidona o carbamazepina (WFSBP). En una segunda etapa, todas recomiendan combinar los fármacos o aplicar terapia electroconvulsiva (TEC).
- *Depresión*: litio o lamotrigina, o litio más antidepresivo (APA); lamotrigina, litio, o valproico para leves, e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina más un estabilizador del ánimo (litio, valproico o antipsicóticos) para casos severos (BAP); antidepresivo más estabilizador del ánimo (WFSBP). En una

¹ Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes

segunda etapa se pueden aumentar o combinar los fármacos o aplicar TEC.

- *Etapas de mantención:* la APA recomienda litio o valproico, mientras que la BAP solamente litio. Por otro lado, la WFSBP postula el litio, estabilizadores o antipsicóticos después de un episodio maníaco, o antidepresivos más estabilizadores si se trató de un episodio depresivo.

Los puntos en que coincide la mayoría de los grupos de trabajo que elaboraron las guías son: el uso de antimaníacos/estabilizadores independientemente de la etapa; en depresión nunca usar un antidepresivo como monoterapia; la falta de datos duros para el tratamiento de los episodios depresivos y mixtos; la hipomanía debe ser tratada de la misma forma que la manía; litio, valproico, carbamazepina y antipsicóticos son más efectivos para el tratamiento y prevención de manía, pero con menor efecto sobre depresión; por el contrario, lamotrigina tiene una mayor eficacia sobre episodios depresivos que en maníacos.

Finalizan los autores señalando que a futuro las guías debieran incluir datos sobre psicoeducación, psicoterapia y manejo ambiental para lograr un óptimo manejo de este trastorno.

Fountoulakis KN, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Kaprinis SG, Goikolea JM, Kaprinis GS. Treatment Guidelines for Bipolar Disorder: A critical review. *Journal of Affective Disorders* 2005; 86: 1-10

TIPOS DE PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Nunca dejaré de sorprenderme lo fidedigno de las descripciones del Dr. Otto Dörr sobre las pacientes con trastornos de alimentación cada vez que me ha tocado tratar a personas con estas patologías. Pero es necesaria una salvedad: esto es así en aquellas pacientes con los síndromes clásicos de la anorexia y bulimia, ya que cuando son polimorfas uno puede esperar cualquier cosa. La experiencia parece indicar que las pacientes con el tipo de personalidad descrita por Dörr tienen mejor pronóstico que aquellas con síndromes polimorfos, las cuales podrían presentar trastornos de personalidad límite.

Para comprobar esta hipótesis, Jennifer Hardnen-Fischer y Drew Westen publicaron el 2001 un instrumento (el SWAP-200) capaz de tipificar la personalidad de las personas con trastornos de la alimentación en 3 grupos:

- a) Alto funcionamiento/Perfeccionistas: se pueden expresar a sí mismas correctamente en palabras, tienden a ser responsables, autocríticas, de altos estándares, "perfeccionistas", otras personas se sienten agradadas con ellas, tienden a ser empáticas, etc.
- b) Constreñidas/sobrecontroladas: tienden a ser pasivas y con escasa asertividad, son incapaces de expresar satisfacción y enojo, tienden a sentirse desesperanzadas y sin fuerzas, con una autopercepción distorsionada (feas, grotescas, inferiores), parecen tener un rango limitado de emociones, etc.
- c) Disreguladas/descontroladas: las emociones las llevan a perder el control, tienen atracones descontrolados con purgas, sus emociones cambian rápidamente y sin predicción, tienden a sentirse infelices y depresivas, expresan sus emociones en forma exagerada o teatral, etc.

Con esta tipología, ellas lograron clasificar los dos-tercios de la muestra del estudio (103 pacientes), siendo el tipo alto funcionamiento/perfeccionista el más frecuente con un 45% (lo cual es acorde a lo expuesto por Dörr), repartiéndose el porcentaje restante en partes iguales los otros dos tipos.

Tres años después, Thompson-Brenner y Westen demostraron que esta clasificación ayuda a establecer comorbilidad y pronóstico:

- En el eje I las pacientes con disregulación emocional tienen mayor comorbilidad en casi todos los trastornos estudiados que los otros dos tipos.
- En el eje II estas mismas pacientes tienden a presentar trastorno de personalidad límite, mientras que las constreñidas/sobrecontroladas presentan con mayor frecuencia un trastorno de personalidad dependiente al igual que las perfeccionistas (pero en menor proporción).

Como es de esperarse, las de más pronta recuperación tras una psicoterapia son las de alto funcionamiento/perfeccionistas, seguidas en 5 meses después por las del tipo constreñidas/sobrecontroladas. Las pacientes con tendencia a la disregulación emocional, lo hacen 5 meses después de estas últimas.

Estos estudios son una buena demostración de cómo una fina descripción psicopatológica nos ayuda a clarificar el pronóstico de una enfermedad.

1. Dörr O. *Psiquiatría Antropológica*. Editorial Universitaria, Santiago 1997
2. Westen D, Hardnen-Fischer J. Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 547-62
3. Thompson-Brenner H, Westen D. Personality subtypes in eating disorders: validation of a classification in a naturalistic sample. *BJP* 2005; 186: 516-24

NOVEDADES

Alberto Botto¹

NEUROPSICOANÁLISIS: UN NUEVO CONCEPTO EN PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA

En 1895, en su "Proyecto de una psicología para neurólogos", Freud intentó articular las teorías psicoanalíticas emergentes con los postulados neurobiológicos de la época. Sin embargo, le fue difícil desarrollar y completar sus ideas dado el escaso conocimiento que en ese momento se tenía sobre neurociencias. Desde entonces los avances tecnológicos han permitido elaborar nuevas metodologías de investigación, ampliando el conocimiento sobre los sustratos anatómicos y funcionales de las enfermedades mentales. En la terapéutica psiquiátrica ha sido la psicofarmacología el área que mayor repercusión ha tenido con estos avances. Sin embargo, en la medida

¹ Departamento Psiquiatría Oriente. Universidad de Chile.

que el conocimiento actual acorta cada día más la brecha entre mente y cerebro, el clásico dualismo entre psiquiatría *psicológica* y *somática* pareciera no tener mucho futuro. Es así como la neurociencia ha comenzado a identificar los correlatos neurales no sólo de los trastornos mentales sino también de los efectos y cambios producidos por la psicoterapia. De esta manera, hallazgos recientes en la biología de la memoria y la plasticidad neuronal o en los aspectos neurofisiológicos del apego y la intersubjetividad han transformado a estas disciplinas en áreas de trabajo en común, enriqueciendo la teoría y la práctica psicoterapéutica.

Un ejemplo de lo anterior está dado por la investigación en el funcionamiento de la memoria. Se ha visto que la memoria es muy relevante para el proceso de aprendizaje y cambio que se persigue en la psicoterapia. De particular importancia es la distinción establecida por la neurociencia cognitiva entre dos sistemas de memoria: la implícita y la explícita. Ambos tipos estarían basados en distintas estructuras del sistema nervioso central. Mientras la primera tendría su sustrato en los ganglios basales, cerebelo y amígdala, la segunda involucraría especialmente áreas del lóbulo temporal como el hipocampo y sus conexiones con estructuras corticales. Dado que la memoria implícita contiene almacenados patrones de interacción emocional y corporal que son activados por diversas situaciones, su funcionamiento sería crucial en el desarrollo de las relaciones interpersonales, así como también en el proceso psicoterapéutico.

Dentro de los nuevos temas de investigación, quizás uno de los más interesantes se encuentre en la búsqueda de los fundamentos neurobiológicos que subyacen a ciertos fenómenos específicos de la teoría y técnica psicoanalítica como los mecanismos de defensa. En este campo el estudio de los diferentes roles que cumplen los hemisferios cerebrales ha sido crucial. Hoy día se considera que los hemisferios prácticamente constituyen dos cerebros. Cuando Freud escribió sobre la afasia como un síndrome de desconexión cerebral estableció una interdependencia entre ciertos fenómenos psíquicos y fisiológicos. Siguiendo esta idea algunos han propuesto un nuevo punto de vista, conceptualizando el conflicto psíquico como aquel estado donde el sistema de relaciones entre mente y cerebro

(por ejemplo, a través de los hemisferios) se encontraría alterado. En este sentido, en el trabajo psicoanalítico el analista lo que haría sería facilitar, a través del lenguaje, la unión entre los hemisferios del paciente, incrementando así la información disponible para todo el cerebro. Una observación que pareciera apoyar esta hipótesis consiste en que los hemisferios cerebrales se unen funcionalmente luego de la mielinización del cuerpo calloso, lo que ocurre alrededor de los 3 años y medio, durante el periodo edípico. Se piensa que el aislamiento anatómico entre los hemisferios previo a esta etapa tendría un papel defensivo y adaptativo. Luego de la mielinización del cuerpo calloso dicho aislamiento sólo podría ser funcional, efectuándose a través de algún proceso en la interacción mente/cerebro. Este proceso podría corresponder a la represión.

Finalmente, el objetivo del psicoanálisis sería la integración de aquellos componentes no integrados del sistema de relaciones entre mente y cerebro.

Con la finalidad de promover el trabajo interdisciplinario entre el psicoanálisis y la neurociencia, en julio del 2000 fue fundada en Londres la Sociedad Internacional de Neuropsicoanálisis. Dos veces al año la institución publica una revista (*Neuro-psychoanalysis*) donde se desarrollan artículos empíricos y teóricos acerca del tema, se revisan libros y se resumen los reportes de los distintos grupos de trabajo de la sociedad. Además, anualmente es organizado un Congreso donde se tratan diversos temas afines al psicoanálisis y la neurociencia, como los afectos, la memoria y la sexualidad.

A pesar de lo anterior, hay quienes prefieren mantener cierto escepticismo frente a estas nuevas teorías, argumentando que difícilmente el estudio de los fenómenos biológicos del cerebro podrá dar cuenta de la complejidad del proceso que ocurre durante una psicoterapia. Es así como el nivel de significaciones propio de la experiencia intersubjetiva pareciera, hasta el momento, estar más allá del terreno empírico de la neurobiología.

En síntesis, aunque sin alejarse de la controversia, la distancia entre neurobiología y psicoterapia cada día se hace menor. Actualmente los modelos neurobiológicos han permitido ampliar el conocimiento en áreas antes restringidas al campo de lo puramente psíquico. Esto no sólo se ha

traducido en un mayor conocimiento teórico sino que también, a través del desarrollo y sistematización de la investigación en psicoterapia, en una mejor práctica clínica.

1. Freud S. Proyecto de Psicología. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2001
2. Fuchs T. Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue. *Curr Opin Psychiatry* 2004;17:479-485
3. Gabbard G. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Third Edition. Washington DC: American Psychiatry Press, 2000
4. International Neuro-Psychoanalysis Centre. <http://www.neuro-psa.org.uk/npsa/>
5. Levin F. *Psyche and Brain. The biology of talking cures*. Madison: International Universities Press, 2003

ACADÉMICAS

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Durante este año la *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, órgano oficial de la Sociedad Chilena de Salud Mental, publicará acerca de los siguientes temas

1. Ambiente terapéutico, visión de enfermería
2. La angustia normal y patológica
3. Síndrome neuroléptico maligno secundario
4. Buenas prácticas en salud mental
5. Freud, el abandono de la teoría de la seducción
6. Revisión del concepto de inconsciente en la teoría
7. Enfermedades mentales: Vivir con el estigma
8. ¿Lo Femenino visible?
9. Capital social y salud mental
10. Trauma y abuso sexual

Información adicional

Av. La Paz 841, Recoleta, Santiago

E-mails: info@schilesaludmental.cl
secretaria@schilesaludmental.cl

Web: www.schilesaludmental.cl

DIPLOMADO INTERNACIONAL

“DIAGNÓSTICO E INDICACIÓN EN PSICOTERAPIA” DIAGNÓSTICO PSICODINÁMICO OPERACIONALIZADO

NOVIEMBRE 2005 – NOVIEMBRE 2006

- Organizado por:** – Centro de Estudios de Postgrados y Postítulos de la Universidad de Heidelberg
– Escuela de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Católica de Chile
– Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile
- Dirigido a:** Psicoterapeutas (psicólogos y psiquiatras) de todas las orientaciones
- Requisito:** 90% de asistencia y evaluación final
- Lugar:** *Heidelberg Center para América Latina*
Av. Los Leones 1035, Providencia
- Arancel:** \$ 610.000 pesos
Franquicia tributaria SENCE N° 12-37-7488-00

El OPD además de entregar orientación diagnóstica para realizar la indicación, permite guiar la acción psicoterapéutica, realizar seguimiento del proceso, facilitar el entrenamiento en psicoterapia, aportando además a la investigación.

El programa se desarrolla durante un año, con un total de 100 horas, con clases de carácter lectivo y, mayoritariamente, talleres con material audiovisual de entrevistas de pacientes y análisis de casos.

El diplomado se realizará utilizando dos modalidades de trabajo:

- Seminarios Intensivos teórico-prácticos. Tres veces en el año: a cargo de profesores de la Universidad de Heidelberg. (total, 60 horas).
- Módulos prácticos de profundización. Se realizarán una vez al mes a cargo del equipo de profesores nacionales del diplomado. (total de 40 horas).

EQUIPO DE PROFESORES

- Coordinador:** Dr. Guillermo de la Parra.
Secretaria: Ps. Susanne Bauer.
Prof.esores: Manfred Cierpka, *Universidad de Heidelberg*
Tilman Grande, *Universidad de Heidelberg*
Eve Marie Apfelbeck, *Universidad Católica*
Juan Pablo Jiménez, *Universidad de Chile*
Guillermo de la Parra, *Universidad Católica*
Niels Biedermann, *Universidad de Chile*
Luis Alvarado, *Universidad de Chile*

INFORMACIONES Y MATRICULAS:

Heidelberg Center para América Latina.
Av. Los leones 1035, Providencia
Fonos: 234 3466 233 2574
E-mail: heidelberg-center@heidelberg.tie.cl

El diplomado será certificado por la Universidad de Heidelberg y la Pontificia Universidad Católica de Chile.

PARA OBTENER EL PROGRAMA DETALLADO COMUNICARSE A:

Heidelberg Center: 234 3466
ó bien:
heidelberg-center@heidelberg.tie.cl

SOCIEDAD DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y NEUROCIRUGÍA DE CHILE

Entre el 3 y 9 de octubre se realizará la Semana de la Depresión, para sensibilizar a la población sobre uno de los mayores padecimientos de nuestro tiempo.

La iniciativa está orientada a toda la población de la Región Metropolitana y tendrá un carácter principalmente educativo. Se repartirán dípticos en farmacias, hospitales, clínicas y centros médicos.

Fecha: 3 al 9 de octubre de 2005

Informaciones: www.sonepsyn.cl

BASES DEL IV CONCURSO DE PINTURA DE SONEPSYN VERSIÓN 2005 "ENFERMARTE: LA ENFERMEDAD EN EL ARTE"

La Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (SONEPSYN) invita, una vez más, a todos los psiquiatras, neurólogos y neurocirujanos nacionales, interesados en la expresión plástica, a participar en su concurso anual de pintura (Versión 2005) "ENFERMARTE: LA ENFERMEDAD EN EL ARTE".

1. Podrán participar los médicos especialistas, sean o no miembros de SONEPSYN, como asimismo los becados (médicos en formación) de estas especialidades.
2. La convocatoria es a crear obras de arte originales. Los trabajos consistirán en una propuesta visual en torno a "ENFERMARTE: LA ENFERMEDAD EN EL ARTE". El soporte debe ser tela, usada en sentido vertical u horizontal, de dimensiones no superiores a 90 cm x 150 cm. La técnica es libre (óleo, acrílico, etc.) o mixta. El formato es plano. Los cuadros deben presentarse enmarcados en forma sencilla, idealmente con un marco tipo caja, de no más de 5 cm por lado. Se aceptarán hasta dos obras por autor.
3. Se recibirán las obras en la sede de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Carlos Silva 1292, Depto. 22, Providencia (fono: 232 9347). Periodo de entrega: desde el 05 al 30 de septiembre (hasta las 17:00 horas). Las obras deben tener identificados en su respaldo el nombre del autor y el nombre de la obra. Se entregará un recibo.
4. Una selección de los trabajos enviados formará parte de una exposición a realizarse en la ciudad de Pucón desde el 17 al 19 de noviembre de 2005, en el marco del 60° Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Luego de la exposición en Pucón, la totalidad o algunas de las obras serán expuestas en la sede de SONEPSYN durante los últimos días de noviembre.
5. Se otorgará un premio de US\$ 1.000 y dos menciones honoríficas. El jurado estará formado por los Pintores Samy Benmayor, Gonzalo Cienfuegos y Benjamín Lira.
6. Los autores autorizarán a la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía a reproducir sus obras en catálogos y otras publicaciones que se utilicen para difundir la exposición, actividades de extensión o aquellas que la Sociedad estime pertinentes.
7. La obra ganadora pasará a constituir propiedad de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Las obras restantes deberán ser retiradas desde la sede de la Sociedad por sus autores durante un plazo que se comunicará oportunamente.
8. El premio no podrá ser declarado desierto.
9. Durante el 60° Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía se darán a conocer los nombres de los ganadores y se entregarán los diplomas y el premio correspondiente al ganador. Se publicarán los nombres de los galardonados en los medios de difusión de SONEPSYN.
10. No existen seguros contratados.
11. Situaciones especiales: cualquier situación no contemplada en el presente documento será resuelta por el Comité Organizador del Concurso.
12. Mayores informaciones en el fono 56-2-232 9347 (Sra. Susana Salvadores), o en el correo electrónico: secretariagral@123.cl
13. AUSPICIA: Laboratorio ROCHE (línea SNC)

**I SIMPOSIUM DE COMUNICACIÓN EN SALUD:
INNOVACIONES CURRICULARES Y ASISTENCIALES**

REFLEXIONANDO SOBRE DILEMAS ÉTICOS Y NUEVOS DESAFÍOS
EN LA RELACIÓN PACIENTE-PROFESIONALES DE LA SALUD

Conferencias - Mesas redondas - Ponencias libres - Talleres

SANTIAGO, 17 – 18 NOVIEMBRE 2005

Auditorio Lorenzo Sazié,
Decanato Facultad de Medicina Universidad de Chile.
Avenida Independencia 1027

Invitados internacionales: *Dr. Ronald Epstein*
Director del Centro de Comunicación en Salud, Universidad de Rochester, Nueva York

Dr. Andrés Sciolla
Profesor Asistente Clínico y presidente del comité de competencia terapéutica del
Departamento de Psiquiatría de la Universidad de California en San Diego

Información e inscripciones: http://www.med.uchile.cl/seminarios/2005/noviembre/simposium_comunicacion/
Sra. Gloria Estrada: 2748855 / E-mail: gestrada@med.uchile.cl
Sra. Nadia Sánchez: 6786189 / E-mail: dptobioetica@med.uchile.cl

ORGANIZA

Facultad de Medicina, Universidad de Chile con sus Departamentos de:

Bioética y Humanidades Médicas
Educación en Ciencias de la Salud
Psiquiatría y Salud Mental, Oriente

CON EL PATROCINIO DE

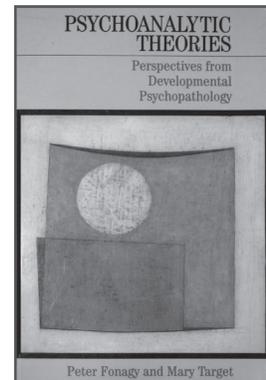
Ministerio de Salud
Ministerio de Educación
Academia Chilena de Medicina del Instituto de Chile
Asociación de Facultades de Medicina de Chile
Colegio Médico de Chile
Colegio de Enfermeras de Chile
Sociedad Chilena de Bioética
Sociedad Chilena de Educación en Ciencias de la salud

RESEÑA

PSYCHOANALYTIC THEORIES: PERSPECTIVES FROM DEVELOPMENTAL PSYCHOPATHOLOGY

Autores: **Peter Fonagy y Mary Target**
Brunner, Routledge, Londres, 2003

(Rev GU 2005; 1; 2: 127-128)



Ramón Florenzano

La perspectiva de la psicopatología evolutiva tiene raíces profundas en los puntos de vista psicodinámicos, así como en la psicología del desarrollo académico. La afirmación de que el niño es el padre del hombre es un lugar común (fuera del sesgo de género al excluir la mirada desde la mujer). En este libro dos distinguidos investigadores ingleses, Peter Fonagy y Mary Target, retoman la labor de su maestro, Joseph Sandler, en la tarea de formular una mirada histórica sobre los puntos de vista psicoanalíticos, en esta tradición de la psicopatología evolutiva. Es, además, una mirada inglesa, lo que hace a la obra interesante para un tema en el cual los puntos de vista norteamericanos han primado. Para muchos, la perspectiva evolutiva viene de la tradición del análisis clásico americano, y más específicamente desde su variedad bostoniana. Nombres que son exponentes actuales, en Nueva Inglaterra, de la tesis de que además de los componentes bio-genéticos, en la aparición de los cuadros clínicos es importante la experiencia de crianza temprana y de socialización, tanto familiar como escolar. Desde la Psicología del Yo, fue Eric Erikson quien formuló esta tesis más lúcidamente desde sus escritos psicobiográficos y de su clásico "Infancia y Sociedad". Posteriormente autores como George Vaillant, Stuart Hauser y Robert Waldinger, han desarrollado importantes estudios acerca del ciclo vital adulto y del anciano, en el caso del primero, y de la transición de la adolescencia a la vida adulta los dos siguientes.

Fonagy y Target hacen un lucido resumen del punto de vista evolutivo en el psicoanálisis, partiendo con Freud y sus modelos de la mente, que conceptualizan de acuerdo a Sandler en tres (modelo del trauma, topográfico y estructural), para terminar esa sección con una detallada del punto de vista estructural-evolutivo en Anna Freud. Provieniendo ambos autores del grupo formado por esta autora, es especialmente interesante su visión del aporte en estos temas, así como la del Profesor Joseph Sandler, antecesor de Fonagy en la cátedra de psicoanálisis en la Universidad de Londres. Revisan luego las teorías de relaciones de objeto, tanto el modelo de Klein-Bion como las escuelas británicas independientes, y las aproximaciones norteamericanas a las relaciones de objeto: Kohut y Kernberg.

La parte más llamativa del libro es la revisión desde la perspectiva evolutiva de autores recientes: André Green en Francia, los autores intersubjetivistas-relacionales (desde Harry Stack Sullivan hasta los Mitchell), para referirse luego en detalle al modelo del apego, en su versión inicial por John Bowlby, y luego desde la perspectiva de la teoría de los esquemas (de Horowitz, Stern y Ryle), para finalizar con su propio modelo, el de la mentalización. Este es presentado en forma sucinta pero clara, y tiene el interés de ser descrito por sus propios autores.

Termina este excelente libro con un capítulo sobre cómo se aplican en la práctica los modelos evo-

lutivos, insistiendo en la necesidad del desarrollo de comprobaciones empíricas de los diversos modelos antes revisados, y en la necesidad de validar mediante investigación objetiva los resultados terapéuticos del psicoanálisis y las técnicas derivadas de éste. El trabajo de Fonagy en la Society for Psychotherapy Research, así como en la misma Asociación Psicoanalítica Internacional, se ha centrado por las últimas décadas en la necesidad, para mantener la relevancia científica y pú-

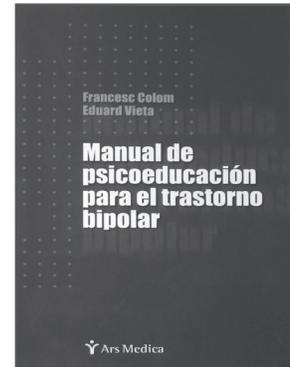
blica de las teorías y terapias analíticas, en demostrar empíricamente la eficiencia y eficacia de su práctica. Este libro, aunque centrado en modelos teóricos, representa una base conceptual para muchos investigadores en psicoterapia. Ellos, así como docentes universitarios, psicoterapeutas clínicos y todos a quienes les interese la epistemología psicoanalítica, aprovecharán mucho de la lectura de este libro.

RESEÑA

MANUAL DE PSICOEDUCACIÓN PARA EL TRASTORNO BIPOLAR

Autores: **Francesc Colom y Eduard Vieta**
Editorial Ars Medica, Barcelona, 2004

(Rev GU 2005; 1; 2: 129-130)



Jorge Cabrera

Resulta gratificante reseñar un libro cuya lectura lo deje a uno con la sensación de encontrar el tema de la psicoeducación para pacientes bipolares expuesto en forma ordenada y coherente. Los autores han vertido en este texto su experiencia de trabajo efectivo y controlado con pacientes del Programa de Trastornos Bipolares del Hospital Clínico de Barcelona por más de 10 años. Y no es que este libro aporte información tan novedosa a la ya abundante bibliografía sobre el trastorno bipolar. Más bien, se trata de un volumen que sistematiza y comunica en un estilo ameno, que se agradece, los contenidos y las técnicas que todo terapeuta que se dedica al manejo del paciente bipolar debe incluir en el proceso psicoeducativo de su paciente.

El libro está dividido en tres secciones. La primera de ellas entrega información general sobre los aspectos clínicos, el tema del diagnóstico diferencial y sobre la terapéutica de los trastornos bipolares.

La segunda parte introduce el concepto, la metodología y la forma de evaluación de la psicoeducación en la clínica. Aunque muchos clínicos han utilizado la psicoeducación por décadas, los primeros estudios sobre su eficacia no aparecieron sino hasta hace pocos años. Como es sabido, quizás por falta de tradición, por las dificultades prácticas, o por ser altamente demandante en tiempo, lo cierto es que es escaso el número de tratamientos psicológicos correctamente validados a partir de un ensayo clínico controlado que incluya una muestra suficiente, un diseño prospectivo, un grupo adecuado de comparación, asignación aleatoria de

grupos, evaluación ciega de los resultados y un seguimiento a mediano o largo plazo de los pacientes. Los estudios controlados realizados por los autores de este libro representan un buen ejemplo de investigación en psicoterapia y muestran, de paso, un sólido efecto de la psicoeducación en la prevención de los episodios de manía y depresión y de los días de hospitalización de los pacientes bipolares (1, 2).

La tercera parte del libro desmenuza el programa de tratamiento psicoeducativo en grupo y que consta de cinco bloques que se desarrollan en 21 sesiones con una duración de 90 minutos, con frecuencia semanal durante seis meses. Al decir de los autores, las ventajas de la realización de la psicoeducación en grupo radican en que el grupo permite el modelado, facilita el apoyo de los pacientes entre ellos, disminuye el estigma, facilita la conciencia de enfermedad, aumenta la red social de apoyo y es más eficiente en términos económicos. Cada una de las 21 sesiones está dividida en el texto en los siguientes acápites: definición del objetivo de la misma, el desarrollo mismo de la sesión de 90 minutos, consejos de utilidad para el terapeuta y material o tareas para el paciente.

El bloque I que se entrega en las seis primeras sesiones tiene como objetivo crear conciencia de enfermedad, lo cual suele requerir de un trabajo arduo de parte del terapeuta. Este bloque persigue entregarle al paciente contenidos básicos acerca de su enfermedad bipolar y se ubica al comienzo de la psicoeducación, porque se introducirán conceptos que luego serán im-

prescindibles durante el programa del grupo. En la sesión número cinco se puede enseñar al paciente a construir su propio gráfico vital "life chart" y en las sesiones siguientes se invita a un par de pacientes a presentar su gráfica y se comentan los aspectos más significativos.

El bloque II se despliega a lo largo de siete sesiones y está destinado a conseguir la adherencia al tratamiento farmacológico. Muchos pacientes malentienden el comienzo de una psicoterapia individual o de grupo de terapia como el inicio de su "despsiquiatrización" o, dicho de otro modo, como el primer paso tendiente a acabar dejando la medicación, y así lo manifiestan. En palabras de los autores: "Es imprescindible que desde el inicio de las sesiones el terapeuta presente ambos tratamientos como complementarios, y que deje claro que la medicación es imprescindible, incluso anotándolo en la pizarra si es necesario".

El bloque III está orientado a informar sobre los riesgos del uso de alcohol y sustancias y de la mayor vulnerabilidad y prevalencia del abuso o dependencia que presentan los pacientes bipolares.

El bloque IV se dedica a enseñar a los pacientes a identificar una recaída y a actuar precozmente, tanto desde el punto de vista conductual como posibilitando la elaboración de una estrategia farmacológica de emergencia y se implementa entre las sesiones 15 y 18, poniendo énfasis en la detección temprana de los síntomas hipomaniacos o maniacos, debido a la mayor dificultad de los pacientes para identificar los síntomas de euforia.

El bloque V busca educar al paciente bipolar sobre la importancia de la regularidad de hábitos, en particular del ciclo sueño-vigilia, el cual con frecuencia está desfasado, alterado o no es considerado como un factor causal de recaída o de resistencia al tratamiento. En este mismo bloque se enseñan algunas técnicas básicas para el control del estrés y estrategias prácticas para la solución de problemas que suelen presentarse en el paciente bipolar.

Al terminar la lectura mi sentimiento es de gratitud hacia Colom y Vieta por la dedicación, la seriedad, el tiempo invertido en la investigación y, por último, por la fluidez con la que comunican su experiencia. Demás está decir que este programa tiene el aval de ser reconocido y citado por los especialistas en bipolaridad de la psiquiatría norteamericana, luego de la publicación de sus estudios controlados en revistas de psiquiatría de primera línea (1, 2). En resumen, se trata de un texto eminentemente práctico y amigable dirigido a los terapeutas que se dedican al manejo del paciente bipolar y que será de gran ayuda para el psiquiatra como para el psicólogo inserto en la práctica clínica ya sea institucional como privada.

REFERENCIAS

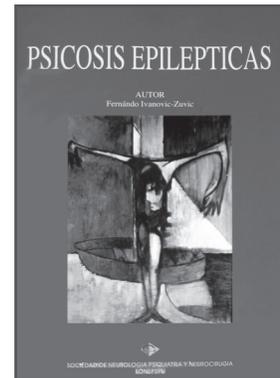
1. Colom F, Vieta E, Martínez-Aran A *et al.* A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003a; 60:402-407
2. Colom F, Vieta E, Reinares M *et al.* Psychoeducation efficacy in bipolar disorders beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry*

RESEÑA

PSICOSIS EPILÉPTICAS

Autor: **Fernando Ivanovic-Zuvc**
Serie Roja, Sonepsyn Ediciones, 2003

(Rev GU 2005; 1; 2: 131)



Luis Risco

Un tópico particularmente interesante dentro de la Psiquiatría ha sido y continuará siendo el de la estructura de la relación entre disfunciones cerebrales, por un lado, y tipos específicos de constelaciones psicopatológicas, por otro. De hecho, se trata de un tópico que por momentos ha alcanzado casi el rango de piedra filosofal para la disciplina. Evidentemente, en muchas áreas establecer correlaciones dentro de este ámbito ha resultado por lo menos dificultoso, tanto por la heterogeneidad de los hallazgos neurobiológicos como por la inespecificidad de las asociaciones con formas clínicas y fenotipos. En este sentido, el área de las epilepsias es un campo del mayor interés, ya que presenta en su faz neurológica los conocidos fenómenos paroxísticos, recurrentes y estereotipados de diversa índole, y en su faz psiquiátrica manifestaciones que son susceptibles de caracterizar y categorizar, de modo que en el largo plazo se puede intentar establecer correlatos entre ambas caras de la enfermedad, y, por esta vía, establecer correlatos entre neurobiología y psicopatología, y en último término, quizás incluso entre mente y cerebro, otra piedra filosofal no tan sólo de la Psiquiatría sino que también de la filosofía, la antropología y una multitud de disciplinas más.

La Psiquiatría chilena ha tenido la suerte de que uno de sus más destacados representantes haya dedicado el centro de su labor académica y profesional a este tema. El Dr. Fernando Ivanovic-Zuvc, Profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad de Chile, ha comunicado datos y reflexiones en una larga serie de escritos tanto en Chile como en el extranjero, principalmente alrededor de las manifestaciones psiquiátricas de la Epilepsia. El libro de la Serie Roja de la Sociedad de

Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, "Psicosis Epilépticas", resume la experiencia del Dr. Ivanovic-Zuvc sobre el tema y, sin duda, no únicamente describe el estado actual del arte en esta zona de la Psiquiatría sino que también prefigura lo que puede ser la orientación de la investigación y las preguntas en torno al tema.

Resulta por cierto de la mayor importancia el estudio y la reflexión sobre las psicosis epilépticas no sólo por razones puramente clínicas. Se debe recordar, como se menciona en el libro, que estas entidades tienen un escaso reconocimiento en las actuales clasificaciones de enfermedad. Esto significa, visto desde cierto punto de vista, un ámbito en el que la reflexión no está cercada por criterios metodológicos estrechos ni por la influencia de grandes centros cuyo poder para determinar la epistemología proviene muchas veces de razones que no están necesariamente vinculadas a la intensidad de su pensamiento. Haciendo honor a ello, el lector puede disfrutar en este libro no sólo de una acabada revisión sobre los temas más importantes referidos a esta patología sino que, además, de vívidas pinturas clínicas, de interesantes análisis fenomenológicos y de reflexiones en cuya corriente se puede identificar el afán intensamente humanista de quien las ha escrito.

Saludamos la aparición del libro "Psicosis Epilépticas" del Dr. Fernando Ivanovic-Zuvc no sólo como un sustancioso aporte al conocimiento detallado de un tipo de patología sino también como un texto de reflexión, de pensamiento, y, metafóricamente, como una manifestación de que la Psiquiatría del último rincón del mundo está viva y presta a continuar desarrollando su identidad y a hacer su contribución.

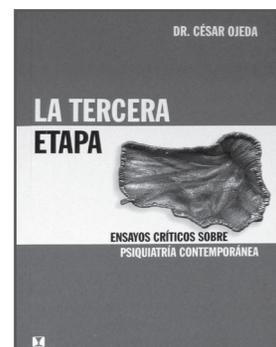
COMENTARIO DE LIBROS

LA TERCERA ETAPA. ENSAYOS CRÍTICOS SOBRE PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA

Autor: **César Ojeda**

Editorial Cuatro Vientos. Santiago, 2003, 241 páginas

(Rev GU 2005; 1; 2: 132-133)



Hernán Silva

En su libro "La tercera etapa. Ensayos sobre psiquiatría contemporánea" (Editorial Cuatro Vientos), el Dr. César Ojeda nos invita a pensar sobre la psiquiatría actual. Con un lenguaje ameno, accesible para los lectores no habituados a la terminología psiquiátrica, pero sin concesiones respecto a su profundidad, el autor nos lleva a transitar por las ideas fundamentales que orientan a la psiquiatría contemporánea. A continuación espigamos algunas de las múltiples ideas que sugiere su lectura.

EL DESARROLLO DE LA PSIQUIATRÍA MODERNA

La histeria, una misteriosa enfermedad de larga historia en la medicina y que puede simular cualquier patología, juega un papel central en el nacimiento de la moderna psiquiatría. Producto de un útero migratorio según la medicina de la Grecia clásica, tomaba de este órgano la capacidad de representar enfermedades de cualquier parte del organismo. En el siglo XIX el gran clínico francés Jean Martin Charcot, mientras estudiaba diversas afecciones neurológicas, debió hacerse cargo de un grupo de pacientes histéricas que presentaban parálisis, anestias o convulsiones sin tener hallazgos orgánicos demostrables. No sólo no tenían lesiones anatómicas perceptibles sino que sus síntomas "podían ser inducidos por sugestión y mejorados por persuasión", como llegó a afirmar su discípulo Babinski. Por lo tanto, estos trastornos no podían ser abordados desde una explicación orgánica sino comprendidos a partir de su sentido. Es conocida la fuerte impresión que las demos-

traciones clínicas de Charcot en el campo de la histeria ejercieron sobre el entonces neurólogo vienés Sigmund Freud y su papel en el ulterior desarrollo del psicoanálisis. Menos conocido, en cambio, es el desarrollo prácticamente paralelo al psicoanálisis de la fenomenología, corriente fuertemente enraizada en la filosofía y cuyos aportes a la psiquiatría clínica resultan fundamentales. Psicoanálisis y fenomenología representan, para Ojeda, las concepciones dominantes de la "primera etapa" de la psiquiatría contemporánea, la que se desarrolla en la primera mitad del siglo XX.

Ambas corrientes tienen como tema privilegiado la conciencia. Mas, paradójicamente, mientras el psicoanálisis pone a la conciencia bajo sospecha y procura develar las motivaciones inconscientes de la conducta, la fenomenología propone la radicalización de la conciencia como fundamento de una psico(pato)logía.

Tanto el psicoanálisis como la fenomenología influyeron enormemente en el desarrollo de la psiquiatría, hasta que, en la segunda mitad del siglo XX, debuta la llamada "psiquiatría biológica", la que constituye una "segunda etapa" que predomina hasta la actualidad. Señala Ojeda que el descubrimiento de los modernos psicofármacos (antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos, estabilizadores del ánimo) llevó al estudio de sus mecanismos de acción y a la formulación de hipótesis biológicas sobre el origen de la enfermedad mental. Estas hipótesis guían la investigación de nuevos fármacos y procuran explicar los trastornos mentales a través de alteraciones bioquímicas o neurofisiológicas. Si bien lo

anterior es indudablemente cierto, a nuestro juicio el panorama es más complejo. El explosivo crecimiento de las neurociencias y el desarrollo de nuevas disciplinas como la genética de la conducta, han sido tanto o más relevantes que la psicofarmacología en la comprensión de la enfermedad mental. No se puede desconocer la existencia de “psiquiatras biológicos” reduccionistas, que creen poder explicar la conducta humana exclusivamente mediante un desbalance de neurotransmisores o por el funcionamiento alterado de ciertos circuitos cerebrales. Pero los investigadores más lúcidos siempre han rehuído ese tipo de explicaciones. Por lo demás, el reduccionismo es un pecado bastante extendido, del que han sido culpables tanto psicoanalistas y fenomenólogos como “psiquiatras biológicos”.

LA TERCERA ETAPA

El físico David Deutsch relata que en su infancia oía decir con frecuencia que la velocidad de producción del conocimiento es tal, que nadie puede abarcarlo en su totalidad. Mientras un sabio del Renacimiento aun podía dominar todo el saber de su época, en la actualidad tal cosa resultaría imposible. El número de científicos vivos supera a la totalidad de los que han existido en la historia de la humanidad. No obstante, señala Deutsch, él nunca esperó saberlo todo de cada cosa en particular (todas las especies de escarabajos, por ejemplo) sino conocer las grandes teorías que podían explicar la totalidad del Universo. Siempre, claro, que eso fuera posible. En la actualidad habría cuatro teorías suficientemente amplias para cumplir esa condición: la teoría cuántica, la de la calculabilidad, la epistemología y la teoría de la evolución.

La teoría evolucionaria estudia la filogenia u origen de las especies y es llamada así para diferenciarla de la teoría evolutiva que estudia la ontogenia o desarrollo embrionario de los individuos. Fue planteada por Darwin en el siglo XIX y, con los ajustes y correcciones derivados de la genética moderna, sigue siendo el principal marco conceptual para la biología y, por extensión, para la medicina.

Los investigadores en psiquiatría recién comienzan a considerar la teoría evolucionaria como referencia para entender la conducta humana y la enfermedad mental. Es un mérito del Dr. Ojeda ser pionero en nuestro medio al plantear la importancia y los alcances de este nuevo enfoque en la psiquiatría. No duda en calificarlo de una “tercera etapa” apenas en sus albores.

Efectivamente, sólo unos pocos autores adoptan esta perspectiva y sus planteamientos son muy preliminares. Entre ellos cabe destacar al notable investigador británico Timothy Crow, quien, en una brillante y audaz hipótesis, da cuenta de la esquizofrenia como el precio que el *homo sapiens* debe pagar por la adquisición del lenguaje. Dicha hipótesis, basada en sólidas investigaciones neuroanatómicas y neuropsicológicas, es la única que ha dado una respuesta plausible a la clásica “paradoja de la esquizofrenia”. La esquizofrenia afecta a hombres y mujeres jóvenes, quienes raramente se casan o tienen descendencia. No obstante, pese a su baja tasa de fertilidad, la esquizofrenia afecta a alrededor del 1% de la población en el mundo y esa cifra parece haberse mantenido estable a lo largo de los años. Según Crow, la variación genética que predispone a la esquizofrenia es parte de una variación que afecta a toda la población y está asociada a la capacidad del lenguaje que define a nuestra especie.

Pero la teoría evolucionaria proporciona no sólo un marco teórico para entender los diversos trastornos psiquiátricos sino, también, la eficacia de intervenciones como la psicoterapia, la que adquiere otra dimensión a la luz de esta teoría.

Concordamos con los planteamientos del Dr. Ojeda respecto a que la teoría evolucionaria probablemente se consolidará como el mejor marco conceptual para entender la conducta humana y sus variantes, como los trastornos mentales. No obstante, a nuestro juicio, las hipótesis bioquímicas, neurofisiológicas o neurocognitivas, seguirán siendo los referentes más útiles para entender fenómenos como la producción de síntomas o el efecto de los psicofármacos. La situación, por lo demás, no difiere de la física, donde la teoría cuántica da mejor cuenta de la realidad; pero para efectos prácticos en determinados niveles, la física de Newton sigue teniendo validez.

Probablemente en el futuro, en mayor o menor medida, seguirán coexistiendo diversas aproximaciones para captar la realidad. El ser humano es de una enorme complejidad y con humildad hay que reconocer que, en el umbral del siglo XXI, siguen siendo autores como Sófocles, Shakespeare, Dostoievski o Cervantes quienes más se han acercado a comprender la naturaleza humana.

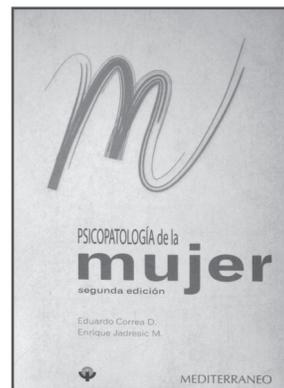
Es de esperar que el lúcido ensayo que nos presenta el Dr. Ojeda promueva una reflexión más profunda, en una época en la que la masiva producción de datos amenaza con oscurecer la visión de las líneas fundamentales del pensamiento psiquiátrico.

COMENTARIO DE LIBROS

PSICOPATOLOGÍA DE LA MUJER

Editores: **Eduardo Correa, Enrique Jadresic**
Ed. Mediterráneo. Santiago, 2005, 573 páginas

(Rev GU 2005; 1; 2: 134-136)



César Ojeda

Este libro de Editorial Mediterráneo tuvo una primera edición en el año 2000 en la Serie Roja de las Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, sello editorial fundado en 1990 y que entrega a los psiquiatras, neurólogos y neurocirujanos de Chile textos en diversas áreas de esas especialidades. En la edición original de *Psicopatología de la mujer*, tuve el honor de escribir una introducción. Sin embargo, el texto de Mediterráneo que comentamos ahora no puede considerarse una segunda edición, pues es cuatro veces más voluminoso, participan tres veces más autores y los temas abordados se han extendido considerablemente.

Con escasas excepciones, la mujer padece de “enfermedades mentales” en mayor proporción que el hombre, pero las padece en la mayoría de los casos en estrecha relación con algún aspecto del ciclo reproductivo: los ciclos hormonales, la fecundación, la gestación, el fenómeno de la maternidad y de la infertilidad natural (menopausia) o patológica. Así, pubertad, ciclo menstrual, vida sexual, embarazo, parto, puerperio, climaterio y menopausia parecen ser *locus fragiles* para la aparición de fenómenos psicopatológicos. Las enfermedades mentales en la mujer aumentan después de la pubertad y disminuyen después de la menopausia. Sin embargo, la vinculación señalada no crea algo así como una psicopatología de la mujer propiamente, pues la mayoría los cuadros clínicos psiquiátricos no difieren en su esencia de los que presenta el varón.

Otra cosa, y muy distinta, es que la mujer sí tenga especificidades psicológicas y comportamentales propias de su sexualidad e intensos conflictos derivados de

su condición de género. Y aquí encontramos un primer nudo en esta extensa obra. La primera parte, titulada “Aspectos generales”, tiene una orientación que podríamos denominar antropológica, si entendemos por ello los aspectos sociales, políticos e históricos que han discriminado a la mujer desde el inicio de los tiempos: pobreza, violencia, analfabetismo, acceso restringido al trabajo y a la educación, abuso psicológico, ausencia de derechos reproductivos, dominación en diversas esferas, etcétera. Frente a estos fenómenos, la distinción desarrollada en los primeros capítulos del libro, entre sexo (el hecho fáctico de ser mujer) y género, es crucial. Y lo es porque ser mujer es una categoría “natural” que abarca a todas las mujeres, en todas las épocas y condiciones. El género, en cambio, es la construcción social y cultural de las diferencias sexuales, las que son y pueden ser muy distintas de una cultura a otra y de una época a otra.

Es evidente que el género, para hombres y mujeres, es un constituyente ineludible en su existencia, pues en el ser humano la condición sexual siempre está configurada *de alguna forma* en las diversas culturas. Por lo mismo, el género no tiene sentido desde sí mismo sino que sólo lo alcanza por el género complementario y la compleja dinámica social desde allí derivada. Por lo mismo, la “masculinidad” es imposible de eludir si se desea esclarecer cualquier aspecto de la condición del género femenino. Sin embargo, el género masculino no parece suscitar un gran interés en la psicología y la psiquiatría, y este libro no es una excepción en eso. Lo “masculino” pareciera obvio y no necesitado de grandes reflexiones o estudios y, en los hechos, no es un tema destacado

para las instituciones sociales, encuentros, convenciones, cátedras ni movimientos políticos. Esta carencia recuerda la más conocida de las aserciones psicológicas en la génesis de numerosa patología psiquiátrica: el padre ausente.

Si entendemos a la erótica, justamente, como la sexualidad culturalmente encarnada, debemos concluir que no se trata de entender el género *sólo* desde las condiciones de vinculación social, laboral o política, sino además desde la manera en que se ejecuta el deseo sexual, la selección del otro, las regulaciones colectivas que el encuentro amoroso siempre tiene, y la manera de encarnar los roles derivados de tal encuentro y sus consecuencias.

LA MIRADA MÉDICA

Sin embargo, en el cuerpo de la obra la condición femenina de género no es la línea central, o, dicho con otras palabras, no parece cumplir un papel relevante respecto del objetivo perseguido, el cual es un concepto médico de los trastornos mentales en personas de sexo femenino.

En el apartado destinado a los aspectos neurobiológicos de la diferenciación sexual, se destaca que tal diferenciación (masculino / femenino) ocurre en un momento preciso del desarrollo cerebral y corporal, y en el que participan hormonas como la testosterona y que, como una especie de pubertad neuronal, determina una diferencia morfológica y funcional que gobierna la vida completa de una persona.

Desde allí el libro transita por el llamado trastorno disfórico pre-menstrual, por las psicosis menstruales, los trastornos depresivos y ansiosos en el embarazo y el puerperio, para continuar con los aspectos psicológicos en la infertilidad. Luego, diversos autores revisan la esquizofrenia, la epilepsia, el trastorno bipolar, las adicciones, los llamados trastornos somatomorfos, de estrés posttraumático y la forma en que aparecen en las mujeres. Lo que destaca de todos estos últimos capítulos es lo ya señalado: salvo aspectos menores, esas alteraciones no difieren mayormente de la forma en que se presentan en el sexo masculino.

No obstante, la patología que a nuestro juicio engloba con mayor riqueza el tema de este libro son los trastornos de la conducta alimentaria, que podrían gráficamente ser descritos con el término *disorexias*, es decir, una alteración (*dis*) en la incorporación del alimento (*orexis*). Como señalan las autoras de estos capítulos, su complejidad deriva, justamente, de la confluencia en ellas de la alteración de prácticamente todos los elementos de la feminidad incluyendo, en este caso

ineludiblemente, a la condición de género. Desde una perspectiva antropológica, la relación entre erótica y gastronomía ha sido desarrollada por Octavio Paz en un hermoso ensayo titulado *La mesa y el lecho*,¹ en el que establece una sugerente analogía entre el tipo de cocina, la erótica y los rasgos culturales predominantes de un país o región. A nivel psicopatológico, la bulimia ha sido considerada por Dörr como una perversión oral,² por su semejanza estructural con la masturbación: acto solitario, placentero y finalmente generador de culpa. También ha sido comparada con el ciclo de respuesta sexual en medio de la constricción cultural de la erótica, con una etapa de deseo, una de plenitud y luego una de resolución, acompañadas de sentimientos de culpa y vergüenza. Por su parte, la anorexia nerviosa ha sido considerada como la abstinencia, el autocontrol digno, el celibato, el rendimiento, la elegancia y el carácter aristocrático. En contraste, la bulimia sería algo así como una degradación, un descontrol de impulsos, una indignidad semejante al ciclo repetido de pecado y arrepentimiento.

No obstante, las analogías no terminan aquí: también se han relacionado las etapas de la bulimia con la preñez, la amenorrea y el parto; y la anorexia, con la negación de todo lo anterior y por lo tanto con la negación de la filiación. Entre los factores psicosociales se han destacado los patrones culturales que buscan la delgadez y la belleza en la mujer como condiciones de su feminidad, aunque, por otra parte —y paradójicamente—, ambas patologías presentan un rechazo a los caracteres sexuales secundarios, a la maternidad, a la menstruación y a la relación con los hombres. El permanecer en un estado pregenital, desarrollando una erótica regresiva oral, ya sea en el descontrol o la abstinencia, conforman en definitiva un panorama multifacético y complejo, con vínculos preferentemente diádicos y simbióticos con la madre, excluyendo al tercero (lo masculino de la figura del padre).

Un capítulo distinto tiene que ver con la controversia que genera hoy día la terapia hormonal de reemplazo en las mujeres menopáusicas, y sus posibles riesgos y ventajas. El climaterio y, específicamente, la menopausia, si bien no se relacionan con alguna patología mental específica (como se suponía ocurría con la depresión

¹ Paz O. La Mesa y el Lecho. En: *El Ogro Filantrópico*, Seix Barral, Barcelona, 1979.

² Dörr O. Sobre una forma particular de perversión oral en la mujer: hiperfagia y vómito secundario. *Rev. Chil Neuro-Psiquiat* 1994; 32: 365-380.

climatérica) tienen un fuerte impacto en patologías cardiovasculares, neoplásicas, de la estructura ósea, etcétera, pero especialmente, en las consecuencias psicológicas relacionadas con el envejecimiento en general.

Aunque siempre es difícil calificar un libro, en este caso se trata de una obra exhaustiva y muy bien realizada desde el punto de vista médico, en la cual los colegas podrán consultar temas relevantes en clínica y, especialmente, de manejo farmacológico. No obstante, desde una perspectiva psiquiátrica más amplia, es sabido que el sufrimiento que padecen las mujeres en relación con su identidad de género y durante los distintos momentos de su ciclo reproductivo, tiene que ver en importante medida con los vínculos amorosos

y, especialmente, con los vínculos eróticos: crisis matrimoniales, separaciones, soledad, viudez, búsqueda de pareja, ambigüedad frente al embarazo, vínculos de pareja violentos y paradójicamente estables, etcétera. Estos fenómenos están muchas veces en la base de la aparición de cuadros clínicos, especialmente depresivos y ansiosos. Sorprende que en el libro que comentamos no haya un capítulo destinado a las perturbaciones de la conducta sexual femenina, por lo demás muy frecuentes en la práctica clínica. Tal vez no sea una mala idea que los editores intenten una segunda parte de esta contundente obra, destinada a abordar con mayor profundidad los temas de género y sus relaciones con las perturbaciones psíquicas.

ENTREVISTA

LEDA COSMIDES¹ Y LA PSICOLOGÍA EVOLUCIONARIA: “MENTE, COMPORTAMIENTO Y CIENCIAS SOCIALES”²

(Rev GU 2005; 1; 2: 137-143)

Roberto Araya³ y Álvaro Fischer⁴

El modelo estándar de las ciencias sociales, también llamado del determinismo cultural, está siendo modificado por nuevas formulaciones provenientes de la biología, de la psicología y de las ciencias cognitivas. Ello ha sido básicamente influido por grupos de científicos que apoyan sus conceptualizaciones en principios evolucionarios. Entre sus más destacados exponentes están sin duda la psicóloga Leda Cosmides y su marido, el antropólogo John Tooby, quienes acuñaron el término psicología evolucionaria en el libro *The Adapted Mind* (La mente adaptada) que editaron en 1992 junto John Barlow. La siguiente entrevista ilustra parte de su pensamiento.

P. Usted y John Tooby están considerados entre los fundadores de la psicología evolucionaria. Según el filósofo Dan Dennett “su trabajo en psicología darwinista es de lo mejor que se ha hecho” y “parece haber desenterrado algunos fósiles de nuestro pasado Nietzscheano”.

¿Qué es la psicología evolucionaria, y por qué el saber que “nuestros cráneos hospedan una mente de la edad de piedra” sirve para entender a los humanos modernos?

R: La psicología evolucionaria es una aproximación a la psicología, en la que los conocimientos y principios de

¹ Leda Cosmides es conocida por su trabajo pionero en el campo de la psicología evolucionaria. Siendo una estudiante de pre-grado en Harvard, donde obtuvo su A.B. en biología (1979) y su Ph.D. en psicología cognitiva (1985), se interesó en la reconstrucción de la psicología desde la perspectiva evolucionaria. Realizó su tesis de postdoctorado con Roger Shepard en Stanford y fue miembro del Center for Advanced Study in the Behavioral Sciences, antes de trasladarse a la University of California, Santa Barbara (UCSB), lugar en el que ha estado en la facultad desde 1991. Cosmides ganó en 1988 el premio de la American Association for the Advancement of Science for Behavioral Science Research. En 1993 la American Psychological Association la distinguió por sus contribuciones a la psicología con el premio Early Career Contribution to Psychology, y el J. S. Guggenheim Memorial Fellowship. En 1992, junto a John Tooby, publicó *The Adapted Mind: Evolutionary psychology and the generation of culture*. Actualmente es profesora de psicología en la UCSB. Ella y John Tooby fundaron y co-dirigen el UCSB Center for Evolutionary Psychology.

² Originalmente publicada en: *Nuevos Paradigmas a Comienzos del Tercer Milenio*. Álvaro Fischer / Instituto de Ingenieros de Chile (Editores). Editorial El Mercurio-Aguilar, Santiago, 2004 (págs. 441-453). Publicación en GU autorizada por Leda Cosmides, por los autores y por el Instituto de Ingenieros de Chile.

³ Ingeniero Civil, Ph.D. en Ingeniería. Autor del libro *Inteligencia Matemática*. Ed. Universitaria, Santiago, 2000

⁴ Ingeniero Civil Matemático, Universidad de Chile, Empresario. Presidente del Instituto de Ingenieros de Chile (2000-2001). Miembro de la NY Academy of Science y de la Human Behavior and Evolution Society. Autor del libro *Evolución ... el Nuevo Paradigma*, Ed. Universitaria, Santiago, 2001.

la biología evolucionaria son utilizados para investigar la estructura de la mente humana. No es un área de la psicología, como podrían ser la visión, el razonamiento o el comportamiento social. Es una manera de pensar respecto de la psicología que puede ser aplicada a cualquier área de ella. Cuando los psicólogos evolucionarios hablan de "la mente", se refieren al conjunto de mecanismos procesadores de información corporizados en el cerebro humano, responsables de la actividad mental consciente e inconsciente, y generadores de todo nuestro comportamiento.

Lo que permite a los psicólogos evolucionarios ir más allá de las aproximaciones tradicionales al estudiar la mente es el uso intensivo que hacen en sus investigaciones de un hecho que normalmente es pasado por alto: que los programas que componen nuestra mente fueron diseñados por selección natural para resolver los problemas adaptativos que enfrentaron nuestros antecesores cazadores-recolectores. Esto nos insta a buscar programas apropiados para resolver problemas como la caza, la búsqueda de plantas alimenticias, el cortejo, la cooperación con los familiares, la formación de coaliciones para la defensa mutua, el evitar predadores, etcétera. Nuestra mente debería contener programas que nos transformen en buenos solucionadores de esos problemas, sin importar si son relevantes o no en el mundo moderno.

Al mismo tiempo, al comprender esos programas aprendemos a lidiar de manera más efectiva con circunstancias evolucionariamente novedosas. Por ejemplo, la única información disponible que los cazadores-recolectores tenían para estimar probabilidad y riesgo era la frecuencia, en número, de la ocurrencia de ciertos eventos. Y así, pareciera que nuestras "mentes de la edad de piedra" tienen programas diseñados para adquirir y razonar con información sobre frecuencias en números. Con eso, los psicólogos evolucionarios han podido desarrollar mejores maneras de comunicar complejos datos estadísticos modernos. Supongamos que alguien tiene una mamografía positiva. ¿Qué probabilidad tiene de que tenga un cáncer mamario? La manera típica de presentar la información relevante es en porcentajes, lo que hace difícil responderlo. Si uno dice que un 1% de las mujeres chequeadas al azar tiene cáncer mamario, y todas dan un examen positivo, pero hay un 3% de falsos positivos, mucha gente piensa erradamente que la persona que exhibe una mamografía positiva tiene un 97% de probabilidad de tener un cáncer mamario.

Ahora explicitemos la misma información en frecuencias absolutas, que es un formato ecológicamente válido para una mente cazadora-recolectora: de cada 1.000 mujeres, 10 tienen cáncer mamario y dan un test

positivo, y 30 dan un test positivo pero no tienen cáncer mamario. O sea, de 1.000 mujeres, 40 dan un test positivo y sólo 10 tienen cáncer mamario. Este formato deja en claro que si una persona tiene una mamografía positiva, la probabilidad que corresponda a un cáncer mamario es sólo 1 en 4, o sea, un 25%, y no un 97%. Como ve, la psicología evolucionaria tiene muchas aplicaciones prácticas y otorga muchas posibilidades para mejorar la vida.

P: Algunos expertos critican la aproximación evolucionaria porque sólo genera explicaciones "después del hecho" y que para cualquier rasgo uno siempre puede encontrar una explicación evolucionaria. ¿Cuál es su respuesta a esta crítica? ¿Puede la perspectiva evolucionaria ayudar a generar predicciones novedosas testeables sobre comportamiento animal o humano?

R: No hay nada de malo en explicar hechos ya conocidos: nadie critica a un físico que explica por qué brillan las estrellas o por qué las manzanas caen. La psicología evolucionaria no sería muy útil si sólo proveyera explicaciones de hechos ya conocidos, porque como de la mente prácticamente no se conoce nada, ¡hay muy pocos hechos que explicar! La fortaleza de la perspectiva evolucionaria es que puede ayudar al descubrimiento: permite generar predicciones respecto de qué programas contiene la mente y realizar experimentos para verificar la validez de esa predicción. Mi trabajo sobre subrutinas mentales para detectar "tramposos" es un ejemplo. La predicción de que podríamos tener subrutinas mentales buenas para detectar a quienes hacen trampa en situaciones de intercambio social (reciprocidad) surge fácilmente del modelo de Trivers sobre *altruismo recíproco*, que fue publicado en 1971. Pero en 1971 nadie sabía si nuestra mente tenía esos programas. Así que 10 años más tarde hice experimentos para probar su presencia. La existencia de programas para detectar tramposos no se conocía previamente; la aproximación evolucionaria permitió descubrirlos. Una explicación no puede ser "después del hecho" si el hecho no es conocido previamente.

¿Qué pasa con las explicaciones evolucionarias de fenómenos conocidos? Aquellos con conocimiento profesional sobre biología evolucionaria saben que no es posible "cocinar" después de los hechos explicaciones de cualquier rasgo. Hay restricciones importantes en las explicaciones evolucionarias. Más específicamente, cualquier explicación evolucionaria decente contiene predicciones testeables respecto del diseño de ese rasgo. Por ejemplo, la hipótesis de que las náuseas del embarazo son un subproducto de las hormonas prenatales, predice patrones de aversión a comidas distintos

de la hipótesis de que es una adaptación que evolucionó para proteger al feto de patógenos y toxinas de la comida al momento en que la embriogénesis del feto es más vulnerable, o sea, en el primer trimestre. Hacer hipótesis evolucionarias, ya sea para descubrir un nuevo rasgo o para explicar uno ya conocido, implica tener predicciones sobre el diseño de ese rasgo. La alternativa a eso, o sea, no tener hipótesis de la función adaptativa de algún rasgo, no implica ninguna predicción. Entonces, ¿cuál es la aproximación científica más restringida y sobria?

P: *Otros científicos sociales critican la aproximación evolucionaria al comportamiento humano porque está muy asociada a la biología. Ello ha llevado en el pasado, dicen, a proyectos sociales aberrantes, incluyendo el racismo o políticas de exterminio, y también conduciría al determinismo genético, calificado de reduccionista e incompatible con una visión humanista del mundo. ¿Qué responde a eso?*

R: En el mundo hay muchas personas con motivaciones perversas, que torcerán cualquier tipo de ideas que estén dando vuelta con el objetivo de apoyar sus propios fines. Hitler, por ejemplo, estaba más influido por nociones populares respecto de la "sangre" (que está en todas partes) que en un conocimiento biológico real. Sus ideas también estaban influidas por mitología y folklore nor-europeo, pero eso no significa que tales temas no deberían ser estudiados por los horribles propósitos para los que pueden ser usados.

Desde la Ilustración, las personas han estado tratando de construir puentes entre las disciplinas y, cuando lo hacen, surgen nuevas visiones y nuevos beneficios para la humanidad. ¿Se debería mantener a las artes de sanación separadas de la biología? Si así se hubiera hecho, no existirían los antibióticos y la medicina moderna. ¿Se debería separar la psicología de la biología? Si se hace, nunca entenderíamos cómo funciona la mente, y en consecuencia nunca sabríamos cómo hacer menos probable la guerra, cómo curar el autismo, cómo hacer inteligible el riesgo, o cómo prevenir el racismo, por nombrar algunos de los problemas en los que la psicología evolucionaria ha hecho progresos. Es más, si mantenemos a la psicología separada de la biología, la gente continuará creyendo que la "raza" es un concepto razonable, contrastando con lo que los biólogos de población nos dicen, que la humanidad no está dividida en distintas "razas".

Con respecto al determinismo genético, esta es una frase sin significado. Los psicólogos evolucionarios creen que el comportamiento es el producto conjunto de la información proveniente del medio y de los pro-

gramas que hay en nuestras cabezas. Estos programas, a su vez, fueron creados durante nuestras vidas a través de interacciones dinámicas entre nuestros genes y el medio. Los genes que hoy tenemos son función del medio ambiente existente en el pasado, el que a través de largos períodos, seleccionó y retuvo algunos y eliminó a otros. Este conjunto de proposiciones no es particularmente controversial y cualquier psicólogo, evolucionario o no, estaría de acuerdo con él. ¿Es esto "determinismo genético"? Uno podría llamarlo igualmente "determinismo ambiental", pues el ambiente seleccionó a los genes, el ambiente fue un factor crucial para construir los programas mentales y el propio ambiente les sirve de *input*. Pero, ¿por qué llamarlo "determinismo"? Decir que nuestras decisiones las tomamos basadas en información procesada en nuestras mentes es un halago y no un insulto. ¿Es acaso más "digno" o más "humano" pensar que todo lo hacemos al azar? ¿No nos haría eso algo menos que seres racionales?

P: *Usted ha adoptado la visión computacional de la mente que considera al cerebro como una máquina que procesa información. Muchos psicólogos y neurobiólogos critican esta visión como pasada de moda y adoptan la idea de una mente "corporizada" o "húmeda", en la que las palabras "representación" e "información" son más bien prohibidas, y el software no es independiente del hardware. ¿Qué piensa usted de esta crítica?*

R: Cuando la gente afirma que el *software* no es independiente del *hardware* no sé realmente a qué se refieren. Es obviamente cierto que nuestros programas mentales están corporizados en nuestro tejido neuronal. Pero uno igual necesita describir esos programas: qué información reciben como *input*, qué inferencias hacen, qué reglas de decisión gatillan, qué comportamiento generan. La función del cerebro es generar comportamiento sensitivamente contingente a la información que recibe del medio. ¿Cómo se puede prohibir palabras como información y aún así pretender estudiar lo que la mente está diseñada para hacer?

Alguna gente cree que los avances en la neurociencia pondrá restricciones al tipo de programas que nuestros cerebros puedan implementar. Cuando la neurociencia avance un poco más, es posible que eso ocurra. Pero en este momento esas afirmaciones están terriblemente infladas. Más aún, quienes las hacen normalmente no están familiarizados con la extraordinaria variedad de comportamiento animal. Hay pájaros que navegan siguiendo las estrellas, murciélagos que vuelan por sonar, monos langur que cometen infanticidio, monos tití que no lo hacen; hay leones que cazan en manadas, gepardos que cazan solos, hay gibones mo-

nógamos, caballos marinos poliándricos y gorilas poligínicos. Hay millones de especies animales sobre la Tierra, cada una con una forma de vida diferente, altamente compleja.

No es posible que el mismo conjunto de programas haga que el gepardo cace solo, los leones en manadas y las gacelas sencillamente no lo hagan. Para que esa diversidad de comportamiento se dé en las especies, cada especie debe tener un conjunto distinto de programas cognitivos. Y, sin embargo, todos esos programas están corporizados en el mismo tejido neuronal básico. Por eso es que creo que el conocimiento del tejido neuronal no será en sí mismo suficiente para dar cuenta de cuáles programas existen en nuestra mente y cuáles no.

P: La psicología evolucionaria es contraria a la afirmación básica del modelo estándar sobre la naturaleza humana, que la mente es capaz de "aprender" cualquier patrón externo (cultural) que se le presente. ¿Puede usted explicar cómo el post-modernismo y el estructuralismo, por nombrar algunas teorías, no son compatibles con la visión evolucionaria de nuestro comportamiento?

R: Algunas cosas las aprendemos muy fácilmente. Todos aprendemos nuestra lengua natal en los primeros 4 años de vida, sin que se nos enseñe, sin ir al colegio. Otras cosas son más difíciles de aprender: leer, el cálculo y el ajedrez requieren instrucción explícita, y no todos logran dominarlos. Para entender el aprendizaje, uno debe entender los programas que lo causan. Y esos programas cambian según el dominio. Si uno quiere la sociedad, requiere entender esos programas más que denunciarlos. Aún no sabemos lo suficiente para afirmar que algún conjunto de ideas es "inaprendible", pero si entendemos cómo funciona el aprendizaje en distintos dominios, podremos encontrar formas de enseñar cosas que hoy parecen difíciles (como en el ejemplo de las probabilidades).

No tengo problemas con el objetivo postmoderista de entender cómo las ideologías y las relaciones de poder afectan los discursos de la sociedad, e incluso creo que la psicología evolucionaria puede contribuir mucho a lograrlo. Tampoco tengo problemas con la noción de que ciertos conceptos son "construidos socialmente". Pero para entender cómo ello ocurre es necesario entender nuestros programas cognitivos evolucionados, qué información es sustituida por otra, y qué información es generada por inferencias evolucionadas que van más allá de la información proveniente del medio cultural.

Sí tengo problemas con la noción que todo lo que hay en nuestras mentes se fue generando "exteriormente"; la información del medio es demasiado inde-

terminada para que esa proposición funcione. También tengo problemas con la afirmación de que todo es aprendido usando el mismo programa (¡siempre no especificado!) y que todas las ideas son igualmente fáciles de aprender. Esta idea de una mente "equipotencial" se sabe que es errada. Y hablando de implicaciones políticas nocivas, la idea de equipotencialidad apoyó los más grandes derramamientos de sangre del siglo XX: ¿Cuántos millones murieron porque un Stalin, un Mao o un Pol Pot creyeron que sería fácil moldear la naturaleza humana a su voluntad?

P: Mucha gente asume implícitamente que la mente es una solucionadora general de problemas. Usted sugiere, en vez de ello, que la mente contiene una serie de algoritmos de dominio específico, y ha utilizado la analogía del "cortaplumas suizo" para describirla. ¿Qué quiere decir con ello?

R: El cortaplumas suizo es una herramienta flexible. Su flexibilidad no proviene del hecho de que una misma herramienta se aplique para todos los problemas. Por el contrario, es una agrupación de herramientas, cada una bien diseñada para resolver un problema diferente: tijeras para cortar papel, sacacorchos para abrir el vino, mondadientes para limpiar los dientes, etcétera. Cada una resuelve un problema bien, y así otorga flexibilidad para abordar problemas en general. De manera similar, la mente humana no tiene una única herramienta para resolver todos los problemas, y si así fuera, sería muy limitada. La mente humana contiene un gran número de programas, cada uno diseñado para resolver un problema adaptativo diferente: elegir pareja, cuidar a los niños, buscar alimento, evitar predadores, navegar un territorio, formar coaliciones, comerciar, defender a la familia de agresiones, etcétera. Somos solucionadores flexibles de problemas, en parte porque tenemos mentes que tienen muchas herramientas bien diseñadas.

Sin embargo, me he dado cuenta de que algunas personas entienden mal la metáfora del cortaplumas suizo, pues creen que lo que se afirma es que estos programas no comparten información o no trabajan en conjunto. Esos programas de dominio específico, aunque sean funcionalmente especializados, producen comportamiento actuando en conjunto. Comparten información, se la pasan y se la devuelven, etcétera.

P: El biólogo Lee Dugatkin ha mostrado cómo ciertos peces, con cerebros minúsculos, pueden imitar la elección de pareja de individuos más viejos de la misma especie, que han sido artificialmente engañados para elegir parejas distintas de lo que sus programas genéticos les indican; esto sugiere que la transmisión (imitación) cultural y las

interacciones gen/cultura han sido subestimadas en la biología evolucionaria. ¿Qué opina de esas fuerzas? ¿Son capaces de anular algoritmos de dominio específico producidos por selección natural, desafiando así su crítica al modelo estándar?

R: Sospecho que los programas que hacen que esos peces imiten esas elecciones de pareja son también de dominio específico. La gente cree que la capacidad de imitar es fácil de introducir a un cerebro, pero no lo es. Requiere programas muy sofisticados, que se adhieren a información muy estrechamente definida, descartando un gran volumen de ella. (Nótese que esos peces están adquiriendo criterios de elección de pareja, no de elección de comida, de estrategias para evitar depredadores, de métodos de nadado, de rutinas de búsqueda de alimento, etcétera, y no están confundiendo lo que es buena comida con lo que es buena pareja). Así que no creo que la imitación anule algoritmos de dominio específico, creo más bien que son algoritmos de dominio específico los que la hacen posible.

P: Usted y sus colegas han exhibido evidencia empírica respecto de un módulo mental para “detectar tramposos”, muy relacionado con el altruismo recíproco y la cooperación social. ¿Puede este módulo ayudarnos a entender cómo se teje nuestra vida social? ¿Permite esto la coexistencia en nuestro comportamiento del egoísmo y el altruismo (dependiendo del contexto social)?

R: La teoría de juegos evolucionaria muestra que el intercambio social (el comercio o la cooperación de mutuo beneficio) no puede evolucionar a menos que aquellos que otorgan beneficios sean capaces de detectar tramposos (individuos que reciben los beneficios sin reciprocación) para evitar ser explotados por ellos en el futuro. Un programa diseñado para provocar conductas que signifiquen un costo reproductivo a quien las realiza para beneficiar la reproducción de otros, incluso la de quienes nunca devuelven los favores, no podría ser seleccionado.

Los humanos damos por sentado el hecho de que podemos ayudarnos mutuamente intercambiando bienes y servicios. Pero muchos animales no pueden involucrarse en ese tipo de comportamiento, porque no poseen los programas que lo hacen posible. Me parece que esta habilidad cognitiva humana es uno de los mejores motores de cooperación que muestra el mundo animal. Cuando no hay coerción el intercambio se produce porque cada persona quiere lo que el otro tiene, y cada uno está mejor después de la transacción que antes (de otro modo no accederían a realizarla). Cuando esto se combina con la tecnología moderna, entonces personas de

distintos extremos del globo se pueden ayudar unas a otras. Es cierto que personas que producen el mismo bien están en competencia entre ellos, pero compiten por la oportunidad de mejorar las vidas de aquellos que quieren esos bienes. De modo que todos mejoramos y mejoramos (a través de la historia) al ayudarnos entre nosotros. Comparado con el resto de las especies, esto no me parece a mí una mala *performance*.

P: Usted definió una emoción como un “programa de jerarquía superior cuya función es dirigir las actividades e interacciones de los programas subordinados que gobiernan la percepción: atención, inferencia, etcétera”. Según usted, ¿podríamos en principio construir un algoritmo de jerarquía superior que introduzca emociones y sentimientos a los robots? Si es así, ¿qué condiciones debería cumplir ese programa?

R: Sí, podríamos proveer emociones a un robot, pero en el sentido que yo le doy a ese término. En realidad, es lo que tendríamos que hacer si quisiéramos construir un robot que se involucre de manera flexible en distintos tipos de comportamiento. ¿Tendría nuestra misma fenomenología? ¿“Sentiría” lo mismo que nosotros cuando estamos enojados o contentos? No lo sé. Pero tampoco sé si lo que siente otra persona al ver el color rojo es lo mismo que siento yo (aunque, dado un conjunto de chips de colores, sí puedo saber que ambos pensamos que el rojo es más similar al morado que al verde, o sea, que las relaciones funcionales entre nuestras percepciones de los estímulos son las mismas).

Los científicos han progresado en su comprensión de la visión en colores, aunque no puedan resolver los problemas de la *qualia* de la experiencia, los problemas fenomenológicos. De la misma manera, John Tooby y yo estamos sugiriendo que los científicos podemos avanzar en el entendimiento de las emociones, aun cuando no podamos, como tampoco pueden los científicos de la visión, resolver los problemas fenomenológicos involucrados.

P: El psicoanálisis es no sólo una terapia conocida mundialmente sino también una aproximación a entender la mente. ¿Qué puede decirnos de su valor científico y predictivo? ¿Es compatible con la psicología evolucionaria?

R: Muchos psicoanalistas asisten a las conferencias de psicología evolucionaria. El propio Freud se veía a sí mismo aplicando el pensamiento darwiniano a la mente. A pesar de que la biología evolucionaria ha progresado mucho desde Freud, algunas de sus intuiciones siguen siendo valiosas; otras, como la idea que cada niño(a) secretamente desea tener sexo con

su madre (padre), no tiene sentido a la luz del conocimiento actual respecto de la evolución del instinto para evitar el incesto. De manera más general, la psicología evolucionaria puede ser eventualmente la base para construir maneras incrementalmente mejores para ayudar a personas que sufran emocionalmente. Y supongo que ése es el objetivo central del psicoanálisis. Por ello, podemos decir que los objetivos de la psicología evolucionaria y el psicoanálisis sí son compatibles, y muchas de sus suposiciones (por ejemplo, que la mente contiene programas de dominio específico) también lo son. En la actualidad, difieren más bien en lo que afirman respecto del diseño de esos programas.

P: ¿Es la conciencia una adaptación, un subproducto o un efecto aleatorio? Si es una adaptación, ¿cuál es su valor adaptativo? ¿Puede una máquina estar consciente?

R: Si por "conciencia" se refiere a la *qualia* de mi experiencia, a mi sensación de ser un "yo", no puedo contestar la pregunta, así como tampoco lo pude hacer con las preguntas sobre la fenomenología del rojo y el verde, el enojo o la alegría. Pero hay otros significados para el término. Uno es el *pool* de información al que pueden tener acceso muchos programas de inferencia diferentes. Otro, es la habilidad para meta-representar información, para suponer cosas que no son (todavía) ciertas, para representar las creencias de otras personas (por ej., "yo creo que usted piensa que hay chocolates en esa caja"), y para imaginar situaciones ficticias o contra-factuales, todo ello sin confundirse entre lo que es real y lo que no es.

Este tipo de proposición puede ser probada empíricamente y se pueden tener hipótesis alternativas respecto de la función adaptativa de la maquinaria computacional que lo hace posible. No sé si otros animales tienen programas con esas propiedades (supongo que los chimpancés los tienen de manera limitada), y no hay manera de saberlo sin decir primero a qué programas se refiere, para luego hacer las pruebas con la especie en cuestión. Pero sí, esos programas pueden existir en máquinas, y esas máquinas estarían "conscientes" en ese sentido. Pero cuando me hacen esta pregunta, creo que lo que realmente quieren saber es si esas máquinas experimentarían la sensación de estar conscientes, y si eso tendría "significado" para ellas. Esa es una pregunta mucho más complicada.

P: Usted ha dicho que en el futuro la psicología evolucionaria pasará a llamarse simplemente psicología, porque no habrá diferencias entre ellas. ¿Puede elaborar más ese

punto y decirnos qué viene hacia adelante en términos de desafíos y aplicaciones prácticas para la psicología evolucionaria?

R: En algún instante la biología evolucionaria será una parte estándar del entrenamiento en psicología, así como cada biólogo necesita saber física y química. Los biólogos no aprenden física y química porque la biología se pueda "reducir" a esas disciplinas. Las aprenden porque enriquecen su entendimiento de los procesos biológicos. Ese mismo enriquecimiento ocurrirá cuando los psicólogos aprendan biología evolucionaria (y también cuando los biólogos aprendan más ciencias cognitivas).

Cuando los psicólogos entiendan biología evolucionaria sabrán cómo plantear las preguntas sobre valor adaptativo, y se harán preguntas sobre la mente que ahora no se hacen. Buscarán programas que ninguna persona lega en conocimientos evolucionarios sospecharía que existen. En ese momento no tendrá sentido seguir hablando de psicología evolucionaria. Será simplemente psicología. Pero ya no seguirá estando aislada del resto del conocimiento humano. La psicología será, en ese momento, una disciplina integrada; una que habrá tomado con confianza su lugar entre las disciplinas valiosas del saber, contribuyendo a crear los puentes que enriquecen a las otras y a nosotros mismos.

PUBLICACIONES SELECCIONADAS DE LEDA COSMIDES

- Lieberman, D., Tooby, J. & Cosmides, L. (2003). Does morality have a biological basis? An empirical test of the factors governing moral sentiments relating to incest. *Proceedings of the Royal Society London (Biological Sciences)*, 02PB0795, 1-8.
- Stone, V., Cosmides, L., Tooby, J., Kroll, N. & Knight, R. (2002). Selective Impairment of Reasoning About Social Exchange in a Patient with Bilateral Limbic System Damage. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. (August, 2002).
- Sugiyama, L., Tooby, J. & Cosmides, L. (2002). Cross-cultural evidence of cognitive adaptations for social exchange among the Shiwiar of Ecuadorian Amazonia. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. (August, 2002).
- Klein, S., Cosmides, L., Tooby, J., & Chance, S. (2002). Decisions and the evolution of memory: Multiple systems, multiple functions. *Psychological Review*, 109, 306-329.
- Kurzban, R., Tooby, J. & Cosmides, L. (2001). Can race be erased?: Coalitional computation and social categorization. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98(26), 15387-15392. (December 18, 2001).
- Fiddick, L., Cosmides, L., & Tooby, J. (2000). No interpretation without representation: The role of domain-specific representations and inferences in the Wason selection task. *Cognition*, 77, 1-79.
- *Metarepresentations: A multidisciplinary perspective*. (pp. 53-115.) Vancouver Studies in Cognitive Science. NY: Oxford University Press.

- Tooby, J. & Cosmides, L. (1992). The psychological foundations of culture. In J. Barkow, L. Cosmides, & J. Tooby (Eds.), *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture*. New York: Oxford University Press.
- Cosmides, L., Tooby, J. & Barkow, J. (1992). Evolutionary psychology and conceptual integration. In J. Barkow, L. Cosmides, & J. Tooby (Eds.), *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture*. New York: Oxford University Press.
- Tooby, J. & Cosmides, L. (1990). On the universality of human nature and the uniqueness of the individual: The role of genetics and adaptation. *Journal of Personality*, 58, 17-67.

PSICOPATOLOGÍA

EL SENTIDO DE LA “PSICOPATOLOGÍA GENERAL” DE KARL JASPERS¹

(Rev GU 2005; 1; 2: 144-147)

Mario Vidal²

Jaspers comienza su libro definiendo la Psicopatología como una ciencia empírica, ciencia de hechos reales que se dan en un aquí y ahora. Se distingue, entonces, de las ciencias formales que no se ocupan de hechos sino de entes ideales (lógica, matemáticas) y se distingue también de la psiquiatría práctica, la que apoyada en los conocimientos que le entregan la psicopatología y otras ciencias empíricas, tiene algo de pericia o de arte, no totalmente comunicable en conceptos claros y distintos. Como toda ciencia, la psicopatología se define por su objeto y método. El objeto de la psicopatología es todo lo que acontece en el hombre psíquicamente enfermo.

El hombre psíquicamente enfermo deberá mostrarse en aspectos, o dimensiones, particulares. La *pluridimensionalidad del objeto* de la psicopatología se corresponde con el *pluralismo metodológico* necesario para su estudio.

LA CUESTIÓN DEL MÉTODO

Jaspers define la ciencia moderna por ser un saber metódico: “sólo conozco científicamente cuando conozco al mismo tiempo el método por virtud del cual tengo ese conocimiento y, por tanto, puedo fundamentarlo y mostrarlo en sus límites”.

La cuestión del método cruza todo el texto de Jaspers. Más que una acumulación de conocimientos, lo

que interesa es desarrollar una *conciencia metódica*. El saber de algo a veces se entiende como que fuera la aprehensión de la cosa misma, independiente del observador. Debe quedar claro que se conoce sólo lo que hace posible el método; no es la realidad en sí misma sino una perspectiva de esa realidad, la que queda abierta a nuevas investigaciones. No basta aplicar un método, hay que saber lo que puede entregar ese método, reconociendo sus límites y la necesidad de complementarse con otros modos de aprehensión.

POSICIÓN SINGULAR DE LA PSICOPATOLOGÍA

Las ciencias empíricas –desde Dilthey³– se han separado, aunque con límites imprecisos, en dos grandes

¹ Este artículo corresponde al capítulo introductorio que el autor escribe en su libro *Para leer a Jaspers: Invitación a la Psicopatología General*. Editorial Universitaria, Santiago, 2003.

² Departamento Psiquiatría y Salud Mental, División Sur Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

³ W. Dilthey: Psicología y teoría del conocimiento. Fondo de Cultura Económica. México. 1951

categorías: ciencias naturales y ciencias espirituales (o del hombre). En las primeras, los órganos de los sentidos –o algún instrumento de experimentación– captan hechos físicos distintos que tienden a mostrarse simultánea o sucesivamente. La conexión causal entre ellos no se capta directamente y debe añadirse un recurso intelectual: a partir de inferencias inductivas –de lo particular a lo general– se plantean *hipótesis explicativas*, por lo general varias, de las cuales una –la que mejor cumpla con las pruebas de verificación– termina imponiéndose, hasta que surja otra hipótesis de mayor validez. La psicología no necesita hipótesis explicativas, la *conexión* es lo primario y lo secundario son los miembros conectados; la conexión entre los hechos psíquicos es algo originario, la relación se vive directamente como algo evidente en sí misma. La naturaleza la *explicamos* a partir de hipótesis que se introducen desde afuera en los hechos observados; la vida psíquica la *comprendemos* desde adentro en esa experiencia primaria de conexión.

Para Jaspers la psicología y la psicopatología no sólo estudian cómo se relacionan hechos psíquicos, también estudian las bases biológicas del acontecer psíquico, sano o enfermo. La comprensión, por ejemplo, de una conducta (qué relación de sentido tiene con el significado de la situación que vive ese sujeto) es un aspecto del problema; la explicación de las causas neurofisiológicas de esa conducta es otro aspecto.

Jaspers ha insistido que la psicopatología, y ésta es su *peculiaridad*, tiene que ser explicativa (con métodos propios de las ciencias naturales) y, a la vez, comprensiva (con métodos propios de las ciencias del hombre).

Para la formación del médico, excesivamente centrado en los aspectos biológicos del hombre, se hace muchas veces difícil aceptar esta doble perspectiva, que estaría apuntando a un dualismo psique-soma, a las dos “sustancias” (*res extensa* y *res cogitans*) cartesianas, que a estas alturas parece algo definitivamente superado en el pensamiento científico. Para Jaspers, *psique* y *soma* constituyen una unidad indisoluble e innegable; son sus modos de aprehensión, los métodos que se requieren para estudiarlos, los que discurren por dos líneas separadas.

Contra la tendencia a no reconocerle estatus científico a las ciencias del hombre, dice Jaspers: “Se identifica falsamente ciencia y las ciencias de la naturaleza. Tanto más cuanto que algunos psiquiatras acentúan el carácter científico natural de sus maneras de conocimiento, especialmente allí donde ésta falta de hecho: en las nociones fisiognómicas, en las relaciones comprensibles, en la caracterología. La ciencia natural está limitada a la naturaleza como manifestación somática,

que es causalmente captable. Ahora bien, las ciencias naturales son fundamento y elemento esencial de la psicopatología, pero también lo son las ciencias del espíritu, y por eso la psicopatología no es de ninguna manera menos científica, sino que es *también* científica de otra manera. La ciencia adquiere figura extraordinariamente diversa. Según el método es distinto el objeto y el sentido del conocimiento. Se equivoca uno cuando se hace jugar el uno contra el otro, cuando se exige del uno lo que hace sólo el otro. La actitud científica está lista para todo camino y exige sólo aquellos criterios generales de la ciencia: validez general, noción conminatoria (demostrabilidad), claridad metódica, discutibilidad inteligible”.

Y en otra parte, Jaspers agrega: “En realidad, en la psicopatología se reúnen los métodos de casi todas las ciencias. Biología y morfología, medición, estadística y matemáticas, ciencias del espíritu comprensivas, métodos sociológicos, todos encuentran su aplicación en ella. Esta dependencia de la psicopatología de las otras ciencias, cuyos métodos y conceptos se le aplican, es constitutiva para ella. Tiene que ver con el ser humano entero, ciertamente con el ser humano enfermo. Lo propio de ella puede destacarse claramente tan sólo dentro de los cuadros de la interpretación aportados de todas partes... El vehículo sociológico de ese conocimiento es la práctica de los hospitales, clínicas, sanatorios, consultorios médicos y psicoterapéuticos”.

PREJUICIOS Y PRESUPOSICIONES

Ningún conocimiento nuevo parte de cero. El que está conociendo aporta un saber previo a ese conocimiento. Si lo que aporta falsea la objetividad del saber nuevo se habla de prejuicios; si facilita una mejor aprehensión del objeto, se habla de presuposiciones.

El psicopatólogo debe capacitarse para identificar y esclarecer los prejuicios y poder así eliminarlos. Las presuposiciones deben ser comprendidas como condiciones para conocer, y aceptadas como hipótesis pero no como un conocimiento probado.

Como ejemplos frecuentes de prejuicios se señalan los siguientes:

Prejuicio filosófico. A partir de una determinada concepción del hombre pueden surgir tendencias moralizantes o teológicas (la enfermedad mental como “pecado”; ciertas conductas anormales vistas como “vicios”, etc.). El conocimiento científico se mueve en el eje verdad-error y no en el eje bueno-malo; el psicopatólogo, en cuanto procura un saber objetivo, debe mantener clara la separación entre conocer y valorar.

Prejuicio teórico. En ciencias naturales son válidas las teorías que tratan de concebir unitariamente un campo de investigación dado (teoría celular, teoría atómica, etc.). En psicología y psicopatología no existe ninguna teoría unitaria de la vida psíquica como un todo; sólo se conocen aspectos particulares captados por métodos singulares. A veces se confunden las hipótesis –construcciones auxiliares para alcanzar conocimientos limitados– como una teoría del todo. A partir de ese prejuicio, todo empieza a verse en función de la teoría: lo que no encaja es descartado, o bien es interpretado con nuevas construcciones auxiliares que, como sea, confirman la teoría.

Prejuicio somático. Se parte del principio que la verdadera realidad del hombre –el animal que ocupa el peldaño más elevado en la escala zoológica– es el acontecimiento somático; lo psíquico como tal no se puede investigar, es solamente subjetivo. Se niega la especificidad de lo psíquico y, con ello, la singularidad del ser humano. (Un problema clave tanto para la psicopatología como para la psiquiatría y que será retomado en el último capítulo.)

Prejuicio psicológico. Todo lo que ocurre en el hombre –incluso su funcionamiento somático– se intenta comprender en términos psicológicos. Como variante, el prejuicio intelectualista: se supone que toda conducta es comprensible a partir de motivos racionales, lo que lleva a desconocer otras realidades tanto o más significativas: impulsos irracionales (no conscientes), estados de ánimo (no motivados desde afuera), etc.

Prejuicio representativo. A partir de imágenes y comparaciones se busca dar una representación objetiva de alguna realidad psíquica: “estratos” del alma; “energía” psíquica que puede fijarse, desplazarse, transformarse. Mientras se los vea como una manera figurada de señalar lo psíquico, son válidos y útiles; el prejuicio representativo surge cuando dejan de ser metáforas y se los toma como realidades empíricas.

En la base de estos prejuicios se encuentran dos actitudes humanas básicas que pueden llevar a esos desvíos logicoformales. Por una parte, la búsqueda de seguridad refugiándose en lo infinito: en su forma más corriente lleva a describir todo lo descriptible (detallismo innecesario en el análisis fenomenológico, historias clínicas interminables que no ayudan a ver lo que realmente sucedía en ese caso) o a revisiones bibliográficas exhaustivas no guiadas por una idea (donde no se reconoce lo ya dicho con otras palabras, o se amonto-

nan citas sin jerarquizar su importancia). En una forma más engañosa se puede caer en la infinitud del todo posible, que lleva al prejuicio teórico de querer explicarlo todo con sistemas cerrados donde no cabe ninguna posibilidad de refutación.

Por otra parte, la voluntad humana de imponer su autoridad puede deslizarse a generalizaciones absolutas –reducir lo complejo a un solo punto de vista– haciendo de un método de investigación el único válido o extendiendo la validez de un conocimiento particular a otros conocimientos particulares –pasando por alto, así, la interdependencia de todo conocimiento con su método de aprehensión.

ESTRUCTURA DEL TEXTO

La multiplicidad de métodos exigidos para el estudio de la psicopatología es tomada como base para organizar el *corpus* de conocimientos que se entrega en el libro.

Los diversos métodos son separados en tres grupos:

- Aquellos destinados a la aprehensión de distintos tipos de hechos particulares, tanto subjetivos (vivencias) como objetivos (rendimientos cognitivos, manifestaciones expresivas, conductas explícitas, entre otros).
- Aprehensión de las relaciones en que entran los hechos psíquicos: entre sí (relaciones comprensibles) y con el cuerpo (relaciones explicativas).
- Captación de totalidades relativas a esos hechos particulares (estado de la conciencia, inteligencia, imagen y concepción del mundo), relativas a sus relaciones (caracterología, teorías explicativas) y otras relativas a la enfermedad mental (nosología) y de aquellos factores que pueden modificarla (biografía, constitución psicofísica, etc.). En capítulo aparte se analizan los condicionamientos y repercusiones sociales de las enfermedades psíquicas.

La psicopatología debe ocuparse de todos esos diferentes aspectos de la vida psíquica enferma, y no sólo de algunos de ellos. Jaspers critica tenazmente cualquier forma de reduccionismo: tomar como único objeto de la psicopatología, por ejemplo, las vivencias subjetivas, o las conductas objetivas, o las relaciones comprensibles, o las bases neurofisiológicas de los trastornos mentales, o los condicionamientos sociales de esos mismos trastornos, etc.

Pero el todo del hombre psíquicamente enfermo no surge de la suma ni de ninguna combinación de esos múltiples aspectos que entrega la investigación empí-

rica, sea biológica, psicológica o sociológica. El conocimiento científico tiene un límite, más allá del cual está lo incognoscible para la investigación empírica –siempre referida a lo particular– y que queda abierto a la reflexión filosófica.

En el último capítulo Jaspers hace ver la importancia de leer filosofía, y no para seguir a un determinado autor o escuela filosófica, sino concretamente para adquirir una *conciencia filosófica*, una actitud crítica frente al fundamento de todo saber; en el fondo, para desarrollar una actitud metodológica que sabe los límites y las posibilidades del conocer científico. En palabras de Jaspers: “La relación entre filosofía y ciencia no es tal que los estudios filosóficos pueden encontrar su aplicación en la ciencia –un esfuerzo siempre infecundo, aun cuando repetido en todo tiempo para cambiar de nombre filosóficamente a los hechos empíricos–, sino tal que el filosofar produce una actitud interior provechosa para la ciencia por el establecimiento de límites, la conducción interior, la base alentadora del deseo ilimitado de saber. Una lógica filosófica debe comportarse indirectamente como lógica concreta, no necesita preocuparse de la filosofía porque ésta le enseñe algo positivo para su ciencia sino porque le forma espacio interior libre para sus posibilidades de saber”.

MISIÓN DE UNA CULTURA PSICOPATOLÓGICA

Contra toda dogmática del saber –exposición de conocimientos dados como definitivos– Jaspers se propone taxativamente ayudar a adquirir una cultura del *ver* y *pensar* en términos psicopatológicos.

El que se inicia en el campo de la psicopatología debe ser educado en el arte de la observación psicológica. Observar es distinguir lo idéntico de lo semejante (oposicionismo y negativismo se parecen pero no son idénticos, por ejemplo). La distinción no es un asunto de ordenamientos abstractos, de definiciones lógicas; se apoya en la aprehensión de cualidades palpables, perfectamente captables para quien esté entrenado en la observación.

La descripción detallada de lo observado dará paso, luego, a la elaboración racional de conceptos, los

que deberán ser continuamente reflexionados: qué se conoce, cómo se llegó a ese conocimiento, alcances y límites de cada método, diferencias entre conocer y valorar, diferencias entre investigación empírica y esclarecimiento filosófico, etc.

Tanto los hechos distinguidos por la observación como los conceptos elaborados por la razón deben ser comunicados en términos unívocos –no un mismo término para realidades distintas, no distintos términos para una misma realidad– condición indispensable para el intercambio de conocimientos dentro de la comunidad científica y su sedimentación en el saber colectivo. Para Jaspers, la necesidad de una terminología unívoca no es un problema que pueda resolver alguna comisión ad hoc, sino que pasa por una descripción detallada, depurada, de lo observado y su elaboración en conceptos claros y distintos, tarea urgente pero aún pendiente.

Jaspers resume el sentido de su libro con las siguientes palabras: “La psicopatología general no tiene la misión de recapitular todos los resultados sino de formar un todo. Su función consiste en el esclarecimiento, la ordenación, la cultura. Tiene que esclarecer el saber en los tipos básicos de los hechos y en la multiplicidad de los métodos, resumirlos en ordenamientos naturales, y finalmente llevarlos a la autoconciencia en el todo cultural del hombre. Cumple así una tarea específica que va más allá de la investigación especial del conocer. No basta una mera agrupación didáctica, aprovechable práctica y mnemotécnicamente sino sólo aquella formación didáctica que coincide con la captación esencial de la cosa”. Y más adelante: “Mi libro quisiera ayudar al lector a adquirir una cultura psicopatológica. Es ciertamente más simple aprender un esquema y estar a la altura de todo aparentemente con un par de consignas. La cultura nace del conocer los límites en el saber ordenado y en la capacidad mental intuitiva que puede moverse en todas las direcciones. Para la cultura psiquiátrica hace falta la propia experiencia con el dominio de la intuición alerta en todo instante –eso no puede darlo ningún libro– y luego la claridad de conceptos y la movilidad multilateral de la aprehensión –esto último es lo que quisiera fomentar mi libro–.”

EPISTEMOLOGÍA

METODOLOGÍAS EN PRIMERA PERSONA: QUÉ, POR QUÉ, CÓMO¹

(Rev GU 2005; 1; 2: 148-160)

Francisco Varela² y Jonathan Shear³

NOTA DEL EDITOR

Para GU es un honor presentar a los lectores el artículo de Francisco Varela y Jonathan Shear que fue publicado como introducción al Número Especial del *Journal of Consciousness Studies*, 6, Nº 2-3, de 1999, y que posteriormente apareció en el libro que bajo el título *The view from Within: first-person approaches to the study of consciousness*, recogió todos los trabajos allí presentados. Ese libro, editado por los mismos autores mencionados, apareció en Imprint Academic (UK) ese mismo año y ha tenido hasta la fecha dos reediciones, en 2001 y 2002.

La lectura de este trabajo es compleja, por lo que nos ha parecido importante señalar algunos puntos que pueden facilitar la comprensión general a aquellos lectores que no están familiarizados con estos temas y este lenguaje. El punto central del trabajo podría plantearse de la siguiente manera: la conciencia es un fenómeno referencial, pues siempre es conciencia de... algo, y tener conciencia de... algo, es una experiencia, entendiéndolo por tal algo que nos pasa. Lo sorprendente es que eso que experimentamos son las cosas del mundo y nuestro modo de estar en medio de ellas. Cuando nos referimos a las cosas del "mundo", como el computador, el edificio de enfrente o el río Mapocho, nos parece que son objetos de un mundo que está ahí y que nosotros encontramos ya hecho al referirnos a él. Si tales cosas son objetos, nosotros –los que experimentamos– somos "sujetos" de la experiencia en cuestión. La distinción sujeto-objeto es históricamente compleja y no tiene nada de obvio. En su origen la palabra sujeto se origina en el prefijo "sub", que en latín significa "bajo", "debajo", y al mismo tiempo sujeción a algo (por ejemplo a alguna forma de autoridad): así, dicese subiectus tanto a los "lugares bajos, a los valles, como a la persona sumisa". Esta idea

¹ Este artículo fue publicado originalmente en el *Journal of Consciousness Studies*, 1999, 6, Nº 2-3: 1-14. Traducción y publicación en GU autorizada por Jonathan Shear (autor), y Anthony Freeman (Managing Editor). Traducción desde el inglés realizada por Carolina Ibáñez H.

² Francisco Varela era PhD en biología de la Universidad de Harvard. Sus intereses eran la intersección entre neurociencia cognitiva, filosofía de la mente y matemáticas, áreas en las que sus contribuciones han sido conocidas a través de numerosas publicaciones, incluyendo el libro *The Embodied Mind* en coautoría con E. Thompson y E. Rosh (Traducción al castellano: *De cuerpo presente*, Gedisa, Barcelona, 1992). Hasta el momento de su muerte, ocurrida en 2002 a los 56 años de edad, se desempeñaba como Senior Researcher en el National Centre for Scientific Research de Paris.

³ Jonathan Shear es editor del *Journal of Consciousness Studies* y enseña filosofía en la Virginia Commonwealth University. Es PhD de la UC Berkeley y recibió la beca Fulbright para estudiar filosofía de la ciencia en la London School of Economics. Ha complementado su trabajo analítico con la práctica de procedimientos experienciales orientales por cerca de treinta años. Sus publicaciones incluyen libros y artículos de filosofía, psicología y religión.

de “hundimiento” se entiende fácilmente en castellano si pensamos en palabras como *subyugar*, *súbdito* o *subordinado*, puesto que todas ellas ponen el acento en un contexto de déficit de autonomía y por lo tanto de una patente fragilidad. Mas, por otro lado, “*subiecto*” significa “poner, meter debajo” y tiene con ello el carácter de “fundamento”; de lo que sostiene, de lo que “*subyace*” a aquello que más patentemente aparece. Este doble sentido, de hundimiento y fundamento al mismo tiempo, no es una mera contradicción, si pensamos que el hundimiento puede ser entendido como una carencia y por lo mismo como el fundamento de una necesidad: de la necesidad de completar, de rellenar, de moverse en búsqueda de la plenitud. Esa que tienen los objetos.

Por su parte, “*objetivo*” en latín es lo perteneciente o relativo al “objeto en sí”, y no a nuestro modo de pensar o necesitar. El “objeto es “*des-interesado*”, es autónomo, suficiente, compacto, “*desapasionado*” y cuya existencia está por “fuera” del sujeto que conoce, y que por lo tanto puede ser materia de conocimiento o sensibilidad para él, aquello que le sirve de asunto a sus facultades. Pero *objectus* es también la acción tética, es decir, de “poner delante”, de “oponer resistencia”, de obstáculo, de barrera, así por ejemplo, como cuando “*objetamos esto o aquello*”.

Esta visión clásica es rechazada por diferentes formas de la epistemología contemporánea y también por los autores de este artículo. Gran parte de esas objeciones provienen del enriquecimiento importante que significó la noción de “*intencionalidad*” iniciada por Brentano y desarrollada ampliamente por Husserl. Recordemos que “*intencio*” es “*tender un puente*”, y en este caso un puente entre el acto (psíquico) y su estar inevitablemente dirigido a “*algo*”: así, amar es amar “*algo*”, desear es desear “*algo*”, pensar es pensar “*algo*”. Ese “*algo*” es la referencia “*objetiva*” de tales actos de amar, desear o pensar. En el pensamiento de Husserl, la Noésis (los actos) está indisolublemente ligada al Noema (los objetos de esos actos) y ese puente está formado por un significado o sentido. Ya no se trata de un ente subjetivo puesto en contacto con un ente objetivo, sino de una totalidad compleja e indisoluble y único modo de ser posible para una conciencia: el complejo noético-noemático

El paso siguiente y ampliamente conocido es dado por Heidegger, el que no es relevante al trabajo que ahora presentamos. Sin embargo, es imposible no señalar que en este último autor la distinción sujeto-objeto no tiene cabida. Francisco Varela, desde los inicios de su carrera, pensó que el mundo “*objetivo*” no es más que una construcción de la experiencia que cada ser vivo tiene al acoplarse a un entorno, y actuar (enactuar un mundo) de acuerdo a su propia estructura y dinámica. No hay por lo tanto un “*mundo en sí*”, allí, esperando ser descubierto, como asume gran parte del pensamiento científico contemporáneo.

Para los autores de este trabajo, en importante medida el problema consiste en que la conciencia ha estado en manos de la filosofía o de la especulación y ha sido un tema resbaloso a los ímpetus de la ciencia. Lo que Varela y Shear (y numerosos otros) intentan generar es un acceso científico al estudio de la conciencia. Para hacerlo, se ven en la necesidad de establecer una “*manera*”, un método que permita que estas experiencias en primera persona –lo que a mí me pasa– puedan ingresar al campo de la ciencia, y de ese modo establecer un enlace confiable con los objetos más tradicionales de ella, estos últimos obtenidos a través de metodologías en tercera persona –lo que pasa allí fuera–, y por lo tanto, tratados como aquello que en inglés decimos con la expresión “*it*”. Para la psicología y la psiquiatría el tema de la mente, la conciencia y la experiencia subjetiva es sin duda fundamental, razón por la cual publicamos este trabajo aquí.

Por eventos en primera persona nos referimos a la experiencia vivida asociada con sucesos cognitivos y mentales. A veces también se utilizan términos como “conciencia fenomenológica” o incluso “qualia”,⁴ pero es natural hablar de “experiencia consciente” o simplemente “experiencia”. Los términos implican aquí que el proceso en estudio (visión, dolor, memoria, imaginación,

⁴ Generalmente se usa la expresión “qualia” para señalar los fenómenos que nos son accesibles de manera consciente. Por ejemplo, la rugosidad de una tela bajo mi tacto, o un dolor en el abdomen, o estar furioso, o resolver una ecuación de segundo grado. En todos esos casos yo soy alguien que experimenta algo que habitualmente llamamos “subjetivo”, algo “para mí”. Muchas veces el problema es establecer qué relación existe entre esos fenómenos y lo que designamos como “objetivo”, por ejemplo el mundo físico o nuestro propio cuerpo (N. del E.).

etcétera) aparece como relevante y manifiesto para un “self” o “sujeto” que puede proporcionar una descripción, pues estos tienen un lado “subjetivo”. En contraste, las descripciones en tercera persona se ocupan de las experiencias descriptivas asociadas con el estudio de otros fenómenos naturales. Aunque siempre han existido agentes humanos en la ciencia que producen y proporcionan descripciones, los contenidos de tales descripciones no están clara o inmediatamente ligados a los agentes humanos que las generan. Sus características definitorias se refieren a las propiedades de efectos mundanos sin una manifestación directa en la esfera experiencial-mental: sólo pueden estar vinculados a esta esfera indirectamente (por vía de la experiencia efectiva de laboratorio, los modos de comunicación científica y así sucesivamente). Tales descripciones “objetivas” efectivamente poseen una dimensión subjetiva-social, pero esta dimensión está oculta al interior de las prácticas sociales de la ciencia.

INTERNO-EXTERNO: UNA DIVISIÓN ENGAÑOSA

La referencia ostensible y directa de estas prácticas sociales es hacia lo “objetivo”, hacia el “exterior”, a los contenidos de la ciencia actual, referidos a distintos fenómenos naturales, como ocurre en la física y la biología. La historia y filosofía de la ciencia recientes a menudo sugieren que esta aparente objetividad no puede caracterizarse como en referencia a las cosas—allá-afuera, independiente de los contenidos mentales-aquí-adentro. La ciencia está permeada por las regulaciones sociales y de procedimiento que caben bajo el nombre de *método científico*, que permite la constitución de un cuerpo de conocimiento compartido acerca de los objetos naturales. La pieza clave de esta constitución es la verificación y validación pública, de acuerdo a complejos intercambios humanos. Lo que tomamos por objetivo es lo que puede ser “transformado” desde una narrativa individual a un cuerpo de conocimiento regulado. Ineludiblemente, este cuerpo de conocimiento es en parte subjetivo —ya que depende de la observación y experiencia individual— y en parte objetivo —ya que es acotado y regulado por los fenómenos naturales empíricos.

Este breve repaso de que lo subjetivo ya se encuentra implícito en lo objetivo, acentúa la necesidad de escudriñar desde cerca la distinción heredada de que lo objetivo y lo subjetivo forman una demarcación absoluta entre lo interno y lo externo. *Mutatis mutandis*, tratar con los fenómenos subjetivos no es lo mismo que manejar experiencias puramente privadas, como frecuentemente se asume. Lo subjetivo está intrínsecamente abierto a la validación inter-subjetiva, pero sólo si nos proveemos de algún método y algún procedimiento para tal efecto. Nuestro propósito central en esta Edición

Especial⁵, dedicada a las metodologías en primera-persona, es precisamente revisar algunos de los principales enfoques actuales que intentan generar un fundamento para la constitución de una ciencia de la conciencia, que incluya la experiencia subjetiva, en primera-persona, como un componente explícito y activo.

PRIMERA Y TERCERA: LA NECESARIA CIRCULACIÓN

Así planteada la pregunta, el siguiente punto a proponer se refiere al estatuto de las descripciones en primera-persona. En un sentido básico, la respuesta no puede ser dada *a priori*, y sólo puede desplegarse desde exploración actual de este ámbito de fenómenos, como en el caso de los artículos incluidos aquí. Sin embargo, nos permitimos plantear de entrada algunos asuntos espinosos, para así evitar recurrentes malos entendidos.

En primer lugar, explorar descripciones en primera-persona no es lo mismo que afirmar que las descripciones en primera-persona contienen algún tipo de acceso *privilegiado* a la experiencia. Ninguna presunción de algo inmodificable, final, fácil o apodíctico acerca de los fenómenos subjetivos debiera plantearse aquí. Asumir lo contrario es confundir el carácter inmediato del *darse* de los fenómenos subjetivos, con su modo de *constitución* y *evaluación*. Se podría haber ahorrado mucha tinta haciendo la distinción entre la irreductibilidad de las descripciones en primera persona, y su estatus epistémico.

En segundo lugar, un punto crucial en esta Edición Especial ha sido subrayar la necesidad de vencer

⁵ Los autores se refieren a la Edición Especial del *Journal of Consciousness Studies*, señalada en la nota del editor.

la actitud de “sólo echar un vistazo” en relación con la experiencia. La aparente familiaridad que poseemos respecto a la vida subjetiva, debe subordinarse a un cuidadoso examen de aquello a lo que podemos acceder y de aquello que no, y de cómo esta separación no es rígida sino flexible. Es aquí donde la metodología aparece como crucial: sin un examen sostenido no podemos realmente producir descripciones fenomenales lo suficientemente ricas y sutilmente interconectadas, en comparación con las descripciones en tercera-persona. La pregunta principal es: en realidad, ¿cómo se *hacen* estas descripciones? ¿Existe evidencia de que *puedan* hacerse? ¿Y si es así, con qué *resultados*?

En tercer lugar, sería inútil quedarse con las descripciones en primera-persona en forma aislada. Necesitamos armonizarlas y acotarlas mediante la construcción de vínculos apropiados con los estudios en tercera-persona. En otras palabras, no nos interesa un debate más acerca de las controversias filosóficas que rodean la escisión entre primera-persona y tercera-persona (a pesar del gran volumen de literatura ya existente). Para hacer esto posible buscamos metodologías que puedan ofrecer un puente abierto hacia las descripciones objetivas basadas en la evidencia empírica, lo que frecuentemente implica una intermediación, una posición en segunda persona, tal como lo explicaremos a continuación. El resultado global de este esfuerzo debería ser el avance hacia una perspectiva integrada –o global– de la mente, perspectiva en la que ni la experiencia subjetiva ni los mecanismos externos tengan la última palabra. Esta perspectiva global requiere, por lo tanto, establecer explícitamente *las restricciones mutuas*, y una influencia y determinación recíprocas (Varela, 1996). En breve, nuestra posición respecto a las metodologías en primera-persona es ésta: no salga de casa sin ellas, pero no olvide traer consigo también las descripciones en tercera-persona. Este enfoque pragmático y con los pies en la tierra, establece el tono de los artículos que siguen. En suma, lo que emerge de este material es que, a pesar de todo tipo de ideas recibidas en estas materias e irreflexivamente repetidas en la literatura reciente sobre filosofía de la mente y ciencia cognitiva, los métodos en primera-persona están disponibles y pueden producir un impacto fructífero sobre la ciencia de la conciencia. El sustento real de ellas no está en argumentos *a priori* sino en realmente señalar ejemplos explícitos de conocimiento práctico, es decir, en el estudio de casos.

III LA NOCIÓN DE DATOS FENOMÉNICOS

La noción de datos fenoménicos puede proporcionar un terreno común entre la primera y la tercera perso-

nas para las cuestiones metodológicas recién planteadas, y por lo tanto cabe aquí discutir brevemente esta noción, dado su rol clave en este Número Especial. Un gran volumen de literatura moderna está dirigido a la “brecha explicativa” entre la mente computacional y la mente fenomenológica,⁶ utilizando la terminología de Jackendoff (1987). Como hemos señalado, esta última está expresada de varias maneras: como subjetividad, conciencia o experiencia. Es importante examinar estos diferentes conceptos y observar cómo se relacionan con aquel más básico de *datos fenoménicos* (Roy et al., 1998).

A pesar de la variedad de la terminología en uso, parece haber consenso respecto a que la expresión de Thomas Nagel “en qué consiste ser” logra capturar bien lo que está en juego. Claramente “en qué consiste ser” un murciélago o un ser humano se refiere a como las cosas (todas) aparecen, si se es un murciélago o si se es un ser humano. En otras palabras, se trata sólo de otra manera de referirse a lo que los filósofos han denominado desde los Pre-socráticos, fenomenalidad. Un fenómeno, en el sentido más original de la palabra, es una aparición (*appearance*) y por lo tanto, algo relacional. Es lo que algo es para otra cosa; es un *ser para*, en oposición al ser en sí mismo, independientemente de su aprehensión por parte de otra entidad.

La fenomenalidad ciertamente es un hecho crucial en el dominio de los seres vivos. Por ejemplo, un organismo con un sistema sonar como el murciélago no percibe lo que un organismo equipado con un sistema visual como el hombre: el mundo externo presumiblemente se ve muy diferente para ambos. En forma similar, aunque en menor grado, se puede esperar que difiera la experiencia de dos individuos pertenecientes

⁶ En este artículo estamos usando una triple distinción entre las expresiones fenomenal, fenomenológico y Fenomenología. La primera es un término amplio y general usado tanto en las discusiones en primera como en tercera persona, y se refiere a cualquier cosa que esté disponible para ser examinada. Este concepto está definido en esta sección. Por su parte, la palabra “fenomenológico” ha sido repetidamente usada de una manera general para designar a la experiencia consciente y a la subjetividad (por ejemplo, por R. Jackendoff, en su trabajo pionero, y por algunos de los participantes de este Número Especial). Este amplio uso de las palabras debe ser claramente distinguido de los trabajos basados en la tradición filosófica de la Fenomenología, en los que la descripción “fenomenológica” está necesariamente sustentada en la “reducción” [*epojé* fenomenológica], tal como es presentada en los trabajos de la Sección II de este número.

a la misma especie. De acuerdo a esto, es justo decir –como exclaman los adeptos al argumento de la brecha explicativa– que la ciencia cognitiva generalmente aparece como una teoría de la mente, que deja fuera a la fenomenalidad o a la subjetividad, ya sea porque no intenta dar cuenta de ella o porque no logra dar cuenta adecuadamente.

Sin embargo, estas nociones requieren de mayor refinamiento para realmente hacer comprensible la idea en cuestión. Y aquí es donde se debe introducir la noción de conciencia. El progreso de la ciencia cognitiva (así como el desarrollo del psicoanálisis) nos ha familiarizado con la idea de que algo puede ocurrir para un sujeto y ser en ese sentido subjetivo y, sin embargo, no ser accesible para él. Naturalmente, describimos tal caso diciendo que el sujeto no está consciente del fenómeno en cuestión. Por lo tanto, debe introducirse una distinción entre fenómenos conscientes y no-conscientes, o nuevamente, entre subjetividad consciente y subjetividad sub-personal. La noción de “conciencia en sí” está, en primera instancia, claramente destinada a designar el hecho de que el sujeto conoce acerca de..., que está informado acerca de..., o dicho con otras palabras, que se “da cuenta” (*is aware*) del fenómeno.

Pudiera ser tentador fundir los conceptos de datos fenoménicos y subjetividad consciente. Pero la noción de fenómenos no-conscientes o sub-personales habla en contra de esa posibilidad: existen, por ejemplo, numerosas instancias donde percibimos fenómenos de manera pre-reflexiva, sin estar conscientemente alerta de éstos, pero donde un “gesto” o método de examen los clarificará o incluso traerá estos fenómenos pre-reflexivos a la escena. Lo que está siendo objetado aquí es la ingenua suposición de que la línea de demarcación entre lo estrictamente sub-personal y lo consciente es fija.

Seguramente no se le ha escapado al lector el hecho de que todo este número especial del JCE se basa en la conclusión (suposición) de que la experiencia vivida es irreductible, es decir, que los datos fenoménicos no pueden ser reducidos o derivados desde la perspectiva en tercera-persona. Estamos muy conscientes de que los trabajos aquí presentados están lejos de ser consensuales, y sería superficial intentar resolver aquí esa situación. Sin embargo, sería justo darle al lector los tres elementos principales sobre los que se sustenta la suposición de irreductibilidad.

En primer lugar, aceptar la experiencia como un dominio a explorar es aceptar la evidencia de que la vida y la mente incluyen aquella dimensión en primera-persona, la que es un sello en nuestra continua existencia. Privar nuestro examen científico de este dominio fenoménico conduce a amputar a la vida humana de

sus constituyentes más íntimos, o a negarle a la ciencia un acceso explicativo hacia éstos. Y, ambas cosas, son insatisfactorias.

En segundo lugar, la experiencia subjetiva se refiere, a nivel del *usuario* de sus propias cogniciones, intenciones y aconteceres, a una práctica corriente. Yo sé que mis movimientos son productos de series coordinadas de contracciones musculares. Sin embargo, la actividad de mover mi mano opera sobre la base de la emergente escalada de planes motores que aparecen ante mí, como agente-usuario activo, en la forma de *intenciones* motoras, y no como tonos musculares, los que sólo pueden ser observados desde una posición en tercera-persona. Esta dimensión práctica es la que hace, en principio, posible la interacción de la experiencia subjetiva con descripciones en tercera-persona (lo que no ocurre con las descripciones abstractas de sillón, tan comunes en la filosofía de la mente).

En tercer lugar, la experiencia en las prácticas humanas es el punto de acceso privilegiado para el *cambio* mediado por intervenciones profesionales de todo tipo, tales como la educación y el aprendizaje, los deportes, el entrenamiento y la psicoterapia. En todos estos dominios existe abundante evidencia, no sólo de que el ámbito de la experiencia es esencial para la vida y actividad humanas que involucren el uso de la propia mente, sino de que el dominio experiencial puede ser explorado, como podemos ver en las transformaciones mediadas por prácticas específicas y en las interacciones humanas en escenarios definidos (planes de entrenamiento, preparación deportiva, sesiones psicoterapéuticas). Nuevamente, necesitamos poner en interrogante la suposición de que la línea de demarcación entre lo estrictamente sub-personal y lo consciente es fija y dada de una vez y para siempre. Las metodologías en primera persona incluyen como dimensión fundamental el sostener que esta línea es movable, y que se puede hacer mucho con la zona intermedia. Explorar lo pre-reflexivo representa una fuente rica y ampliamente inexplorada de información y datos, con consecuencias dramáticas.

LO QUE EL LECTOR ENCONTRARÁ EN ESTE NÚMERO ESPECIAL

Habiendo cubierto el terreno básico, es el momento de realizar un breve *tour* por el material presentado en este Número Especial. Hemos retenido tres tradiciones metodológicas existentes, las que dan origen a tres secciones:

- Sección I: el enfoque introspectivo, derivado de la psicología científica;

- Sección II: el método de reducción fenomenológica, derivado de la tradición filosófica de la fenomenología y la psicología fenomenológica;
- Sección III: la pragmática de las prácticas de meditación, derivadas de las tradiciones Budistas y Védicas.⁷

En la Sección I el artículo de apertura de Pierre Vermersch establece el tono de toda esta empresa. En él, rastrea la historia temprana del uso disciplinado de la introspección en psicología hasta los orígenes de la psicología científica y las malogradas escuelas del introspeccionismo ligadas a los nombres de Wundt y Titchener, entre otros. Queda claro el punto que establece Vermersch: cuando retrocedemos para ver lo que ellos realmente hicieron (en vez de depender de fuentes secundarias), escasamente podemos objetar a estos investigadores dado su espíritu de innovación, rigor metodológico, o riqueza de observaciones empíricas. Permanece entonces la pregunta: ¿por qué no originaron una tradición de trabajo, ligándose eventualmente a la ciencia cognitiva contemporánea? La respuesta es seguramente compleja, pero uno de los puntos clave que señala Vermersch es que estos investigadores fueron engañados por la aparente simplicidad de la tarea, que oscurece el necesariamente sutil *know-how*, incluyendo el importante rol de la mediación

Claire Peugeot retoma desde donde queda Vermersch, explorando un ejemplo específico que muestra en detalle cómo aparecen las dificultades, y qué tipo de métodos se puede adoptar para superarlas. Ella ha escogido abocarse a un asunto espinoso pero importante: la experiencia intuitiva. Los resultados que presenta son un testimonio de que los métodos introspectivos cuidadosos son un componente esencial para investigar la experiencia.

Finalmente, en esta sección damos espacio a un cuerpo de conocimiento práctico, en el que Carl Ginsburg muestra que la introspección cumple un rol no como herramienta de investigación sino en el área de

las disciplinas aplicadas, tales como la educación, la terapia, la administración, y así sucesivamente. De hecho, son estas áreas, articuladas durante el pasado medio siglo, las que representan las fuentes más abundantes de conocimiento práctico acerca de la experiencia humana. Ginsburg trae a colación algunos de los elementos clave respecto a cómo y por qué del interés de un cliente en trabajar con su experiencia vivida en la tradición de la transformación somática iniciada por Moshe Feldenkrais.

La sección II se basa en la más importante escuela de pensamiento occidental en la que la experiencia y la conciencia son consideradas esenciales: la fenomenología tal como es inaugurada por Edmund Husserl en el cambio del siglo XIX al XX, y elaborada en varias direcciones desde entonces. El propósito principal del trabajo de apertura de Natalie Depraz es, sin embargo, exponer la base del método que da origen a la fenomenología: la reducción fenomenológica. En la medida en que tal reducción está ligada al gesto introspectivo y que la fenomenología se ocupa del contenido experiencial, el entrecruzamiento entre esta tradición filosófica y la psicología introspectiva es evidente. Depraz pone en evidencia la manera en que la reducción es una práctica orientada a las necesidades del análisis filosófico, pero aun así, se entrecruza con la psicología fenomenológica. La principal diferencia entre la psicología introspectiva y la fenomenología es su intención. El psicólogo está motivado por la investigación, busca protocolos y objetos que puedan ser aislados en el laboratorio, y busca establecer resultados empíricos que puedan vincularse a correlatos neurales. El fenomenólogo está interesado en el contenido mental mismo, pero con el fin de explorar su significado más amplio y su lugar en áreas humanas comunes, tales como la temporalidad, la inter-subjetividad y el lenguaje.

A partir de esta perspectiva, Francisco Varela intenta abordar la experiencia de la conciencia del tiempo presente en la temporalidad humana, con el propósito de encontrar puentes con las ciencias naturales. Lo central en este artículo es establecer si la descripción fenomenológica nos puede ayudar, tanto a validar como a restringir, los correlatos empíricos disponibles a partir de las herramientas modernas de la neurociencia cognitiva y la teoría dinámica de sistemas.

El trabajo de William James es merecidamente citado como fuente de gran parte del resurgimiento del interés en la psicología de la conciencia; aporta un introspeccionismo o fenomenología de carácter propio. La contribución de Andrew Bailey trae a luz cómo la aproximación Jamesiana a la primera-persona se manifiesta en sus estudios cerca del tiempo interno como

⁷ Tradiciones Budistas y Védicas: el budismo es una religión y una filosofía, basada en las enseñanzas de Siddhartha Guatama, el Buda. Las creencias del Budismo incluyen las "cuatro nobles verdades": el sufrimiento existe, el sufrimiento es causa de los deseos, el sufrimiento cesa cuando los deseos cesan, y se puede lograr liberación del sufrimiento siguiendo "el noble camino" de ocho etapas. Védico es sinónimo de Hinduismo, que es el sistema de pensamiento que ha evolucionado a partir de los Vedas, textos que se remontan al siglo VI a.C. (N. del T.)

“partes transicionales” del flujo de la conciencia. Los vínculos y discrepancias con otros métodos destacados en este Número Especial deben aún ser extraídos de manera más precisa.

La contribución de Jean Naudin y sus colegas se enfoca a asuntos análogos en el ámbito de la comunicación humana en psiquiatría. Su punto es que en particular la experiencia esquizofrénica induce una forma de reducción con la que el clínico debe trabajar para entrar en su rol de terapeuta. Aquí se muestra otro caso de prácticas humanas –más que de investigación– donde los métodos en primera-persona aparecen como importantes.

En la sección III Allan Wallace nos presenta la descripción de una práctica fundamental en la tradición Budista, la práctica de mantenerse en autoconciencia (*samatha*) y su gradual despliegue hacia su estado “natural”, desprovisto de las habituales conceptualizaciones (*mahamudra*). En este Número Especial podemos dejar completamente de lado la motivación y valores subyacentes a tales prácticas y tradiciones Budistas. El punto es enfatizar que, por sus propias razones, las tradiciones Budistas han acumulado una amplia experticia en entrenar la mente y cultivar su habilidad de reflexión e introspección. Lo han hecho así a través de los siglos, y han expresado algo de su observación en términos no muy alejados de la psicología introspectiva o de la psicología fenomenológica (de acuerdo a quien leamos). Sería un gran error del chauvinismo occidental negar la calidad de los datos de tales observaciones y su potencial validez. No obstante, el intento de integrar las prácticas de meditación Oriental y sus resultados a la cultura Occidental plantea serios problemas de interpretación y validación empírica.

La contribución de Jonathan Shear y Ronald Jevning apunta precisamente a este asunto. En ella examinan reportes de experiencias de “conciencia pura” asociadas con la Meditación Trascendental (MT) y los procedimientos de meditación Budista Zen en términos de congruencias trans-culturales y trans-tradicionales de los reportes verbales, además del examen de laboratorio de sus correlatos fisiológicos.

LA NOCIÓN DE MÉTODO

Podemos, a esta altura, comenzar a esbozar lo que es un método para todas estas tradiciones. En esta primera etapa de aproximación podemos decir que existen al menos dos dimensiones principales que deben estar presentes para que un método sea considerado como tal:

1. proveer un procedimiento claro para acceder a algún dominio fenoménico.
2. proveer una manera clara para su expresión y validación dentro de una comunidad de observadores familiarizados con el procedimiento tal como está descrito en el punto 1.

Manteniendo en mente que la distinción entre experimentar (siguiendo un procedimiento) y validar (siguiendo un intercambio intersubjetivo regulado) no es absoluta, el material presentado se puede esquematizar de la siguiente manera:

	Método	Procedimiento	Validación
1	Introspección	Atención durante una tarea definida	Relatos verbales, mediada
2	Fenomenología	Reducción-suspensión	Invariantes descriptivos
3	Meditación: Samatha; Mahamudra; Zen; TM	Atención sostenida; Conciencia espontánea Suspensión de la actividad mental	Descripciones tradicionales, Descripciones científicas

Por supuesto, deberíamos añadir que esta tabla es sólo un entrecruzamiento del conocimiento actual, y no se debería vacilar en evaluar las relativas fortalezas y debilidades de cada método. Tentativamente los evaluaríamos así:

	Evaluación del procedimiento	Evaluación de la validación
1	Mediano, requiere mejoría	Mediana, buen uso de protocolos
2	Mediano, requiere mejoría	Mediana, algunos ejemplos útiles
3	Bueno, métodos detallados	Históricamente rica, a veces se basa excesivamente en relatos internos, algunos buenos protocolos científicos, se necesitan más

En breve, nuestra conclusión global es que existen suficientes resultados útiles a mano como para plantear que los métodos en primera-persona no son una quimera.

ESBOZO DE UNA ESTRUCTURA COMÚN^{8, 9}

Contenido y Acto Mental

A esta altura de nuestra presentación está implícito que todos estos métodos pueden ser legítimamente incorporados a un registro común, en la medida en que comparten algunas estructuras nucleares. Es entonces el momento de probar y entregar algunos indicadores de tales coincidencias.

Consideremos la situación de un sujeto en un contexto experimental, a quien se le pide desempeñar una tarea explícita. Durante la realización de la tarea la persona experimenta algo, a lo que, siguiendo a Vermersch, llamaremos contenido vivido C1, el que será una referencia para lo que vendrá a continuación. En el contexto de la tarea, se le solicita a la persona (con o sin mediación) que examine a (que describa, analice y/o tome conciencia de.. o que atienda a...) C1. Para que esto suceda, durante un breve período C1 pasará entonces a formar parte de una nueva experiencia: el examen de la propia mentación generará un estado C2, un nuevo estado mental producto de este nuevo acto y que típicamente tendrá nuevos elementos, caracterizados por la manera particular de acceso a C1. Es importante destacar que para que aparezca el par C1-C2 necesariamente debe haber una redirección del pensamiento, una detención, una interrupción de la actitud natural¹⁰ que normalmente está siempre referida a sus propios contenidos.¹¹

El elemento nuclear que aparece en esta estratificación, y que es común a todos los métodos en primera persona, es la clara distinción entre el *contenido* de un acto mental (por ejemplo, se me pide describir mi casa)

y el proceso a través del cual tales contenidos aparecen (como me surge la imagen requerida). No mantener en la mira esta distinción fundamental es fuente de gran confusión. Para ser exactos, los métodos señalados anteriormente muestran algunas diferencias. Los primeros dos tipos involucran una atención enfocada en el contenido, es decir, están orientados hacia la adquisición de algún conocimiento o *insight*. En ellos el aprendizaje exitoso de un método siempre es concomitante a la internalización de tal ampliación de C1 a C2 de manera cómoda. Los métodos del tercer y cuarto tipo son más sutiles. En las etapas iniciales del entrenamiento en autoconciencia (*mindfulness* o *samatha*), es crucial el rol de la atención hacia el contenido mental inmediato. Pero a medida que el ejercicio se desarrolla, el contenido como tal se vuelve menos central que la cualidad de la presencia conciente en sí misma, tal como se enfatiza en las técnicas de *Mahamudra-Dzogchen*. La tradición Védica de MT, Dzogchen y Budismo Zen y algunas prácticas del Budismo Vajrayana, se plantean desde su mismo inicio carentes de interés respecto al contenido (más allá de lo requerido para que el método en sí pueda ejecutarse). Aquí la meta es desarrollar el método hasta que este se aniquile a sí mismo, proporcionando estados de conciencia "pura" (sin contenido).

Debería notarse que los métodos aquí representados frecuentemente arrojan descripciones en primera persona que aparecen como planas y pobres. Esta es una de las quejas recurrentes de aquellos que critican tales descripciones, y en realidad no se equivocan. Lo que falta aquí es la continuación del proceso, lo que involucra un desplazamiento desde la actitud natural, para apuntar directamente a C2. Esto, a su vez, moviliza una segunda fase, donde se hace evidente que a partir

⁸ Esta sección toma de manera importante lo desarrollado en un libro que Francisco Varela ha escrito en colaboración con Natalie Depraz y Pierre Vermersch y que se publicará próximamente. Agradecemos a ambos por permitirnos presentar algunas de esas ideas en esta Introducción.

⁹ Ese libro no alcanzó a ser visto por Francisco Varela. Actualmente está en circulación. Depraz N, Varela F, Vermersch P. *On Becoming Aware*. John Benjamins Publishing Company, Philadelphia, 2003 (N. del E.)

¹⁰ Aquí los autores se están refiriendo a la "actitud natural" en el sentido desarrollado por Husserl. Lo que están describiendo es uno de los momentos de la "reducción fenomenológica" planteada por el filósofo, y que él denominaba "principio de la reflexividad". Es decir, habitualmente nuestra conciencia está dirigida hacia los objetos percibidos, imaginados o recordados (que los autores llaman C1), pero los actos de percibir, imaginar o recordar quedan en sordina. Al retenerlos por un momento, y dirigir la conciencia hacia ellos, esos actos pasan ahora a ser objetos de esa nueva conciencia (C2), a la que Husserl denominaba "conciencia reflexiva". Para una ampliación ver: Ojeda, C. *La tercera etapa: ensayos críticos sobre psiquiatría contemporánea*. Ed. Cuatro Vientos, Santiago, 2003 (Capítulo II) (N. del E.)

¹¹ Menos común todavía es la posibilidad de ir más allá a una tercera etapa, en la cual C2 pase a ser objeto de una nueva experiencia C3, es decir, la introspección de la introspección. En una primera mirada esto parece un recurso al infinito, pero es todo lo contrario: en la medida en que todo esto está ocurriendo en un breve periodo, los niveles de examen paran ahí. La experiencia muestra claramente que el estado C2 es ya un esfuerzo, y para obtener el estado C3 uno necesita una atención sostenida altamente entrenada.

de la suspensión inicial [de la actitud natural], un campo nuevo, inicialmente vacío, se va llenando progresivamente con datos fenomenológicos nuevos. Esta es la etapa del descubrimiento, o de relleno experiencial, y requiere una disciplina sostenida para su logro. La aparente facilidad para acceder a la experiencia propia es lo que nos desvía: el relleno hecho posible por la suspensión tiene su propio tiempo de desarrollo que requiere un adecuado cultivo y ser dado a luz pacientemente. Todos los métodos (y los practicantes individuales) tienen, sin embargo, su propio tiempo de desarrollo, que puede variar enormemente.

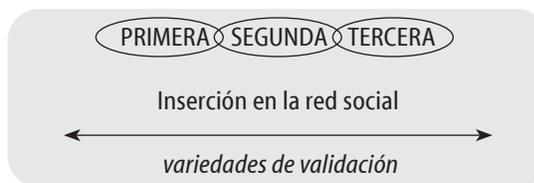
Segunda-persona

El establecer un método requiere, por lo tanto, de la creación de medios para sortear estas dificultades. Nuevamente cada tradición ha encontrado sus propios medios, los que varían sustancialmente. Sin embargo, todos ellos comparten un descubrimiento, a saber, que para familiarizarse con un método particular se requiere de "mediación". Por mediación entendemos aquí a otra(s) persona(s) que ocupan una curiosa posición intermedia, entre la primera y segunda posición, de allí el nombre de *posición en segunda-persona*. Un mediador, si bien es periférico a la experiencia vivida o C1, sin embargo toma la posición de aquel que ha estado ahí en cierta medida, y así puede entregar indicaciones y entrenamiento.

La posición en segunda-persona tiene un lugar prominente en todas las tradiciones invocadas en este Número Especial, con la excepción de las ciencias naturales, donde aparece sólo cuando se analiza el proceso social del aprendizaje, y el investigador busca la mediación de un tutor más experimentado para mejorar y progresar en su destreza como científico. Aun cuando es común otorgar importancia al linaje del entrenamiento que un científico ha seguido como investigador, la atención sobre esta mediación en segunda-persona desaparece en el momento en que éste publica alguno de sus trabajos en una revista científica.

En resumen, las tres posiciones (primera, segunda y tercera personas) no se estructuran tanto en relación al contenido al que se dirigen, como en relación a la manera en la que aparecen insertas en la red de intercambios sociales. Son los roles particulares que adoptan los agentes sociales en cada caso los que determinan su pertenencia a una u otra posición, con gradaciones. No estamos, por lo tanto, preocupados de la oposición dual entre lo privado y lo público, o de lo objetivo y lo subjetivo. Lo que sí nos interesa son los asuntos de interpretación de los resultados de las investigaciones en

primera-persona como datos válidos, y aquí la manera en que se relacionan las tres posiciones es de crucial importancia. Figurativamente, la situación puede ser descrita de la siguiente manera:



Expresión y Validación

Es precisamente porque la validación se apoya en la manera en que está constituida la red intersubjetiva que estas tres posiciones necesariamente están marcadas por gradaciones. En otras palabras, la triple distinción entre posiciones es, en cierta medida, una conveniencia descriptiva. De hecho, pareciera que cada una de ellas está a su vez estratificada en función del énfasis que se pone en lograr un modo particular de validación. Reexaminemos las tres posiciones desde esta nueva perspectiva.

La tercera-persona, tomada como el observador promedio del discurso científico, enfatiza hasta el extremo el aparente dualismo entre lo interno y lo objetivamente externo, y es la base del reduccionismo científico en todas sus formas. Las ciencias cognitivas representan, sin embargo, un desafío intrínseco a esta forma "pura" de ciencia objetiva, ya que el tema en estudio implica directamente a los agentes sociales en sí mismos. Se trata, por tanto, de un caso singular, completamente ausente en todos los otros dominios de las ciencias naturales. Aun así, en la medida que su contenido científico está fuertemente enfocado hacia las operaciones bioquímicas y neurales, la cuestión de la persona (primera, segunda, tercera), no se hace urgente, dado que en estudios humanos, como en los de otros animales, la conducta (incluyendo la conducta verbal) es una parte integral de los datos relevantes que se pueden estudiar en el marco de los registros y mediciones clásicos, sin que necesariamente sean tomados como expresiones de vida mental.

Sin embargo, la imputación de un correlato mental a tales fenómenos verbales o conductuales es un asunto diferente y, justamente, el conductismo basó su programa de investigación en hacer precisamente esta distinción entre conducta y subjetividad. En la práctica, la mayoría de los neurocientíficos cognitivos hacen de esto una distinción de principio, y asumen, de una manera más o menos explícita, que tal conducta proviene de un

agente o sujeto cognitivo, sin elaborarlo mayormente. Así, aunque tales prácticas se encuentran estrictamente dentro de las normas de las descripciones en tercera-persona, ya insinúan la posición y preocupación de las otras formas, de una manera que no ocurre en el estudio de las células o de los cristales. Esta es la razón por la cual distinguimos a la ciencia cognitiva como implicando una estratificación dentro de la posición en tercera-persona que bordea una posición en segunda-persona.

Desde una posición en segunda-persona, lo que aparecía meramente como conducta externa ahora se considera explícitamente como huellas o manifestación de vida mental, y más aún, como la única vía hacia lo que es la vida mental misma. Recientemente, Daniel Dennet (1991) ha formulado justamente esta posición en lo que adecuadamente denomina *hetero-fenomenología*, la que él ilustra como la posición de un antropólogo estudiando a una cultura remota. Para un antropólogo, la mera recolección de cintas, fotos e inscripciones no constituye una respuesta a su búsqueda. Debe obtener de manera inferencial modelos de vida mental (cultural) a partir de éstos, utilizando una postura intencional. En otras palabras:

Debemos tratar al emisor de sonido como un agente, pero ciertamente como un agente racional, que alberga creencias, deseos y otros estados mentales que exhiben intencionalidad, es decir, la propiedad de "estar referidos a..."; y la manera en la que las acciones pueden explicarse sobre la base de aquellos estados mentales (Dennett, 1991, p. 76).

Pero el hetero-fenomenólogo no se conforma con tomar las fuentes en su apariencia, simplemente suscribiendo la interpretación que éstas entregan. El antropólogo no se vuelve aquí un miembro de la tribu. La razón por la que esta postura cae en una posición de segunda-persona es que aunque el hetero-fenomenólogo, en estricto rigor, esté utilizando señales externas, él está presente como un individuo posicionado, que debe generar interpretaciones intencionales de los datos. Nada de esto es necesario cuando la validación excluye cualquier forma de postura intencional, tal como lo hace el científico neuronal y conductual al estudiar animales, exclusión que también puede llevar a cabo al estudiar seres humanos. La tentación de hacerse parte de la tribu justamente nos lleva al siguiente cambio de énfasis, a saber, a la posición en segunda-persona en sentido estricto. Aquí uno renuncia explícitamente a sus ataduras para identificarse con el tipo de comprensión y coherencia interna de su fuente. De hecho, así es como el sujeto ve su rol: como un empático resonador con experiencias que le son familiares y que encuentran en él

una cuerda que vibra concordantemente. Esta posición empática es aún parcialmente hetero-fenomenológica, ya que todavía es necesaria una moderada distancia y evaluación crítica, pero la intención es enteramente otra: realizar un encuentro sobre una base común, como miembros de un mismo tipo. En las tradiciones relacionadas con la esfera de las prácticas humanas que hemos examinado abundan ejemplos de esta posición. Tal posición aquí no es aquella de un antropólogo neutro; es más bien la de un entrenador o una matrona. Su oficio está fundamentado en una sensibilidad a los índices sutiles del fraseo, lenguaje corporal y expresividad de su interlocutor, en busca de indicadores (más o menos explícitos) que sean vías de entrada hacia el terreno experiencial común, tal como elaboraremos a continuación. Tales encuentros no serían posibles si el mediador no estuviese sumergido en el dominio de las experiencias bajo examen, ya que nada puede reemplazar el conocimiento de primera mano. Por lo tanto, se trata de un estilo de validación radicalmente diferente de los que hemos discutido hasta ahora.

Si fuera necesario, esta postura de segunda-persona empática también puede ser asumida desde el punto de vista del que vive la experiencia. En este caso, la posición le compete al sujeto mismo, que progresa a través de la sesión de trabajo, con la posibilidad de buscar validación a través de sus actos y expresiones. Este intento de validación inter-subjetiva no es obligatorio en todos los casos. Pero, a la inversa, no existe posibilidad de una metodología en primera persona –según nuestra acepción del término– sin asumir en algún momento la posición de una experiencia directa que busca validación. En caso contrario, el proceso se vuelve puramente privado o aun solipsista. No negamos que tal alternativa es posible para los seres humanos, incluso al extremo de generar mundos completos auto-imaginados que, desde el punto de vista del poder de una red social, aparecen como delirio y son tratados como tal. Pero, dejando de lado tales asuntos, el paso hacia una posición abierta a la mediación en segunda-persona es claramente necesario para entender el alcance de nuestra investigación metodológica.

Rasgos comunes

Resumiendo, hemos visto que las metodologías en primera persona, tal como se presentan aquí, comparten algunos rasgos o etapas fundamentales:

- Actitud Básica: requieren un momento de suspensión y redirección, desde los contenidos hacia el proceso mental

- Relleno fenomenológico: requieren entrenamiento específico para llevar la suspensión inicial hacia un contenido más pleno, y aquí es importante el rol de la mediación o segunda-persona
- Expresión y validación inter-subjetiva: en todos los casos el proceso de expresión y validación requerirá de relatos específicos y susceptibles de retroalimentación subjetiva.

También podemos concluir que las metodologías en primera-persona no son del tipo fácil-y-rápido. Requieren una dedicación sostenida y de un marco interactivo antes de que se pueda acceder a datos fenoménicos significativos y validables. Finalmente, el rol de la mediación es un aspecto único de estos métodos, siendo éste un aspecto que hasta ahora ha recibido escasa atención.

GRADOS DE CEGUERA

La discusión anterior nos permite evaluar de manera más precisa la situación de las metodologías en primera persona a lo largo del mundo de la ciencia cognitiva. En el debate actual respecto a una ciencia de la conciencia, existe un número de autores que explícitamente dejan fuera cualquier asunto referente a datos en primera-persona, por lo que no pueden ser tomados en cuenta aquí. Lo que interesa es echar un vistazo a aquellos que sí lo hacen, y caracterizarlos por lo que se puede denominar su grado de ceguera al rol y la importancia de trabajar con métodos en primera-persona.

En nuestra opinión, el campo de los estudios de la conciencia y la neurociencia cognitiva ha estado excesivamente influenciado por un estilo particular de filosofía de la mente, aislado de otras tradiciones que han hecho de la exploración metódica de la experiencia humana su especialidad. Así, no es sorprendente que (con excepciones notables) terminemos en una repetición iterativa del mismo tipo de argumentos. No hay lugar en que esta postura quede más clara que en la guerra de palabras entre David Chalmers y John Searle, de reciente aparición en el *New York Review of Books* (Searle, 1997). Tenemos aquí a dos filósofos que sostienen, cada uno a su manera, la necesidad de incorporar la dimensión subjetiva o experiencial como irreductible. Pero a esta adherencia a la pertinencia de la experiencia en primera-persona no es seguida de avances metodológicos. No es sorprendente que entonces Chalmers y Searle logren acusarse mutuamente de estar completamente equivocados respecto a prácticamente cualquier asunto importante. Esto constituye una señal de la necesidad de encontrar otras formas de avanzar, con nuevas fuentes y nuevas herramientas.

Consideremos ahora la noción de “grados de ceguera” frente a la utilidad de trabajar con metodologías en primera-persona. Naturalmente, el grado más básico de ceguera está representado por aquellos que siendo sensibles a la experiencia en primera-persona, pretenden abordarla exclusivamente a través de métodos en tercera-persona. Esta es una posición compartida por la amplia mayoría de los neurocientíficos cognitivos, y está bien articulada por Dennett en su noción de hetero-fenomenología.

Una segunda y más refinada ceguera está representada por aquellos que sostienen que deben incorporarse descripciones en primera-persona, pero se detienen en el anuncio, y no proponen algo explícito con lo que se pueda trabajar. Esto se observa principalmente en la filosofía de la mente anglosajona, donde el problema de la conciencia frecuentemente se asimila al de *qualia* en relación con algunos rasgos peculiares de los estados mentales. Por ejemplo, consideremos a Searle (1992), quien argumenta a favor de la irreductibilidad de la ontología en primera-persona. Aun cuando llega al estudio de la subjetividad, no propone algo más que un rápido descarte de la introspección. Quiere que aceptemos que “la irreductibilidad de la conciencia es una mera consecuencia de la pragmática de nuestras prácticas referidas a las definiciones” (p. 122), y por lo tanto, aunque la irreductibilidad de la conciencia sea un “argumento claro y directo”, no posee “consecuencias profundas” (p. 118). De hecho,

“El mismo hecho de la subjetividad que intentamos observar hace imposible tal observación. ¿Por qué? Porque allí donde la subjetividad consciente esté implicada no existe distinción entre el observador y el objeto observado... Cualquier introspección que yo tenga de mi propio estado consciente es, en sí, ese mismo estado de conciencia”.

Lo mental no posee una manera sólida de investigarse a sí mismo, y nos quedamos con una conclusión lógica, pero en un limbo pragmático y metodológico.¹²

¹² Sin embargo, es un hecho que los contenidos mentales pueden ser examinados y las teorías acerca de ellos aceptadas o rechazadas. Por cierto, los estudios del desarrollo cognitivo muestran que los niños deben aprender cuáles de sus experiencias deben ser consideradas como del mundo objetivo, y cuáles sólo de sus mentes (incluso los adultos pueden llegar a confundir estos planos). Esto pone de manifiesto que existe un sentido de “observación” que es previo e independiente de la distinción objetivo/subjetivo, que, según Searle, hace imposible la observación subjetiva (ver Shear, 1996).

Éste no difiere mucho del limbo que existe en los planteamientos de Ray Jackendoff, quien, a su manera, también aboga por la irreductibilidad de la conciencia, pero cuando se llega al tema del método cae en un elocuente silencio. Sí sostiene que los *insight* sobre la experiencia actúan como contrapeso a una teoría computacional de la mente, pero no aporta ninguna recomendación metodológica, excepto “la esperanza de que los desacuerdos respecto a la fenomenología puedan desenvolverse en un ambiente de confianza mutua” (Jackendoff, p. 275).

En un tercer nivel de inclusión, algunos han sido levemente más constructivos. Chalmers, por ejemplo, sostiene que “una aproximación (fenomenológica) debe ser absolutamente central para una adecuada ciencia de la conciencia” (Chalmers, 1997, p. 36), y toma en serio la idea de que tanto las metodologías orientales como las occidentales pueden demostrar utilidad. Pero hasta aquí su propio trabajo no parece haber ido más allá que esta sugerencia positiva general hacia las metodologías en sí mismas. La noción de equilibrio reflexivo de Owen Flanagan combina la tercera-persona y la descripción fenomenológica en una suerte de “método natural”, vinculando datos fenomenológicos, fisiológicos y neurales (Flanagan, 1994, p. 11). Nosotros podemos estar de acuerdo y seguir algunos de sus ejemplos (sobre audición dividida o percepción bi-estable). Pero este análisis caso a caso difícilmente equivale a una metodología propiamente, metodología que Flanagan no desarrolla. Bernard Baars es sustancialmente más explícito al introducir un método que llama “fenomenología contrastiva”: “la clave es comparar dos procesos cerebrales activos que sean similares en la mayoría de los aspectos pero que difieran respecto de la conciencia” (Baars, 1997^a, p. 21). Esto es ciertamente un procedimiento básico que se lleva a cabo implícitamente en la mayoría de los estudios que actualmente se publican acerca de los correlatos neurales de los procesos conscientes, tales como la atención y la imaginación. Aunque es un avance importante en la metodología, cuando se trabaja con condiciones contrastantes aún existe una multitud de datos fenoménicos subjetivos a explorar, tal como lo plantea la contribución de Peugeot a esta

Edición Especial. Es precisamente por esto que los métodos analizados en esta Edición Especial, aunque fuera lo único, aportan evidencia de que en la observación de la propia experiencia existe más de lo evidente a simple vista, si se utiliza un método que consistentemente deje suspendidos los juicios y pensamientos habituales.¹³ En conclusión, este rápido bosquejo de los grados de ceguera muestra que aún existe un largo camino por recorrer en la introducción, dentro de la ciencia cognitiva, de las metodologías en primera-persona con todos sus derechos. Existen algunas señales de que esto está lentamente comenzando a suceder.¹⁴

¿PUEDE SER EXPLORADA LA EXPERIENCIA? UNA OBJECCIÓN DESDE EL INICIO

Nuestra orientación pragmática seguramente dejará a algunos lectores algo fríos. El lector escéptico sacará a relucir lo que probablemente constituye la objeción más fundamental en el camino inquisitivo aquí propuesto. Se puede formular esta objeción en los siguientes términos: ¿cómo podría uno saber que al explorar la experiencia a través de un método, uno no está, de hecho, deformando, o aun más, creando lo que uno experimenta? Siendo la experiencia lo que es, ¿cuál es el posible significado del examen? A esto se podría denominar como una “falacia de la excavación”, o filosóficamente, como la objeción *hermenéutica*, lo que apunta al corazón mismo de nuestro proyecto. También se la puede encontrar en otra forma, como la objeción de *deconstrucción*, basándose en el análisis filosófico post-moderno (principalmente derivado de J. Derrida). Aquí el énfasis está puesto en la afirmación de que no existe algo así como niveles más “profundos” de experiencia, ya que cualquier relato siempre está de antemano (*toujours déjà*) envuelto en el lenguaje, por lo que un nuevo relato puede ser sólo eso: una inflexión de las prácticas lingüísticas. Nuestra respuesta a la falacia de excavación/deconstrucción es, en primer lugar, admitir que de hecho aquí existe un problema significativo, y que ningún argumento *a priori* o contorsión metodológica lo disipará

¹³ Incluso para un escritor como Baars, esta necesidad de un desarrollo posterior provoca resistencia. En la discusión sobre un resumen de su libro, uno de nosotros puso el acento exactamente sobre este punto, lo que no fue bien recibido por el autor. Dice Baars en su réplica: “Todo el revuelo acerca de los métodos es todavía reductible a ‘¿es usted consciente ahora mismo de esta palabra que tiene ante los ojos?’. No es necesario complicar las cosas (Baars, 1997^b p.375). No obstante, hay una gran dosis de complejidad que no queda fácilmente disponible en los datos en primera persona. Y es aquí donde la necesidad de métodos refinados se hace ostensible.

¹⁴ Debemos notar en este punto el sobresaliente estudio pionero de Eugene Gendlin, cuya contribución merecería ser mejor conocida (Gendlin, 1972/1997). Para una reciente colección de metodologías comparativas, ver Velmans (en prensa).

per se. Parece inevitable que cualquier método pasará a ser parte y parcela de los tipos de entidades y propiedades que se encuentren en el dominio de observación a la mano. Tal como se planteó en la sección I (arriba), la dimensión experiencial y social de la ciencia frecuentemente se encuentra oculta, aunque jamás está del todo ausente. Esto se puede visualizar en las formas más consagradas de las ciencias naturales, tal como han dejado ampliamente en claro los recientes proyectos académicos (por ejemplo, los estudios recientes de Shapin y Shaeffer [1994] sobre la bomba de aire de Boyle).

En efecto, ninguna aproximación metodológica a la experiencia es neutral e inevitablemente introduce un marco interpretativo en la recolección de datos fenoménicos. En la medida que esto sea así, es ineludible la dimensión hermenéutica del proceso: cada examen es una interpretación, y toda interpretación revela y oculta al mismo tiempo. Pero de esto no se desprende que una aproximación disciplinada a la experiencia arrojará sólo “artefactos”; o una versión “deformada” de lo que “realmente” la experiencia es. Sin lugar a duda, la exploración de la experiencia estará sujeta a expectativas culturales y sesgos instrumentales, tal como todas las otras investigaciones metodológicas, pero no existe evidencia de que los datos fenoménicos recolectados no estén igualmente restringidos por la propia realidad de los contenidos conscientes. Así, la descripción que podamos producir a través de metodologías en primera persona no son “datos” puros y sólidos, pero sí *item* de un conocimiento inter-subjetivo potencialmente válido, cuasi-objetos de tipo mental. Ni más, ni menos. Más aún, la experiencia humana no es un dominio fijo y predelimitado. Es, en cambio, un dominio cambiante, cambiante y fluido. Si uno se ha sometido a un entrenamiento disciplinado en interpretación musical, las habilidades recientemente adquiridas de distinción de sonidos, sensibilidad al fraseo musical y la ejecución en conjunto, son innegables. Pero esto significa que la experiencia es explorada y modificada de una manera no arbitraria con tales procedimientos disciplinados. En rigor, referirse a la experiencia como algo crudo, puro o estándar en general no tiene sentido. Todo lo que tenemos es experiencia a su propio nivel de examen, y dependiendo del tipo de esfuerzos y métodos puestos en juego. La experiencia se mueve y cambia, y su exploración ya es una parte de la vida humana, aunque en

general con otros objetivos que no son la comprensión de la experiencia en sí misma.

Queremos por lo tanto situarnos en un terreno intermedio respecto a la objeción hermenéutica. Por una parte, deseamos explorar hasta el límite las herramientas disponibles para las descripciones en primera persona. Por otra, no sostenemos que tal acceso sea libre de limitaciones metodológicas, o que sea natural en un sentido privilegiado. Esta combinación constituye una manifestación más del espíritu pragmático del trabajo destacado en esta Edición Especial. Sólo el tiempo dirá si esta orientación rinde los frutos esperados. Nada se gana con rehusarse al proyecto completo debido a algún argumento *a priori*.

REFERENCIAS

1. Baars BJ. *In the Theater of Consciousness*. New York: Oxford University Press, 1997
2. Baars BJ. Reply to commentators, *Journal of Consciousness Studies* 1997; 4(4): 347-64
3. Chalmers DJ. Moving forward on the problem of consciousness. *JCS* 1997; 4(1): 3-46
4. Dennett DC. *Consciousness Explained*. New York: Little Brown, 1991
5. Depraz N, Varela F, Vermersch P (forthcoming). On becoming Aware: steps to a Phenomenological Pragmatics
6. Flanagan O. *Consciousness Reconsidered*. Cambridge, MA: MIT Press, 1994
7. Gendlin E. *Experiencing and the Creation of Meaning*. Evanston, IL: Northwestern University Press, 1972/1997
8. Jackendoff R. *Consciousness and the Computational Mind*. Cambridge, MA: MIT Press, 1987. Roy JM, Petitot J, Pachoud B, Varela FJ. Beyond the gap. An introduction to naturalizing phenomenology, in: *Naturalizing Phenomenology: Issues in Contemporary Phenomenology and Cognitive Science*, ed. Petitot et al. Stanford University Press, 1998
9. Searle JR. *The Rediscovery of the Mind*. Cambridge, MA: MIT Press, 1992
10. Searle JR. *The Mystery of Consciousness*. New York: New York Review of Books, 1997
11. Shapin S, Shaeffer S. *Leviathan and the Air Pump*. Princeton Univ. Press, 1994
12. Shear J. The hard problem: Closing the empirical gap. *JCS* 1996; 3(1): 54-68
13. Shear J. *Explaining Consciousness: The hard Problem*. Cambridge, MA: MIT Press, 1997
14. Varela FJ. Neurophenomenology. *Journal of Consciousness Studies* 1996; 3(4): 330-49
15. Varela FJ. Metaphor to mechanism; natural to disciplined, *JCS* 1997; 4(4): 344-6
16. Velmans M. (ed. Forthcoming). *Investigating Phenomenal Consciousness: New Methodologies and Maps*. Amsterdam: Benjamins

TEORÍA

EL PROBLEMA DE LA CONCIENCIA

(Rev GU 2005; 1; 2: 161-172)

Rodolfo Bächler¹

El presente trabajo analiza el problema de la conciencia en ciencia cognitiva representacional simbólica, a la luz del trabajo de tres autores que han dedicado parte importante de su obra a analizar este tema. En primer término, se realiza una contextualización del problema de la conciencia en el marco del problema filosófico mente-cuerpo. Luego se intenta dilucidar por qué la conciencia constituiría una dificultad para avanzar en la construcción de una ciencia de la mente y cuáles son los aspectos de este fenómeno que chocarían con el paradigma científico. Para avanzar en este punto se analizan algunos aspectos de los planteamientos de tres autores respecto del problema de la conciencia en ciencia cognitiva: David Chalmers, John Searle y Francisco Varela. Finalmente, se elaboran algunas conclusiones respecto de las características del problema de la conciencia, los puntos de vista de los autores revisados, y algunas ideas sobre los posibles caminos para una investigación futura de la mente que no excluya la conciencia.

EL CONCEPTO “MENTE”

El concepto “mente” ocupa un lugar central dentro de nuestra cultura, teniendo inmensas implicaciones en la vida cotidiana de las personas, al punto que podemos afirmar que prácticamente nadie se atrevería a negar actualmente la existencia de la mente en los seres humanos, al menos.

Sin embargo, ¿qué significa decir que la mente existe? Cuando nos referimos a la existencia de la mente parece ser que no estamos haciendo referencia a una existencia similar a la existencia de una mesa por ejemplo. Pero, ¿cómo es entonces la cualidad de la existencia de la mente? ¿Podemos decir que existe algo si no estamos aludiendo a una existencia física? ¿Cómo

podría ser una existencia de otro tipo? Si la mente existe (de la forma que sea), ¿dónde se encuentra, es decir, cuál es su residencia? Finalmente, ¿cómo se relaciona la existencia de la mente con procesos característicos del ser humano que si son inapelablemente físicos, como la actividad del sistema nervioso? Éstas y otras preguntas relacionadas nos llevan hasta un problema que ha ocupado gran parte de la actividad de la filosofía durante varios cientos de años.

EL PROBLEMA MENTE / CUERPO

Según De la Cruz (2002), el problema de clarificar las relaciones entre la mente y el mundo físico (problema mente/cuerpo), es un problema que ha acompañado el

¹ Magister Drogodependencias Universidad Complutense. Magister (c) Estudios Cognitivos Universidad de Chile. Candidato Doctor Filosofía (Ciencias Cognitivas) Universidad Complutense.

desarrollo completo de la humanidad, aun cuando habría adoptado diversas formas durante su historia. Este autor, al igual que otros (Wozniak 1992, Berman 1987), plantea que si bien el problema es muy antiguo, la forma a través del cual lo reconocemos hoy en día, tendría su raíz más directa en los planteamientos de René Descartes. Este matemático, filósofo y fisiólogo francés sería quien intentó la primera explicación sistemática de las relaciones entre la mente y el cuerpo, definiendo de alguna forma el problema mente/cuerpo, y otorgando también las primeras directrices para intentar avanzar en su solución.

Según Wozniak (1992), al localizar el punto de contacto entre el alma y el cuerpo en la glándula pineal, Descartes planteó la cuestión de las relaciones de la mente con el cerebro y el sistema nervioso, pero al mismo tiempo, al trazar una radical distinción ontológica entre el cuerpo como extensión y la mente como puro pensamiento, Descartes, en búsqueda de la certidumbre, habría creado paradójicamente un caos intelectual. La solución de la glándula Pineal habría sido auto-contradictoria, ya que suponía la afirmación de una sustancia que era pensante y extensa a la vez, lo cual choca con la propia definición cartesiana de sustancia (De la Cruz 2002).

No obstante esta contradicción, las ideas de Descartes en el sentido de ubicar el epicentro de las funciones mentales en el cerebro se han visto reforzadas por un enorme caudal de investigaciones llevadas a cabo durante los últimos ciento cincuenta años sobre la estructura y el funcionamiento del sistema nervioso. Desde el localizacionismo extremo de la antigua frenología, hasta el neo-localizacionismo actual de la moderna neurociencia, los científicos se han empeñado en encontrar la residencia física de las funciones mentales en el sistema nervioso, específicamente en el encéfalo. El desarrollo de las técnicas de investigación del cerebro ha permitido grandes avances en la comprensión de los mecanismos neurofisiológicos del sistema nervioso central. Entre otros, se han delimitado las diferentes áreas de la corteza cerebral encargadas de recibir y procesar la información y controlar las reacciones musculares; se ha determinado la existencia de las áreas de asociación que interpretan, integran y coordinan la información proveniente de las áreas sensoriales y motoras (permitiendo el funcionamiento mental superior); y, finalmente, se ha establecido la interrelación entre los hemisferios cerebrales y sus respectivas funciones generales, determinándose así la compleja vinculación entre la localización de las funciones mentales y la actividad del cerebro como un todo.

De esta forma, la investigación científica sobre el sistema nervioso ha permitido replantear el alcance del problema mente/cuerpo, trasladando el análisis desde una relación amplia (mente/cuerpo), hasta una relación bastante más acotada (mente/cerebro). El énfasis de la discusión se ha centrado en las características del funcionamiento del sistema nervioso y su relación con los procesos mentales, dejándose de lado el rol fundamental del cuerpo en tanto soporte de las emociones y del movimiento, como acción generadora de lo cognitivo.

El problema es planteado actualmente en los siguientes términos:

- ¿cómo se relacionan los procesos mentales y cerebrales?
- ¿es posible explicar (reducir) los procesos mentales a partir de los procesos neurofisiológicos del sistema nervioso?
- ¿son los procesos cerebrales idénticos a los procesos mentales?

EL DESARROLLO DE UNA CIENCIA DE LA MENTE

La falta de una solución sobre las interrogantes anteriores ha significado grandes dificultades para el desarrollo de una ciencia de la mente. La visión de las propiedades mentales como un dominio distinto de lo físico choca fuertemente con la cosmovisión materialista de la ciencia, y no le permite a esta última hacerse cargo de la explicación de lo mental, fenómeno que eventualmente escaparía a este dominio. Esta es, probablemente, la razón más poderosa por la cual, a pesar de que actualmente contamos con más de treinta años de desarrollo de la ciencia cognitiva, el problema duro (o problema difícil) sigue siendo el abordaje de las propiedades mentales, las cuales no serían aparentemente explicables en términos puramente físicos.

Dentro de este contexto, el problema de la conciencia planteado por la ciencia cognitiva (tal como lo revisaremos más adelante), constituye en términos esenciales, una re-formulación muy elaborada del histórico problema mente/cuerpo. Este último problema no sólo no ha sido superado por la ciencia cognitiva, sino que se encuentra plenamente presente al interior de la ciencia cognitiva, como una piedra de tope que dificulta el progreso en el estudio de la mente. Observar este problema no es fácil, puesto que *cuando los científicos cognitivos hablan de "la mente" (sobre todo, pero no únicamente en el sentido computacional), no se aprecia de forma directa que generalmente estamos dejando de lado un aspecto que para muchos constituye la dimensión principal de lo mental: la conciencia.*

Flanagan (1992), sorprendido por el regreso post conductista de la mente a la investigación, sin un retorno paralelo de la conciencia, reflexiona sobre algunos aspectos que pueden dar luces sobre esta carencia. La primera razón que señala hace referencia al hecho que el abandono de las ideas del behaviorismo respecto del escenario de la mente no fue acompañado de un abandono metodológico. El conductismo habría dejado un legado metodológico a la ciencia cognitiva, una forma de tratar los fenómenos de la mente, que incide directamente en la exclusión de la conciencia de parte de los científicos cognitivos.

Otros aspectos que señala este investigador como posibles causas de esta exclusión, serían:

- La existencia de la idea en ciencia cognitiva, que un mapa posible de la mente debiera proveer una teoría de la vida mental inteligente sin comprometerlo a uno con un punto de vista acerca de la naturaleza, función y rol de la conciencia.
- La existencia de la idea en el funcionalismo computacional, que la conciencia no es esencial.
- La presencia de la “suspiciosa” epifenomenalista, según la cual los estados conscientes no tendrían un rol causal, y los seres humanos podríamos ser considerados como autómatas conscientes, es decir, organismos que actuamos de manera mecánica, pero acompañados en ocasiones de estados conscientes que no tendrían sin embargo eficacia causal.

Como observa Flanagan, resulta extraño constatar que el desarrollo de la ciencia cognitiva no trajo consigo un rescate de la mente, concebida a la manera de la psicología pre conductista. Lo que en verdad ocurrió fue que el retorno de la mente propiciado por el enfoque cognitivista trajo aparejada consigo una maniobra un tanto confusa, mediante la cual, la ciencia cognitiva proporcionó un puente para salvar la distancia que existía entre la cosmovisión fisicalista de la ciencia y el estudio de la mente.

LA MENTE EN EL SENTIDO COGNITIVISTA COMPUTACIONAL

En cierto sentido, muchos de los científicos cognitivos hablan de la mente sin referirse totalmente a ella. Lo que la ciencia cognitiva hace (sobre todo en su versión cognitivista computacional), es reformular el concepto de “mente” hasta unos términos que resulten admisibles dentro de la visión materialista, pero perdiendo en este intento las propiedades centrales de “lo mental”.

Para acercarse a los ideales “fisicalistas” de la ciencia, la ciencia cognitiva redefine los estados mentales en términos de actitudes proposicionales que tienen propiedades causales y que pueden ser experimentalmente constatables. Desde este enfoque, la ciencia cognitiva no explica en último término qué es un estado mental, pero sí logra, finalmente, conservar la intención de hacer una ciencia (natural) de la mente, que cumpla con los requisitos de fisicalidad, observación por terceras personas, funcionalidad (conducta guiada por propósitos), y experimentalidad. El enfoque cognitivista a través de la teoría representacional de la mente y la hipótesis del sistema de símbolos físicos (ambos presentes en el corazón de este enfoque) redefinió nuestra concepción de la mente como un asunto absolutamente compatible con el mundo físico, rescatándola del terreno místico, y haciendo posible su estudio científico. Al reformular los estados mentales como actitudes proposicionales, la teoría representacional de la mente le otorgó un anclaje físico a la actividad mental, y la noción de cognición, entendida como manipulación de símbolos a partir de su forma física no presentó problema alguno para el requisito científico de fisicalidad. La hipótesis de los sistemas de símbolos físicos, por su parte, dio pie al cumplimiento del requisito de implementabilidad, al señalar que cualquier sistema inteligente no es más que un sistema de símbolos físicos y puede ser, por tanto, implementado en cualquier sustrato físico que cumpla con algunas condiciones básicas.

El avance impulsado por el enfoque cognitivista, observado sobre todo a partir del impresionante desarrollo de la inteligencia artificial, significó que la mirada cognitivista representacional simbólica se transformase en el enfoque oficial para la investigación científica de la mente. A pesar de todo lo anterior, quedaron, sin embargo, algunos importantes problemas sin resolver.

NUEVAS VERSIONES DEL PROBLEMA MENTE / CUERPO: EL PROBLEMA DE LA CONCIENCIA

Desde su surgimiento la ciencia cognitiva ha experimentado un vertiginoso desarrollo. No obstante este hecho, no son pocos los que piensan que el paradigma cognitivista continúa siendo, hasta ahora, el único modelo con un desarrollo teórico y experimental importante y que debiera guiar, por tanto, la investigación en ciencia cognitiva. Desde este punto de vista, como deja entrever Clark (2001), el resto de las ideas y teorías existentes (cognición distribuida, vida artificial, sistemas dinámicos, etc.), no serían tanto nuevas teorías, opuestas a un modelo cognitivista dominante sino, más bien, aportes desde distintos ámbitos a lo que seguiría siendo el pa-

radigma central de la cognición y la mente (paradigma cognitivista computacional). Dentro de este escenario, para este autor, la conciencia sigue siendo el problema duro de la ciencia cognitiva, y aunque habría “salido del armario” y se encuentra actualmente de moda en la literatura cognitiva, aún no sabemos exactamente qué estamos diciendo cuando hablamos de conciencia, ni está todavía claro cuál es el rol que le cabe dentro del funcionamiento mental.

La Distinción del Problema de la Conciencia

Si bien en ciencia cognitiva existe una fuerte corriente ortodoxa que se niega de múltiples formas a la posibilidad de estudiar la conciencia en sus propios términos, el avance en la comprensión de la mente y la cognición propiciado por esta disciplina ha permitido, por otra parte, distinguir aspectos cada vez más sutiles del problema mente/cuerpo. Podría decirse que en paralelo a la dirección propiciada por la ortodoxia computacionista del cognitivismo, ha corrido una vertiente de pensamiento más pequeña (pero no menos importante) que se ha empeñado en develar las lagunas del cognitivismo en cuanto a su comprensión de la mente. Al respecto, fue el libro ya clásico de Ray Jackendoff, “La Conciencia y la Mente Computacional”, el que puso un nuevo foco de luz sobre la comprensión del problema de la conciencia.

En esta obra Jackendoff (1998) colocó atención sobre lo que se ha llamado, posteriormente, la “desunidad” del sujeto cognitivo, revelando cómo mente y conciencia, o más bien computación y conciencia, serían dos aspectos eminentemente diferenciados del funcionamiento mental (Varela 1997). Aunque no es el objetivo de este trabajo, resulta interesante destacar, al respecto, que según Francisco Varela la aparente cohesión mental que experimentamos en la percepción del mundo (y de nosotros mismos), no sería más que una ilusión generada a partir de la estructura de la mente. Esta vivencia de unidad respecto de nuestro propio funcionamiento mental, así como del mundo percibido, estaría sustentada por una serie de aspectos y/o funciones que son en sí mismas claramente diferenciadas².

Jackendoff (1998), mediante su trabajo, distinguió los que pueden ser considerados los aspectos

más gruesos del funcionamiento mental, a saber, la dimensión computacional y fenomenológica de la mente. Para este autor la mente fenomenológica tiene que ver con la mente como el lugar del percatamiento consciente, la experiencia del mundo y las propias vidas interiores que cada uno llevamos, inaccesibles a los demás. El otro gran aspecto de “lo mental”, denominado mente computacional, considera la mente como un sistema de soporte y de procesamiento de la información. La mente en este último sentido actúa como el lugar del entendimiento, el conocimiento, el razonamiento y la inteligencia. Para Jackendoff (1998), esta distinción permite considerar dos problemas de diferente tipo a la hora de analizar la relación mente/cuerpo: “resulta así que la psicología tiene ahora no dos ámbitos de los que ocuparse, el cerebro y la mente, sino tres: el cerebro, la mente computacional y la mente fenomenológica. En consecuencia, la formulación de Descartes del problema mente/cuerpo se divide en dos cuestiones separadas. El problema mente fenomenológica – cuerpo es: ¿cómo puede un cerebro tener experiencias? El problema mente computacional – cuerpo es: ¿cómo puede el cerebro llevar a cabo el razonamiento? Además tenemos el problema mente/mente, es decir: ¿cuál es la relación entre los estados computacionales y la experiencia?” (Jackendoff pp. 38-39). Este problema deriva de la constatación del hecho que nuestra cognición se dirige hacia el mundo tal como lo experimentamos. La respuesta de Jackendoff a este problema es planteada en términos de proyección. La conciencia sería, desde su punto de vista, una proyección de representaciones de nivel intermedio de la mente computacional.

Al utilizar la distinción de Jackendoff, y si dejamos por un momento de lado el concepto “computación” (nada nos asegura que sea ésta la única manera no consciente de procesar información), nos encontramos sin duda frente a un excelente mapa para representar la complejidad que ha adquirido el problema mente/cuerpo a partir del surgimiento de la ciencia cognitiva. Para los fines de este trabajo interesa mucho más el ordenamiento general de la mente que establece Jackendoff, que su visión y explicación de la conciencia, la cual resulta poco explicativa puesto que señala que la conciencia es causada (proyectada) por los procesos

² Este hecho ha sido ampliamente demostrado tanto neurofisiológica como cognitivamente, a través de estudios de percepción. Anne Treisman, por ejemplo, demuestra cómo la percepción del mundo, aun cuando la experimentamos de manera unificada, se caracteriza por una gran segmentación, dentro de la cual uno de los aspectos más gruesos de la diferenciación se encuentra entre los aspectos pre y post atencionales. En otro ámbito, el mismo Varela, en su libro “De cuerpo presente”, comenta el trabajo de Minsky que descubre la inexistencia de un yo tal como lo experimentamos internamente.

computacionales, pero no tendría una utilidad por sí misma (Jackendoff 1998).

Lo más interesante de esta distinción se encontraría en el hecho que Jackendoff, coloca la conciencia en el centro de los procesos mentales, distinguiéndolo con claridad de otros aspectos de la mente. Al identificar esta situación, entrega un mapa general para nombrar un problema que brota permanentemente en las investigaciones respecto de la mente, y frente al cual a los científicos cognitivos les resulta cada vez más difícil hacerse a un lado. Los siguientes apartados intentarán definir con cierta exactitud a qué se refiere el "problema de la conciencia" y cuáles son las dificultades que este tema plantea a la ciencia cognitiva, específicamente a su paradigma dominante, el enfoque cognitivista.

Para ello, el trabajo se abocará desde aquí en adelante a la revisión de este problema, a partir de las ideas de tres autores que han desarrollado importantes trabajos respecto del tema.

LA MENTE CONSCIENTE DE DAVID CHALMERS

David Chalmers, filósofo australiano, provocó durante finales de los años noventa, un gran revuelo con sus planteamientos respecto de la conciencia (Searle 2000). Para este autor el problema de la conciencia constituye el problema difícil de la ciencia cognitiva, en el sentido de ser un asunto que va más allá de lo técnico, implicando aspectos de orden metafísico (Chalmers 1999). La pregunta difícil que intenta responder Chalmers es: ¿Por qué todo el procesamiento (de la mente) se encuentra acompañado de la vida interna experimentada?

Dos Variedades del Funcionamiento de la Mente

Chalmers (1999) realiza una división de la mente en:

- Mente fenoménica, que equivale a la mente como experiencia consciente
- Mente psicológica, que equivale a la mente como base causal o explicativa de la conducta

Resulta evidente la similitud de esta división con las categorías de Jackendoff anteriormente comentadas; sin embargo, uno puede distinguir al menos dos diferencias respecto de este punto entre ambos autores:

- Para Chalmers no toda la actividad de la mente psicológica (o computacional) debiera necesariamente ser procesamiento simbólico.
- Para Chalmers existirían variedades de la mente fenoménica que serían también psicológicas (la

vigilia, la introspección, la informatividad, la autoconciencia, la atención, el control voluntario, el conocimiento y más generalmente la percatación).

Respecto de este último punto, resulta interesante la identificación de estados psicológico/fenoménicos, puesto que denotan una diferencia más profunda entre las distinciones de Chalmers y Jackendoff. En este último caso, la mente parece estar dividida en dos aspectos, teniendo como criterio de base para la diferenciación el tipo de funcionamiento manifiesto. La mente, desde este punto de vista, se divide en dos aspectos que son cualitativamente diferentes: la mente computacional (simbólica e inconsciente), y la mente fenomenológica (experimentada conscientemente). En el caso de Chalmers, en cambio, la diferenciación se establece obedeciendo no tanto a un reconocimiento de dos dimensiones independientes de lo mental (psicológica / fenoménica) sino, más bien, a una diferenciación de tipo operacional para describir funcionalmente la actividad de la mente.

Problema Mente / Cuerpo

Para Chalmers (1999) el problema de la conciencia tendría que ver con la antigua discusión de la relación mente/cuerpo, aunque no sería exactamente lo mismo. El problema mente/cuerpo, de acuerdo con Chalmers, es el problema de definir qué tipo de vínculo existe entre estos dos aspectos del mundo. El problema de la conciencia, en cambio, sería un problema algo diferente que puede entenderse mejor si observan los aspectos más finos derivados de la distinción mente psicológica/mente fenoménica. La distinción psicológica/fenoménica permite factorizar el problema mente/cuerpo en dos partes separadas, dentro de las cuales la más difícil sería aquella referida a la cuestión de por qué las propiedades psicológicas están acompañadas por propiedades fenoménicas. De esta forma, al igual que en las ideas de Jackendoff, en Chalmers encontramos al menos dos problemas mente/cuerpo, de los cuales uno (el problema mente/mente) constituye el problema difícil metafísicamente hablando.

Al revisar su trabajo resulta tentador suponer una causalidad lineal y progresiva que iría desde lo físico hasta lo fenoménico, pasando por lo psicológico. Chalmers, sin embargo, cuida bastante el uso del lenguaje al referirse a estas posibles relaciones, de manera de no plantear el problema en términos de causalidad lineal. La pregunta que intenta responder, por tanto, no es: ¿cómo causan los procesos psicológicos la experiencia consciente?, sino más bien, ¿por qué las propiedades

psicológicas se encuentran acompañadas por propiedades fenoménicas?

De cualquier modo, Chalmers se ocupa también de reflexionar sobre otras interrogantes anexas al foco central de su trabajo, indagando cuestiones tales como: ¿cuál es el lugar de la conciencia en el orden natural?, o, ¿es la conciencia un fenómeno físico?, o, ¿puede la conciencia explicarse en términos físicos?

Finalmente, Chalmers (1999) se declara un dualista de propiedades. Esto se traduce en una defensa de la irreductibilidad de la conciencia pero también en la afirmación de que la conciencia surgiría de lo físico, aun cuando no sería ella misma algo físico. ¿Cómo es posible esto? La explicación que Chalmers entrega es que esto se debería a la presencia de un ingrediente extra: la información.

La Teoría de la Conciencia de Chalmers

La teoría de Chalmers respecto de la conciencia resulta menos convincente que la discusión respecto del problema. El mismo Chalmers hace referencia a esta situación cuando señala: “no presento una teoría completamente desarrollada, pero formulo sugerencias acerca de las construcciones involucradas en esas leyes (...) Mi objetivo al formular estas ideas sueltas no es plantear un marco conceptual que resista un escrutinio filosófico detallado; más bien las propongo con el fin de poner las ideas sobre la mesa” (Chalmers 1999 p. 351).

Chalmers (1999) afirma que la conciencia es una propiedad básica existente en la naturaleza y que, por lo tanto, aun cuando existirían grados variables de ella en los seres y objetos del mundo, prácticamente todos presentarían conciencia. Este hecho es difícil aceptarlo, según Chalmers, entre otras razones por la confusión existente entre conciencia y autoconciencia. Por otra parte, nuestras experiencias conscientes serían de un carácter tan sofisticado que no facilitan la imaginación de la experiencia consciente de una piedra o, en el mejor de los casos, de un ratón.

La razón fundamental por la cual la conciencia sería una propiedad básica de la naturaleza es que ella está asociada al concepto de información. Para llevar adelante su análisis en esta dirección, Chalmers utiliza el concepto de información presente en la teoría de Shannon (1948 citado en Chalmers 1999). Este concepto hace referencia a una noción formal o sintáctica, relacionada con un estado seleccionado a partir de un conjunto de posibilidades (dentro de lo cuales el más básico es el bit). La información así entendida tendrá siempre un aspecto físico y otro fenoménico. Físicamente realizada, la información sería “una diferencia

que hace una diferencia”, o que está asociada a un camino causal. La información realizada fenoménicamente, en cambio, tiene que ver con “las cualidades intrínsecas de las experiencias y la estructura entre ellas, es decir, las relaciones de similitudes y diferencias entre ellas y su estructura combinatoria intrínseca” (Chalmers 1999 p. 360).

La información, como una propiedad que presenta siempre ese doble aspecto, permitiría la conexión entre los dominios físicos y fenoménicos del mundo. Así, “una experiencia consciente es una realización de un estado de información; un juicio fenoménico se explica mediante otra realización del mismo estado de información. En un sentido, postular un aspecto fenoménico de la información es todo lo que necesitamos para asegurarnos que esos juicios son verdaderamente correctos: existe un aspecto cualitativo en esa información que se muestra directamente en la fenomenología y no sólo en un sistema de juicios” (Chalmers 1999 p. 369).

EL NATURALISMO BIOLÓGICO DE JOHN SEARLE

John Searle, filósofo de la mente estadounidense, ha dedicado gran parte de su obra al estudio de los actos del habla sin embargo, al interior de la ciencia cognitiva; es reconocido principalmente por su crítica a la inteligencia artificial, denominada “la habitación china”. Una parte importante de su trabajo durante estos últimos años la ha dedicado a entregar su punto de vista respecto del problema de la conciencia.

Para Searle (2000) existirían dificultades de orden teórico y filosófico que impiden realizar una correcta aproximación al problema de la conciencia. Éstas serían:

- La existencia de una tradición de pensamiento estructurada a partir del concepto de dualismo y la división del mundo en lo material y lo mental.
- El hecho de que a pesar de tratar la conciencia como un fenómeno biológico y por ende parte del mundo físico, muchos autores consideran que la idea de una conciencia que es causada por procesos cerebrales, lleva a suponer que hay dos cosas en juego, procesos cerebrales como causas y estados conscientes como efectos (lo que pareciera implicar una forma de dualismo).

Sobre estos dos últimos aspectos, Searle estructura gran parte de su trabajo, el cual se aboca sobre todo a derribar lo que serían para él las dos grandes confusiones filosóficas: el materialismo y el dualismo. Su trabajo está orientado, por tanto, a develar algo que él concibe

como una confusión histórica que lleva a los filósofos de la mente e investigadores a caer en errores que oscilan entre la defensa del materialismo o la aceptación de algún tipo de dualismo (frecuentemente dualismo de propiedades como ocurre en el caso de Chalmers). Para Searle (2000) ambas estrategias implican un no tomar en serio el fenómeno de la conciencia. En primer lugar, porque es evidente que no habría nada más claro que la existencia de la conciencia. En segundo término, porque pretender la existencia de una substancia no material, sin dar cuenta de una conexión clara con el mundo material, constituiría un ir en contra de todo el conocimiento científico acumulado a lo largo de la historia.

Para Searle (2000) tanto el materialismo como el dualismo contienen en sí mismos errores fundamentales, y la conciencia sería un fenómeno natural biológico que no puede enmarcarse de manera apropiada en ninguna de las categorías tradicionales de lo mental y lo físico. Ésta estaría causada por micro procesos de nivel inferior que se dan en el cerebro, pero a la vez sería ella misma un rasgo del cerebro en los niveles macro superiores.

La Definición de Conciencia de Searle

Aunque Searle (2000) señala que no es posible definir la conciencia con exactitud, afirma también que se puede hacer referencia a la conciencia entendiéndola como “aquellos estados del sentir y del advertir que, típicamente, dan comienzo cuando despertamos de un sueño sin sueños y continúan hasta que nos dormimos de nuevo, o caemos en un estado comatoso, o nos morimos, o de uno u otro modo, quedamos inconscientes” (Searle 2000 p. 19). Esta definición, bastante vaga, puede ser complementada con algunas puntualizaciones más específicas de su visión sobre qué es la conciencia, detallados en otro texto:

- La conciencia es diferente de la autoconciencia y la cognición
- La conciencia puede variar en grados,
- La conciencia es como un mecanismo de encendido y apagado,
- Conciencia no es “awarenes” (darse cuenta). Aunque estos fenómenos se parecen, no son equivalentes, puesto que awarenes está mucho más estrechamente vinculado a cognición.
- Los estados conscientes siempre tienen contenido (Searle 1996).

Searle afirma que la conciencia es el fenómeno mental por excelencia y, “de un modo u otro, todas las

demás nociones mentales –como intencionalidad, subjetividad, causalidad mental, inteligencia, etc.– sólo pueden ser entendidas completamente como *mentales* a través de sus relaciones con la conciencia.”³ (Searle 1996 p. 96). En concordancia con todo lo anterior, reconoce que este fenómeno se manifiesta en distintos grados, desde la experiencia más simple hasta los complejos estados de autoconciencia. Sin embargo (al igual que Chalmers), se limita a reflexionar considerando el fenómeno en sus aspectos más básicos y esenciales, puesto que tomando en cuenta el estado del arte en la investigación neurobiológica, no resulta conveniente preocuparse de problemas relacionados con estos temas.

Según Searle (1996), parece claro que la conciencia sirve para organizar cierto conjunto de relaciones entre el organismo, su entorno y sus estados internos. La conciencia proporcionaría poderes de discriminación mucho mayores de los que tendrían los mecanismos inconscientes de discriminación. La conciencia añadiría poderes de discriminación y flexibilidad incluso a las actividades rutinarias memorizadas. La hipótesis que sugiere Searle es que las ventajas evolutivas que nos confirió el desarrollo de la conciencia fueron la flexibilidad, la sensibilidad y la creatividad mucho mayores.

Algunas Ideas para La Teoría de la Conciencia a partir de Searle⁴

Para Searle (1996) existen unas capacidades, habilidades y “saber cómo” generales, que hacen posible el funcionamiento de nuestros estados mentales. Todos

³ Al respecto, resulta interesante preguntarse: ¿qué es realmente lo que medimos cuando evaluamos inteligencia? La inteligencia vista según el análisis de Searle sería más bien un sub-producto de la mente, directamente dependiente de la presencia de un alto nivel de conciencia. El problema es que no podemos medir directamente conciencia, pero si pudiésemos hacerlo tal vez descubriríamos que aquello que se encuentra disminuido en forma notoria en aquellos casos que definimos como retardo mental, es la conciencia. Un detalle, curioso en este sentido, es que el término utilizado para referirnos a los sujetos que presentan un bajo nivel de inteligencia sea “retardo o deficiencia mental” y no retardo o deficiencia de la inteligencia.

⁴ Searle no hace referencia a sus ideas como parte de una teoría de la conciencia. Sin embargo, señala explícitamente que la tesis del trasfondo resulta ser una “tesis muy fuerte” y que la postulación de los fenómenos del Tránsito podrían constituir “una categoría separada para la investigación” (Searle 1996, pp. 182-183)

estos elementos constituirían lo que él denomina el "Trasfondo". La tesis del Trasfondo es: los fenómenos intencionales funcionan sólo dentro de un conjunto de capacidades de Trasfondo que no son en sí mismas intencionales. Otro concepto importante para comprender la existencia de fenómenos intencionales es el de "Red". Además del Trasfondo, para que los fenómenos mentales existan es necesario que existan dentro de una Red de otros fenómenos intencionales. Según Searle, "Resulta imposible para los estados intencionales determinar aisladamente sus condiciones de satisfacción. Para tener una creencia o un deseo es necesario tener toda una Red de otras creencias y deseos. La relación de la Red con el Trasfondo está dada porque además de la Red necesitamos postular un Trasfondo de capacidades que no son parte de la Red. La totalidad de la Red necesita un Trasfondo, puesto que los elementos de la Red ni se auto-interpretan ni se auto-aplican".

La tesis de Searle respecto del Trasfondo puede resumirse como sigue:

1. Los estados intencionales no funcionan autónomamente. No determinan aisladamente las condiciones de satisfacción.
2. Cada estado intencional requiere para su funcionamiento una Red de otros estados intencionales. Las condiciones de satisfacción se determinan sólo de manera relativa a la Red.
3. Incluso la Red no es suficiente. La Red sólo funciona de manera relativa a un conjunto de capacidades de Trasfondo.
4. Esas capacidades no son y no pueden ser tratadas como meros estados intencionales o como parte del contenido de algún estado intencional particular.

El mismo contenido intencional puede determinar diferentes condiciones de satisfacción (tales como las condiciones de verdad) y con relación a algún Trasfondo no determina ninguna en absoluto (Searle 1996, pp. 182-183).

Lo anterior puede entenderse también de otra forma, según Searle (1996). En mi cerebro hay una enorme y compleja masa de neuronas incrustadas en las células gliales. Algunas veces la conducta de los elementos de esta masa compleja causa estados conscientes, incluyendo aquellos estados inconscientes que son parte de las acciones humanas. Los estados conscientes tienen todo el color y la variedad que constituye nuestra vida de vigilia. Pero en el nivel de lo mental estos son todos los hechos. Lo que sucede en el cerebro, que es distinto de la conciencia, tiene una realidad ocurrente que es neurofisiológica más bien que psicológica. Cuando

hablamos de estados inconscientes estamos hablando de las capacidades del cerebro para generar conciencia. Además, algunas capacidades del cerebro no generan conciencia sino que más bien funcionan para fijar la aplicación de los estados conscientes. Me capacitan para pasear, correr, escribir, hablar, etc.

¿Cómo se relaciona todo esto con las distinciones de Trasfondo y Red?

Searle (1996) dice que: "cuando describimos un hombre en tanto que teniendo una creencia inconsciente, estamos describiendo una neurofisiología ocurrente en términos de su capacidad disposicional para causar pensamientos y conducta conscientes. Pero si esto es correcto, entonces parece seguirse que la Red de intencionalidad inconsciente es parte del Trasfondo. La ontología ocurrente de aquellas partes de la Red que son inconscientes es la de una capacidad neurofisiológica, pero el Trasfondo consta enteramente de tales capacidades.

La cuestión de cómo distinguir entre Red y Trasfondo desaparece porque la Red es aquella parte del Trasfondo que describimos en términos de su capacidad para causar intencionalidad consciente" (pp. 193-194). Lo que debemos distinguir, entonces, es lo intencional de lo no intencional dentro de las capacidades de Trasfondo. Para eso se pueden hacer algunas distinciones más:

1. Necesitamos distinguir entre lo que está en el centro de nuestra atención consciente de las condiciones límite, periféricas, y de situación de nuestras experiencias conscientes.
2. Necesitamos distinguir dentro de los fenómenos mentales la forma representacional de la no representacional. Puesto que la intencionalidad se define en términos de representación, ¿cuál es el papel, si es que hay alguno, de lo no representacional en el funcionamiento de la intencionalidad?
3. Necesitamos distinguir las capacidades de sus manifestaciones. Una de nuestras preguntas es: ¿cuáles de las capacidades del cerebro deberían pensarse como capacidades de Trasfondo?
4. Necesitamos distinguir aquello en lo que nos interesamos efectivamente de aquello que damos por sentado.

Abandonando la concepción de mente como inventario, la hipótesis de Trasfondo queda de la siguiente forma:

"Toda la intencionalidad consciente –todo pensamiento, percepción, comprensión, etc.– determina condicio-

nes de satisfacción sólo relativamente a un conjunto de capacidades que no son y no pueden ser parte de ese mismo estado consciente. El contenido efectivo por sí mismo es insuficiente para determinar las condiciones de satisfacción” (Searle 1996 p. 195).

Hay algunas capacidades de trasfondo que se generaron como reglas o hechos conscientemente aprendidos, sin embargo hay otras que fueron adquiridas por otros mecanismos.⁵ No obstante, sobre cualesquiera de estas capacidades, si elaboramos pensamientos podemos transformarlas en pensamientos conscientes o intencionales.

Finalmente, algunas leyes de operación del Trasfondo según Searle serían:

1. En general, no hay acción sin percepción y no hay percepción sin acción.
2. La intencionalidad ocurre en un flujo coordinado de acción y percepción, y el Trasfondo es la condición de posibilidad de las formas tomadas por el flujo. Sin un aparato complejo no se puede tener en modo alguno la intencionalidad involucrada en ninguna actividad.
3. La intencionalidad tiende a elevarse al nivel de la capacidad de Trasfondo.
4. Aunque la intencionalidad suba al nivel de la capacidad de Trasfondo, alcanza la capacidad hasta el fondo.
5. El Trasfondo sólo se manifiesta cuando hay contenido intencional.

EL ENFOQUE ENACTIVO NEUROFENOMENOLÓGICO DE VARELA

Francisco Varela es uno de los precursores del enfoque enactivo, enfoque que derivó hacia finales de su vida, en un método de investigación de la conciencia que denominó “neurofenomenología”. De acuerdo al enfoque enactivo, los seres cognitivos no representan un mundo pre dado, y la cognición consiste más bien en “enacción”, entendiendo por ésta la puesta en marcha de un mundo que surge a partir de una historia de la variedad de

acciones que un ser realiza en el mundo. La enacción es posible gracias a la clausura operacional del sistema, es decir, de sus propiedades auto-organizativas y la forma en que el sistema se acopla con el medio. Los sistemas enactúan un mundo sobre la base de su autonomía, o dicho de otra forma, el mundo se enactúa a través de una historia de acoplamiento estructural. La clausura y el acoplamiento hacen emerger un mundo que resulta relevante para un sistema “X”.

Las ideas anteriores surgen del estudio científico, pero tienen para Varela una contrapartida en la filosofía budista, a la cual él alude de manera central en su obra.⁶ El punto de vista budista enfatiza la vacuidad del mundo, el vacío como su característica esencial, y la carencia de solidez de los fenómenos, en el sentido de que son siempre el producto de relaciones de interdependencia. Para el budismo no existen objetos sólidos o independientes en el mundo, puesto que la característica esencial de éste sería que todo cuanto vivenciamos en él surge como el producto de relaciones interdependientes.

El concepto de “enacción” se relacionaría, según Varela, con la filosofía budista, en el sentido que ambos enfatizan la inexistencia del mundo con independencia del sujeto que lo “percibe”. El mundo sería más bien enactuado a partir de un sistema que posee determinadas propiedades auto-organizativas (clausura operacional), gracias a las cuales es posible la interacción con determinados rasgos que aparecen como relevantes y se generan determinadas distinciones que cobran importancia y significado (este proceso es denominado acoplamiento estructural).

La Respuesta de Varela al Problema de la Conciencia: La Neurofenomenología

Si bien Varela, de una u otra forma, aborda el problema de la conciencia en gran parte de su obra, existe un artículo en el cual este autor se aboca específicamente a desarrollar su respuesta al difícil problema planteado por Chalmers. Este trabajo es considerado el punto de partida para el desarrollo del método de investigación denominado neurofenomenología (Rudrauf, David,

⁵ Dentro de éstos podríamos incluir probablemente todas las experiencias corporales o de psicomotricidad vividas por el niño, las cuales se incorporarían como background de capacidades inconscientes, o trasfondo no intencional en el adulto. Por ej. la noción de que los objetos son sólidos, la articulación del habla, la afinación musical, etc. Consideradas así las capacidades de trasfondo, es posible conectar las ideas de Searle con la concepción de mente encarnada o corporizada de Varela.

⁶ Ver, por ejemplo, “De cuerpo presente”, 1997. Editorial Gedisa. O también “El sueño, los sueños y la muerte”, 1998. Edición de Francisco Varela. [Ver en este mismo número el trabajo de Varela y Shear “Metodologías en primera persona: por qué, qué y cómo”]. (N. del E.)

Lutz, Antoine, Cosmelli, Diego *et al.* 2003). En este texto, Varela cita un artículo de Chalmers, en el cual este último autor equipara los conceptos de conciencia y experiencia consciente: “A veces, términos como “conciencia fenomenal” y “qualia” también son utilizados aquí, pero creo que es más natural hablar de “experiencia consciente” o simplemente “experiencia” (Chalmers, 1995, p. 201 citado en Varela 1996).

Este problema definicional respecto de los términos conciencia y experiencia no es menor, y probablemente daría pie a una investigación por sí misma, pero más allá de estos aspectos semánticos, en lo que sigue, se revisará la respuesta de Varela al difícil problema planteado por Chalmers, refiriéndonos indistintamente a los conceptos de “conciencia” y/o “experiencia” como términos equiparables, en el sentido que ambos hacen alusión a la vivencia subjetiva, experimentable sólo en primera persona.⁷

Para Varela (2000), la única vía de acceso al entendimiento de la experiencia consiste en encontrar un método de observación de ésta, que permita hacer distinciones finas respecto de los modos en que la experiencia es vivida. Esta opción presenta claras similitudes con las propuestas de otros autores (Searle 1996, Jackendoff 1986), en el sentido de otorgar importancia fundamental a la identificación y comprensión de las categorías de la experiencia. La diferencia de Varela respecto de otros trabajos en este ámbito, es que este autor propone un método para llevar a cabo ese proyecto, mientras que en el resto de los autores revisados el trabajo queda en el análisis del problema y la declaración de principios y necesidades.

El trabajo de Varela tiene dos antecedentes directos (aparte de la neurobiología) que le permiten llegar a la conclusión de que es posible desarrollar un método

de observación y una teoría científica acerca de la experiencia. Estas vertientes son, por un lado (como ya se señaló), la filosofía y la práctica budista y, por otro, la escuela filosófica de la fenomenología. Estas inclinaciones dan origen a la neurofenomenología, la cual puede ser entendida como “un programa de investigación que busca articulaciones mediante limitaciones mutuas entre el campo de los fenómenos revelado por la experiencia y el campo correlativo de fenómenos establecido por las ciencias cognitivas” (Varela 2000 p. 260).

La neurofenomenología tiene como una de sus principales herramientas de trabajo la reducción fenomenológica. Ésta corresponde a una herramienta para la observación de la experiencia, basada en los planteamientos fenomenológicos de diferentes autores (sobre todo de Maurice Merleau Ponty) sobre los cuales Varela hace su propia síntesis. Al referirse a la reducción fenomenológica, Varela (2000) señala: “ahora necesito desplegar en profundidad esta actitud o gesto, que es la forma habitual que tenemos para relacionarnos con los cambios de nuestro mundo vivido. Esto no requiere que imaginemos un mundo diferente, sino más bien considerar al presente como otro. Como dijimos antes, este gesto transforma una experiencia simple o sin examinar en una experiencia reflexiva o de segundo orden. La fenomenología insiste correctamente en este cambio desde lo natural a la actitud fenomenológica, puesto que sólo entonces el mundo y mi experiencia aparecen abiertos y necesitan ser explorados” (Varela p. 269).

Varela concuerda con Chalmers y parece estar de acuerdo en casi todo el planteamiento de Chalmers respecto de la futilidad de intentar una explicación de la conciencia del tipo reduccionista. Para él, al igual que para otros investigadores (como Lakoff, Velmans o el mismo Searle), la conciencia constituye una dimensión irreductible a lo físico y sería asequible sólo a partir del relato en primera persona, puesto que se trata de una propiedad eminentemente subjetiva. Respecto de la teoría, y el método de investigación sobre la conciencia en cambio, Varela toma un camino totalmente diferente al de Chalmers y al de la mayoría de los investigadores. Con relación a este punto señala: “hay muy poco que hacer con algunos “ingredientes extra”, teóricos o conceptuales”(…) “en lugar de encontrar “ingredientes extra” para explicar la manera en que la conciencia emerge de la materia y el cerebro, mi propuesta reformula el problema de encontrar puentes significativos entre dos áreas fenomenales irreductibles. En este sentido específico, la neurofenomenología es una solución potencial al difícil problema que muestra de manera muy distinta lo que significa “difícil”” (Varela 2000 p. 277).

⁷ En este artículo Varela realiza una equivalencia entre los conceptos de conciencia y experiencia. Al revisar un diccionario de ciencias cognitivas para contrastar ambos conceptos, el resultado no es muy esclarecedor. El concepto de experiencia remite sobre todo a los estudios de la percepción, haciéndose alusión a que habría una distinción entre el contenido intencional o representacional, y el contenido subjetivo o cualitativo de la experiencia. Respecto de la conciencia, en cambio, se señala que la noción de “conciencia fenomenológica” resulta ser la idea de conciencia más problemática para las ciencias cognitivas, puesto que no disponemos de una teoría de nuestra naturaleza física o funcional que explique nuestra experiencia subjetiva (Houdé, Olivier; Kayser, Daniel; Koenig, Olivier; Prust, Joëlle & Rastier, Francois. 1998).

Si volvemos a la pregunta original de Chalmers: ¿por qué el procesamiento de la información (mente psicológica) se encuentra acompañado de experiencia vivida (mente fenomenológica)? Varela destaca una diferencia fundamental entre sus planteamientos y los de Chalmers. La hipótesis de trabajo de la neurofenomenología es: "Las referencias fenomenológicas acerca de la estructura de la experiencia y sus equivalentes en la ciencia cognitiva se relacionan unas con otras a través de restricciones mutuas (Varela p.283). Esta hipótesis muestra, según Varela, un punto de vista y un método en los cuales se presenta una equiparación de niveles de importancia e influencia entre los aspectos biológicos y fenomenológicos de la mente, en el sentido que el puente extendido por Varela entre lo biológico y lo fenomenológico sería uno en dos direcciones y que estipula además limitaciones y validaciones mutuas. La estructura de la conciencia y la estructura neurofisiológica se encontrarían mutuamente delimitadas.⁸

CONCLUSIONES

1. El problema mente-cuerpo tiene un descendiente directo en el problema de la conciencia de las ciencias cognitivas. Ambos problemas no son exactamente los mismos, pero es indudable que las definiciones de la mente y el método de investigación en ciencia cognitiva se encuentran directamente coartados por el problema filosófico mente / cuerpo. En este sentido, una dimensión muy importante del problema de la conciencia tiene un origen histórico - definicional.
2. Lo anterior implica que en ciencia cognitiva "oficial" (cognitivismo o funcionalismo cognitivo), la conciencia es un tema no abordado, aun cuando resulta ser un aspecto central de la mente.
3. La ontología de la conciencia es innegablemente irreductible a la física. Lo anterior no equivale sin embargo, a señalar que por esta razón el problema de la conciencia no pueda ser abordado científicamente. Las dificultades para el tratamiento de este tema no obedecerían tanto a razones metafísicas, como más bien a una confusión existente en la

ciencia respecto de las posibilidades del conocimiento y el método científico.

4. Las discusiones respecto del problema de la conciencia elaboradas por los autores revisados constituyen excelentes definiciones del problema. En este diagnóstico todos apuntan por diferentes vías a la necesidad de la indagación en la experiencia, como un terreno fértil para el progreso en la comprensión de la mente. Sin embargo, los caminos a través de los cuales este recorrido pudiera darse no están tan claros a excepción del caso de Varela.
5. Resulta altamente necesaria para la comprensión de la mente la consideración de una posible co-determinación de los aspectos neurobiológicos, computacionales (y/o psicológicos) y fenomenológicos, en los desarrollos teóricos y/o metodológicos de la investigación. Este punto es un tema que se deja entrever en las ideas de Chalmers; la vinculación de la conciencia con el trasfondo y la red de Searle; y de manera prioritaria en la neurofenomenología de Varela
6. La comprensión de la conciencia requerirá, muy probablemente, una reformulación del concepto "mente" presente en ciencias cognitivas. Esta nueva orientación debería implicar, entre otros, los siguientes aspectos:
 - a. El relevamiento de la "encarnación" como un hecho indiscutiblemente necesario para la generación de mente consciente
 - b. La comprensión de la mente como un producto que no depende exclusivamente del sistema nervioso sino que incluye de manera primordial el desarrollo social inter-subjetivo.

REFERENCIAS

1. Berman M. *El Reencantamiento del Mundo*. Santiago: Editorial Cuatro Vientos, 1987.
2. Clark A. *Mindware an introduction to the philosophy of cognitive science*. New York: Oxford University Press, 2001.
3. Chalmers D. *La Mente Consciente*. En Busca de una Teoría Fundamental. Barcelona: Editorial Gedisa, 1999.
4. De la Cruz MÁ. El Problema Cuerpo-Mente: Distintos Planteamientos. Publicación Electrónica disponible <http://platea.cnice.mecd.es/~macruz/mente/cmindex.html>, 2002
5. Flanagan O. *The science of the mind*. Cambridge, Massachusetts; London: The MIT Press, 1992
6. Houdé O, Kayser D, Koenig O, Prust J, Rastier F. *Diccionario de ciencias cognitivas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu, 1998
7. Jackendoff R. *La Conciencia y la Mente Computacional*. Madrid: Editorial Visor, 1998

⁸ No es el objetivo de este trabajo detallar los resultados de la investigación neurofenomenológica, sin embargo es bueno puntualizar que el camino adoptado por Varela ya se encontraría dando frutos, y en cierto sentido la neurofenomenología habría probado ser una herramienta eficaz para la exploración científica de la conciencia (Lutz A., Lachaux J.P., Martinerie J, Varela F.J. 2002).

8. Lutz A, Lachaux JP, Martinerie J, Varela F.J. Guiding the study of brain dynamics by using first-person data: synchrony patterns correlate with ongoing conscious states during a simple visual task. PNAS 2002; 99(3): 1586-1591.
9. Searle JR. *El misterio de la consciencia*. Barcelona: Editorial Paidós, 2000
10. Searle J. *El redescubrimiento de la mente*. Barcelona: Editorial Grijalbo Mondadori, 1996
11. Varela F. *El Fenómeno de la Vida*. Santiago de Chile: Editorial Dolmen, 2000
12. Varela F. *Conocer: Las ciencias cognitivas: tendencias y perspectivas*. Cartografía de las ideas actuales. Barcelona: Editorial Gedisa, 1990
13. Varela F. *De cuerpo presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Barcelona: Editorial Gedisa, 1997
14. Wozniak R. *Mente / cuerpo: De René Descartes a William James*. Publicación electrónica disponible en: <http://platea.pntic.mec.es/~macruz/mente/descartes/indice.htm>, 1992
15. From autopoiesis to neurophenomenology: Francisco Varela's exploration of the biophysics of being. Biol. Res. [online]. 2003, vol.36, no.1 [citado 29 Septiembre 2004], p.27-65. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-97602003000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0716-9760

TEORÍA

LA BELLEZA EN EL DESARROLLO PSÍQUICO

(Rev GU 2005; 1; 2: 173-176)

Isabel Santa María¹

Este trabajo es un análisis teórico acerca del significado psicológico de la belleza. El presente artículo propone una hipótesis sobre el rol que juega la belleza en el desarrollo del aparato mental. La comprensión de este fenómeno implica un análisis de la teoría psicoanalítica del desarrollo, integrando la participación de los fenómenos pulsionales y objetales.

Desde Platón en uno de sus diálogos (El Hippias Mayor), se plantea el tema acerca de qué es lo bello, señalando que “lo bello es lo bueno”. En “El Banquete” admite que “...la belleza de los cuerpos no es sino el reflejo... de la belleza de las ideas”.

Los filósofos, algunos con una mirada hedonista, otros más pragmática, otros en forma moralista, llegan a idénticas conclusiones.

Si analizamos sus escritos: “lo bello es la luz que nos revela el secreto de lo vivo”; “la belleza hace participar del goce divino”; “es el estímulo del sentimiento de vida”; “lo bello equivale al bien” (Crisipo), “lo bello es el vestigio del bien” (Plotino), “lo bueno es aquello que se elige; lo que se elige es aquello que se ama; lo que se ama es aquello que se estima; lo que se estima es aquello que es bello; por lo tanto, lo bueno es lo bello” (Séneca), “las formas supremas de lo bello son la conformidad con las leyes de la armonía...” (Aristóteles en “Metafísica”).

Desde la psicología, Freud reconoce que el tema de la belleza, si bien importante, no alcanzó a ser desarrollado extensamente.

En el “Malestar de la Cultura” plantea que una forma de buscar la felicidad es a través del goce de la belleza. Reconoce que si bien una actitud estética “no protege contra la posibilidad de sufrir, al menos puede resarcir de muchas cosas”. Tiene la belleza, dice, “un suave efecto embriagador”. Señala que, pese a no tener una utilidad (como el orden o la limpieza), sin ser una necesidad cultural, la cultura no puede prescindir de ella.

Desde su perspectiva, en “Los Tres Ensayos” a Freud le parece que de algún modo el goce de la belleza deriva del ámbito de la sensibilidad sexual, no sólo como una sublimación del impulso sexual sino en la forma de “encanto” que antecede a la aproximación sexual (la palabra “*reisz*” –encanto– en alemán, tiene también la acepción de *estímulo*).

La impresión óptica sería el camino más frecuente por el cual se despierta la excitación libidinosa. Los etólogos podrían decirnos mucho acerca de la belleza asociada al encanto; baste recordar cómo se engalana el macho para atraer a la hembra en ciertas especies.

¹ Docente del Magister de Adolescencia de la Universidad del Desarrollo. Psicóloga del Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar. insabelsm@hotmail.com

Pero la búsqueda de la belleza ¿es un fin en sí mismo?, ¿produce placer sin que intervenga el deseo? Existe un elemento afectivo que forma parte del placer de lo bello. "Es bello lo que es reconocido como objeto de una satisfacción necesaria... lo bello no tiene sino una finalidad subjetiva" (Kant).

Intentaremos hipotetizar acerca del porqué de la necesidad de buscar lo bello, por qué lo bello produce goce, por qué ese suave efecto embriagador. Como dirá San Agustín "¿qué es lo que nos atrae y nos aficiona a las cosas hermosas?" ("Confesiones").

Las teorías del desarrollo, el trabajo clínico con pacientes, la observación de niños, permiten señalar que éstos nacen con necesidades que claman ser satisfechas. La satisfacción de estas pulsiones es vivida como intensa gratificación y despierta sentimientos y emociones amorosas, pero su frustración suscita sentimientos intensamente agresivos, señala Freud, y que la fuerza de la biología se canalizaría a través de la libido. Este sería el vehículo a través del cual la mente aprende a relacionarse con las personas, desde las más primitivas descargas sexuales y agresivas hasta las más sublimadas de amor y creatividad.

En este trayecto la mente no es siempre capaz de elaborar lo que demanda la pulsión y, si se ve sobrepasada, surge la angustia y consecuentemente se reprime el deseo. De este modo se va construyendo un espacio mental que no tiene acceso a la conciencia pero que va a estar influyendo en la conducta del sujeto toda la vida.

Una de las primitivas pulsiones biológicas sería la pulsión de muerte, según Freud, lo que empuja al retorno a lo inorgánico. El organismo reaccionaría ante este impulso deflectándolo hacia fuera. Podría verbalizarse como "para no destruirme yo mismo, entonces odio al pecho" (que es lo que el niño considera como un todo: la madre es *pecho* para él en los comienzos, es lo que da vida). Freud señala que el niño "negocia" con el impulso de muerte, desviándolo hacia los "objetos" (que son los otros que no soy yo, pero que están en mi mente). Desde el comienzo, entonces, habría un conflicto entre el impulso de vida y de muerte.

Melanie Klein, con posterioridad, y apoyada en las teorías de Freud, también reconoce (a través del psicoanálisis de niños) la expresión temprana del impulso de muerte. Ella le llama un sadismo básico. Lo importante es que sería una proyección lo que está a la base de lo que vive. Como el modelo biológico, que tiende a eliminar lo tóxico de un organismo, la mente tiende a proyectar.

Para deshacerse del instinto de muerte, según Klein, el yo se divide al proyectar afuera. Así, el "afuera"

o el "objeto" se queda con una parte de ese impulso de muerte pero, al mismo tiempo, se transforma en persecutorio (pues contiene el impulso de muerte proyectado). Del temor al instinto de muerte original, se transforma en miedo a un perseguidor. Es más fácil defenderse de un perseguidor de afuera que de uno que está dentro. Y como el yo conserva algo de ese impulso de muerte, éste se transforma en agresión y le permite al niño defenderse de esos perseguidores externos.

Entonces, desde el origen hay en el inconsciente miedo a la muerte, pero no a la biológica, sino una respuesta provocada por el impulso de muerte, temor a la aniquilación interior o a la vuelta a lo inorgánico.

Las modulaciones de las pulsiones de vida y de muerte forman parte de las relaciones que se desarrollan con los otros, sobre todo con ese primer objeto, la madre. A su vez, el proceso será profundamente afectado por la naturaleza real del ambiente.

Klein acuña el término de "fantasía inconsciente". Señala cómo al instinto de comer le acompaña la fantasía de algo comestible. Cuando falta el pecho en un momento de hambre, el niño se succiona el dedo, lo que le hace creer que tiene al pecho; del mismo modo, cuando grita de hambre fantasea que está atacando al pecho.

La necesidad impulsa al niño a hacer "relaciones objetales" esto es, relacionarse con otros en su interior, y este mundo de relaciones está determinado por la realidad externa pero también por las fantasías del niño.

La fantasía puebla el mundo interno del niño con feroz omnipotencia. Pero así como la fantasía influye sobre la percepción de la realidad, también ésta ejerce un impacto sobre la fantasía. Ej.: en el caso del niño que desea ser amamantado, distinta será su fantasía si se le alimenta de inmediato que si se le hace esperar. En el primer caso el pecho de la madre será idealizado y bueno (porque responde a sus deseos), y él se sentirá omnipotente y capaz de idealizar ese pecho bueno... y todo en él será bueno. En el segundo caso el pecho será malo e incluso persecutorio, y sentirá su ira también todopoderosa... y él tan malo como el pecho malo.

Lo importante de resaltar es que fantasía y realidad se imbrican: la realidad tiene sus efectos sobre el niño, pero éste aporta su cuota con sus propias ansiedades. Está la realidad pero también la interpretación que de ésta hace el niño.

Entonces, desde temprano en la vida se vive un mundo altamente persecutorio. El escenario de la mente está poblado de objetos (personas en su interior), algunas veces gratificantes (buenos) y otras persecutorios (malos).

Los personajes buenos (como las hadas) y malos (como las brujas) luchan dentro de la mente del niño

y definen el temprano estado mental persecutorio-paranoide.

El desenlace de este estado es el ingreso a uno en que, a causa del desarrollo biológico, las experiencias de gratificación, la capacidad de postergar los deseos, la mayor tolerancia a la frustración, la capacidad de creer en la reparación del daño, la ampliación del campo perceptivo, etc., lo hacen darse cuenta que aquella madre, que es mala, en ocasiones puede también ser buena y es la misma. La que es bruja también es hada. La que abandona también acoge.

Se puede integrar el impulso de vida y el de muerte pero éste no desaparece. Siempre sigue tras bambalinas, siempre se expresa, siempre reaparecen los objetos malos. La representación de lo malo no es del todo sepultada, puede cobrar nuevos contenidos en estados posteriores del yo.

Nos interesa destacar también el concepto de "lo ominoso". Freud lo asocia en algún sentido a lo terrorífico. Lo "ominoso sería aquello que debiendo permanecer oculto, sale a la luz". El objeto malo (ese perseguidor) que reaparece pese a la integración, es el ominoso anunciador de lo persecutorio, de la muerte, de la vuelta al estado del cual salimos. Lo ominoso se asienta en la reaparición de lo ya reprimido, algo familiar en la vida anímica que sólo ha sido ocultado por la represión. Aquí podríamos decir que Freud asocia lo ominoso con lo malo agresivo, pero, también con la amenaza de muerte. "De pronto algo ocurre que confirma antiguas convicciones que acechan la oportunidad de corroborarse. Ahí aparece lo ominoso... Cuando complejos infantiles reprimidos o convicciones primitivas superadas, son reanimadas por una impresión". Esta impresión incluye la percepción.

Bettelheim, analizando los cuentos de hadas, señala cómo éstos hablan de los fuertes impulsos internos del niño. Le permiten estructurar sus propios ensueños pero también le permiten ingresar a un mundo que los adultos le niegan: aceptar que el hombre no es sólo bueno (bello?), que también lo malo (feo?) es parte de la vida, que la lucha de la vida y de la muerte es inevitable. Las historias que no mencionan lo penoso y feo de la vida fortalecen la defensa de la negación (la que tarde o temprano devela lo que trata de negar) y, lo que es peor, deja al niño a expensas de sus propios sentimientos feos como un ser único y deleznable. Los cuentos de hadas toman en serio las vicisitudes por las cuales atraviesa el niño, hablándole de la cruda realidad interna.

En estos cuentos el bien y el mal están siempre presentes. La polarización (buenos y malos) propia de

la mente de los niños está en los cuentos. Le permite hacer identificaciones. No dice el niño "quiero ser bueno" sino "quiero parecerme a...". Los procesos inconscientes el niño los comprende sólo mediante imágenes que hablen directamente de lo que le es inconsciente. Él no puede decir "estoy tan furioso que mataría a...", pero sí lo puede decir el "ogro del cuento", porque es imaginario. Como dice el comienzo de los cuentos: "En otros tiempos, cuando bastaba desear una cosa para que se cumpliera...".

En este mundo de las fantasías el niño se acopla, porque ellas responden a las suyas propias. Así, la bondadosa abuelita de la Caperucita puede ser sustituida por el Lobo Feroz (¿su propia madre que lo quiere pero lo castiga?), la madrastra perversa que reemplaza a la madre idealizada de la Cenicienta (¿el deseo de todo niño de ser hijo de otros padres cuando éstos no lo gratifican?), el abandono de Pulgarcito en el bosque (¿cuando el niño se siente desplazado?).

Los personajes y circunstancias que aparecen surgiendo lo bueno, lo deseable, lo no atemorizante, lo feliz, está evocado por la apariencia de la belleza (las hadas, princesas, Blanca Nieves, etc.) y lo indeseable, cínico, malvado, atemorizante, por la apariencia de lo feo (ogros, brujas, etc.).

No sólo los cuentos permiten ver la ligazón entre lo bello y lo bueno así como entre lo feo y lo malo. Las pruebas proyectivas son otro indicador de este correlato interno asociado a lo estético.

Tanto en niños como en adultos los contenidos que delatan la presencia de las ansiedades persecutorias (resabios del impulso de muerte) se revelan en las características asignadas a lo percibido. Ej.: ante una mancha del test de Rorschach puede producirse una respuesta como "qué feo, parece un monstruo y parece que quisiera atacar!" que puede aplacarse cuando en la lámina siguiente ve "qué lindo, parece una flor abriendo los pétalos!". Primero aparece la ansiedad persecutoria (el temor a lo malo que hay en él) y luego se defiende con el mecanismo hipomaniaco (que triunfaría sobre la angustia que generó lo malo).

Asimismo, en el test Desiderativo "me gustaría ser una flor porque es linda, todos la admirarían y la protegerían porque es delicada", "no me gustaría ser rana porque es fea, asquerosa y viscosa", siempre el par de opuestos mostrando los aspectos buenos deseables y los malos rechazables.

También en los dibujos de los niños, como manifestaciones que proyectan sus conflictos. La experiencia clínica con tests gráficos muestra cómo el niño, al hacerse necesario disociar tanto los objetos idealizados como los persecutorios, utiliza figuras que son reves-

tidas con características que son idealmente “buenas” o idealmente “malas”. Cuando proyectan en el papel lo que para ellos es bueno, aparecen dibujos ordenados, limpios, adornados, buscando expresar lo bello; cuando dibujan lo que es para ellos malo, aparecen figuras destruidas, caóticas o feas. Para hablar de sus aspectos deseablemente buenos dibujan figuras angelicales, feéricas o superiores. Para graficar los malos aspectos dibujan al diablo, una bruja o un monstruo.

También los juegos de los niños, como lenguaje privilegiado del inconsciente (junto a los sueños y a los síntomas), permiten rescatar cuáles son sus fantasías acerca de sus personajes internos, los buenos y los malos. La elección de juegos y juguetes para representar uno u otro afecto la va a dar su condición estética, el ingreso privilegiado de lo visual. Los títeres son también un mini escenario de sus fantasías. Los niños claman por salvar a la linda princesa de las garras de la fea bruja mala.

Recordemos clásicos de la filmografía en los que los personajes monstruosos nos producen repulsión por el retorno de eso malo que hay en nosotros y que, creíamos, había quedado atrás.

La belleza ¿no sería otra cosa que dar cuenta de manera visible del aspecto bueno del rostro interno? ¿El deseo es ser “príncipe” o la “princesa” interior?

A través de la belleza se espera aventar el fantasma de lo ominoso, de lo que pueda reabrir tempranos temores al objeto malo, que es amenazante por su ligazón con la pulsión de muerte. Lo feo es el recuerdo de lo malo que hubo y hay en nosotros, la agresión propia o el temor a ser agredido.

Desde la psicología, entonces, el “goce ligeramente embriagador” (y aliviador) que produce lo bello podría ser el resultado de ver al otro como un objeto bueno, así como ser bello implicaría estar identificado, al menos aparentemente, con un aspecto bueno de sí mismo. Como dice Freud, sería un modo de hacerle frente al fantasma de la muerte en su aspecto persecutorio. Sería una manera de embellecer el escenario en que se desarrolla la obra de la vida.

REFERENCIAS

1. Aristóteles, Crisipo, Plotino y Séneca en *Historia de la Filosofía*. Aguilar, Madrid, 1951
2. Bettelheim B. *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Crítica, Barcelona, 1962
3. Freud S. *Tres ensayos de una teoría sexual*, Vol. VII. AE, Buenos Aires, 1905
4. Freud S. *Lo ominoso*, Vol. XVII. AE, Buenos Aires, 1919
5. Freud S. *El malestar en la cultura*, Vol. XXI. AE, Buenos Aires, 1930
6. Kant E. *Lo bello y lo sublime*. Espasa-Calpe, Madrid, 1952
7. Klein M. *Desarrollos en psicoanálisis*. Hormé, Buenos Aires, 1962
8. Platón. *Hippias Mayor*. En: *El Banquete*. Aguilar, Madrid, 1980

REVISIÓN

ANGUSTIA Y DEPRESIÓN: ¿COMORBILIDAD O CUADROS CLÍNICOS COMPLEJOS? UNA PERSPECTIVA FARMACOLÓGICA¹

(Rev GU 2005; 1; 2: 177-182)

César Ojeda²

Este trabajo presenta evidencia clínica y empírica que rechaza la idea de la serie DSM de separar radicalmente la angustia y la depresión en dos diferentes tipos de trastorno. La probabilidad de que ocurra el otro trastorno (respecto de que no ocurra) si uno de ellos está dado, es entre 5 y 62 veces (*odds ratio*). Estudios clínicos muestran que el 90% de los pacientes que consultan por depresión presentan angustia como un síntoma preeminente, y es conocida la utilidad de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en el tratamiento de ambos trastornos. La mayor “comorbilidad” con la depresión se presenta en el trastorno generalizado de ansiedad, cuya descripción es todavía la misma que la realizada por Freud en el siglo XIX. Si la comorbilidad es la regla ¿se puede seguir hablando de comorbilidad?

En las últimas décadas los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos han sido considerados patologías diferentes. Sin embargo, los resultados de la investigación durante ese mismo periodo hacen difícil sostener esta concepción “discreta”, no sólo en los cuadros clínicos señalados sino que también en una importante parte de los trastornos “mentales”. Ninguno

de la clasificación médica podría resistir los niveles de comorbilidad que soportan los trastornos mentales. La versión III de la serie DSM, tal vez en una exageración neo-kraepelineana, limitaba el co-diagnóstico entre los trastornos de ansiedad y los depresivos. La versión III-R y IV del manual eliminó las reglas de exclusión del DSM-III, lo que permitió que quedara oficialmente en eviden-

¹ Este artículo fue originalmente publicado en la *Revista Psiquiatría y Salud Mental*, 2003, XIX, 2: 120-126. Se han actualizado algunos puntos en la presente versión. Publicación autorizada por el editor de la Revista Psiquiatría y Salud Mental, Dr. Luis Gomberoff J.

² Departamento de Psiquiatría Oriente. Universidad de Chile

cia que los cuadros angustiosos y depresivos son uno de los más notables ejemplos de "sobreposición" clínica en psicopatología.

COMORBILIDAD

En un estudio con técnicas de meta-análisis, Clark (1) en 1989 señaló que el 57% de los pacientes depresivos presentan algún trastorno de ansiedad en el curso de la vida. El *National Comorbidity Survey* (1996) encontró un promedio de 58% de comorbilidad en el curso de la vida, y sólo un índice levemente inferior (51,2%) para la prevalencia en 12 meses. A la inversa, es decir, la presencia de depresión en pacientes con trastornos de ansiedad, es de 56% en el análisis de Clark. Pero además, los trastornos de ansiedad tienen tanta comorbilidad entre ellos como con la depresión, y ambos, con otros trastornos como el abuso de sustancias, hipocondriasis, trastornos somatomorfos, de la conducta alimentaria, trastornos de personalidad, etcétera (2).

La comorbilidad entre cuadros depresivos y angustiosos ha sido concebida en cuatro grupos fundamentales: trastorno de ansiedad con síntomas depresivos, trastorno depresivo con síntomas ansiosos, coexistencia de un trastorno de ansiedad y un trastorno depresivo, y coexistencia de síntomas depresivos y ansiosos. Este último cuadro ha sido denominado "mixto", y tiene una prevalencia entre 1 y 5% en los consultantes de atención primaria, además de producir un deterioro semejante a los pacientes que cumplen con los criterios para depresión o para trastorno de ansiedad de manera plena. Lo importante de señalar aquí es que un amplio conjunto de investigación orienta en una dirección muy clara: la depresión que no se presenta complicada con alguna forma de comorbilidad es la excepción, no la regla. En pacientes diagnosticados de depresión mayor, el riesgo de tener concomitantemente un trastorno de ansiedad generalizado tiene un *odds ratio* (3) 8,2 veces mayor que en un grupo control; 5,2 para trastorno de pánico, 3,3 para fobia social y 6,0 para trastorno de estrés post-traumático. En conjunto, el aumento del riesgo de padecer concurrentemente cualquier trastorno por ansiedad es de 5,0 para quienes presentan un cuadro de depresión mayor, es decir, cinco veces mayor que en personas que no presentan una depresión actual.

Mirado ahora desde los trastornos de ansiedad, la situación es aún más clara. El riesgo de desarrollar una depresión mayor en el curso de un año, en personas que padecen de cualquier trastorno de ansiedad tiene un *odds ratio* de 12, siendo de 62 para el trastorno de ansiedad generalizado, y de 28 para el trastorno de pánico. Esto significa que si un paciente presenta un tras-

Tabla 1

ANÁLISIS DE LOS SÍNTOMAS EN 101 CASOS DE DEPRESIÓN TRATADOS CONSECUTIVAMENTE (MESTY DALLY, 1959)

	Respondedores a iproniazida	No respondedores a iproniazida
Autorreproches	17,2%	44,2%*
Peor en la mañana	20,7%	48,8%*
Peor en la tarde	20,7%	2,3%*
Dificultad en conciliar el sueño	72,4%	60,4%
Despertar precoz	17,2%	48,8%*
Hipocondriasis	37,9%	37,2%
Retardo	22,4%	23,2%
Aturdimiento	31 %	23,2%
Fobias	44,8%	23,2%*
Conversión histórica	7,2%	0%*
Temblor	29,3%	7,0%*
Síntomas Cardiovasculares	77,6%	41,8%
Síntomas Gastrointestinales	44,8%	27,9%
Otros síntomas somáticos	79,3%	72,0%
Terapia Electroconvulsiva	63,2%	86,0%
% de empeoramiento con TEC	22,2%	8,1%*

* $p < 0,05$ (χ^2).

torno de ansiedad tiene entre 7 a 62 veces más riesgo de padecer una depresión en el curso del siguiente año. Estas cifras son, por decir lo menos, alarmantes. Además toda la evidencia apunta a que los pacientes que presentan cuadros depresivos y ansiosos concomitantemente cursan con mayor severidad y mayor deterioro laboral y psicosocial, incluyendo mayor número de hospitalizaciones y de intentos suicidas (4).

Frente a estos datos es irracional sostener que la depresión y los trastornos angustiosos son cuadros independientes en toda su extensión y que la comorbilidad es producto del azar, como puede ocurrir entre una apendicitis y un aneurisma de la arteria basilar. A través del siglo XX los trastornos depresivos y ansiosos se mantuvieron separados en las nosologías oficiales con el apoyo de algunos investigadores (Akiskal (5) 1985, Cox (6) 1993). Sin embargo, otros han sostenido que ellos representan sólo una dimensión subyacente o que, en conjunto, forman una clase más general de trastorno del afecto o ánimo (*mood*) (Feldman (7) 1993, Hodges (8) 1990).

LA DEPRESIÓN ATÍPICA

Aunque el término “depresión atípica” ha significado cosas diferentes a lo largo de la historia de la Psiquiatría (9), adquirió un significado preciso en Inglaterra en 1959. En ese año, West y Dally utilizaron el término “depresión atípica” para caracterizar a un grupo de pacientes depresivos que mostraban una respuesta terapéutica preferencial al IMAO iproniazida respecto de la terapia electroconvulsivante (TEC) (10). Algunos de estos pacientes presentaban “estados de ansiedad fóbica” y otros habían sido definidos como sufriendo “histeria de angustia” (ver Tabla 1).

En la misma muestra los autores comprobaron que en aquellos pacientes que presentaban depresiones “típicas”, es decir, con características “endógenas”, la iproniazida tuvo un efecto incompleto y menos rápido, respondiendo en cambio en una significativa mayor proporción a la terapia electroconvulsivante (TEC).

Trabajos posteriores en Inglaterra (11) sugieren que la demarcación entre la respuesta terapéutica a IMAOS de “depresiones atípicas” y “estados de ansiedad” es muy poco clara, dado que estos últimos cuadros respondían igualmente bien, y en ambos casos, el factor que parecía común a dicha respuesta era el buen ajuste premórbido.

Al iniciarse la década de los setenta, tres grandes conceptos se empezaban a delinear en este campo: el primero es que parecía haber un perfil depresivo consistentemente distinto al de la depresión endógena simple; el segundo, que estas depresiones se entroncaban en alguna forma con los trastornos de ansiedad, y tercero, que parecían responder con cierta especificidad a los IMAOS respecto de otras terapias antidepressivas.

Veinte años después del estudio inicial de West y Dally se incorporan los autores estadounidenses al tema. En 1980 Ravaris y Robinson presentan un estudio comparativo entre fenelzina y amitriptilina en 105 pacientes deprimidos ambulatorios que cumplen con los criterios del RDC para depresión mayor o menor, comprobando una eficacia similar para ambos fármacos, con pequeñas diferencias en los efectos secundarios (12). Pero además, los resultados de Ravaris sugieren que los pacientes con síntomas no “endógenos”, como “reactividad” del estado de ánimo (concepto que más tarde se considerará esencial), y ausencia de despertar precoz, tienen una mayor probabilidad de responder al IMAO, mientras que la presencia de despertar precoz y la ausencia de reactividad del estado de ánimo indicarían una respuesta preferencial a la amitriptilina.

En 1984 Leibowitz, Quitkin y su grupo de la Universidad de Columbia publican simultáneamente dos tra-

bajos en el *Journal of Clinical Psychiatry*. En el primero, siguiendo a Ravaris, definen la “depresión atípica” mediante dos criterios fundamentales: 1) reactividad del estado de ánimo y 2) la presencia de dos o más de los cuatro rasgos asociados siguientes: hipersomnia, hiperfagia, letargia y sensibilidad al rechazo.

En esta definición reconocen la influencia de Donald Klein y su descripción, en 1969, de un grupo de pacientes deprimidos que denominó “disforia histeroide” (13), y del grupo inglés encabezado por West y Dally. Como se aprecia, de la “depresión atípica” original se han considerado en la definición sólo los síntomas vegetativos inversos, y ahora el polo central es la reactividad del estado de ánimo.

En este estudio inicial, Leibowitz y Quitkin comparan la respuesta de estos pacientes “atípicos” a fenelzina, imipramina y placebo. Los resultados sugieren que los pacientes que presentaban un estado de ánimo reactivo y al menos uno de los cuatro rasgos asociados, tienen una respuesta preferencial a la fenelzina.

En trabajos posteriores, pacientes que cumplían con los criterios de “depresión atípica” señalados, fueron sometidos a un tratamiento en un diseño de doble ciego con fenelzina, imipramina y placebo (14). Sorprendiendo a los investigadores (aunque esto no habría sorprendido en lo más mínimo al grupo inglés), los pacientes con ataques de pánico espontáneos o rasgos de disforia histeroide mostraron una muy baja respuesta al placebo, una moderada respuesta a la imipramina y una alta respuesta a la fenelzina. Inversamente, los pacientes *sin* esos rasgos respondieron moderadamente bien a los tres tratamientos. Basados en estos datos preliminares, concluyen que efectivamente parece existir una “depresión atípica” que responde preferencialmente al tratamiento con IMAOS.

En 1988 el mismo grupo de investigadores presenta 119 casos de “depresión atípica”, definida de la misma manera, sometidos al diseño de investigación ya señalado. Globalmente, el 71% respondió a fenelzina, el 51% a imipramina y el 28% a placebo (15). Nuevamente en forma inesperada para ellos, la superioridad de la fenelzina estuvo altamente concentrada en los pacientes que habían presentado ataques espontáneos de pánico o rasgos de “disforia histeroide”.

Un año después sometieron a un diseño similar a 60 pacientes depresivos que cumplían con los criterios del RDC y que presentaban lo que ellos consideran el hecho central de la “depresión atípica”, es decir, la reactividad del estado de ánimo, pero esta vez *sin* rasgos asociados (16). Los autores comprobaron que estos pacientes con “depresión atípica simple”, respondieron de igual manera a la fenelzina y a la imipramina. Al comparar este estudio con los anteriores, concluyeron –al parecer con

Tabla 2
INDICACIONES APROBADAS POR LA FDA PARA ISRS Y ANTIPRESIVOS ATÍPICOS

	DM	Dist	DpreM	TP	FS	TEPT	TOC	TGA
Fluoxetina	+	-	+	-	-	-	+	-
Sertralina	+	-	+	+	+	+	+	-
Paroxetina	+	-	-	+	+	+	+	+
Citalopram	+	-	-	-	-	-	-	-
Venlafaxina	+	-	-	-	-	-	-	+
Nefazodona	+	-	-	-	-	-	-	-
Mirtazapina	+	-	-	-	-	-	-	-
Bupropion	+	-	-	-	-	-	-	-

FDA=Oficina de Drogas y Alimentos EE.UU.; DM=Depresión Mayor; Dist=Distimia; DpreM=Trastorno disfórico premenstrual; TP=Trastorno de pánico; FS=Fobia social; TEPT=Trastorno de estrés post-traumático; TOC= Trastorno obsesivo-compulsivo; TGA=Trastorno generalizado de ansiedad.

desgano— que la presencia de los rasgos asociados *predice una pobre respuesta a la ilmipramina*".

En 1990 los mismos autores replican con otros 90 pacientes los resultados anteriores, en forma prácticamente idéntica, confirmando aún más el concepto de "depresión atípica" (17).

En resumen, después de transcurridos más de 40 años desde los estudios iniciales de West y Dally, concluimos que existe un grupo de pacientes deprimidos que presenta, por un lado fenómenos fóbicos, histéricos o crisis de pánico y, por el otro, síntomas vegetativos "atípicos" (inversos), que responden específicamente a la terapéutica con los IMAOS clásicos, es decir, lo mismo que había señalado el estudio "anecdótico" de West y Dally. ¿Qué ha ocurrido desde entonces, teniendo en consideración que los IMAOS clásicos han sido retirados del mercado, y que han sido sintetizadas diferentes sustancias con efecto antidepresivo?

¿COMORBILIDAD O CUADROS CLÍNICOS COMPLEJOS?

Actualmente la mayor parte de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, como la fluoxetina, la sertralina y la paroxetina, o de acción mixta serotoninérgica y noradrenérgica, como la venlafaxina, han sido aprobados para el uso tanto en los cuadros depresivos como en algunos trastornos de ansiedad. La *Food and Drugs Administration* en Estados Unidos hasta el año 2004 había aprobado las siguientes indicaciones para los ISRS y los "antidepresivos atípicos" (ver Tabla 2).

Como se aprecia, la paroxetina y la sertralina presentan el más amplio espectro de eficacia en trastornos de ansiedad, además de su potencia antidepresiva.

Lo que nos interesa destacar es que los fármacos señalados en el cuadro han sido estudiados o en trastornos depresivos, o en trastornos de ansiedad, pero no en los estados de comorbilidad, y por lo mismo ningún fármaco en particular ha sido aprobado para tales casos. El problema que es necesario dilucidar es si aquellos fármacos que actúan en cuadros "puros", ansiosos o depresivos, lo hacen también en los estados de comorbilidad. Sin embargo, si la comorbilidad es una clara mayoría en los trastornos depresivos y en los trastornos ansiosos, *ya no se puede tratar propiamente de comorbilidad* sino de la forma en que el cuadro clínico se presenta. Dentro de un pensamiento psiquiátrico que acepta y cree a pie juntillas que si el 60% de los casos de un cuadro clínico determinado mejora con el uso de un psicofármaco, es entonces posible y legítimo desde allí teorizar una etiopatogenia *relacionada* con la acción neurobiológica de ese medicamento, ¿cómo no tomar en cuenta estos más que significativos fenómenos correlacionados a la hora de establecer unidades nosológicas? Si el 80% de las amigdalitis presenta secreción purulenta en las criptas y el 20% no, ¿pensaríamos que tal secreción es un fenómeno co-mórbido? ¿Eliminaríamos a los estreptococos de las explicaciones etiopatogénicas y a los antibióticos como terapéutica racional? Efectivamente, se pueden inflamar las amígdalas por diversas vías, siendo la más frecuente la acción de alguna cepa de estreptococos. Pues bien, siguiendo el mismo razonamiento, podemos decir que frecuentemente la depresión y la angustia van juntas, lo que hace necesario un pensamiento que tome en cuenta esta presentación clínica y que deseché desde la partida considerarla una "mezcla" o una "contaminación".

Con independencia de la forma en que usualmente la psiquiatría caracteriza a la angustia, los pacientes depresivos atendidos ambulatoriamente refieren “angustia” en un alto porcentaje de los casos (18, 19). Concordante con esto parece ser el hecho de que una de las críticas al inventario de Beck para la depresión es, justamente, su falta de discriminación con la ansiedad reportada en escalas de autoevaluación (20). También es coincidente con lo dicho la alta correlación entre este inventario y una escala breve de siete ítem propuesta por Ojeda y Silva, tres de los cuales están referidos a la angustia, y que presentan una alta correlación interna (21).

Es sabido que la angustia frecuentemente adopta una estructura fóbica, y la mayoría de los cuadros de ansiedad la tienen. La excepción a esto parece ser el llamado trastorno generalizado de ansiedad, el que, además, es el cuadro angustioso que –como señalamos– más frecuentemente aparece antes o en el curso de un cuadro depresivo. Cabe entonces preguntarse de nuevo: ¿qué es el trastorno generalizado de ansiedad?

EL TRASTORNO GENERALIZADO DE ANSIEDAD (TGA)

Después de mucho andar, el TGA, de acuerdo a los criterios del DSM-IV, corresponde ampliamente a la neurosis de angustia descrita por Freud en 1892. Efectivamente el hecho que es considerado esencial al cuadro clínico es la “excesiva ansiedad y preocupación” (*excessive anxiety and worry*), entendiéndose por esta última a la “expectación ansiosa”. Ambos conceptos merecen alguna atención. Desde luego la ansiedad “excesiva” lo es de acuerdo a algún criterio de angustia “adecuada” que parece muy difícil de establecer y que termina siendo un criterio de sentido común, con las ventajas y desventajas que tal sentido trae aparejados. Por su parte, la “preocupación” o expectación ansiosa no corresponde a ninguno de los temas que caracterizan a los temores de estructura fóbica, como el temor a tener una crisis de angustia, hacer el ridículo, a agentes contaminantes, separación, enfermedad, etcétera. La angustia y expectación angustiosa están vagamente referidas principalmente a los peligros a que están expuestos los demás, a diferencia de las anteriores que siempre tienen como objeto los peligros que acechan al paciente mismo. El DSM-IV señala las siguientes: situaciones diarias y cotidianas, responsabilidades en el trabajo, situación económica, salud de los miembros de la familia, destino de los hijos y otras menores. Lo interesante es que esta angustia no se establece respecto de un objeto o situación particular que implique más o menos simbólicamente un peligro para la persona, sino que flota sobre una hi-

peratención respecto de la posibilidad de los riesgos que podrían sufrir los seres queridos, en la medida en que es responsabilidad del paciente protegerlos (física, económica y socialmente). Como se comprende, no se puede fobizar el peligro que sufren los otros. Esto es lo que Freud llamaba “angustia flotante”. Una angustia que “se halla dispuesta en todo momento a enlazarse a cualquier idea *apropiada* [subrayo](...) pero que también puede mantenerse como una angustia en estado puro sin estar asociada a ninguna representación” (22).

Evolucionariamente podemos entender esta situación como una defensa anticipatoria o precautoria respecto de los descendientes y parientes con los que se posee genes compartidos, es decir, un caso de *fitness*. No obstante, en la justa medida en que la angustia es atemática y culposa, hemos entrado en otro terreno psicopatológico, puesto que el síndrome general de adaptación con su característica respuesta adrenérgica aquí ha desaparecido. Ese terreno es el de la depresión. La angustia atemática, constrictiva y culposa no es un hecho asociado en la depresión sino un constituyente propio de las formas más frecuentes de ella. Cabe preguntarse si la contundente “comorbilidad” entre la depresión y el TGA es algo más que un artefacto taxonómico. Si el Inventario de Beck no pregunta por la angustia, es natural que ésta no aparezca en los pacientes depresivos que son evaluados a través de él. Si la serie DSM no considera a la angustia para llenar los criterios de depresión mayor, se puede hacer el diagnóstico sin tomarla en cuenta. Pero no por eso deja de estar allí.

REFERENCIAS

1. Clark LA. The anxiety and depressive disorders. descriptive psychopathology and differential diagnosis. En: *Anxiety and depression: Distinctive and Overlapping Features*. Kendall PC, Watson D. Academic, San Diego, 1989
2. Para una ampliación ver: Mineka S. Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, Annual, 1998
3. *Odds ratio* es un cálculo estadístico para un evento cualquiera obtenido por la división entre el número de tales eventos por el número de no-eventos. Por ejemplo, si un evento ocurre 50 veces y cincuenta veces *no* ocurre, el odds ratio es de 1. Si el evento ocurre 75 veces y 25 no ocurre, el odds ratio es de 3, y así sucesivamente
4. Hirschfeld R. The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Primary Care Companion. J Clin Psychiatry* 2001; 3: 244-54
5. Akiskal HS. Anxiety: definition, relationship to depression, and proposal for an integrative model. En: *Tuma and Maser*, eds. *Anxiety and the Anxiety Disorders*. Hillsdale, 1985
6. Cox BJ, Swinson PP, Kuch K, Reichman JT. Self-report differentiation of anxiety and depression in an anxiety disorder sample. *Psychol Assess* 1993; 5:484-86

7. Feldman LA. Distinguishing depression and anxiety in self-report: evidence from confirmatory factor analysis on nonclinical and clinical samples. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 631-38
8. Hodges K. Depression and anxiety in children: a comparison of self-report questionnaires to clinical interview. *Psychol Assess* 1990; 2: 376-81
9. Davison J, Miller R, Turnbull C, Sullivan J. Atypical Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 527-534
10. West E, Dally P. Effects of Iproniazid in Depressive Syndromes. *Brit Med J* 1959; 13: 1491-1494
11. Sargent W, Dally P. Treatment of Anxiety States by Antidepressant Drugs. *Brit Med J*, 1962; 6: 6-9
12. Ravaris L, Robinson D, Ives J, *et al.* Phenelzine and Amitriptyline in the Treatment of Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 1075-1080
13. Debemos recordar que Klein había descrito a un grupo de pacientes que desarrollan episodios depresivos al ser rechazados o criticados, especialmente en un contexto "romántico". Los episodios depresivos se caracterizan por hipersomnia e hiperfagia y además responden preferencialmente a la terapéutica con IMAOS respecto de los antidepressivos tricíclicos.
14. Liebowitz M, Quitkin M, Stewart J, *et al.* Psychopharmacologic Validation of Atypical Depression. *J Clin Psychiatry* 1984; 45 (7 Sec 2): 22-25
15. Liebowitz M, Quitkin M, Stewart J, *et al.* Antidepressant Specificity in Atypical Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 129-137
16. Quitkin F, McGrath P, Stewart J, *et al.* Phenelzine and Imipramine in Mood Reactive Depressives. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 787-793
17. Quitkin F, McGrath P, Stewart J, *et al.* Atypical Depression, Panic Attacks and Response to Imipramine and Phenelzine. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 935-941
18. Silva H. La depresión en el Hospital General. *Rev Psiquiatr* 1987; 4: 293-97
19. Ojeda C, Leiva F. Perfil clínico terapéutico de las alteraciones afectivas: consulta ambulatoria Hospital Psiquiátrico de Santiago, 1984. *Rev Psiquiatr* 1987; 4: 299-330
20. Richter P, Werner J, Heerlein A, *et al.* On validity of the Beck depression inventory. *Psychopath* 1998; 31: 160-8
21. Ojeda C, Silva H, Cabrea J, Tchimino C, *et al.* Validez interna y concurrente de una escala breve autoadministrada de siete ítems para la depresión, evaluada en relación a los inventarios de Beck y Hamilton: estudio preliminar. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2003; 41(1): 31-38
22. Freud S. *Obras completas*. Ed. Biblioteca nueva, Madrid, 1967

REVISIÓN

NEUROBIOLOGÍA Y FARMACOTERAPIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

(Rev GU 2005; 1; 2: 183-190)

Alberto Botto¹

Pareciera haber consenso en que el tratamiento de los trastornos de personalidad (TP) constituye un importante desafío, habiéndose ensayado diversas modalidades y aproximaciones (22, 27). Sin embargo, la experiencia clínica apunta a que su manejo suele ser dificultoso, obteniéndose con frecuencia resultados poco alentadores. A pesar de lo anterior su pronóstico sigue siendo controversial. Así lo demuestran ciertos estudios donde se ha visto que a lo largo de la vida los TP presentarían una considerable variabilidad interpersonal, mostrando una estabilidad global, o incluso mejoría, mayor a la que se pensaba (18, 33, 39).

Los objetivos del tratamiento de los TP no se han aclarado completamente. Éstos podrían definirse en distintos niveles, desde un plano puramente sintomático (por ejemplo, control de la inestabilidad anímica o de la impulsividad) hasta una modificación más profunda de la organización de la personalidad.

Aunque la psicoterapia sigue siendo el tratamiento básico de los TP (4, 6, 30) los avances en neurociencias han permitido desarrollar diversos modelos que describen la personalidad en base a dimensiones sintomáticas (34). Desde esta perspectiva, ciertos rasgos de la personalidad estarían asociados a un sustrato neurobiológico específico (neurotransmisores, redes neuronales y estructuras cerebrales) potencialmente abordable desde un punto de vista psicofarmacológico.

Aunque hoy en día las terapias psicodinámicas clásicas se han visto enriquecidas con aproximaciones

más eclécticas y estructuradas como la terapia dialéctico-conductual (desarrollada por Marsha Linehan para pacientes limítrofes) y otros tipos de terapias cognitivas, la evidencia en investigación clínica apunta a que no existiría un tipo de psicoterapia superior a otra ni una técnica específica para un determinado trastorno (5, 17, 24). En este terreno, el tratamiento farmacológico aparece como un complemento útil en especial para ciertos cuadros y pacientes.

Las principales indicaciones para el uso de fármacos en los TP se han resumido en tres condiciones (30):

¹ Departamento de Psiquiatría Oriente, Universidad de Chile.

1. Manejo a largo plazo de síntomas desadaptativos para el individuo.
2. Períodos de descompensación, crisis o necesidad de hospitalización.
3. Presencia de comorbilidad en el Eje I.

El análisis de la relación entre psicofarmacología y TP plantea múltiples interrogantes: ¿son los fármacos capaces de tratar una personalidad alterada o sólo sus manifestaciones sintomáticas?, ¿pueden los fármacos realmente tratar rasgos de personalidad o su efecto se debe a la mejoría de variaciones subsindromáticas de cuadros del Eje I?, ¿es posible combinar la psicoterapia con la farmacoterapia?

LA PERSONALIDAD

Tradicionalmente se ha descrito que la personalidad estaría constituida en base a dos componentes: el temperamento (determinado genéticamente y, por lo tanto, heredable) y el carácter (que dependería del medio ambiente). La heredabilidad de los TP se ha estimado entre un 0,3 y 0,8 según el tipo de trastorno. Además, se piensa que cada grupo de síntomas tendría un patrón específico de herencia. Por ejemplo, existe evidencia que la impulsividad y los síntomas afectivos en TP Limítrofe tendrían un patrón independiente de transmisión familiar.

Como veremos más adelante, los aspectos nosológicos en los TP son hoy objeto de controversia. Los sistemas categoriales, para los cuales los TP serían cuadros independientes, con límites precisos entre uno y otro, parecieran no dar cuenta de los infinitos matices y variaciones en la forma de ser de los individuos. Una alternativa a esta aproximación está dada por el modelo dimensional, que conceptualiza a la personalidad (y sus trastornos) como un *continuum* donde los distintos rasgos presentarían variados grados de expresión y combinación (20, 34).

Uno de los modelos de temperamento más difundidos es el de Cloninger, quien describe cuatro tipos básicos: búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia, los que contribuirían en un 50% a la formación de la personalidad. Cada tipo de temperamento tendría un sustrato neurobiológico específico. Así, la dopamina (región mesolímbica) se asociaría con la búsqueda de novedad, la serotonina (núcleos del rafe, hipocampo) con la evitación del daño, y la noradrenalina con la dependencia. Sin embargo, estudios genéticos recientes no han encontrado el soporte suficiente para esta conceptualización, la que aparece como sobresimplificada. Al contrario,

las distintas dimensiones temperamentales parecieran estar determinadas por sistemas neuroquímicos y receptores más complejos. Por otra parte, no disponemos de estudios que confirmen la naturaleza genética del temperamento y la no-genética del carácter, por lo que esta clásica dicotomía permanece aún en discusión.

Por su parte, en la conformación del carácter participarían diversos aspectos ambientales, como la influencia temprana de los padres, traumas y estresores vitales. Estos factores, en interacción con el temperamento, darían cuenta de las particularidades de cada organización o estructura intrapsíquica, el tipo de relaciones objetales internalizadas, estilos defensivos, esquemas cognitivos, etc.

Como se mencionó, la visión más clásica de los constituyentes de la personalidad asume que los elementos caracterológicos no tendrían un origen mayoritariamente biológico y, por lo tanto, no constituirían un adecuado blanco para el tratamiento farmacológico. Sin embargo esta apreciación constituye un área poco explorada y que no ha sido avalada con solidez científica. Esto se debe, al menos en parte, a la complejidad del concepto que se pretende estudiar y a la dificultad de operacionalizar su abordaje donde idealmente deberían confluir distintas teorías: psicodinámicas, fenomenológicas y neurobiológicas.

En relación a lo anterior, con frecuencia se ha considerado que si algún fenómeno psíquico (un síntoma, por ejemplo), está fuertemente determinado por lo biológico, éste respondería mejor a la farmacoterapia, mientras que si los factores ambientales son los más importantes, el tratamiento más efectivo sería la psicoterapia. Hoy en día esta observación está siendo seriamente cuestionada. En enfermedades como el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, cuyo sustrato neurobiológico ha sido ampliamente reconocido, la farmacoterapia y la terapia cognitivo-conductual han demostrado una eficacia similar, asociándose a modificaciones comparables en la actividad cerebral (30).

MODELOS PSICOBIOLÓGICOS DE LA PERSONALIDAD

El estudio de los aspectos que caracterizan la forma de ser y comportarse de los individuos ha preocupado al hombre desde la antigüedad. En su análisis de los distintos temperamentos, Hipócrates esbozó las dimensiones básicas de la personalidad desarrolladas posteriormente por Eysenk (1947). Un aspecto interesante en la teoría de Hipócrates consiste en la asociación que establece entre los distintos temperamentos y el predominio de ciertos *humores* corporales. En el *melancólico*

(triste) existiría una mayor proporción de bilis negra, en el *sanguíneo* (entusiasta) de sangre, en el *colérico* (irritable) de bilis amarilla y en el *flemático* (apático) de flema. De esta manera, Hipócrates se anticipa a los modelos más contemporáneos que correlacionan ciertos rasgos de la personalidad con un *desequilibrio* biológico determinado.

Desde Hipócrates hasta nuestros días múltiples autores se han ocupado del análisis de la personalidad. Kant propuso un modelo de cuatro temperamentos específicos, los que fueron ampliados por Wundt, quien los modificó teniendo un criterio dimensional. Otros como Kretschmer (1921) y Sheldon desarrollaron una tipología basada en los somatotipos, intentando correlacionar la personalidad con la constitución corporal. Sin embargo, para los modelos neurobiológicos más modernos, Pavlov (1954) es el punto de partida. Este autor propone al sistema nervioso (específicamente a la corteza cerebral) como responsable del comportamiento de los individuos, a través de procesos de excitación e inhibición mediante los cuales las neuronas reciben y transmiten (o dejan de transmitir) determinados mensajes.

Siguiendo el modelo de Pavlov, Eysenk estudiará las bases biológicas de la personalidad. En sus investigaciones, utilizando el análisis factorial, describió grupos de respuestas en forma de tres dimensiones básicas de la personalidad: Neuroticismo/Estabilidad Emocional, Extraversión/Introversión y Psicoticismo/Normalidad. Apoyado en estudios experimentales (constitución física, actividad autonómica, secreción endocrina, funciones sensoriales, etc.), Eysenk describió ciertas relaciones entre las características de personalidad descritas y el funcionamiento del sistema nervioso, estableciendo las bases teóricas y metodológicas para la mayoría de los estudios posteriores.

En 1993 Cloninger propone la existencia de las cuatro dimensiones temperamentales descritas anteriormente y las asocia con un determinado sustrato neuroanatómico y un sistema de neurotransmisión. Para el autor los TP estarían condicionados por una distribución desequilibrada de dichas dimensiones. Así, por ejemplo, un excesivo predominio de la búsqueda de novedad y la dependencia del refuerzo producirían un patrón conductual de tipo histriónico (7).

Por su parte, Siever y Davis (1991) han desarrollado un modelo más cercano a la práctica clínica, describiendo cuatro dimensiones de la personalidad (cognitivo/perceptual, inestabilidad anímica, impulsividad y ansiedad/inhibición). Cada dimensión correspondería a un *continuum*, cuyas alteraciones más graves darían lugar a los trastornos del Eje I, mientras que los cambios

más leves y persistente lo serían los cuadros del Eje II. Por ejemplo, siguiendo la línea de la dimensión cognitivo/perceptual (descrita más adelante) en el polo más grave se encontraría la Esquizofrenia Paranoide (Eje I) y en el menos grave, la Personalidad Esquizotípica (Eje II). Algo similar se ha descrito para los Trastornos del Espectro Bipolar (11, 25) llegando incluso a postularse que el TP límite correspondería a un subtipo específico de cicladores rápidos (33).

La *dimensión cognitivo/perceptual* caracteriza la forma en que el individuo recibe y procesa la información del entorno. Determina la capacidad de atención, de discriminación entre estímulos y de investir emocionalmente los conceptos. Permite mantener una organización adecuada del curso del pensamiento y la acción, además de filtrar información irrelevante. En último término, se relaciona con la capacidad de organizar e interpretar adecuadamente los estímulos de la información exterior. Se asocia a la función del sistema dopaminérgico (especialmente prefrontal) y se ve alterada en los trastornos esquizoide, esquizotípico, paranoide, límite y antisocial.

La *dimensión inestabilidad anímica* se caracteriza por la presencia de un tono anímico basal irregular y cambiante. Se asocia principalmente con la función serotoninérgica, aunque también se ha involucrado la acetilcolina y la noradrenalina. Clínicamente se evidencia en TP límite e histriónico.

La *dimensión impulsividad* se presenta como una dificultad importante en el control de la actividad conductual. Puede manifestarse en distintas áreas, como suicidalidad, abuso de sustancias y episodios de agresividad. Genéticamente este rasgo presentaría una alta heredabilidad, especialmente en TP límite, aunque también se ve en otros cuadros como el TP histriónico y el antisocial. Nuevamente la serotonina sería el neurotransmisor modulador de este patrón conductual.

La *dimensión ansiedad/inhibición* se refiere al conjunto de respuestas que se generan frente a la ansiedad en situaciones de peligro. Puede manifestarse a través de conductas evitativas o sumiso-dependientes. Fisiopatológicamente existiría una disregulación de los mecanismos de respuesta al estrés, asociados al sistema serotoninérgico, gabaérgico y a la hormona liberadora de corticotrofina (CRH). Los cuadros clínicos donde esta dimensión se manifestaría con mayor fuerza serían los TP evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo.

Es importante destacar que las dimensiones antes descritas (y sus correlatos neurobiológicos) no pueden ser entendidos como fenómenos independientes. Los distintos neurotransmisores y sus vías neuronales están en constante interacción y desarrollo (neuroplasti-

cidad) pudiendo darse diversas combinaciones. Es así como el estado anímico puede influir notoriamente sobre la función cognitivo/perceptual de una persona.

Uno de los últimos modelos desarrollados corresponde al Modelo de los Cinco Factores (Costa y McCrae, 1990). En éste, además de las dimensiones *neuroticismo* y *extroversión*, se suman: *amabilidad* (agreeableness), *responsabilidad* (conscientiousness) y *apertura a la experiencia* (openness to experience). A partir de este modelo se han diseñado diversos instrumentos de evaluación de la personalidad, aunque no ha estado ajeno a la crítica y la revisión (7, 28).

A pesar de los esfuerzos que se han realizado en el desarrollo de proyectos de investigación en la neurobiología de la personalidad normal y los TP, hoy en día los resultados son contradictorios (9, 15, 31). Debido a lo anterior, aún no es posible contar con un modelo que haya sido suficientemente validado. Esto se ha traducido en que las actuales clasificaciones de las enfermedades mentales, DSM-IV y CIE-10 (2, 37), en el capítulo dedicado a los TP, carezcan de un modelo neurobiológico claro que las organice y sobre el que se estructuren los distintos trastornos, salvo para los trastornos esquizotípico y limitrofe (DSM-IV) donde existiría una base conceptual y empírica más documentada (19, 23, 36).

CONSIDERACIONES NOSOLÓGICAS

Mucho se ha discutido sobre el lugar que ocupan (o debieran ocupar) los TP en la clasificación de las enfermedades mentales (3, 12, 16). En el mismo sentido, pareciera haber más preguntas que respuestas. En primer lugar, ¿es posible hablar de *enfermedad mental* cuando estamos frente a un TP?, ¿qué relación existe entre la personalidad (y la variabilidad de rasgos que la conforman) y los TP?, y en relación a éstos ¿de qué manera se articulan con los cuadros del eje I del DSM-IV?

Por otra parte, diversos autores han hecho notar que el sistema categorial (predominante en la nosología actual) que define los distintos cuadros clínicos a través de límites precisos en términos de presencia/ausencia, pareciera no ser tan útil en el diagnóstico de los TP. Por el contrario, una conceptualización dimensional basada en la idea de un conjunto de manifestaciones desde un polo menos grave hasta uno más grave, daría cuenta en forma más realista de las características de la personalidad y su patología (29).

Los sistemas de clasificación de enfermedades mentales que operan en la actualidad presentan diferencias importantes en el capítulo dedicado a los TP. Por ejemplo, en el DSM-IV estos cuadros están incluidos

en un eje independiente (Eje II) junto al retraso mental. El TP esquizotípico (considerado un TP del *Cluster A* para el DSM-IV) en la CIE-10 es clasificado dentro del capítulo *Esquizofrenia, Trastorno esquizotípico y Trastorno de ideas delirantes*. Por su parte, el TP narcisista, presente dentro de los TP del *Cluster B* del DSM-IV, no aparece mencionado en la CIE-10.

En la actualidad existen escasos estudios que analicen la relación entre determinados rasgos de la personalidad y los TP. Sin embargo algunas observaciones apoyarían la hipótesis de una cierta correlación. Considerando el modelo de Cloninger, por ejemplo, se ha visto que una alta búsqueda de novedad se asociaría a los TP del *Cluster B* del DSM-IV, una marcada evitación del daño con los TP del *Cluster C* y la combinación de ésta con una baja dependencia del refuerzo, con los TP del *Cluster A* (12).

Por otra parte, la personalidad también se ha asociado a determinadas enfermedades mentales. Así, no sólo se ha buscado una relación entre determinados rasgos y los TP sino que, además, se ha vinculado a la personalidad con ciertos cuadros psiquiátricos. Un ejemplo clásico es el trabajo de Tellenbach (32) sobre la personalidad premórbida en la enfermedad depresiva (*Typus Melancholicus*). Otro autor que ha estudiado este tema es Akiskal, quien describe cuatro formas en que la personalidad pudiera asociarse a las enfermedades mentales (12, 25):

1. Una personalidad vulnerable es capaz de causar una enfermedad psiquiátrica (relación patogénica)
2. Una personalidad vulnerable es capaz de afectar el curso y el pronóstico de una enfermedad psiquiátrica (relación patoplástica).
3. Episodios repetidos de una enfermedad psiquiátrica pueden desencadenar una alteración de la personalidad.
4. Finalmente, entendiendo las manifestaciones psicopatológicas como un *continuum*, un TP pudiera representar la forma más atenuada de algún trastorno psiquiátrico mayor (Eje I).

Siguiendo con lo anterior, a pesar que se ha visto cierta correlación (patogénica y patoplástica) entre neuroticismo y depresión, para algunos autores esto correspondería a un artefacto ya que ambos fenómenos presentarían elementos comunes; mientras que otros, enfatizando el rol de los síntomas subclínicos en las enfermedades del ánimo, piensan que los rasgos caracterológicos (en este caso el neuroticismo) serían la manifestación de síntomas subsindromales, o bien residuales, de una depresión (35).

La importancia del correcto diagnóstico de un TP reside en la necesidad de implementar un tratamiento y establecer un pronóstico adecuados. Para tal efecto el análisis psicopatológico debiera permitir hacer la diferencia entre (36):

1. Un TP y el funcionamiento general de la personalidad (Eje II v/s ausencia de enfermedad).
2. Un TP y otros trastornos mentales (Eje II v/s Eje I).
3. Un TP y otro TP (Eje II, v/s Eje I).

FARMACOTERAPIA Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Desafortunadamente el análisis y medición de los aspectos caracterológicos han sido poco considerados en la mayoría de los estudios sobre farmacoterapia en TP. Sin embargo, pareciera que el control de ciertos síntomas como la inestabilidad anímica, la impulsividad o las distorsiones cognitivas tendrían un notable efecto sobre la auto-percepción y las relaciones interpersonales, lo que incidiría positivamente sobre el carácter sin que necesariamente se requiera de su modificación. De hecho, se ha visto que el tratamiento farmacológico de cuadros del Eje I disminuye la comorbilidad con el Eje II luego de la intervención (14). Sin embargo, mientras para algunos esta observación apoyaría la hipótesis de una disregulación neurobiológica en los TP, para otros sería consecuencia del concepto de *continuum* en psiquiatría donde un mismo cuadro tendría un espectro de manifestaciones, desde los distintos aspectos de la personalidad hasta lo puramente sintomático (10).

Considerando lo anterior, se han descrito tres modelos conceptuales sobre farmacoterapia en TP (30):

1. El fármaco actúa sobre un determinado TP (entendido categorialmente).
2. El fármaco actúa sobre distintas vulnerabilidades, que se manifiestan en las dimensiones sintomáticas que pueden observarse en los TP o que pueden representar variantes subclínicas de cuadros del Eje I. En la actualidad este es el modelo más aceptado.
3. El fármaco en realidad actúa sobre cuadros del Eje I que estarían enmascarados o distorsionados por componentes de la personalidad.

El DSM-IV organiza los TP en tres agrupaciones o "clusters": el Cluster A, que incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico; el Cluster B, que incluye los trastornos límite, histriónico, narcisista y antisocial, y el Cluster C con los trastornos evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS TP DEL CLUSTER A

Los cuadros incluidos en este grupo se caracterizan en forma predominante por presentar distorsiones cognitivas y perceptuales, alteraciones leves del pensamiento, afectividad restringida y distancia interpersonal. Su correlato clínico en el eje I estaría dado por los síntomas positivos, negativos y cognitivos de la esquizofrenia, postulándose una disregulación dopaminérgica como mecanismo neurobiológico subyacente. El TP más estudiado en este grupo es el esquizotípico. A pesar de los escasos datos empíricos, existen reportes que avalan el uso de antipsicóticos, en especial los antipsicóticos atípicos (30). En aquellos pacientes que además presentan rasgos de impulsividad o inestabilidad anímica pudiera ser de utilidad adicionar un ISRS.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS TP DEL CLUSTER B

La mayoría de los estudios sobre psicofarmacología de los TP se ha efectuado en TP Límite (19, 33). En este cuadro se han distinguido grupos de síntomas específicos sobre los cuales actuar, tales como: inestabilidad anímica, impulsividad, agresión/hostilidad, desorganización cognitivo/perceptual, ansiedad y disociación.

La presencia de distorsiones cognitivo/perceptuales, así como trastornos leves del pensamiento, pueden presentarse en estos pacientes, aunque en forma menos marcada que en los TP del cluster A, especialmente bajo situaciones de estrés y descompensación. Para el manejo de estos síntomas se han utilizado antipsicóticos en distintas modalidades, desde los clásicos (incluyendo los de depósito) hasta los atípicos. Debido a su mejor perfil de efectos adversos (especialmente los extrapiramidales) y a su utilidad en otras dimensiones sintomáticas como la inestabilidad anímica y la ansiedad, hoy en día se prefiere el uso de estos últimos, siendo la olanzapina uno de los más estudiados (41).

Los antidepresivos también han sido ampliamente evaluados, tanto los de primera generación (IMAOs, Tricíclicos) como los ISRS. Dado el alto nivel de impulsividad y la presencia de suicidalidad crónica que se observan en estos pacientes, asociado al potencial riesgo en caso de sobredosis, el uso de antidepresivos clásicos ha sido relegado a un segundo plano. La evidencia empírica ha apoyado el uso de ISRS (fluoxetina) como fármacos eficaces en el control de los síntomas depresivos, la impulsividad y la hostilidad. En la actualidad los estudios están dirigidos a la evaluación de nuevos antidepresivos, como Venlafaxina (30).

El otro grupo de fármacos que se han utilizado en el manejo de la oscilación anímica, la impulsividad y la agresión corresponde a los estabilizadores del ánimo. Así, se ha reportado sobre la utilidad del Litio, Carbamazepina, Valproato y, últimamente, de Lamotrigina (30).

Finalmente, en forma experimental se ha reportado sobre la utilidad de otros fármacos como los antagonistas opioides (Naltrexona) por su eficacia en el manejo de la impulsividad (30).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS TP DEL CLUSTER C

En este grupo las manifestaciones más notorias son la ansiedad y la inhibición social. Al igual que en los TP del Cluster A, la evidencia empírica es poco sustancial. Sin embargo, el estudio de los cuadros correspondientes en el eje I (trastornos de ansiedad) ha permitido delinear con cierta claridad los aspectos fisiopatológicos potencialmente abordables a través de la farmacoterapia. Quizás el tipo más estudiado sea la personalidad evitativa por su relación con la fobia social en el Eje I, donde se ha evaluado la efectividad de IMAOs e ISRS. En relación a la personalidad obsesivo-compulsiva, hoy en día la relación con su correlato en el Eje I, el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y, por lo tanto, el fundamento neurobiológico para su tratamiento, están en discusión. Mientras algunos piensan que existiría una continuidad psicodinámica entre ambos cuadros, otros han apoyado la evidencia que asocia el TOC más bien con la personalidad dependiente y evitativa. Aunque escasos ensayos clínicos se han efectuado en este grupo de pacientes, el uso de ISRS pareciera ser lo más indicado. Lo mismo se podría decir de la personalidad dependiente, en especial cuando existe comorbilidad con depresión o trastornos de ansiedad. En estudios farmacológicos de pacientes con patología en el Eje I que han examinado la modificación sintomática a través del análisis de rasgos de la personalidad, se ha observado que el uso de ISRS mejora la conducta evitativa, aumenta la dominancia y disminuye la hostilidad social (30).

MANEJO FARMACOLÓGICO DE LAS DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD

La farmacoterapia en TP está especialmente indicada en el manejo de ciertas vulnerabilidades y durante periodos (no poco frecuentes) de descompensación. Como se mencionó, la mayoría de los estudios se han efectuado en el TP límite. La "Guía Práctica para el tratamiento de pacientes con TP límite" de la Sociedad Americana de Psiquiatría (1), en un intento de

operacionalizar el manejo de esta patología, distingue tres dimensiones sintomático-conductuales: disregulación afectiva, impulsividad-descontrol y alteraciones cognitivo-perceptuales. Para cada una de ellas se han descrito estrategias farmacológicas específicas.

Los síntomas disfóricos, la inestabilidad anímica y la presencia de episodios inapropiados de intensa agresión son características del TP límite. Estos síntomas pudieran ser tratados inicialmente con ISRS (26) o Venlafaxina. El uso de tricíclicos no ha sido avalado completamente. Por su parte, cuando se asocian síntomas ansiosos, el uso de benzodiazepinas debiera evitarse por el riesgo de dependencia y de reacciones paradójales. Cuando la inestabilidad anímica lleva a un descontrol conductual severo podría ser de utilidad adicionar antipsicóticos como la olanzapina (40) o estabilizadores del ánimo (litio, valproato o carbamazepina). La utilización de terapia electroconvulsiva (TEC) sólo estaría indicada en presencia de comorbilidad severa en el Eje I.

El manejo de la impulsividad, la auto-mutilación, las conductas promiscuas debiera iniciarse con ISRS y como alternativa adicionar antipsicóticos en dosis bajas, especialmente los atípicos. De los estabilizadores del ánimo, el Litio pareciera tener mayor utilidad.

Finalmente, los síntomas cognitivo-perceptuales (suspiciencia, ideas sobrevaloradas, ideación paranoide, ilusiones, desrealización) responderían al uso de antipsicóticos.

IMPORTANCIA DE LA COMORBILIDAD CON CUADROS DEL EJE I

La presencia de otros cuadros psiquiátricos diagnosticados en el Eje I es frecuente en quienes presentan un TP. Un estudio publicado el 2004 donde se analizó la comorbilidad con cuadros del Eje I en pacientes con TP límite, mostró que luego de 6 años de seguimiento el 75% de los casos cumplió con criterios para trastornos del ánimo, 60% para algún trastorno de ansiedad, 34% para algún trastorno de la alimentación y 19% para trastorno por uso de sustancias. En relación a los cuadros específicos, el 61% cumplió con los criterios para depresión mayor, 41% para distimia, 29% para trastorno de pánico y 35% para trastorno por estrés posttraumático (38). Una observación interesante en el mismo trabajo fue que a pesar de la elevada comorbilidad, ésta fue disminuyendo a lo largo del tiempo.

En otro trabajo (14) donde se comparó sertralina, imipramina y placebo en el tratamiento de la distimia se observó que la remisión del cuadro anímico se asoció con una mejoría en ciertos aspectos de la personalidad (especialmente en la dimensión de evitación del daño).

El análisis de la comorbilidad entre los TP y trastornos del Eje I es importante por diversos motivos. En primer lugar, porque su asociación puede complicar el curso clínico, la evolución y el pronóstico de ambos cuadros (1). Por otro lado, las estrategias farmacológicas que se utilicen dependerán de cada diagnóstico específico considerando el aspecto sintomático y aquellos rasgos de personalidad más relevantes. Por ejemplo, el uso de antidepresivos para el control de la impulsividad en un paciente con TP límite, que además presenta una enfermedad bipolar, pudiera ser contraproducente debido al riesgo de precipitar un viraje maniaco. Por último, dado que los síntomas depresivos no sólo apuntan a la presencia de una depresión mayor sino que pueden ser parte de la dimensión anímica en los TP, un análisis psicopatológico detallado debiera ser parte del abordaje de estos pacientes.

DISCUSIÓN. PERSPECTIVAS FUTURAS

Hoy en día existe una importante tendencia a revisar el lugar que ocupan los TP en la nosología psiquiátrica. Desde un punto de vista neurobiológico aún no es posible caracterizar entidades clínicas independientes que pudieran servir de base para futuras investigaciones. Donde más evidencia se encuentra es en el TP límite, cuyo modelo constituye un referente para el abordaje farmacoterapéutico de los TP. En el mismo sentido, para algunos autores el desafío más importante en la investigación en TP consiste en la posibilidad de integrar los hallazgos empíricos con el trabajo clínico cotidiano (29).

Quizás parte de la complejidad del tema tiene su origen en la infinita variedad de formas de ser y comportarse que presentan los individuos, las que no pueden ser abarcadas (ni entendidas) solamente desde un aspecto (sea neurobiológico, conductual o puramente psicológico). Por ese motivo, hoy en día los sistemas clasificatorios están siendo revisados. Para algunos investigadores, la división en ejes del DSM-IV pareciera ser arbitraria y debiera desaparecer en futuras ediciones. Para otros, la perspectiva biaxial (Ejes I y II) incorpora un elemento organizador, resaltando la importancia de analizar en forma permanente estos dos elementos frente a cada paciente ya que, como vimos, los TP son capaces de influir en la predisposición, curso y respuesta al tratamiento de varios trastornos.

Un aspecto a considerar en el tratamiento de los TP es su alta comorbilidad, especialmente con Trastornos del ánimo. Por esta razón, el evaluar y tratar otras patologías asociadas debiera considerarse parte del abordaje de los TP. Por otra parte, el poder diferenciar las manifestaciones de un cuadro del Eje I de aquellas

características de las dimensiones de la personalidad permitirá implementar el plan de tratamiento más adecuado para cada caso (3).

Por último, los trabajos en neuroplasticidad, la biología de la memoria y fenómenos como el apego así como los sustratos neurobiológicos de los trastornos mentales han influido en el desarrollo de nuevas áreas de investigación en psicoterapia (13). De esta forma, habiéndose demostrado que la psicoterapia produce cambios biológicos (flujo sanguíneo cerebral, metabolismo de la glucosa) similares a los obtenidos a través del uso de fármacos (8, 21, 30), la visión integrada de ambas alternativas pareciera tener un buen fundamento.

Sin embargo, aunque aún no es posible delinear con claridad las diferencias entre un TP y otro, ni su fisiopatología subyacente, y asumiendo que la psicoterapia sigue siendo su tratamiento básico, la farmacoterapia orientada al manejo sintomático de las dimensiones de la personalidad pudiera ser una herramienta útil en el intento por ayudar a este grupo de pacientes.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:10 (suppl):1-52
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994
3. Bank P, Silk K. Axis I and Axis II interactions. *Curr Opin Psychiatry* 2001;14:137-142
4. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999;156:1563-1569
5. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry* 2000;177:138-143
6. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001;158:36-42
7. Bernardo M, Roca M. *Trastornos de la Personalidad. Evaluación y tratamiento. Perspectiva psicobiológica*. Barcelona: Editorial Masson, 1998
8. Brody A, Saxena S, Stoessel P, Gillies L, Fairbanks L, Alborzian S *et al*. Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:631-640
9. Carmine A, Chheda M, Jönsson E, Sedvall G, Farde I, Gustavsson P *et al*. Two NOTCH4 polymorphisms and their relation to schizophrenia susceptibility and different personality traits. *Psychiatr Genet* 2003;13:23-28
10. Cassano G, Frank E, Miniati M, Rucci P, Fagiolini A, Pini S, *et al*. Conceptual underpinnings and empirical support for the mood spectrum. *Psychiatr Clin N Am* 2002;25:699-712
11. Cassano G, Rucci P, Frank E, Fagiolini A, Dell'Osso L, Shear K *et al*. The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: arguments for a unitary approach. *Am J Psychiatry* 2004;161:1264-1269

12. Duggan C, Milton J, Egan V, McCarthy L, Palmer B, Lee A. Theories of general personality and mental disorder. *Br J Psychiatry* 2003;182(suppl.44):s19-s23
13. Fuchs T. Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue. *Curr Opin Psychiatry* 2004;17:479-485
14. Hellerstein D, Kocsis J, Chapman D, Stewart J, Harrison W. Double-blind comparison of sertraline, imipramine, and placebo in the treatment of dysthymia: effects on personality. *Am J Psychiatry* 200;157:1436-1444
15. Jönsson E, Nöthen M, Gustavsson P, Berggard C, Bunzel R, Forslund K *et al.* No association between serotonin 2A receptor gene variants and personality traits. *Psychiatr Genet* 2001;11:11-17
16. Kendell R. The distinction between personality disorder and mental illness. *Br J Psychiatry* 2002;180:110-115
17. Leichsenring F, Leibling E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1223-1232
18. Lenzenweger M, Johnson M, Willett J. Individual growth curve analysis illuminates stability and change in personality disorder features. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1015-1024
19. Lieb K, Zanarini M, Schmahl Ch, Linehan M, Bohus M. Borderline Personality Disorder. *Lancet* 2004;364:453-461
20. Livesley J, Jang K, Vernon P. Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:941-948
21. Martin S, Martin E, Rai S, Richardson M, Royall R. Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:641-648
22. Nyquist N. Perplexing issues in personality disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2004;17:487-492
23. Pally R. The neurobiology of borderline personality disorder. The synergy of "nature and nurture". *J Psychiatr Pract* 2002;8:133-142
24. Perry Ch, Banon E, Ianni F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999;156:1312-1321
25. Retamal P, Botto A, Filippi G. Enfermedad bipolar y Personalidad. En: Riquelme R, Oksenberg A. *Trastornos de Personalidad. Hacia una mirada integral.* Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental, 2003
26. Rinne T, Van den Brink W, Wouters L, Van Dyck R. SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159:2048-2054
27. Roy S, Tyrer P. Treatment of personality disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2001;14:555-558
28. Shedler J, Westen D. Dimensions of personality pathology: an alternative to the five-factor model. *Am J Psychiatry* 2004;161:1743-1754
29. Shedler J, Westen D. Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *Am J Psychiatry* 2004;161:1350-1365
30. Simeon D, Hollander E. Treatment of personality disorders. En Schatzberg A, Nemeroff Ch. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology.* Third Edition. Washington DC. American Psychiatric Publishing, Inc. 2004
31. Suzuki E, Kitao Y, Ono Y, Lijima Y, Inada T. Cytocrome P450 2D6 polymorphism and character traits. *Psychiatr Genet* 2003;13:111-113
32. Tellenbach H. *La Melancolía.* Madrid: Ediciones Morata, 1976
33. Trull T, Stepp S, Durrett C. Research on borderline personality disorder: an update. *Curr Opin Psychiatry* 2003;16:77-82
34. Trull T. Dimensional models of personality disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2000;13:179-184
35. Vieta E. *Trastornos Bipolares. Avances clínicos y terapéuticos.* Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2001
36. Widiger T. Diagnóstico del trastorno de la personalidad. *World Psychiatry (Ed Esp)* 2003;1:3:131-135
37. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992
38. Zanarini M, Frankenburg F, Hennen J, Reich B, Silk K. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow up and prediction of time remission. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2108-2114
39. Zanarini M, Frankenburg F, Hennen J, Silk K. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003;160:274-283
40. Zanarini M, Frankenburg F, Parachini E. A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65:903-907
41. Zanarini M, Frankenburg F. Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry* 2001;62:849-854

ENSAYO

ANTECEDENTES Y PERSPECTIVAS DE LA PSIQUIATRÍA SOCIAL Y LA EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

(Rev GU 2005; 1; 2: 191-196)

Benjamín Vicente¹, Sandra Saldivia¹, Pedro Rioseco¹

Una ilusión que debe perderse antes de que podamos realmente comprender la “enfermedad mental”, es el mito que mantiene a la psiquiatría ortodoxa en su sitio. Esto es, la creencia de que lo que necesitamos son simplemente más hallazgos y que a la vuelta de la esquina aparecerá algún hecho vital que va a resolver las interrogantes de una vez y para siempre. Es esa convicción la que ha inspirado, entre otros factores, el enorme volumen de investigación disponible, aparentemente siguiendo la ingenua visión empiricista de que el conocimiento simplemente consiste en la acumulación de hallazgos o “hechos”, pero en realidad no está claro si entendemos las cosas algo mejor ahora que en el pasado. Lo que sin duda importa son los principios que gobiernan la adquisición e interpretación de estos “hechos” o datos; estos principios, aun cuando están influenciados por los hechos, no son ellos mismos siempre posibles de descubrir empíricamente. Son tanto filosóficos como científicos (1).

Desafortunadamente en los círculos científicos y especialmente en psiquiatría, la filosofía no es vista, salvo excepciones, como una fuerza liberadora e iluminadora sino como una forma pre-científica de dogmatismo de cuya debilidad debiéramos estar felices de haber escapado. Cuando las bases conceptuales en una ciencia no han sido adecuadamente discutidas y la lógica es tratada como una “verdad dada”, esa área particular del conocimiento está condenada a fracasar, no importando la cantidad o dimensión de los hallazgos que logre acumular. Lo que necesitamos, entonces, tal

vez no son más hallazgos –probablemente tenemos todos los datos que se requieren si tan solo supiéramos qué hacer con ellos–; lo que realmente nos hace falta es re-definir o re-pensar el tipo de explicaciones que debiéramos estar buscando y el tipo de datos que van a ser relevantes para ello (2).

El “gran debate” en nuestro campo, parcialmente silenciado por la ortodoxia, debe partir con la pregunta fundamental acerca de qué tipo de personas o criaturas somos y cómo debiéramos observar y evaluar con pleno sentido nuestra conducta o comportamiento.

¹ Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Casilla 160-C, Concepción.

El detallado análisis que Kuhn hace de la historia de la ciencia muestra que las razones por las cuales los paradigmas son escogidos nunca han sido exclusivamente científicas; los determinantes de tal elección están en gran medida fuera de la ciencia y se encuentran en factores sociales y psicológicos (3). La pregunta fundamental en relación a la elección de un paradigma, por tanto, debe ser resuelta por un razonamiento filosófico y moral, lo que no es lo mismo que hablar de una fuerza brutal o emocional o postular un mundo de verdades absolutas, sino que optar por la negociación, la búsqueda de ideales comunes, la complicidad, la solidaridad y el compañerismo (4).

La perspectiva que sostiene que la psiquiatría está libre de valores es una pura ilusión y sólo cuando sus pretensiones de objetividad estén adecuadamente resituadas podremos proceder a discutir cuáles de hecho son sus premisas morales y cuáles son los intereses que realmente persigue. La psiquiatría tradicional protege el funcionamiento eficiente de instituciones como el trabajo, la familia, la educación y la política, convirtiendo algunos de los conflictos y sufrimientos que surgen dentro de ellas en síntomas de 'mal funcionamiento' individual o, en el mejor de los casos, familiar, tendiendo así a sugerir o buscar soluciones tecnológicas de corto plazo e individualmente orientadas a lo que son en realidad problemas políticos que deben ser colectivamente enfrentados.

Muchos autores estarán de acuerdo que han habido al menos tres grandes revoluciones en el campo de la salud mental o de los desórdenes emocionales. La primera ocurrió cuando Pinel sacó las cadenas y liberó a los insanos de las mazmorras de París y los trajo a la luz. El movimiento humanitario se desarrolla a continuación. La segunda revolución fue iniciada por Freud y llevó a una progresiva comprensión de la dinámica y temprana estructuración de algunos desórdenes mentales o emocionales. La tercera revolución, se ha sugerido, fue el desarrollo de las intervenciones especialmente comunitarias, que implicaban tener ayuda adecuada y oportuna para las personas que lo necesitaban en centro comunitarios de salud mental, simplemente 'atravesando una puerta'. Ahora, Albee sugiere que estamos en medio de una cuarta revolución de la salud mental. Esta es una revolución que involucra un gran cambio orientado hacia la prevención. Parte con reconocer la imposibilidad de que jamás podríamos ser capaces de controlar la actual epidemia de desórdenes emocionales sólo intentando ayudar a individuos. Acepta, y así queremos nosotros creer, que la doctrina de la prevención es la única estrategia posible para reducir el estrés generalizado (5).

Tanto la tercera como la cuarta revolución, si aceptamos que esta última existe, evidencian que aquello que llamamos Psiquiatría Social no es solamente un modelo opuesto al paradigma biológico y médico sino un conjunto concreto de estrategias que buscan ofrecer una aproximación efectiva al sufrimiento psíquico.

Sheperd (6) intentó resolver el problema de definir la psiquiatría social asimilándola a la epidemiología, lo cual en nuestra opinión es un peligroso reduccionismo que podría desvalorar la contribución hecha por las ciencias sociales y conductuales a la psiquiatría social. Otros han señalado que los métodos epidemiológicos son los únicos relevantes para la investigación científica en medicina y psiquiatría. Más aún, Guze (7) postula que la epidemiología es propia de la psiquiatría biológica. La inutilidad de estas exigencias territoriales es obvia y ellas son de escaso interés para la mayoría de los investigadores. Lo importante acerca de la epidemiología es que, cualquiera sea el campo de aplicación, ella deberá ser bien entendida y las técnicas usadas correctamente para probar cualquier hipótesis interesante y potencialmente útil.

La salud es un concepto social, la enfermedad es un concepto biológico. Los psiquiatras están fundamentalmente relacionados con ambos. Ellos no están, y nunca han estado, relacionados con problemáticas únicamente biológicas. A la pregunta teórica de Samuel Guze "Psiquiatría biológica ¿existe otra?" la respuesta debería ser no, por supuesto que no. Del mismo modo toda psiquiatría es social en su naturaleza. Ambas frases son triviales a menos que den lugar a hipótesis específicas que otros puedan probar y públicamente criticar. Pero remitiéndonos nuevamente a Khun, la prueba y la crítica son hechas desde una posición moral y política.

Es desde este punto de vista que deseamos potenciar el valor de muchas herramientas y técnicas que la tercera generación de estudios epidemiológicos nos ofrece para planificar enfrentamientos colectivos que finalmente logren reducir la creciente epidemia de estrés emocional permitiéndonos crear el mejor mundo posible para el tipo de criaturas que somos.

DESARROLLO HISTÓRICO DE LA EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN AMÉRICA LATINA

A pesar de la inexistencia de consensos acerca de los límites de la psiquiatría social, un área que sin discusión forma parte de ella –y cuyo desarrollo ha ido marcando su propia definición– es la epidemiología de los trastornos mentales. Al respecto, los investigadores latinoamericanos han intentado, con más o menos éxito, dar cuenta de las particularidades propias de la región,

incorporando tanto los desarrollos del área en el nivel internacional como aquellos elementos de la realidad cultural y social a la que pertenecemos.

Almeida Filho (8) se basa en una revisión de 22 estudios epidemiológicos generados en América Latina, para concluir que los investigadores sociales del área han incluido tradicionalmente a la cultura como una variable independiente, asociada a la prevalencia de trastornos mentales. Tal inclusión, según el mismo autor, se hace desde una mirada antropológica o sociológica, enfatizando hipótesis relacionadas con el choque cultural, el estrés secundario a los procesos de aculturización y la marginalidad cultural, en el primer caso; o bajo las nociones de estrés urbano, cambios vitales o apoyo social, en la segunda vertiente. No obstante, cualquiera sea ésta, permanecen los problemas metodológicos a la hora de evaluar los resultados de la asociación entre proceso cultural y psicopatología.

A nivel regional, un área que con niveles desiguales mantiene cierta consistencia en el objeto y método usados en la investigación epidemiológica es la zona andina comprendida por Perú, Bolivia y Ecuador. Perú, con un desarrollo histórico de la psiquiatría social que ha buscado permanentemente una conjunción de los aspectos médico-occidentales y el reconocimiento de su propia identidad cultural, sin duda marcado por poseer un alto porcentaje de población indígena, presenta un desarrollo de investigaciones desde los tempranos años sesenta, que reúnen aspectos metodológicos analizados a la luz de los particulares parámetros histórico-culturales que definen a esa sociedad. Diferencias culturales y elementos de la identidad peruana que intentan ser recogidos en estudios localizados en áreas geográficas determinadas (9). Bolivia y Ecuador, con desarrollos más incipientes, y un menor número de publicaciones en revistas del área, siguen la misma línea.

A principios de los ochenta el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET), llevó a cabo un amplio Programa de Epidemiología Psiquiátrica, que buscaba conocer la prevalencia de desórdenes mentales en diferentes áreas etnográficas del país, mediante el uso del PSE (*Present State Examination*)(10-12). No obstante, los resultados publicados resultan parciales, quedando en deuda con una publicación in extenso que reúna los resultados finales, estadísticamente validados, acerca de un proyecto que pudo tener amplia repercusión internacional y transformarse en uno de los primeros intentos en América Latina por lograr conocer prevalencias comunitarias de trastornos mentales en población general (13-16).

Probablemente por su proximidad a EE.UU, el desarrollo de la epidemiología psiquiátrica en México

aparece más cercano, en los aspectos metodológicos y temáticos, a lo publicado en la literatura internacional. Al respecto, destaca un temprano interés por indagar acerca de la prevalencia tratada en grupos específicos de consultantes mediante el uso del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ) y de la Entrevista Psiquiátrica Estructurada (ESE)(17-21) y una validación del DIS llevada a cabo ya en el año 1988 (22). Además, es de los pocos países que incluyen estudios en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil (23, 24), área que aún permanece dentro de los desafíos pendientes para la epidemiología psiquiátrica en nuestra región (25).

La diversidad de la realidad brasileña impide tener una visión única, menos aún total, del nivel de desarrollo de la epidemiología psiquiátrica en ese país. No obstante, resultan ampliamente conocidos en el nivel internacional los aportes de sus investigadores en el área de alcohol y drogas y, en las últimas décadas, en prevalencia tratada y comunitaria de trastornos mentales en población adulta (26-30); todo lo cual lo ha constituido en un foco irradiador tanto de investigadores como de hallazgos hacia el resto de América Latina. Es otro país del área donde se han llevado a cabo estudios sobre la salud mental de niños y adolescentes (31).

En Chile, a partir de la década del cincuenta, el modelo de salud pública fue el marco desde el cual se desarrollaron los servicios de salud, y no sólo la atención psiquiátrica. Consistentemente, los primeros estudios de epidemiología psiquiátrica tomaron a aquél como marco de referencia y al alcoholismo como cuadro diagnóstico, a partir del cual se asientan tempranas formas comunitarias de intervención con énfasis en la prevención (32, 33). Este temprano desarrollo tiene continuidad con estudios sobre prevalencia tratada llevados a cabo en la década de los ochenta y principios de los noventa, fundamentalmente en centros urbanos de atención primaria, que buscaban conocer la prevalencia de trastornos mentales o probables casos psiquiátricos entre consultantes en estos niveles de atención (34-37). Uno de ellos, que formó parte de un amplio estudio multicéntrico llevado a cabo por la OMS, detectó una alta prevalencia de cuadros depresivos entre la población evaluada (38). El amplio desarrollo inicial de la epidemiología psiquiátrica ha sido retomado durante la última década con el desarrollo de un Programa de Epidemiología Psiquiátrica para Chile (39), llevado a cabo por investigadores que buscaron conocer la prevalencia de trastornos mentales en población general. Con un diseño metodológico que recoge los avances producidos en el área, y mediante el uso del CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*), una

amplia muestra de población general fue entrevistada en cuatro provincias del territorio (40-43). Los resultados finales se encuentran ya disponibles (44, 45).

En la misma línea de investigación en grandes poblaciones, los estudios llevados a cabo en Puerto Rico durante la década del 80, que usaron el DIS (*Diagnostic Interview Schedule*) como instrumento de evaluación y un diseño metodológico similar al del estudio ECA (Epidemiological Catchment Area) de EE.UU, fueron los primeros trabajos desarrollados en América Latina que incorporaron los avances metodológicos del área, permitieron analizar los hallazgos a la luz de los obtenidos en otros contextos culturales, a la vez que dieron nacimiento a una tradición investigadora que permanece hasta hoy y que se amplía a la epidemiología de trastornos mentales en niños y adolescentes (46, 47).

Uno de los pocos estudios de seguimiento sobre patologías específicas, en este caso la esquizofrenia, fue llevado a cabo en Cali, Colombia, en el marco del Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia realizado por la OMS (48, 49). Uno de los hallazgos más conocidos de este amplio estudio multicéntrico, al que colaboran los datos colombianos, es el que se refiere al mejor curso de la esquizofrenia en países en desarrollo.

Los restantes países del área reúnen aportes muy diversos. Mientras en Costa Rica destaca una rica tradición de estudios en el área del alcohol y las drogas, que tiene su contraparte institucional en un instituto nacional sobre alcoholismo y farmacodependencias (50, 51), en Cuba son más frecuentes los estudios sobre prevalencia tratada, desarrollados en el marco de un sistema de atención estatal y unificado (52, 53). A diferencia de lo anterior, la epidemiología psiquiátrica uruguaya parece entrar con retraso a los nuevos desarrollos del área, a excepción de estudios recientes orientados a la epidemiología histórica de las personas ingresadas en instituciones de cuidado (54) y a identificar factores de riesgo en población infantil (55). También con un desarrollo incipiente aparecen estudios generados en el área de Centro América, como el llevado a cabo a inicios de los noventa en Nicaragua, sobre una muestra de 201 familias y cuyo objetivo era examinar la estructura de familias con individuos aquejados de algún trastorno mental (56).

Finalmente, en los últimos años diversos autores de países con un amplio desarrollo en investigación y en las redes de servicios en salud mental, han venido planteando la necesidad de trasladar el foco de investigación desde el nivel de los individuos al de los servicios, en un intento por evaluar el costo-efectividad de las acciones llevadas a cabo en esta área. Tansella y Thornicroft (57) señalan que lo social y epidemiológico

en psiquiatría se ha focalizado más en el nivel de los individuos/pacientes usuarios de los servicios de cuidados que en el nivel de los servicios. Lesage (58) plantea que, más aún, fenómenos tales como la desinstitucionalización han sido examinados más como eventos clínicos que como eventos sociales. Lo que es consistente con la diferenciación que viene planteando la OMS entre una epidemiología de los trastornos y una de los servicios.

En tal sentido, parece claro que el desarrollo de la investigación en América Latina nos sitúa aún en un nivel que se ajusta a la primera parte de esta doble vertiente. De manera que los desafíos actuales se deberían orientar no sólo a aumentar el número de investigaciones con calidad metodológica e interés que permitan su socialización, al menos a nivel regional, sino también a responder preguntas relacionadas tanto con la organización de los servicios entregados como con la efectividad de las intervenciones propuestas. No obstante, resta mucho camino por recorrer y, probablemente, no se trate del abandono de un área y su reemplazo por la otra, sino la necesaria complementariedad entre ambas, a la luz de los procesos en curso –y aquellos que permanecen pendientes– de re-estructuración de la atención en psiquiatría y salud mental.

Así, una poderosa y esclarecedora epidemiología psiquiátrica basada tanto en los individuos/pacientes y usuarios/servicios permitirá identificar, además del rol de las conocidas variables sociodemográficas, las correlaciones y factores de riesgo ocultos en la actual estructura y funcionamiento de nuestra sociedad, los que parecen perpetuar el efecto de la creciente epidemia de trastornos mentales creando una secuencia de traumas que a su vez producirán más sufrimientos y nuevos traumas.

REFERENCIAS

1. Levi Y. *Decisions and Revisions. Philosophical essays on knowledge and value.* Cambridge: Cambridge University Press, 1984
2. Kendell RE. The mental health act commission's "guidelines" a future threat to psychiatric research. *Br Med J* 1986; 292: 1249-50
3. Berstein RJ. *The reconstruction of social and political theory.* Oxford: Blackwell, 1976
4. Jenner F, Vicente B. Sociobiology. *BreakThrough* 1997; 1(3):9-16
5. Albee G. The fourth revolution. In: *Promotion of Mental Health.* Trent D. & Colin R. (Eds.) Aldershot: Asligate Publishing Limited, 1994
6. Shepherd, M. The origins and directions of social psychiatry. *Integrative Psychiatry* 1983; 1:86-88
7. Guze S. Biological psychiatry. Is there any other kind? *Psychological Med* 1989; 19:315-23
8. Almeida Filho N. Social epidemiology of mental disorders. A review of Latin American Studies. *Act Psych Scand* 1987; 75(1):1-12

9. Mariategui J. La psiquiatría peruana: presente y futuro. *Rev neuropsiquiatr* 1999; 62(1):3-13
10. Casullo MM. Programa de investigaciones sobre epidemiología psiquiátrica en la Argentina. Informe general. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1980; 26(4):327-31
11. Pagés F. Bases para un estudio de prevalencia de los trastornos mentales en la Argentina. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1982; 28(5):183-93
12. Pagés Larraya F. Teoría de la locura de las masas. Epílogo del programa de investigación sobre epidemiología psiquiátrica del CONICET. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1987; 33(3):187-208
13. Casullo MM, Philip A. Estudios sobre la prevalencia de síntomas psiquiátricos en el Partido bonaerense de Patagones. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1981; 27(1):60-71
14. Ortiz O, Casullo M, Grillo O. Epidemiología descriptiva de los desórdenes psiquiátricos en la ciudad de Trelew. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1982; 28(4):281-92
15. Di Marco G. Prevalencia de desórdenes mentales en el área metropolitana de la República Argentina. *Acta psiquiátr y psicol Am Lat* 1982; 28(2):93-102
16. Askenazil M, Casullo MM. Factores socioculturales y presencia de psicopatología en poblaciones de distintas localidades argentinas. *Acta psiquiátr y psicol Am Lat* 1984; 30(1):11-20
17. Campillo-Serrano C, Caraveo-Anduaga J, Medina-Mora ME, Martínez-Lanz P. Confiabilidad entre clínicos utilizando la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg en una versión mexicana. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1981; 27(1):44-53
18. Padilla GP, Ezban BM, Medina-Mora ME, Mas Condes C, Campillo-Serrano C. El médico general en la detección de trastornos emocionales. *Salud Pública de México* 1984; 26(2):138-45
19. Medina-Mora ME, Padilla GP, Mas Condes CC, Ezban BM, Caraveo J, Campillo-Serrano C, Corona J. Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1985; 31(1):53-61
20. Caraveo J, González C, Ramos L. Indicadores clínicos de alteración psiquiátrica en la práctica médica general. *Salud Pública de México* 1985; 27(2):140-48
21. Ezban BM, Padilla GP, Medina-Mora ME, Gutiérrez CE. Aplicación de un cuestionario de detección de casos psiquiátricos en dos poblaciones de la práctica médica general. *Salud Pública de México* 1985; 27(5):386-90
22. González C, Caraveo J, Ramos L, Sánchez J. Confiabilidad de la Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS) en pacientes psiquiátricos mexicanos. *Salud Mental* 1988; 11(1):48-54
23. Lara H. Un estudio epidemiológico de las alteraciones del sueño en niños. *Salud Pública de México* 1976; 16(5):721-28
24. Macías G, Verduzco A. Análisis de las características de un grupo de niños con trastorno por déficit de atención. *Salud Pública de México* 1986; 28(3):292-99
25. Kessler RC. Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. *Bull World Health Organ* 2000; 78(4):464-74
26. Almeida N. Development and assessment of the QMPI: a Brazilian childrens behavior questionnaire for completion by parents. *Social Psychiatry* 1981; 16(4):205-11
27. Almeida N. Family variables and child mental disorders in a third world urban area (Bahia, Brasil). *Social Psychology* 1984; 19(1):23-30
28. Mari JJ. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of Sao Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. *Social Psychiatry* 1987; 22(3):129-38
29. Almeida N, Mari J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes JG, Andreoli SB, Busnello E. Estudio multicéntrico de morbilidad psiquiátrica en áreas urbanas brasileiras (Brasilia, Sao Paulo, Porto Alegre). *Rev ABP-APAL* 1992; 14(3):93-104
30. Almeida N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello E. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1997; 171:524-29
31. Almeida N, Canino G. Epidemiología psiquiátrica. Definiciones, métodos, investigaciones. En Vidal G, Alarcón R y Lolas F (Eds.) *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Tomo II. Macropedia: 487-501*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1995
32. Horwitz J, Marconi J. Estudios epidemiológicos y sociológicos acerca de la salud mental en Chile. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1967; 13(1):52-58
33. Marconi J. La revolución cultural chilena en programas de salud mental. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1973; (19):17
34. Florezano R, Surruty JE, Jiménez K, Heerlein A, Lavados M, Jadresic E. Estudio de la confiabilidad del diagnóstico de neurosis realizado por médicos generales urbanos (MGU) en consultorio periférico. *Rev Chilena Neuro-psiquiatría* 1978; 16(3):33-36
35. Florezano R, Martínez MA. Características de la estructura de la morbilidad y del funcionamiento de un servicio psiquiátrico ambulatorio en Santiago. 1980 Cuadernos Médico-Sociales 1980; 21(3):36-43
36. Uribe M, Vicente B, Saldivia S, Retamales J, Rioseco P, Boggiano G. Prevalencia de trastornos mentales en el nivel primario de atención en la comuna de Talcahuano. *Rev psiquiatría* 1992; 9(1):1018-1027
37. Araya R. Psychiatry morbidity in primary health care in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry* 1994; 165:530-33
38. Florezano R. Frecuencia y características de los trastornos emocionales en pacientes que consultan en el nivel primario de atención en salud en Santiago de Chile. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1997; 43(4):283-91
39. Vicente B, Vielma M, Rioseco P. Un programa de epidemiología psiquiátrica para Chile. *Rev Psiquiatría* 1994; 11(4):160-171
40. Vicente B, Rioseco P, Vielma M, Uribe M, Boggiano G, Torres S. Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Concepción. *Rev Psiquiatría* 1992; 9(1):1050-60
41. Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, Vielma M, Escobar B, Medina E, Cordero M, Cruzat M, Vicente M. Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: prevalencia de seis meses. *Rev Psiquiatría* 1994; 11(4):194-202
42. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Madariaga C, Vielma M, Muñoz M, Reyes L, Tomé M. Prevalencia de vida y seis meses de algunos trastornos psiquiátricos en la población de 15 años y más de la Provincia de Iquique. *Rev Psiquiatría* 1998; 15(2):59-69
43. Vicente B, Rioseco P, Vielma M, Boggiano G, Silva L, Saldivia S. Prevalencia de vida y seis meses de algunos trastornos psiquiátricos en la Provincia de Cautín-Chile. *Rev Psiquiatría* 2000; 17(2):75-86
44. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de epidemiología psiquiátrica (ECEP). *Rev Medica Chile* 2002; 130:527-536
45. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker CL, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Psychiatric Prevalence Study. British Journal of Psychiatry* 2004; 184:299-305
46. Bravo M, Canino GJ, Bird HR. El DIS en español: su traducción y adaptación en Puerto Rico. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1987; 33(1):27-42
47. Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martínez R, Sesman M. y Guevara LM. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psych* 1987; 44(8):727-35

48. León CA. El Estudio Piloto Internacional sobre Esquizofrenia, sus implicaciones para América Latina. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1976; 22(3):167-183
49. León CA. Curso clínico y evaluación de la esquizofrenia en Cali. Un estudio de seguimiento de 10 años. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1986; 32(2):95-136
50. Miguez HA. Apuntes sobre la cultura del guaro. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1987; 33(2):105-11
51. Miguez H. Hombres y temas en la epidemiología psiquiátrica en América Latina. En: Vidal, Alarcón y Lolas (Eds.) *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Tomo II. Macropedia: 502-503*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1995
52. Barrientos de Llano G. Epidemiología psiquiátrica. *Revista Cubana de Epidemiología en Psiquiatría* 1975; 13(1-2)
53. Barrientos de Llano G. Epidemiología en psiquiatría. *Actualidad en Psiquiatría. Serie: Información Temática*, 1980
54. Ginés A. Desarrollo y ocaso del asilo mental en Uruguay. *Rev Psiquiatr Urug* 1998; 62(2):37-40
55. Kohn R, Levav I, Alterwain P, Ruocco G, Contera M, Grotta SD. Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez: estudio comunitario en el Uruguay. *Rev Panam Salud Publica* 2001; 9(4):211-8
56. Penayo U, Caldera T, Jacobsson L. Trastornos mentales en Nicaragua: perspectiva familiar. *Acta psiquiátr Psicol Am Lat* 1992; 38(3):213-22
57. Tansella M y Thornicroft G. *The matrix Mental Health. MATRIX, A manual to improve services*. Cambridge University Press, Cambridge, 1999
58. Lesage AD. Evaluating the closure or downsizing of psychiatric hospitals: social or clinical event? *Epidemiol Psychiatr Soc* 2000; 9(3):163-70

REHABILITACIÓN

CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS PARA UNA INTERVENCIÓN GRUPAL EN FAMILIAS QUE CONVIVEN CON LAS SECUELAS DE UN DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

(Rev GU 2005; 1; 2: 197-201)

Makarena Moris¹

El presente artículo persigue exponer algunos aspectos psicológicos implicados en la reacción de la familia de pacientes que sufren un Traumatismo Encefalocraneano. Se gesta a partir de una revisión bibliográfica y sintetiza los efectos que este tipo de lesión produce en el funcionamiento, estructuración y desarrollo de la vida familiar. La injerencia significativa de estas consecuencias en la rehabilitación del miembro de la familia afectado, releva la importancia de proveer acciones útiles que contemplen la singularidad de las necesidades de cada sistema y el momento idóneo para la prestación de éstas. La naturaleza y la satisfacción de las demandas del grupo familiar varía dependiendo de la fase de recuperación del integrante lesionado, siendo más adecuada una intervención psicológica bajo una modalidad grupal, cuando el sistema en su proceso de adaptación alcanza un estadio en que posee expectativas más realistas frente a los alcances del proceso de rehabilitación.

Cuando un individuo sufre un trauma serio, que deriva en una lesión cerebral, los miembros de la familia se ven afectados significativamente. La habilidad de la familia para sobrepasar el trauma es importante para el proceso de rehabilitación del individuo (7).

La meta fundamental de este proceso es la adaptación social del paciente con secuelas, el cual recibe la

influencia de múltiples factores, tales como: las funciones preservadas, la reacción del individuo y las características del entorno, donde asume gran protagonismo el grupo familiar (2).

De hecho, los familiares de la persona afectada deberán proporcionar apoyo y asistencia al paciente tras el accidente y a lo largo del tiempo, función que

¹ Licenciada en Psicología, Universidad de Santiago de Chile. makamoris@hotmail.com

provoca un fuerte impacto personal, que en ocasiones puede llegar a ser tan devastador como para la persona lesionada por la afección que se produce en todo el conjunto familiar (4).

Esta situación de crisis por lo general causa en la familia sentimientos de rechazo, ambivalencia, vergüenza, temor, culpabilidad e irritabilidad. Sentimientos susceptibles de desencadenar reacciones: depresivas, negadoras, racionalizadoras y de optimismo excesivo, que derivan en la manifestación de actitudes: hiperexigentes, hiperindulgentes y discordantes (5).

Este tipo de conductas está condicionado por el nivel educativo, socioeconómico y sociocultural que el grupo familiar posee, por el número de integrantes que lo constituye y por la naturaleza de las interacciones entre todos y cada uno de sus miembros (5). Sin embargo, cuando la lesión recae en el padre de familia que desarrolla el rol de provisión económica del sistema, la alteración y la carga experimentada por el resto de los miembros del grupo suele ser más difícil de sobrellevar, a raíz de la transformación que se produce en la dinámica de funcionamiento dentro del sistema. (7).

Al respecto, los traumatismos encefalocraneos (TEC) representan un grave problema en los países industrializados del mundo occidental, no sólo por su elevada incidencia sino también por aquejar a un grupo de población joven, influyen más frecuentemente en personas con menos de 40 años y afectan a más varones que a mujeres. A raíz de esto, la función del cuidado en el sistema familiar adquiere predominantemente un perfil femenino (1).

El grado de repercusión en el sistema familiar va a depender tanto de la gravedad y tipo de secuelas, como de la percepción que cada uno de sus componentes tenga del significado de los síntomas y de su conocimiento de la enfermedad (2).

Por ello, los planteamientos actuales en rehabilitación implican la participación de un equipo interdisciplinario que atienda la recuperación a nivel integral, contemplando lesiones orgánicas y aspectos psicológicos y sociales de diversa índole (6).

Con el propósito de facilitar la adaptación y reinserción del paciente en la comunidad y considerando el importante papel que las familias juegan en este proceso, se vuelve necesario el diseño de estrategias de intervención psicológica que involucren las necesidades emocionales e instrumentales que las familias presentan, así como también el momento idóneo para la proporción de cierto tipo de ayuda dependiendo de la fase de recuperación.

Ahora bien, la salud mental familiar puede ser abordada desde diversos puntos de vista, pero sobre la

base de los aspectos antedichos, el enfoque sistémico familiar resulta conveniente a la hora de tener un marco teórico de comprensión que permita el diseño de acciones terapéuticas más eficaces, centradas en las relaciones del sistema familiar y en las necesidades de las personas que conviven con el enfermo, considerándolos dentro del foco de intervención, pero también como parte importante del proceso de rehabilitación.

IMPACTO EN EL SISTEMA FAMILIAR

Al contemplar a la familia como un sistema social abierto, constituido a su vez por subsistemas (parental, conyugal, fraterno, entre otros), que a su vez contiene subsistemas individuales y que está en interacción con otros sistemas sociales, es posible entender los fenómenos tomando en cuenta el todo que los comprende y del que forman parte a través de su interacción, de los patrones relacionales y del contexto en que ocurren (5).

Por ello, la aparición de un traumatismo encefalocraneano crea una crisis inmediata en la unidad familiar, al modificar las relaciones entre los diferentes miembros, los roles que cada uno ejercía, las expectativas y los planes de futuro establecidos (3).

A menudo experimentan estrés, puesto que se ven afectados por la necesidad de afrontar un traumatismo inicial y los cambios físicos, neuropsicológicos y emocionales que se producen después del traumatismo (4). Es importante considerar que esta carga en ocasiones puede ser mayor que la que experimenta el paciente y, a su vez, tiende a ser crónica al igual que algunos de los cambios producidos por el daño cerebral y a aumentar con el paso del tiempo (3).

FACTORES QUE PRODUCEN ESTRÉS EN LOS FAMILIARES

Los factores que más se mencionan en la literatura son los relacionados con la severidad de la lesión, los cambios en la conducta, en la personalidad y la existencia de los déficit cognitivos (4).

Sin embargo también existen otros, que no dependen directamente de la severidad de la lesión inicial (3), tales como:

- Incertidumbre durante los primeros días respecto a las características de la lesión y la amenaza a las posibilidades de sobrevivencia del paciente
- Rasgos de personalidad premórbidos de la persona lesionada

ÁREA DE ESTRÉS	SISTEMA CONYUGAL	SISTEMA PATERNAL
Dependencia	Para la pareja supone tener que adaptarse a un nuevo estilo de vida muy diferente a las expectativas que se tenían respecto a la vida futura en común.	Para los padres implica volver a asumir un rol con el que están familiarizados.
Carga Personal	La responsabilidad única del cuidado facilita sentimientos de soledad, depresión y aislamiento social	Si los dos padres están vivos, pueden apoyarse mutuamente y compartir las cargas del cuidado del hijo.
Problemas Familiares	El cónyuge debe soportar mayores responsabilidades domésticas, financieras y legales. Cuando hay hijos(as) en la familia han de asumir el rol paterno de la persona afectada, y hacerse cargo del bienestar económico y emocional de todo el sistema. La relación de pareja se ve mermada por una pérdida de autoestima en ambos, pérdida en la cohesión familiar, reducción o incluso pérdida del contacto sexual	La disfunción que se produce es menor, dado que la alteración de las funciones se expresa en términos de exigencia más que en tipos de roles a desempeñar. Por lo general, los padres identifican menos alteraciones de conducta que los cónyuges.

- Capacidad de la familia para elaborar pérdidas o cambios
- Cambios de roles dentro del sistema
- Comunicación insuficiente con los profesionales involucrados en el tratamiento del afectado
- Dependencia del paciente de la familia
- Aislamiento social
- Disponibilidad de la provisión de cuidados a la persona afectada
- Aspectos legales y financieros

ÁREAS DE ESTRÉS ASOCIADAS AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Los principales efectos a los que alude la literatura se refieren al nivel y a los distintos tipos de estrés que sufre la familia, este último depende del tipo de relación que se tenga con la persona lesionada (7).

Un estudio de Allen *et al.* (1994), plantea que las familias que conviven con un miembro que ha sufrido una lesión cerebral experimentan un grado mayor de estrés que aquellas que están al cuidado de otro tipo de discapacidad. Dichos autores plantean que la carga en su funcionamiento es de tipo multidimensional, identificando las siguientes áreas de estrés:

1. *Dependencia*: estrés asociado con las demandas que significa el cuidar de alguien que está inhabilitado; esto incluye el estrés de tratar a un individuo con altas demandas (7).
2. *Carga personal*: estrés relacionado con el sentimiento de que toda la responsabilidad cae en una sola persona, incluyendo la percepción de que en un futuro no habrá nadie para reemplazarla. La alta carga personal también está relacionada con la percepción de que el esfuerzo propio no es apreciado. A su vez, en muchas ocasiones, se asocia a la preferencia del cuidado institucional (7).
3. *Problemas Familiares*: el estrés vinculado con los cuidados del resto de la familia. Por ej: la pérdida de oportunidades económicas para los proveedores, el costo en finanzas y la presencia de angustia, resentimiento, con el resto de la familia extensa (7).

EFFECTOS DE UNA LESIÓN CEREBRAL EN LOS DISTINTOS SISTEMAS DE LA FAMILIA

Es necesario enfatizar que una lesión cerebral traumática no afecta del mismo modo a los diferentes miembros y a las relaciones establecidas dentro de la familia, pues cada componente desempeña diferentes roles y res-

Etapas y reacción familiar prototípica	Inicial o aguda	Rehabilitación:	Meseta
Necesidades	Schock: "deseos de que sobreviva" Esperanza: "se pondrá bien"	Esperanza: "se pondrá bien". Realidad: "todavía está progresando, pero la recuperación es muy lenta"	Aceptación: "no volverá a ser el mismo" Ajuste: "nuestras vidas son ahora muy diferentes"
Información	Educación sobre las lesiones cerebrales y específicamente sobre la lesión que afecta a su pariente. Pronóstico.	Respecto a la evolución alcanzada y pronósticos basados en la experiencia previa. Educación sobre estrategias de manejo.	Cuestiones legales y financieras.
Apoyo Emocional	Necesidad de esperanza (negación), donde la fuente principal a la que acuden es el equipo médico. Quejas respecto a la actitud pesimista de este último.	Necesidad de esperanza (negación), entregada principalmente por redes de apoyo informales. Mayor probabilidad de crítica y resistencia al tratamiento.	Es más necesario después de años de ocurrida la lesión. Compartir significados comunes con otros que hayan vivido la misma experiencia (creación de grupos de autoayuda).
Apoyo instrumental	Facilitación de tareas domésticas para acudir al hospital.	Facilitación de tareas domésticas para la provisión de cuidados.	Necesidad de un respiro ante las altas demandas del cuidado.
Apoyo profesional	Necesidad de saber que el equipo médico se está preocupando en forma profesional del enfermo. Inestabilidad ante la preocupación por la variación de roles y cuán permanentes van a ser estas alteraciones. Necesidad de clarificación por parte del equipo médico.	Necesidad de ser incluidos en el tratamiento: entrenamiento de las habilidades específicas para mejorar las problemáticas comportamentales y cognitivas (apoyo del papel de las familias en el proceso de rehabilitación).	Apoyo y contención psicológica para aumentar la sensación de competencia y autoconfianza.

ponsabilidades dentro del sistema, tiene características de personalidad distintas y utiliza diversas habilidades de enfrentamiento ante las dificultades (3).

En este sentido, sobre la base de las áreas de estrés antes mencionadas, es posible establecer la siguiente comparación, dependiendo de si el miembro afectado es un cónyuge o un hijo adulto (7):

Respecto a la afeción que sufren los hijos frente a la lesión cerebral de alguno de los componentes del sistema paterno, ha habido muy poca investigación. Sin embargo, no hay duda de que los cambios en la dinámica familiar inciden en ellos. El principal efecto que se menciona son las dificultades del comportamiento, en especial si el lesionado es el padre(7). Éstas se asocian a:

- Ausencia de demostraciones de cariño y de interacciones dentro de límites normales (3, 7).
- El padre se vuelve menos tolerable por su comportamiento egocéntrico (3).
- Menor efectividad como madre de la pareja sana, o incapacidad de esta última para compensar las funciones paternas de la pareja lesionada, lo cual se relaciona con la presencia de depresión (7).

Cabe destacar que las secuelas neurológicas que ocasionan altos niveles de estrés en el sistema familiar son:

- Alteraciones en el comportamiento interpersonal.
- Aumento de la dependencia por descenso de la eficiencia cognitiva.

- Presencia de comportamiento agresivo; la agresividad del miembro lesionado aumenta la agresividad en el resto de la familia.
- Las mayores deficiencias son atribuidas a problemas en el lóbulo frontal; la frustración para la familia es mayor cuando el individuo exhibe deficiencias en la planificación, iniciación y monitoreo social.
- Escasa conciencia del deterioro cognitivo y a nivel conductual.
- Inhabilidad para expresar empatía y en la resolución de problemas.
- Secuelas relacionadas con la expresión de la sexualidad, tales como: impulsividad y descenso en la frecuencia de contacto sexual (1, 3, 7).

RECONOCIMIENTO DE LAS NECESIDADES DE LA FAMILIA

Después de contemplar posibles problemas a los que se enfrentan las familias de personas con lesiones cerebrales, es preciso identificar sus necesidades a la hora de diseñar estrategias de intervención que minimicen el estrés y maximicen la adaptación de la familia a esta nueva situación.

CONSIDERACIONES FINALES

Las necesidades de las familias tienen un carácter marcadamente dinámico, dando lugar a un flujo continuo de necesidades emocionales e instrumentales, donde es importante determinar cuál es el tipo de apoyo que necesitan y en qué momento proporcionarlo (1).

En este sentido, una intervención psicológica bajo una modalidad grupal reviste la necesidad de un programa mixto que contemple tanto aspectos psicoeducativos como la provisión de apoyo y contención.

Sin embargo, como ha quedado manifestado, la naturaleza y la satisfacción de este tipo de necesidades varía a lo largo del tiempo. La literatura plantea (3, 7) que en la fase aguda y de recuperación resulta más valioso para las familias una intervención vinculada a su propia experiencia y que proporcione:

- Información sobre el daño cerebral y sus secuelas.
- Instrucciones sobre estrategias de afrontamiento adecuadas para problemas particulares.
- Contención frente a sentimientos frecuentes, como tristeza, ansiedad, rabia, culpa, entre otros.
- Ajuste de expectativas de recuperación.

- Apoyo que facilite la modificación de patrones de interacción no adaptativos dentro del sistema, a fin de favorecer relaciones más satisfactorias y gratificantes.

Por su parte, la ventaja que ofrece un contexto grupal alude al importante intercambio de experiencias y sentimientos que en él se producen, lo que permite una exploración e identificación globalizada de los temas que allí se discuten. Pero las familias reciben un mayor beneficio en encuentros con familias que ya han pasado por esta experiencia, luego de que en su proceso de adaptación alcanzan un estadio en que poseen expectativas más realistas; en este momento la provisión de apoyo emocional entre "pares" es muy necesaria y significativa.

En síntesis, es favorable para el miembro afectado ser asistido por su familia, sin embargo la familia también va a requerir constantemente asistencia profesional. En esta cohesión es donde se obtienen los mayores alcances, la educación y el entrenamiento ofrecen mayores beneficios en el proceso de rehabilitación, sobre todo cuando se involucran los efectos a largo plazo.

Lamentablemente la literatura está más centrada en el estrés y la carga que un lesionado provoca en la familia, más que en los modos de sobreponerlas.

REFERENCIAS

1. Berguero T, Gómez A, Herrera F. Grupo de cuidador primario de daño cerebral: una perspectiva de análisis. *Revista de Neuropsiquiatría* [versión electrónica]. 2000; 20(73): 127-135
2. Delgado C. Evaluación y Tratamiento de las alteraciones mentales y del comportamiento en los traumatismos craneales. En Mapfre (Eds), *Daño Cerebral Traumático, neuropsicología y Calidad de Vida*, 8: 187 - 210. Ed Mapfre, España, 1995
3. Fernández S, Muñoz JM. Las familias en el proceso de rehabilitación de las personas con daño cerebral sobrevenido. *Psicología.com*. [on line], 1997, 1, 53 párrafos. Recuperado de: http://psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_7.htm.
4. FLENI, Equipo de Rehabilitación Neurológica. *Traumatismos de cráneo: una guía para la familia* [on line] 1999. Recuperado de: <http://www.biausa.org>.
5. Montenegro H. Salud Mental Familiar. En: Montenegro H, Guajardo H (Eds). *Psiquiatría del Niño y del Adolescente* (2ª Ed.), 2: 50 - 58. Ed Universitaria, Santiago, Chile, 1994
6. Verdugo A. El Papel de la Psicología de la Rehabilitación en la Integración de Personas con Discapacidad y el Logro de la Calidad de Vida. En Mapfre (Eds), *Daño Cerebral Traumático, neuropsicología y calidad de vida*, 1: 3 - 22. Ed Mapfre, España, 1995
7. Willer B, Flaherty PM, Coallier S. Families Living with the Effects of Acquired Brain Injury. En: Wood R, McMillan T (Eds). *Neurobehavioural Disability and Social Handicap Following Traumatic Brain Injury*, 3: 47-67. Ed Psychology Press, Philadelphia, 2001

PANEL DE EXPERTOS

EL ROL DE LAS TERAPIAS PSICOANALÍTICAS EN LAS FUTURAS POLÍTICAS DE SALUD EN CHILE: ANTECEDENTES PARA UNA CONTROVERSIA NECESARIA

(Rev GU 2005; 1; 2: 202-209)

Guillermo de la Parra¹, Ramón Florenzano², Juan Pablo Jiménez³

Las psicoterapias psicoanalíticas ocuparon y siguen ocupando un sitial relevante en la historia de la psicoterapia. Hoy en día mantienen su vigencia en la medida que han respondido enérgicamente a las críticas provenientes desde la salud pública, la ciencia, las otras orientaciones terapéuticas y desde el interior de las mismas organizaciones psicoanalíticas. Esta respuesta ha consistido en someterse sistemáticamente a pruebas empíricas de eficacia (en estudios estandarizados, con pacientes y terapeutas seleccionados en terapias guiadas por manuales) y efectividad (en estudios naturalísticos donde se realizan las terapias).

El presente informe se refiere al rol que deberán jugar las terapias analíticas en la organización de servicios de salud mental futuros en Chile. Tanto la Política Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud en su versión 2001 como los planes para un eventual plan Auge. Este informe desarrollará tres líneas argumentativas:

a) **Las terapias analíticas son empíricamente efectivas.** Esto ha sido demostrado en numerosos trabajos científicos. Terapias derivadas de éstas como las terapias interpersonales han demostrado asimismo ser tanto o más eficaces que las terapias farmacológicas en tratamientos de la depresión, especialmente en seguimientos a largo plazo.

¹ Unidad de Psicoterapia Adultos, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina Universidad Católica de Chile

² Hospital del Salvador. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes.

³ Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

b) Existe una importante población de terapeutas disponibles en Chile con formación básica psicoanalítica.

Ellos son fácilmente entrenables en terapias psicodinámicas breves y/o interpersonales, que han demostrado alta efectividad en el tratamiento de las depresiones. El desarrollo de modalidades operacionalizadas de terapias derivadas del psicoanálisis puede entonces, en breve plazo, proporcionar un recurso humano numéricamente interesante.

c) La psicoterapia analítica llega donde otros no llegan.

Su cuerpo teórico y clínico permite una mejor aproximación a los trastornos de personalidad (eje II del DSM-IV) y entrega una mejor respuesta a aquellos pacientes que buscan respuesta más allá que el alivio sintomático.⁴

En este informe nos basaremos principalmente, pero no exclusivamente, en tres trabajos que entregan una perspectiva general sobre los aportes de las terapias analíticas: En "The Place of Psychoanalytic Treatments Within Psychiatry"; Gabbard, Gunderson y Fonagy en el año 2002; en el documento "Toma de Posición de la Sociedad Alemana de Medicina Psicoterapéutica (DGPM), del 14.04.2002, sobre el procedimiento fundado en psicología profunda, de acuerdo con la encuesta del 'Consejo Científico de Psicoterapia' de la Cámara Médica" (P.L. Janssen & G.H. Paar, 2002), y el trabajo presentado por uno de los autores del presente documento, Juan Pablo Jiménez, con motivo de la celebración de los 150 años del Instituto Psiquiátrico "José Horwitz" (2002).

DEFINICIONES

Usaremos como sinónimo las palabras psicoanalítica y psicodinámica para referirnos a las psicoterapias que nos ocupan.

El documento alemán da una definición actualizada de las terapias analíticas, la que suscribimos y presentamos con algunas modificaciones:

"Las terapias psicodinámicas representan derivaciones o modificaciones del psicoanálisis. Si bien en estas terapias

los conceptos de inconsciente psicodinámico, defensa, transferencia y contratransferencia están tan justificados como en psicoanálisis, en las distintas formas de terapia se aplican de manera diferenciada. Las técnicas, diferenciables entre sí, son más orientadas a los síntomas y al campo interpersonal, buscan una ganancia en tiempo o en número de sesiones, contienen elementos de prescripción conductual y de apoyo. Una terapia psicodinámica también se puede aplicar en aquellos casos en los que es necesaria una relación terapéutica de larga duración".

Considerando las evidencias existentes sobre eficacia, la siguiente lista de procedimientos se ha afianzado dentro del ámbito psicodinámico:

- Intervención en crisis (hasta 6-8 sesiones)
- Terapia breve (hasta 25-30 sesiones)
- Terapia focal (trabajo sobre un foco conflictivo específico, entre 2 a 40 sesiones)
- Terapia psicodinámica de apoyo (técnicas que ponen en primer plano el vínculo terapéutico como factor de cambio)
- Psicoterapia psicodinámica (o también "psicoanalítica sin fecha de término"; generalmente de dos a tres veces por semana que se asemeja en varias de sus características al psicoanálisis)
- Psicoterapia interpersonal (de Klerman & Weisman, psicoterapia manualizada de fácil enseñanza que se ha aplicado con mucho éxito a áreas sintomáticas)
- Terapias de grupo
- Aplicaciones de psicoterapia psicodinámica en encuadre hospitalario y clínicas de rehabilitación
- Terapia psicodinámica de pareja y familia

Algunas de las características de las terapias dinámicas breves actuales son: la elaboración conjunta (entre paciente y terapeuta) de metas intersubjetivas, el tipo de encuadre y métodos; el análisis focalizado de transferencia y resistencia; la configuración de las intervenciones y del espacio terapéutico que considere el desarrollo psíquico y lo promueva; el encuadre variable; el acceso multimodal a los procesos inconscientes, incluyendo formas que van más allá de la comunicación verbal; la utilización de la dramatización; las intervenciones movilizadoras de recursos y activadoras de acciones; la facilitación de nuevas experiencias emocionales en la relación terapéutica; la elaboración de transferencia y resistencia en constelaciones interpersonales y escenarios grupales.

Las características básicas de las terapias interpersonales de Klerman (Groves, 1996) son: desenfatar la transferencia; usar la relación terapéutica para ejem-

⁴ En este sentido, es notable que los estudios muestren que la gran mayoría de los terapeutas que se consideran a sí mismos como eclécticos o integrativos, integran elementos de teoría psicoanalítica (Norcorss y Prochaska 1988). Además, la mayoría de los terapeutas, cuando buscan terapia personal, no importando su orientación, acuden a terapias psicoanalíticas (41%) o psicodinámicas (18%) (Norcross et al. 1988) (ambas referencias citadas por NE Millar, L Luborsky, J Barber, JP Docherty (eds.), 1993).

plificar; no focalizar en el contenido mental sino en el proceso de la interacción del paciente con otros. Es importante enfatizar aquí que estas terapias, investigadas en Estados Unidos, tienen poco riesgo iatrogénico y que son aplicables por terapeutas inexpertos usando manuales que describen las estrategias paso a paso.

a) “Las terapias analíticas son empíricamente efectivas”.

- El corpus sustancial de evidencia se da básicamente para el caso de sus variedades breves. Diversos meta-análisis se han ocupado de la eficacia de estas terapias, aunque con resultados diferentes (Svartberg & Stiles 1991; Crits-Christoph 1992; Grawe *et al.* 1994; Anderson & Lambert 1995, Westen & Morrison 2001, y Leichsenring 2001). En el meta-análisis de 26 estudios realizados entre 1974 y 1994, Anderson y Lambert encontraron que las terapias analíticas eran igualmente efectivas que otras variedades en el seguimiento post-tratamiento demostrándose una leve superioridad en la evaluación de seguimiento. Además, tres estudios separados han encontrado que la interpretación adecuada del conflicto nuclear predice mejor impacto tanto dentro como a lo largo de una secuencia de sesiones (Crits-Christoph *et al.*, 1988) El trabajo de Anderson & Lambert considera una mayor cantidad de estudios que Crits-Christoph (1992). En ese estudio subyacen criterios de inclusión más débiles en relación con la experiencia de entrenamiento y adherencia: llegan a una magnitud de efecto de 0.71 en comparación con la lista de espera y de 0.34 para tratamiento grupal. En cambio, en su meta-análisis, Crits-Christoph (1992) se refiere sólo a estudios con estrictos criterios de selección en relación con la experiencia terapéutica, manualización de la terapia y número mínimo de sesiones. En comparación, la psicoterapia dinámica breve lleva a mayores efectos terapéuticos en comparación con la lista de espera. Crits-Christoph determina la magnitud de efectos de acuerdo con Cohen (1984) de 1.01 para la meta sintomática, de 0.82 para la sintomática psíquica general y de 0.81 para la adaptación social. La comparación de la terapia dinámica breve con otras formas de terapia, como la terapia conductual cognitiva o tratamiento medicamentoso, no arrojó diferencias significativas.
- En el estudio meta-analítico recientemente aparecido de Leichsenring (2001), fueron revisados estudios publicados entre 1960 y 2001. Leichsenring llega al resultado de que existen datos empíricos

sobre eficacia –aun cuando de calidad diferente–, tanto para las terapias psicodinámicas breves como para aquellas más largas. Para las terapias psicodinámicas de duración media, encuentra efectos entre 1.05 y 2.11 (por auto y heteroevaluación respectivamente).

- En el mismo estudio en relación con la depresión, Leichsenring (2001) muestra una magnitud de efecto tan potente como Crits-Christoph (1992). La terapia dinámica breve logra grandes efectos tanto en la reducción de la sintomatología depresiva (0.90-2.80) como en la psiquiátrica general (0.79-2.65).

Dada la prevalencia de los trastornos afectivos en Chile, nos interesará abordar especialmente en este documento el manejo psicoterapéutico de los síntomas depresivos. En lo que sigue, se presentan las conclusiones de una revisión sobre el tratamiento de la depresión hecha de acuerdo con los criterios de la psiquiatría basada en la evidencia:

1. La depresión es un trastorno común, cuyo tratamiento psicoterapéutico ha sido estudiado en el marco de servicios ambulatorios (nivel secundario de atención), de internación hospitalaria y en programas de atención primaria.
2. Al considerar la probabilidad de respuesta a la psicoterapia, se deben hacer distinciones diagnósticas claras en los grupos de pacientes tratados. En particular, los pacientes con episodios agudos de depresión deben distinguirse de los que padecen depresiones menos severas pero de curso crónico (distimias). Además, los pacientes con depresión severa tienen una peor respuesta a las terapias psicológicas.
3. En muchos pacientes la depresión es un trastorno crónico y la probabilidad de recuperación completa es baja.
4. Los estudios de resultados mejor diseñados destacan la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), de la Psicoterapia Interpersonal (PIP) y de la terapia dinámica exploratoria estructurada.
5. El tratamiento breve tiene un efecto relativamente importante cuando se lo evalúa inmediatamente después de la terminación del tratamiento, pero su impacto global es más bien de corto plazo.
6. La eficacia de las intervenciones breves es pobre en el largo plazo. La eficacia de los tratamientos psicológicos de larga duración, como suele darse en la práctica clínica, no ha sido adecuadamente estudiada.

7. El tratamiento farmacológico de larga duración es hasta ahora el único método que inequívocamente muestra efectividad en la prevención de recaídas. Hay evidencias sugerentes de que las técnicas psicoterapéuticas, particularmente la Psicoterapia Interpersonal, puede ser coadyuvantes útiles en la prevención de recaídas. El análisis de los datos del "Estudio Colaborativo del Tratamiento de la Depresión" del NIMH no mostró diferencias en la reducción de síntomas al terminar el tratamiento en los cuatro grupos estudiados (tratados, respectivamente, con Imipramina más manejo clínico (MC), Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), Psicoterapia Interpersonal (PIP) y placebo más manejo clínico (Elkin 1994). Sin embargo, análisis posteriores mostraron que 18 meses después emergieron diferencias significativas en cuanto a las evaluaciones hechas por los pacientes de los efectos del tratamiento sobre su adecuación vital. Los pacientes en PIP reportaron mayor satisfacción con el tratamiento que los pacientes en TCC+MC o con placebo, y tanto en PIP como en TCC los pacientes reportaron mejorías significativas en su capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales y en reconocer y comprender las fuentes de su depresión, lo cual debiera tener un impacto profiláctico (Blatt *et al.* 2000).
8. La consideración global de los estudios meta-analíticos en este campo sugiere que los pacientes sacan un provecho clínico significativo de las intervenciones psicoterapéuticas, aun cuando en la mayoría de los casos deba esperarse que permanezcan sintomáticos y vulnerables a una recaída al finalizar el tratamiento de un episodio agudo.
9. La eficacia relativa de los tratamientos es difícil de establecer a causa de las limitaciones de la base de datos disponible. Sin embargo, la Terapia Cognitivo-Conductual surge desde los estudios como un método poderoso y útil para tratar episodios agudos de depresión. La Psicoterapia Interpersonal también emerge como un método valioso en varios contextos, en especial en el tratamiento de síntomas severos y como coadyuvante en el tratamiento farmacológico. El antes aludido meta-análisis de Leichsenring (2001) concluye que no hay diferencias en los resultados entre la psicoterapia psicodinámica breve (estructurada) y las terapias cognitivas o cognitivo-conductuales en el tratamiento de la depresión. En todo caso, en ambas formas de terapia, 16 a 20 sesiones son insuficientes para lograr remisiones estables en la mayoría de los pacientes. *Meta-análisis previos han sugerido que la terapia cognitiva es más efectiva que otras terapias para la depresión (excluyendo la terapia conductual). Sin embargo, el meta-(re)análisis, hecho por Wampold et al. (2002) no encontró evidencias de que la terapia cognitiva fuera más efectiva que otras terapias psicológicas. Después de reestructurar el grupo control, los autores concluyen que los tratamientos psicológicos de "buena fe" son igualmente efectivos que la terapia cognitiva. Los tratamientos fueron definidos de "buena fe" si incluían los siguientes elementos: 1) un terapeuta entrenado en un programa reconocido o con al menos un grado de magíster; 2) los encuentros cara a cara fueron usados para desarrollar una relación; 3) el tratamiento fue individualizado para el paciente y no fue una mera aplicación de un protocolo estándar rígido; 4) la terapia incluyó componentes psicológicos válidos. Los tratamientos así definidos iban desde terapias dinámicas a terapias interpersonales altamente estructuradas.*
10. Las pruebas de la superioridad de los tratamientos combinados (con fármacos) sobre las intervenciones psicológicas solas son débiles, con la excepción de su uso con técnicas estructuradas (TCC) intensivas en el marco de internación hospitalaria.
11. La evidencia empírica de la superioridad del tratamiento psicoterapéutico sobre el tratamiento médico es pequeña, poco confiable y confusa, a causa de la falta de control sobre la naturaleza de los tratamientos médicos ofrecidos.
12. La ausencia de seguimientos controlados a largo plazo en la mayoría de los estudios disminuye el valor de las conclusiones concernientes tanto a los efectos a largo plazo como a la posibilidad de generalizar los resultados.
13. El valor de la psicoterapia en el nivel de atención primaria está mal establecido, aunque los pocos datos disponibles entregan alguna evidencia de que los estudios en el marco de atención ambulatoria (nivel secundario) no debieran generalizarse a esta población.
14. Los datos sobre pacientes distímicos apoyan la necesidad de considerar la composición de la muestra clínica, particularmente la prevalencia de depresión doble en los estudios clínicos y las evaluaciones hechas en los servicios de atención.
15. Hay algunas indicaciones en la literatura que la calidad de la terapia ofrecida se correlaciona con el resultado a largo plazo, lo que sugiere que la mantención de terapias de alta calidad debiera ser considerada por los proveedores de servicios terapéuticos.

16. Todavía hay muy pocos datos como para sacar conclusiones sobre la efectividad de la consejería psicológica en la depresión.

No nos parece irrelevante que, por una parte, los pacientes muestren mayores niveles de satisfacción con las terapias interpersonales y, por otra, que las terapias dinámicas breves sean tan efectivas como las cognitivo-conductuales. En el primer caso, no olvidemos que la definición de salud incluye el concepto de "bienestar" del sujeto, lo que remite a un estado subjetivo que resulta todavía más significativo en el caso de las psicoterapias; así, un mayor nivel de satisfacción como efecto de una psicoterapia significa un mejor nivel de salud mental.

Esto nos lleva a nuestra segunda línea argumental:

b) "Existe una importante población de terapeutas disponibles en Chile con formación básica psicoanalítica, fácilmente entrenables en terapias psicodinámicas breves y/o interpersonales".

Algunos investigadores adoptan la posición de que sólo los procedimientos que de alguna manera han pasado la prueba del laboratorio, deben ser evaluados como científicos, independientemente de la pregunta de su aplicabilidad en el terreno práctico. La posición más rígida fue formulada por la *Task Force* de la Asociación Americana de Psicología (APA) con sus "*Evidence Validated Therapies*" EVT (1995; Chambless & Holton 1998). Los procedimientos EVT de Estados Unidos proponen un programa terapéutico específico para cada problema clínico relevante, que debiera estar manualizado. Los representantes de las orientaciones conductistas, interpersonales y psicodinámicas se pusieron de acuerdo en este criterio para tratamientos bien asegurados empíricamente.

Estos criterios de investigación han sido discutidos y son difíciles de trasladar a la realidad de la atención. Por ejemplo, Henry (1998) critica que los EVT se fundan en la nosología taxonómica y fenotípica del DSM, en la que algunos diagnósticos encuentran poco apoyo empírico, enfatizan la técnica de tratamiento, sobrevaloran la capacidad de control vía manuales y declaran como trasfondo no específico, o variable errática, la importancia de los factores generales de eficacia y la relación interpersonal en desarrollo, siendo que estos factores de relación han demostrado ser la evidencia empíricamente más potente como factor de cambio. Finalmente, la inclusión o exclusión de la lista de EVT no señala si la forma de tratamiento es o no efectiva clínicamente.

Grawe (1997) contraponen al enfoque específico del trastorno su modelo de la "psicoterapia general", que considera las perspectivas de los recursos, de la relación, del conflicto, y del trastorno.

La **perspectiva de los recursos** es un concepto no específico al trastorno, al que pertenecen todos los recursos individuales e interpersonales, como también el potencial motivacional. Desde un punto de vista empírico, la activación de los recursos es más importante para el éxito de la terapia que la elaboración del problema específico al trastorno.

En la **perspectiva de la relación**, una buena relación terapéutica representa un recurso interpersonal positivo para los pacientes. La significación de la alianza terapéutica para el resultado de la terapia está bien asegurada empíricamente, de la misma manera que cada forma de intervención trastorno-específica es considerada aisladamente (Orlinsky *et al.* 1994). Grawe critica que las teorías exclusivas al trastorno no le hacen justicia a la importancia de los factores interpersonales.

En relación con la **perspectiva del conflicto**, Grawe remite a la significación biográfica de modelos de relación interpersonal para el desarrollo psíquico normal, algo familiar para los psicoterapeutas de orientación psicodinámica.

La **perspectiva del trastorno** es para Grawe una perspectiva importante, pero de ninguna manera la única bajo la que se puede desarrollar la concepción del tratamiento de un paciente. A menudo, el problema del paciente tiene un aspecto trastorno-específico, pero, en una visión ampliada de la concepción casuística del paciente, este aspecto debe incorporarse en una terapia general del estado psíquico global. Con ello, Grawe critica una visión estrecha de la psicoterapia específica al trastorno. La terapia cognitivo-conductual de Beck (TCB 1979) y la terapia interpersonal de Klerman & Weissman (IPT, 1984) son dos procedimientos manualizados reconocidos, trastorno-específicos, para el tratamiento de la depresión. Ambos logran mejorías equivalentes en el estudio del NIMH (Elkin 1994). El manual de la IPT para el tratamiento de la depresión fue aplicado sin modificaciones para el tratamiento de trastornos alimentarios y comparado con terapia cognitivo-conductual en un estudio multicéntrico (Agras *et al.* 2000). Recientemente la terapia dialéctica conductual se aplicó también exitosamente en el tratamiento de pacientes bulímicas (Safer *et al.* 2001).

Nos preguntamos ¿en qué consiste la "trastorno-especificidad" de estas terapias manualizadas, si son aplicadas sin modificaciones a diferentes trastornos y si distintos procedimientos logran efectos equivalentes en iguales grupos de pacientes? ¿No reencontramos

aquí el canon de factores curativos implícitos? (véase Hubble *et al.* 1999).

El número de terapeutas formados en Chile está creciendo, especialmente entre los profesionales de la psicología. Por una parte el número de escuelas de Psicología ha aumentado exponencialmente: antes de la nueva Ley de Universidades de 1989 existían solamente cuatro escuelas de Psicología en Chile (en las Universidades de Chile, Católica, Concepción y La Frontera) con un total aproximado de 200 vacantes. Desde el cambio legislativo se habían formado 45 nuevas escuelas al año 2000 con un total de 3.363 vacantes de acuerdo a los últimos datos de la publicación ENLACES (2003), del Consejo de Rectores. En sólo dos años, en el 2002 en la misma publicación (*El Mercurio*, 2002) aparecen 62 carreras de psicología, con 3.856 vacantes. Esto es un aumento de más de 20% en dos años.

Muchos de los estudiantes deciden luego ejercer como psicólogos clínicos. No hay datos empíricos con respecto a cuánto psicoanálisis se enseña en el pregrado, pero varias de las escuelas con matrículas mayores (tales como las Universidades Nacional Andrés Bello y del Desarrollo) tienen una orientación psicoanalítica, si no exclusiva, importante. Por otro lado, las escuelas más antiguas de las universidades tradicionales, como las de las Universidades de Chile o Católica de Santiago, han derivado desde el énfasis analítico de sus primeros tiempos a otras aproximaciones más "científicas" como la cognitivo-conductual. El Colegio de Psicólogos Clínicos ha desarrollado un complejo y amplio sistema de acreditación de especialistas y supervisores clínicos, al cual se ha sometido una cantidad importante de psicólogos. Varios de los programas de formación de post-grado acreditados, tales como los del Hospital del Salvador en Santiago, o de la Universidad del Desarrollo en Concepción y otros, tienen un fuerte énfasis en el psicoanálisis. Existen además programas de formación académica en psicoanálisis que ofrecen magísteres o doctorados en Psicoanálisis, como los de las Universidades Diego Portales o Nacional Andrés Bello, los cuales tienen ya varias generaciones de profesionales formados.

En el caso de los psiquiatras, el mayor programa de formación hasta el momento en nuestro país es el de la Universidad de Chile, el cual desde los comienzos de la década de los setenta ha formado más de cuatrocientos especialistas médicos. El programa formador más estable y numéricamente mayor, el de la Clínica Psiquiátrica Universitaria, pasó desde una posición claramente anti-analítica a una abierta que ha mostrado interés por la formación en terapias breves de orientación analítica.

Otros dos programas, los del Hospital del Salvador y del Instituto Psiquiátrico "José Horwitz", han tenido tradicionalmente un énfasis analítico. En los últimos años se han agregado programas de formación de otras Universidades, tales como las de Valparaíso, Pontificia Universidad Católica de Chile y de Los Andes, todos los cuales tienen módulos en terapias analíticas.

En resumen, tanto desde la psicología como desde la medicina muchos de los profesionales que se forman tanto en pre como post grado egresan con formación de orientación analítica, lo que permite, con un grado de capacitación o entrenamiento en técnicas específicas, aportar un recurso humano que puede ayudar a tratar los trastornos depresivos prevalentes en nuestro medio.

Por estas razones, pensamos que, por una parte, desde la perspectiva de los recursos, existiría en la población de terapeutas una significativa cantidad de éstos con los recursos interpersonales para asumir las tareas propias de tratar pacientes con sintomatología depresiva, sin descuidar el potente factor interpersonal y los aspectos de la personalidad.

c) "La psicoterapia analítica llega donde otros no llegan".

Esta afirmación se basa en el objetivo de las terapias analíticas de tratar trastornos de personalidad y los tratamientos prolongados que buscan los así llamados "cambios estructurales" que apuntan a este mismo objetivo: el cambio a nivel de rasgo, "trait", que se diferencia de las terapias como las arriba mencionadas que buscan un cambio en los síntomas de estado, "state".

- Así, por ejemplo, en un estudio reciente, 38 pacientes con trastorno límite de personalidad fueron asignados aleatoriamente a un tratamiento de hospitalización parcial psicoanalíticamente orientado o a un tratamiento psiquiátrico *standard* en el grupo control. El tratamiento primario del grupo experimental consistía de una sesión semanal de terapia analítica individual y tres sesiones semanales de terapia analítica de grupo. Los controles no recibieron psicoterapia. Al fin de los 18 meses de seguimiento los pacientes con la terapia analítica mostraron significativamente mejoría en síntomas depresivos, funcionamiento social e interpersonal, menores rehospitalizaciones y menores conductas automutilatorias y suicidas (Bateman & Fonagy, 1999).
- En el trabajo de Leichsenring (2002), citado arriba, él encuentra, para trastornos de personalidad, grandes efectos de terapia, que para la psicoterapia dinámica están entre 1.13 (instrumentos de au-

toevaluación) y 1.57 (instrumentos de heteroevaluación).

- Uno de los estudios más sofisticados realizados en la última década fue el Proyecto de Estocolmo sobre Resultados del Psicoanálisis y las Psicoterapias (Sandell *et al.* 2000), en el cual un número importante de pacientes tratados por terapeutas privados en Suecia, donde estas terapias son subsidiadas por el sistema nacional de seguros. Se trata de un diseño pre-post amplio: una muestra de 756 personas fue asignada no aleatoriamente a psicoanálisis, terapia analítica o bien a listas de espera. Se obtuvieron datos completos para 331 casos de psicoterapia psicodinámica (1 a 2 sesiones semanales) y 74 de psicoanálisis (4 a 5 sesiones semanales). Al evaluar los cambios en el SCL 90 (escala de autoevaluación que mide síntomas), la mejoría en tres años se correlacionó positivamente con frecuencia y duración del tratamiento, con mejor resultado para los pacientes en psicoanálisis que en psicoterapia analítica. Los primeros además continuaron mejorando después del alta, lo que no sucede generalmente en estudios realizados con otras terapias.
- Varios estudios prospectivos con diseños pre-post han mostrado mejoría sustancial en pacientes con trastornos de personalidad al recibir terapias analíticas, con por lo menos un estudio que mostró que estas ganancias se mantuvieron en un seguimiento de cinco años (Stevenson & Meares, 1992).

Freud señaló que la terapia psicoanalítica nos provee de una oportunidad única para observar como trabaja la mente. En ese sentido, el psicoanálisis y la ciencia cognitiva actual comparten un interés en dilucidar científicamente los procesos mentales internos. Esta colaboración, tal como la ha propuesto por ejemplo Bucci (1985), permitiría entender mejor el rol de las emociones en los procesos mentales. La afirmación freudiana de que el psicoanálisis trabaja a través de un mayor control de los procesos mentales, y de que la conciencia tiene una función biológica, podría ser corroborada empíricamente hoy con estudios imagenológicos de los nuevos estudios cerebrales. En ese sentido, la convergencia de neurobiología y de la investigación en psicoterapia concuerdan en que el cerebro humano se desarrolla en una matriz interpersonal crucial para la formación de estructura, y que el cerebro retiene una plasticidad de tal modo que la experiencia cambia estructuras cerebrales no sólo en el niño sino también en el adulto, como podría ocurrir producto de un proceso terapéutico. Futuras investigaciones deberán explorar

los poderes psicoactivos, modificadores de comportamientos y finalmente modificadores del cerebro de la interacción humana.

CONCLUSIONES

1. Las evidencias muestran que las terapias analíticas son tanto o más efectivas que las terapias cognitivas, sugiriendo, a medida que más se investiga, mejores resultados en seguimiento a largo plazo, especialmente por la profundización de los efectos terapéuticos una vez que las terapias han finalizado. La suma progresiva de estudios objetivos que midan el impacto a largo plazo irán, eventualmente, apoyando estas primeras observaciones.
2. Los profesionales en salud mental se siguen interesando y formando en psicoterapias dinámicas; a ellos así como a muchos pacientes les interesa muchas veces ir más allá del alivio sintomático inmediato. Es así que se dispone de un recurso humano interesado que podría responder a los requerimientos de los pacientes.
3. Los terapeutas de base psicodinámica disponen de amplios recursos para ser entrenados en terapias interpersonales.
4. Dentro de un sistema pluralista de indicación los terapeutas psicodinámicos disponen, además, de los recursos para tratar pacientes que no se benefician con terapias sólo enfocadas a síntomas. Es así como la terapia analítica puede ser una intervención de segunda línea, especialmente en la prevención de recidivas.

En resumen, pensamos que las terapias psicoanalíticas, como han sido definidas y descritas en el presente documento, no deben quedar fuera de ningún futuro plan de salud que valore los aportes científicos de los procedimientos psicoterapéuticos.

REFERENCIAS

1. Agras WS, Fairburn CG, Walsh T, Wilson GT, Kraemer HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 459-466
2. Anderson ME, Lambert MJ. Short term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 1995; 15:503-514
3. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18 month follow up. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1563-1569
4. Beck AT, Greenberg RL. Brief Cognitive Therapies. En: *The Psychiatric Clinics of North America* 1979; 2(1): 23-37

5. Blatt SJ, Zuroff DC, Bondi CM, Sanislow III ChA. Short- and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: Further analysis of data from the NIMH TDCRP. *Psychotherapy Research* 2000; 10(2):215-234
6. Bucci W. Dual Coding: A cognitive model for psychoanalytic research. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1985; 33: 571-607
7. Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported treatments. *J Consult Clin Psychol* 1998; 61: 7-18
8. Cohen P, Cohen J. The clinician's illusion. *Archives of General Psychiatry* 1984; 41:1178-1182
9. Crits-Christoph P, Cooper A, Luborsky L. The accuracy of therapist's interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 490-495
10. Crits-Christoph, P. The efficacy for brief psychodynamic psychotherapy. A meta-analysis. *Am J Psychiat* 1992; 149: 151-158
11. Elkin I. The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where began and where we are now. En: AE Bergin & SL Garfield (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (4th ed.). New York: Wiley. 1994, pp. 114-135
12. El Mercurio, 21 de Noviembre 2002
13. "Enlaces" Consejo Superior de Educación, Ministerio de Educación, Chile. Indices 2003
14. Gabbard GO, Gunderson JG, Fonagy P. The Place of Psychoanalytic Treatments Within Psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 505-510
15. Grawe K. "Moderne" Verhaltenstherapie oder Allgemeine Psychotherapie? *Verhaltenstherapie und Verhaltenmedizin* 1997; 18: 137-159.
16. Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hofrege, 1994
17. Groves J. Introduction: Four Essences of Short-Term Therapy: Brevity, Focus, Activity, Selectivity. En: Groves J. (Ed.): *Essential Papers in Short-Term Dynamic Therapy*. New York University Press, 1996
18. Henry WP. Science, Politics and the Politics of Science: The Use and Misuse of Empirically Validated Treatment Research. *Psychotherapy Research* 1998; 8, 126-140.
19. Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (eds.). *The heart & soul of change. What works in therapy*. Washington: American Psychological Association, 1999
20. Janssen PL, Paar GH *Z Psychosom Med Psychother* 2003; 49(1): 93-106
21. Jiménez JP. El Tratamiento Psicoterapéutico de la Depresión: Una visión crítica integrada. En panel Aportes de distintos enfoques psicoterapéuticos a la Psiquiatría, con motivo de la celebración de los 150 años del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Santiago de Chile, 2002
22. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville B, Chevron ES. [1984] Interpersonal psychotherapy for depression. En: JE Groves (ed.) *Essential papers on short-term dynamic therapy*. New York: New York University Press, 1996
23. Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review* 2001; 21 (3): 401-419.
24. Millar NE, Luborsky L, Barber J, Docherty JP (Eds.). *Psychodynamic Treatment Research. A Handbook for Clinical Practice*. New York: Basic Books, 1993
25. Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK. Process and Outcome in Psychotherapy - Noch Einmal. In: Bergin, A.E., Garfield, S.L. (eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4th Ed. New York: Wiley, 1994, pp. 270-378.
26. Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical Behavior therapy for Bulimia nervosa. *Am J Psychiat* 2001; 158: 632-634.
27. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J. Varieties of long term outcome in psychoanalysis and long term psychotherapy: A review of the findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int J Psychoanal* 2000; 81: 921-942
28. Stevenson J, Meares R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 358-362
29. Svartberg M, Stiles TC. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 704-714
30. Wampold B, Minami T, Baskin T, Tierney S. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affective Disorders* 2002; 68: 159-165
31. Westen D, Morrison K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consul Clin Psychol* 2001; 69: 875-899