



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA

REVISIONES • INVESTIGACIÓN • TEORÍA

GACETA UNIVERSITARIA

Temas y controversias en Psiquiatría

AÑO 2, VOLUMEN 2, Nº 1 MARZO DE 2006

www.gacetauniversitaria.cl

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



SUSCRIPCIONES DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

(incluye envío por correo certificado)

Psiquiatras.....	suscripción gratuita
Médicos no psiquiatras	\$ 10.000*
Otros profesionales	\$ 10.000*

SUSCRIPCIONES EN EL EXTRANJERO

(incluye envío por correo certificado)

Psiquiatras.....	US\$ 25*
Médicos no psiquiatras	US\$ 30*
Otros profesionales	US\$ 30*

Solicitudes

C&C Ediciones

E-mail: cyc@consultoriaycapacitacion.cl

Fono: (56-2) 269 7517

* Suscripción por 1 año (cuatro números).

Si usted es psiquiatra y no ha recibido esta revista, por favor actualice su dirección en el siguiente correo: cyc@consultoriaycapacitacion.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: C&C Ediciones

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)

ISSN: 0718-1981 (Versión en línea)



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

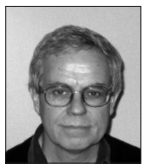
Board Americano de Psiquiatría y Neurología. Magister en Salud Pública, Universidad de Carolina del Norte. Doctor en Filosofía (c) Universidad de Navarra. Formación psicoanalítica en la Asociación Psicoanalítica Chilena y en el UNC/Duke Psychoanalytic Institute. Miembro Titular, Asociación Psicoanalítica 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 Académicos:

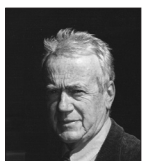
Profesora Asistente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Coordinadora Unidad de Salud Mental y Estudios Psicosociales, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Campus Oriente, U. de Chile.

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



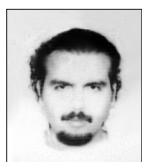
ARTURO ROIZBLATT

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

8 EDITORIAL

- 8 LANZAMIENTO OFICIAL DE GACETA UNIVERSITARIA
- 9 GACETA UNIVERSITARIA: TEMAS Y CONTROVERSIAS EN PSIQUIATRÍA
Colomba Norero
- 11 LA TERCERA ETAPA: LA PSIQUIATRÍA EN LA ENCRUCIJADA
César Ojeda

19 ACADÉMICAS

23 COMENTARIO DE LIBROS

- 23 EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA
Alberto Botto
- 26 PSIQUIATRÍA, PSICOANÁLISIS Y LA NUEVA BIOLOGÍA DE LA MENTE
César Ojeda
- 29 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL
Gustavo Figueroa

32 RESEÑA

- 32 TRATADO SOBRE LA FAMILIA
Ramón Florenzano
- 34 EL MATRIMONIO DEL CIELO Y EL INFIERNO
Luis Risco

36 ENTREVISTA DE GACETA UNIVERSITARIA

- 36 OTTO DÖRR: MAESTRO DE LA PSIQUIATRÍA CHILENA

44 PERSPECTIVAS

- 44 REVISITA A LA PSICOTERAPIA Y LA SINAPSIS INDIVIDUAL
Eric Kandel

47 CONTROVERSIAS

- 47 LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA: OTRA CONCEPTUALIZACIÓN
Hernán Villarino

55 TEORÍA

- 55 EL CONCEPTO DEL SELF OBJETO Y EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA PSICOANALÍTICA DEL SELF
André Sassenfeld

61 EPISTEMOLOGÍA

- 61 PSICOPATOLOGÍA Y EPISTEMOLOGÍA
Fernando Oyarzún P.

66 REVISIÓN

- 66 DEPRESIÓN Y ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS
Pedro Retamal y Pablo Salinas
- 75 EL COSTO DE LOS CUIDADOS COMUNITARIOS
Sandra Saldivia, Francisco Torres, Juan de Dios Luna, Benjamín Vicente

82 ENSAYO

- 82 IN-SIGNIFICANTES: EL PENSAMIENTO DE LUCE IRIGARAY
Susana Cubillos
- 90 UNA SERIE DE PREGUNTAS Y LA VACANCIA POR RESPUESTA
Patricia Cordella
- 97 EVOLUCIÓN, NEURODESARROLLO Y ESQUIZOFRENIA
97 *César Ojeda*

109 POSTER

- 109 TERAPIA CONDUCTUAL DIALÉCTICA DE M. LINEHAN EN LA REALIDAD CHILENA
Juan Francisco Labra, Cecilia Brahm, Carolina Montalva

EDITORIAL

LANZAMIENTO OFICIAL DE GACETA UNIVERSITARIA

La ceremonia se llevó a cabo en el Auditorio Lorenzo Sazié de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, el 1 de diciembre de 2005. La ceremonia fue presidida por el director de GU Prof. Juan Pablo Jiménez. El Decano de medicina, Dr. Jorge Las Heras, nombró al Dr. Horst Kächele, de la Universidad de Ulm, "Profesor Visitante" de la Universidad de Chile, y la Vicedecana, Dra. Colomba Norero, presentó y comentó los dos primeros números de la revista. Después de las palabras del Editor General, Dr. César Ojeda, el Profesor Kächele dictó la conferencia "Basis of Psychosomatic Medicine". En el presente número de GU presentamos a los lectores el contenido completo de las dos primeras presentaciones. El trabajo del Dr. Kächele será publicado en un número posterior.

GACETA UNIVERSITARIA: TEMAS Y CONTROVERSIAS EN PSIQUIATRÍA

Colomba Norero¹

Agradezco a Juan Pablo Jiménez la oportunidad de estar con ustedes en esta mañana de interesantes conferencias y en que se presenta oficialmente “Gaceta Universitaria: Temas y Controversias en Psiquiatría”, a la cual me corresponde el honor de dar el vamos oficial en mi condición de Vicedecana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, institución anfitriona que permite, dadas las características de complejidad y de diversidad de su quehacer, servir como enlace y núcleo aglutinador de las distintas corrientes de pensamiento de la psiquiatría.

Tal como sucede en cada una de las especialidades de la medicina, los médicos que le han dedicado su vida, en este caso al estudio de la psiquiatría, comparten un núcleo de intereses comunes, por muy diferentes que sean sus aproximaciones para captar la realidad del ser humano. Forman un grupo unido por inquietudes compartidas, debiendo enfrentar juntos, en este siglo XXI, las modificaciones conceptuales, la incorporación de nuevos paradigmas, la abrumadora cantidad de información, las nuevas tecnologías, los cambios del entorno social y de las “reglas” que la postmodernidad va imponiendo.

La Psiquiatría ha dado pasos gigantescos. Es notable su incursión en las neurociencias, en la imagenología, en la genética y en la farmacología, en el borrado de las fronteras entre neurología y psiquiatría y, especialmente, con la incorporación, en actual y fructífera discusión, de la aplicación de la biología evolutiva en la comprensión de las conductas humanas.

Son tantos y nuevos los acercamientos a la estructura de la mente que, más que en otras especialidades, existe obsolescencia y atendibles dudas sobre el conocimiento impartido en el pregrado y en el postítulo, y se hace imprescindible contar con fuentes confiables de actualización de información que, por ser tan nutrida, requiere ser examinada con ojo experto y juicioso. Ese es el papel deseable para una gaceta universitaria que, según definición, es un periódico en que se dan noticias de determinadas materias. Perdonen la digresión, pero cuando Juan Pablo me contó el nombre de esta nueva revista, no sé por qué me imaginé un chico con jockey y esos antiguos pantalones de golf, corriendo por una calle mojada y voceando a todo pulmón: ¡la gaceta, la gaceta universitaria...!

Sin duda, la tarea de los psiquiatras es más pesada que en otras especialidades: deben intentar solucionar no sólo grandes problemas bien definidos sino también las sutilezas del ánimo y contribuir al bienestar, a la felicidad de las personas que acuden en busca de ayuda. Deben hacerlo, prioritariamente, a través de la palabra. Siendo el lenguaje su principal instrumento –manifestación maravillosa de la evolución de la especie humana– no nos debe extrañar su necesidad de comunicación escrita a través de revistas, de compartir sus experiencias, comentar, analizar y rebatir. También se hace comprensible la incorporación de reseñas literarias y culturales y su preocupación por temas que comprometen la salud pública.

¹ Vicedecana de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

No cabe duda que la incorporación en la *Gaceta Universitaria* de artículos y entrevistas publicados en otros medios va a contribuir significativamente a la divulgación de teorías y pensamientos originales de intelectuales ampliamente reconocidos en distintas ramas del conocimiento. Notables me han parecido a mí, con la aproximación de una nefróloga, leer el artículo de Francisco Varela “Metodologías en primera persona”; recordar la entrevista a Leda Cosmides que hicieron Alvaro Fischer y Roberto Araya el 2001 sobre psicología evolucionaria, y gozar con la irreverente y controversial entrevista a Thomas Szasz, que muestra sus muy personales puntos de vista sobre los psiquiatras y sus acciones.

Creo que es un importante aporte el comentario detallado de libros que despiertan el interés de profundizar en su lectura. Me refiero especialmente a “La Tercera Etapa” de César Ojeda, hecho por Hernán Silva, y a “Los Lazos del Amor” de Jessica Benjamín por Catalina Scott, entre otros.

Tal como expresa Juan Pablo Jiménez en el editorial del tercer número, (privilegio de conocimiento adelantado que se me concedió en vista a esta presentación) la difusión y aplicación de las investigaciones sobre salud mental son muy pobres en todos los países,

por lo que se intenta fomentar la función de “corretaje del conocimiento” que debieran desempeñar personas e instituciones. Creo que la incorporación en la *Gaceta Universitaria* de los llamados buscadores –psiquiatras rastreadores de información relevante–, el amplio cuerpo de editores y la extraordinaria difusión que hará el Laboratorio Chile de una Separata de la revista a 2.500 médicos generales del país, cumplirá con este afán de comunicación.

Los artículos publicados representan a todos los grupos de trabajo psiquiátrico de nuestra y otras universidades. Maravillosa capacidad la de esta casa de estudios de apreciar la diversidad de pensamiento y estimularla. ¡Ojalá no la perdamos nunca! No sólo perderíamos libertad y pluralismo sino también una de las mayores fuentes de placer que tiene el ser humano: el conocimiento y la conciencia del mundo que va mucho más allá de nuestras limitadas percepciones personales.

Le deseamos a *Gaceta Universitaria* una larga y plena vida. Que sea un vehículo de integración, de difusión juiciosa de las distintas maneras de afrontar la disciplina, y de mostrar las nuevas ideas, permitiendo controversia y diálogo.

¡Felicidades!

LA TERCERA ETAPA: LA PSIQUIATRÍA EN LA ENCRUCIJADA

César Ojeda¹

La ocasión para presentar estas reflexiones no podría ser más estimulante. Desde luego, ocurre en el contexto de una actividad académica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Facultad que fue mi hogar como estudiante y luego como becado y académico de psiquiatría. Y cuando digo hogar no estoy haciendo una metáfora conveniente sino expresando un sentimiento profundo. Después de un largo periplo en otras universidades e instituciones, motivado por diversas circunstancias políticas, profesionales y académicas, la sentencia de Parménides, el filósofo presocrático, se me hace hoy carne: “No importa dónde comience –dijo hace 26 siglos–, pues allí volveré de nuevo”. Las razones de este retorno al alma mater constituye el segundo motivo de estímulo para las palabras que hoy expreso: la celebración de la marcha plena de la revista “Gaceta Universitaria: Temas y controversias en psiquiatría”, proyecto trabajado con tesón e infatigable convicción por un grupo de académicos del Departamento Oriente de Psiquiatría, y que hoy abarca a colegas de todos los Departamentos y a numerosos otros que laboran en distintos centros y universidades a lo largo de Chile y otros países. Un destacado ejemplo de la colaboración internacional, y tercer motivo de mis palabras, es la presencia del Dr. Horst Kächele, al que hoy la Universidad de Chile se complace en nombrar “Profesor Visitante”. Lo que expresaré a continuación son algunos aspectos de la matriz conceptual que nos impulsó a juntarnos y a crear una red de reflexión acerca de la psiquiatría, reflexión que intentamos hacer pública, compartida y recíproca, a través de *Gaceta Universitaria* y otras actividades en las que trabajamos.

Para narrar la historia de la psiquiatría contemporánea es necesario tener en consideración que ningún acontecer deja registros adecuados y menos suficientes, y que la lectura de esos registros suele decir más del lector que de la historia. Tal vez la historia no es sino la manera en que lo ya ocurrido toma posesión de nuestra biografía y nos constituye, y, en este caso, la

forma en que los hechos del pasado y de la tradición psiquiátrica han inundado con sus ecos mi propia historia como especialista. Esa narración histórica nos hace ser parte de una tradición, pero en medio de la cual surgen disidencias, cambios y renovaciones. Por lo mismo, el relato histórico es también un relato biográfico, redivivo en cada biografía y fuente de sentido para el

¹ Profesor Agregado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Editor General de *Gaceta Universitaria*.

narrador. La psiquiatría contemporánea se ha estructurado para mí en tres etapas, dos pasadas y la tercera iniciándose hace muy pocos años, etapas que son las que brevemente deseo compartir con ustedes. La primera se inicia en el paso del siglo XIX al XX, momento en el que la psiquiatría se desprende de la neurología y de la medicina interna. Este desprendimiento fue radical y lleno de inspiración. Radical, porque reveló la insuficiencia de la medicina decimonónica para dar cuenta del padecer psíquico humano, el que emergía en un cuerpo misterioso y esquivo, cuerpo que en su aparente solidez parecía estar allí a la mano para ser alcanzado. Sin embargo, el cuerpo de lo vivo y sus avatares –como la materia toda–, es huidizo, mucho más de lo que su consistencia pareciera prometer. Así, cada vez que intentamos penetrar en sus intersticios, las certezas del conocimiento tienden a alejarse como el horizonte lo hace para el navegante afanado en la búsqueda del fin del mundo. Pero además, ese desprendimiento de la medicina interna y de la neurología estuvo pleno de inspiración, porque desarrolló dos formas seminales de comprender lo psíquico, cuyos frutos y consecuencias distan mucho de estar agotados: me refiero a la teoría y la praxis psicoanalítica y a la fenomenología en sus distintas ramificaciones. La primera surgida desde su capote, y la segunda tomada en arriendo a la filosofía. Lo notable es que ambos desarrollos estuvieron sostenidos por el más obvio y definitorio de los hechos humanos: la conciencia.

Efectivamente, el psicoanálisis se hundió por debajo de la conciencia y la fenomenología se arrojó más allá de ella: como psiquismo inconsciente el primero y como trascendencia la segunda. En este sentido, ambos procesos rompieron enérgicamente con la epistemología de la claridad y la distinción que caracterizó la tendencia metodológica predominante en el pensamiento moderno, y se afincaron, respectivamente, en dos notables intuiciones que están en el centro del pensamiento contemporáneo: la sospecha y la apariencia. La sospecha psicoanalítica es poner en entredicho la autoexplicación que emerge en un primer plano en la conciencia y el comportamiento, y conjeturar acerca de una teoría de la complejidad mental, complejidad de la que somos parte y que nos gobierna, pero que no tiene todos sus ingredientes a la vista y que, por lo mismo, no podemos comprender basados en las habilidades del sentido común. Por su parte, la fenomenología es un acto contra *natura*, pues quiebra con este mismo sentido común, sentido que nos hace vivir, como en la conocida caverna platónica, en medio de sombras proyectadas que creemos son las cosas reales del mundo en el que habitamos, incluidos

nosotros mismos. Las cosas del mundo y nuestro existir en ellas, para la fenomenología, se nos muestran como “aparición” pero al mismo tiempo como “enigma”. En condiciones habituales, las cosas y los otros seres con que nos encontramos en nuestro andar por la vida, toman la forma de un mundo familiar, y con ello, obvio y cotidiano. Por eso, nos cuesta ponerlo en entredicho y enfrentar el sorprendente y agobiante misterio que encierra el simple hecho de que tanto las cosas como nosotros seamos como somos y estemos donde estamos.

En la psiquiatría del siglo XIX la idea de encontrar un “cuerpo-lesión” había intensificado la búsqueda de anomalías cerebrales que explicaran los trastornos del comportamiento, y, ante esta inocencia algo impertinente, el cerebro respondía con silencio. Es este silencio el que impulsa al psicoanálisis y a la fenomenología a reconocer que la “mente” en el hombre está esencialmente anclada al significado y al misterio, al sorprendente y estremecedor hecho de existir en medio de un universo inexplicable. Es en este significado atisbado donde el conocimiento habita, y es allí donde la psique humana, es decir, el principio de vida humana, encuentra su lugar natural.

El surgimiento del psicoanálisis y de la fenomenología era la creación de una tentativa tentadora –como diría Nietzsche– de comprender la facticidad, es decir, de comprender la significación encorporizada que es el ser humano. Pero, al mismo tiempo, era una declaración de incompetencia relativa: para el psicoanálisis y para la fenomenología la materia corporal les era inalcanzable *fuera del gesto* y del sentido, es decir, el cuerpo material (*Körper*) se ponía en evidencia, pero lo hacía mediante una metamorfosis: no ya como mera cosa sino como acto y comportamiento y, por lo mismo, como cuerpo vivido e intencionalidad motriz (*Leib*). Al menos así lo parecía. Casi sesenta años duró esta comunión de la psiquiatría con la búsqueda del significado. Pero, a partir de la década de los sesenta, el cuerpo y la materia reaparecieron en ella sobre la base de una revolución de grandes consecuencias: el descubrimiento de los primeros psicofármacos.

2

Esta es la segunda etapa de nuestra historia. Es la etapa del intento por recuperar la claridad y la distinción como método de conocimiento, y por lo tanto de reencontrar la certeza. La psiquiatría hasta mediados del siglo XX prácticamente no poseía tratamientos biológicos eficaces. Esto cambió radicalmente a partir de la década de los cincuenta de ese siglo, con el descubri-

miento de los fármacos antipsicóticos, los primeros antidepresivos, los tranquilizantes benzodiazepínicos, y luego los estabilizadores del ánimo, como el carbonato de litio. Naturalmente, estos descubrimientos fueron seguidos de un gran optimismo respecto de los factores neurobiológicos involucrados en enfermedades como la esquizofrenia, la depresión, el trastorno bipolar y los cuadros de ansiedad, es decir, los trastornos más importantes de la psiquiatría. En torno a estos resultados se estructuraron organizaciones internacionales poderosas destinadas a superar el caos nosológico anterior y a generar un lenguaje psiquiátrico universal. Este lenguaje dejaba traslucir la idea de haber re-encontrado, con mejores instrumentos y conceptos, el camino perdido de la recta medicina de la mente. Pero además, la sensación colectiva de bienestar profesional parecía señalar que se estaba en el camino correcto, es decir, en el camino del alfabeto neurobiológico adecuado para nuestra sintaxis clínica y terapéutica. Lo que se denominó “psiquiatría biológica” fue el rostro más característico de lo dicho, y campeó sin contrapeso por varias décadas. Esto significó en la práctica –y con muchas excepciones– estandarizar no sólo el lenguaje y las indicaciones farmacológicas en los cuadros clínicos de la psiquiatría sino, también, poner de lado el significado vincular, interaccional e histórico del comportamiento humano, “normal” o “desviado”, y como derivación coherente, el abandono de los tratamientos psicoterapéuticos, estimándolos especulativos, poco claros, largos, de eficacia dudosa y, en definitiva, inadecuados para “enfermedades” que –según se creía– tenían su origen fundamentalmente en una disfunción patológica cerebral. Entonces, los psiquiatras empezaron a actuar siguiendo un dudoso “ideal médico”: hacían un diagnóstico y extendían una receta.

Sin embargo, durante la década de los años 1980, rompiendo con las cuentas alegres, cuadros clínicos como las depresiones, que eran considerados paradigmáticos del éxito de la terapéutica farmacológica, empezaban a mostrar pacientes resistentes a los antidepresivos en porcentajes cercanos al 30%. Esto contrastaba con el optimismo algo desmesurado con que los psiquiatras veíamos nuestro instrumental terapéutico en estos cuadros. Muy poco después la década de los noventa traería una nueva sorpresa. El problema, curiosamente, se presentó ahora desde la ribera opuesta. Ya no se trataba sólo de una falta de respuesta en aquellos cuadros clínicos que fueron llamados resistentes sino de la mejoría clínica consistente de muchos pacientes al placebo. Sumados ambos polos, es decir, la resistencia terapéutica y la respuesta al placebo, se ganaba la elección en primera vuelta, es decir, se alcanzaba una

clara mayoría. Esto fue, por decir lo menos, aperplejante, pues introducía una duda más que razonable en las explicaciones y modelos biológicos lineales de los trastornos psiquiátricos, muchos de ellos basados en la acción cerebral específica de estos fármacos, especialmente en el campo de las depresiones y de la angustia. Si el efecto terapéutico de los antidepresivos era sólo levemente superior al del placebo, y un número importante de pacientes simplemente no respondía al tratamiento, se hacía evidente que todo postulado teórico simple, derivado de la bioquímica de los fármacos antidepresivos, era irracional. El misterio irrumpía así de nuevo en la psiquiatría con alguna espectacularidad.

¿Qué estaba ocurriendo? Si estábamos haciendo bien las cosas ¿por qué nuestros resultados empezaban a morderse la cola? Cuatro fenómenos vinieron entonces a poner un poco de luz en esta oscuridad emergente. El primero –aunque fue a contrapelo– la convicción de que era necesario tomar en serio el efecto placebo. No podíamos seguir aferrados a la arrogancia que nos hacía creer que lo que llamábamos “sugestión”, es decir, la influencia que un ser humano puede tener sobre otro, era un asunto irrelevante. El segundo fue una avalancha de publicaciones, de buena factura metodológica, que mostraba el efecto consistente de diversas formas de psicoterapia en los más variados trastornos psiquiátricos. El tercero, la constatación de que el resultado de los tratamientos farmacológicos asociados a psicoterapia, casi sin excepción, mostraba mejores resultados que la administración independiente de cada uno de estos procedimientos. Y, el cuarto, la aparición de señales –imposibles de ignorar– de que a la sombra se estaba gestando una revolución epistemológica que nos tocaba en el centro de nuestra actividad como psiquiatras.

3

A partir de lo someramente expresado, empieza la tercera etapa de esta narración. A nuestro entender, consiste en una crisis y en una encrucijada, es decir, en un momento en el que diversos caminos se cruzan en un punto y forman una zona de colisión, pero que, al mismo tiempo, generan un nudo epistemológico nuevo. Tal vez sin un propósito expreso, y con enormes resistencias de muchos de sus actores, las distintas disciplinas que se ocupan del comportamiento humano individual, social y cultural, incluidos los cuadros clínicos a cargo de la psiquiatría, han empezado a encontrar una base de conformidad entre ellas y también con las disciplinas conocidas como ciencias naturales. Esto ha ocurrido en el momento en el que la psicología y la sociología empezaron a *aprender* el lenguaje de la biología, y la

biología a *aprender* el lenguaje de la física, y, cerrando el círculo, la física a *aprender* el lenguaje de la psicología, sin por eso tener que romper con la consistencia de sus propios campos. Esta alfabetización epistemológica empezó a permitir que la psicología se relevara a sí misma desde la biología, que la biología se relevara a sí misma desde el fenómeno termodinámico y atómico, y que la física se relevara a sí misma desde el fenómeno de la cognición.

Antecedentes de esta encrucijada hay muchos. Sólo como ejemplo, debemos señalar que la “conciencia” y la “mente” son hoy temas claramente interdisciplinarios, y tal vez de mayor presencia en la física y en la biología que en la psicología y la psiquiatría. Mirando la historia del pensamiento, lo que está ocurriendo parece ser una consecuencia necesaria de los hechos que lo antecedieron. Al despuntar el siglo XX la física se empinó sobre el concepto de “punto de vista”, es decir, de un “sujeto epistémico” que conoce a partir de una perspectiva, pero que al mismo tiempo deja su huella digital troquelada en lo conocido. De allí que la relatividad, el constructivismo y la incertidumbre acerca de un mundo “en sí” se hicieran carne en la ciencia, a pesar de que la filosofía lo venía planteando hacía ya muchos siglos. Sin punto de vista no hay epistemología posible. Y, ¿qué es y de dónde surge el punto de vista? Digámoslo con cierto énfasis: el punto de vista es una propiedad exclusiva de los sistemas vivos. Esta constatación fue tributaria del descubrimiento de la célula como la unidad viva mínima, definida por lo que los griegos llamaban *to autos*, es decir, la “mismidad”. La célula es autónoma porque es “misma”; es autolítica porque es “misma” y es autopoiética porque es “misma”. Pero esta mismidad es referencial: es identidad referida a lo “otro” que esa identidad y que toma la forma de “mundo”, en el que aparecen, de manera fundamental, otros seres vivos. No hay nada parecido a “una” célula. O muchas o ninguna. Es decir, las unidades vivas son vinculares, y estos vínculos toman la forma de enlaces termodinámicos, genómicos e informacionales.²

El descubrimiento de las unidades vivas permitió dar los primeros pasos en la construcción de la aritmética que articula a los seres vivos en las redes bióticas de las que somos parte. Pero eso era imposible sin acudir a la física: efectivamente, la constatación de que las unidades vivas son estructuras disipativas, es decir, que “disipan” gradientes energéticas, al igual que los

tornados y las reacciones autocatalíticas, reintegró al ser humano a la biosfera y reintegró a la biosfera a la termodinámica universal. Esta *Nouvelle Alliance*, al decir de Prigogine, entre vida y universo hizo retornar al ser humano del exilio en el que se encontraba debido a su afán de desconocer su obvia pertenencia a la cadena de la vida que hace 3.500 millones de años se despliega sobre el planeta Tierra.

No creo exagerar si digo que la psiquiatría se encuentra en el centro de esta encrucijada. Las ciencias sociales, la psicología y la cultura podían, de alguna manera, sostenerse sin hurgar seriamente en la biología. Por su parte, la física y la biología misma podían permanecer atrincheradas en sus laboratorios y desinteresadas respecto del comportamiento humano. Tal inocencia para la psiquiatría era imposible, debido a su historia: la psiquiatría es una especialidad médica dedicada al comportamiento, y como tal, la biología es parte de sus antecedentes, pues el *Bios* constituye el sustrato innegable de tal comportamiento. Por lo mismo, la encrucijada se instaló en ella con gran fuerza remarcando la crisis que subyacía: efectivamente, el cerebro enfermo puesto a la luz por la psiquiatría biológica en la segunda mitad del siglo XX, empezó a esfumarse junto con la idea de una causa lineal y patológica de gran parte de los trastornos mentales. Cada vez con mayor claridad se hacía evidente que la neurobiología psiquiátrica no pasaba del nivel de hipótesis aisladas en distintos cuadros clínicos, pero que no había logrado generar una teoría del comportamiento ni estaba cerca de hacerlo. El concepto de que los fenómenos psicopatológicos requerían como causa una alteración patológica del funcionamiento cerebral, y en el que inadvertidamente se hacían sinónimos “enfermedad” y “desadaptación”, era poco sensible a tres hechos centrales: los vínculos primarios, la evolución y la genómica y, como consecuencia, a una apropiada noción de la temporalidad biológica. Los seres humanos tenemos una historia que se remonta hasta los primeros seres vivos, lo que implica, como señalamos, situarse en la perspectiva de miles de millones de años. Cuando decimos historia estamos refiriéndonos a redes de comportamiento ejercidas, ejecutadas y encarnadas en los seres vivos a través del tiempo evolutivo. Como parte de la evolución de la vida ha variado el cerebro de los primates, y con ello el comportamiento. El cerebro, considerado evolutivamente, es estructura y organización, *pero también* y al unísono, comportamiento, comportamiento que, en definitiva, es su fenotipo: el cerebro es el comportamiento, del mismo modo en que el tubo digestivo es la alimentación, y los músculos esqueléticos la locomoción. Esto significa que las estructuras

² Para una ampliación ver en este mismo número: Ojeda C. Evolución, Neurodesarrollo y Esquizofrenia.

del comportamiento presentan una acumulación evolutiva de diseño y, por lo mismo, constituyen adaptaciones seleccionadas a través de largos periodos. Sin embargo, las cosas no se detienen en este punto. El afinamiento de la estructura cerebral no es sólo materia de patrones evolutivos genéticos y de factores mecánicos epigenéticos. Se requiere además lo que se conoce como “experiencia”, es decir, la interacción del ser vivo con “lo otro” que él, interacción que, entre las múltiples contingencias ambientales, se produce –en nuestro caso– de manera fundamental con otros seres humanos. De allí la importancia de las experiencias iniciales de apego, desapego y no-apego, para la comprensión general del comportamiento, para la teoría de los fenómenos psicopatológicos y para las explicaciones del modo de acción de la psicoterapia.

Tomando en consideración la temporalidad biológica se ha llegado a la conclusión de que nuestro cerebro de hombres contemporáneos y, por lo tanto nuestras estructuras comportamentales, no está adaptado para la vida como la conocemos hoy, sino para la que se desarrollaba en el Pleistoceno (parte del periodo Cuaternario), es decir, cuando éramos una cultura de cazadores-recolectores. Los casi tres mil años de “desarrollo” de la cultura humana constituyen el 0,05% de los siete millones de años en los que la vida de los homínidos ha evolucionado, y de los cuales nuestro cerebro-conducta es un producto. Esta constatación puso de manifiesto, de nuevo, que el sentido común no sólo no basta para explicar el universo sino que tampoco es útil para explicar la temporalidad biológica. Un destacado ejemplo de lo dicho es lo que se conoce como “salto genómico” (*genome lag*). Se refiere a las adaptaciones que dejan de serlo por un cambio brusco del ambiente. Por ejemplo, la tercera dentición no es una enfermedad sino una adaptación para la recuperación de la masticación después de haber perdido una parte importante de las piezas dentarias de la segunda dentición, cosa que ocurría regularmente en la edad de piedra antes de los 18 años de vida. El punto es que hoy, en centros urbanos, tales muelas deforman la arcada y deben ser intervenidas quirúrgicamente, debido a que –por efectos de las acciones preventivas– las piezas de la segunda dentición permanecen un mayor tiempo. ¿Cómo no repensar entonces los conjuntos clínicos como las reacciones de ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria, las depresiones, el trastorno obsesivo-compulsivo, la esquizofrenia, y muchos otros, a la luz de esta visión? ¿Qué problema adaptativo podían resolver algunos de estos conjuntos comportamentales en el tiempo evolutivo en el que éramos cazadores recolectores?

Por su parte, hace ya mucho rato que no basta concebir la presencia “genética” en los cuadros clínicos de la psiquiatría como una simple “transmisión hereditaria”. La genómica nos ha salido al camino y es imposible ignorarla. Si hubiésemos de definirla en dos palabras, diríamos que se trata del estudio de las funciones e interacciones de la totalidad de los genes que forman el genoma de una especie.³ Esta dinámica es muy importante, porque introduce movilidad allí donde se pensaba en una relación lineal entre genes y fenotipo. Por ejemplo, la creencia ingenua de que descubrir un gen relacionado con una enfermedad es lo mismo que conocer su patogénesis. De manera muy diferente, el genoma dista mucho de ser una plantilla de imprenta, pues está formado por entidades cuya interacción determina la dinámica de “expresión”, “supresión” y “ritmicidad” de los genes. Estos factores génicos no responden a un concepto de genética simple, ni menos a una visión lineal causal en sentido estricto. Las constancias comportamentales, sean consideradas normales o patológicas, no vienen predeterminadas en el genoma, sino que requieren la participación de muchas dimensiones al unísono: por una parte la historia filogenética de la especie y, por otra, la historia ontogenética del individuo, es decir, las contingencias y vulnerabilidades ambientales, vinculares y del neurodesarrollo que conforman la biografía de cada persona desde la concepción. Pero además, es necesario considerar la constelación de factores epigenéticos destinados a generar diversidad entre los individuos de una especie (muchas veces guiados por un principio de azar).⁴ Nos gusta considerar al genoma como un sistema cognitivo, capaz de “comportarse”, de “tener memoria” y de “aprender”, y así capaz de ser un actor estratégico en las contingencias evolucionarias a través de diferentes mecanismos que producen variación genética.⁵ Estos mecanismos implican que no todas las mutaciones ocurren al azar o accidentalmente, sino que nuestro genoma –y el de otras formas de vida– ha desarrollado *estrategias* para crear diferentes tipos de mutaciones en su ADN, así como estrategias para re-usar y adaptar partes útiles de él y hacerlas piezas “intercambiables”, lo que implica una anticipación de posibles eventos basada en los

³ Guttmacher A, Collins F. Genomic Medicine-A Primer. N Engl J Med, 2002;347:1512-20

⁴ Edelman G, Tononi G. Neuronal Darwinism: The Brain as a Selection System. In: Cornwell J (Ed). *Nature's Imagination*. Oxford University Press, 1995

⁵ Caporale L. *Darwin in the Genome*. McGraw-Hill, New York, 2003

eventos ya ocurridos y, por lo mismo, haciendo patente la temporalidad biológica. Ejemplos notables de esta situación son las mutaciones específicas que pueden ser producidas en nuestro sistema inmune. En definitiva, el genoma se expresa de manera compleja a lo largo del desarrollo de los individuos, y lo hace mediante los procesos de aprendizaje, vinculación e interacción con el “mundo” del que tales individuos son parte, y que a la vez configuran.⁶

4

Tal vez debiéramos terminar aquí. Sin embargo, pecaríamos de omisión, y no menor. Nadie es consciente de la enorme cantidad de funciones bioquímicas que el hígado efectúa permanentemente, y así también ocurre con la función renal, cardíaca o pulmonar, como con el metabolismo de cada una de nuestras células. Ninguna persona percibe su vesícula biliar hasta que le duele. Por lo mismo, afirmar que lo que percibimos de nuestros órganos es todo lo que ellos hacen es imposible. Pues bien, a fines del siglo XIX el psicoanálisis arrojó en el mundo la convicción de que la significación y el comportamiento humanos no son una propiedad exclusiva de la conciencia, es decir, que el cerebro opera de manera similar al resto de los órganos. Es ampliamente conocida la cantidad de violencia que esto provocó en los sectores más conservadores de la cultura, la religión y la ciencia, parecida a la que hubieron de soportar Galileo y Darwin. Hubo que esperar un siglo para comprender lo obvio: que nuestro comportamiento tiene su fundamento en operaciones biológicas a las que no tenemos un acceso directo. Por ejemplo, las palabras que usamos y su significado no están jamás como totalidad en la conciencia, y sin embargo aparecen y se recortan sobre los haberes totales de la lengua cuando es necesario. ¿Dónde está la palabra “terremoto” antes del temblor? ¿Cuándo aprendimos esa palabra y su significado? ¿Cómo podemos tenerla de manera implícita? ¿Cómo tenemos la habilidad de decirla? Pero además, ¿por qué me inunda el miedo si jamás he sufrido el menor rasguño en los innumerables movimientos telúricos que he sufrido en mi existencia? ¿Cómo lo aprendí? ¿De dónde surge mi deseo de ser abrazado y cobijado? ¿De dónde mi impulso a proteger y abrazar a mis hijos? ¿Es la palabra muerte la que mueve todo eso? ¿Es la experiencia de la muerte que nunca he tenido? ¿O la he tenido?

¿Cómo puedo saber lo que no sé, o tener experiencia de lo jamás experimentado?

Estoy seguro que muchos de ustedes están familiarizados con las teorías evolucionarias y tienen respuestas a estas preguntas. O están familiarizados con alguna vertiente del psicoanálisis y tienen respuestas a estas preguntas, o están familiarizados con la tradición conductual cognitiva y tienen respuestas a estas preguntas. O lo están con las teorías sistémicas, y también tienen respuestas a estas preguntas. Pero esas respuestas no son las que yo me doy a mí mismo. Yo no digo que la palabra terremoto la encontré ya hecha al venir al mundo y la aprendí de los labios de mi madre junto con la emoción que desde su cerebro derecho modeló mi cerebro derecho. Tampoco digo que mi circuito límbico está filogenéticamente preparado para aprender el temor frente a ciertas claves del “mundo” y no a otras. Y menos, que mis neuronas aprenden, al ser estimuladas, mediante un mecanismo de liberación génica que produce las proteínas necesarias para generar nuevas sinapsis. Es decir, que aprendo cambiando la estructura de mi cerebro. Lo que digo, simplemente, es que los terremotos son peligrosos y que, concordantemente, quiero proteger a mis hijos porque los amo.

Esa narración de sentido común me satisface. Vivo pleno de narraciones de este tipo, pues creo en mi libertad y en mi autonomía, y no me doy cuenta que quien así habla es sólo una parte de mí, y específicamente mi cerebro izquierdo, capaz de contar buenas fábulas a pedido de las circunstancias. Pero quiero ser bien entendido: esta narrativa no es un ruido en el sistema, ni un fleco en el poncho, ni un epifenómeno irrelevante. Es tal vez la más notable adaptación evolutiva de nuestro cerebro de hombres contemporáneos, de la cual surge la cultura toda, incluyendo la religión y las ciencias.

Como se aprecia, si bien la biología del significado maneja nuestra experiencia de modo inconsciente, nosotros vivimos nuestras fábulas con entera naturalidad. Paul Valéry –nos dice Félix Schwartzmann– que hace casi un siglo consideró una “fábula” la idea de Universo, “acaso hoy preguntaría: ¿se intenta conocer la conciencia para conocer una fábula?”⁷ La encrucijada epistemológica que hoy nos sacude nos ha despertado de la inocencia paradisiaca en la que vivíamos. Confieso que en mi vida cotidiana me cuesta mucho pensar que amo a mis hijas simplemente por un asunto de *fitness*, es decir, de asegurar la permanencia de mis genes en la

⁶ Ridley M. *Nature via Nurture*. Harper Collins Publishers, New York, 2003

⁷ Schwartzmann, Félix. *Historia del universo y conciencia*. Lom Ediciones, Santiago, 2000

población humana; del mismo modo, me cuesta aceptar que alguna vez pude estar en lucha frontal con mi padre por el amor de mi madre. O imaginar que la vida nos usa de manera implacable para disipar los gradientes energéticos del sol (la exergía). Tal vez éste sea el problema más complejo del desarrollo de la biología en sus implicancias para la psiquiatría, pero también para la física y para todas las ciencias: nos ha mostrado la entrada a un mundo prohibido, a los secretos que gobiernan la vida, y con ello que gobiernan el punto de vista y el conocimiento. Por alguna razón, seguramente no distante de lo que estamos señalando, tal misterio

y tales secretos fueron pensados en los albores de la cultura occidental como el fruto prohibido, aquel del árbol del conocimiento. Habiendo comido de él, fuimos arrojados del paraíso y nos vimos obligados a hacernos cargo de nosotros mismos. Usando un bello concepto de Heidegger, podríamos decir que estamos arrojados en la existencia teniendo que hacernos cargo de nosotros mismos, aunque nosotros mismos no seamos el fundamento de nuestra existencia.

Muchas gracias

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.

DIPLOMADO EN TERAPIA CONDUCTUAL DIALECTICA DE MARSHA LINEHAN

POSTITULO DE PERFECCIONAMIENTO DESTINADO A PROFESIONALES DE SALUD MENTAL

ABRIL – DICIEMBRE 2006

ORGANIZA: Unidad Terapia Conductual Dialéctica
Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente
Universidad de Chile

CERTIFICA: Escuela de Postgrado Universidad de Chile

- Un ciclo completo de Terapia Grupal (módulos de mindfulness, efectividad interpersonal, regulación emocional, tolerancia al malestar).
- Terapia individual, protocolo de manejo de intento suicida, parasuicidio, crisis.
- Reuniones de Consultaría (supervisión)
- Aplicación de las habilidades con pacientes en terapia individual y grupal

Director del Postítulo: Prof. Dr. Juan Francisco Labra, entrenado en TCD por Marsha Linehan, Universidad de Washington.

Coordinador del Postítulo: Ps. Cecilia Brahm, entrenada en TCD por Marsha Linehan, Universidad de Washington.

Docentes Invitados: Prof. Dr. Ramón Florenzano
Prof. Dr. Juan Pablo Jiménez

VALORES: Matrícula \$ 71.250
Mensual \$ 120.000

Informaciones e inscripciones: Edita Saravia (teléfono: 2358593)

CUPOS LIMITADOS



Unidad de Psicoterapia de Adultos (UPA)
Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN UN CONTEXTO INSTITUCIONAL: ESTADÍA DE PERFECCIONAMIENTO TEÓRICO-PRÁCTICA

I. Introducción

La Unidad de Psicoterapia de Adultos (UPA), del Departamento de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile, presenta el programa en Intervenciones Psicoterapéuticas en un Contexto Institucional: estadía de perfeccionamiento teórico-práctico, como un modo de contribuir a la especialización de psicoterapeutas que trabajan en instituciones y pertenecen a equipos multidisciplinarios de salud mental.

II. Propósitos

- Participar en una Unidad de Psicoterapia de Adultos (UPA), cuya característica es el trabajo en equipo interdisciplinario, en donde coexisten distintos enfoques teóricos y modalidades de intervención.
- Obtener una especialización de carácter teórico/práctico en intervenciones psicoterapéuticas en un contexto institucional, que cubra las modalidades de intervención en crisis, breves y focales y de apoyo, fundamentándose en los enfoques psicológicos psicoanalítico, sistémico y cognitivo conductual.

III. Objetivos

Al término del programa de especialización, los participantes estarán en condiciones de:

- Conocer, distinguir y aplicar las modalidades de intervención en crisis, breve, focal y psicoterapia de apoyo.
- Conocer diversos enfoques teóricos y sus diferentes aplicaciones clínicas.
- Comprender el diagnóstico realizado en cada uno de los distintos ejes del DSM-IV, integrando los aportes tanto de la psiquiatría como de los distintos enfoques psicológicos.
- Implementar en su equipo de trabajo discusiones interdisciplinarias que permitan formular indicaciones adaptativas para cada paciente.
- Poner en práctica indicaciones adaptativas desde la perspectiva de las necesidades del paciente y del contexto familiar, de su red social e institucional.
- Llevar adelante, durante el desarrollo del programa, diversos procesos psicoterapéuticos desde cada una de las modalidades de intervención.
- Utilizar el OQ, instrumento estandarizado en Chile que mide resultados en psicoterapia para monitorear los procesos terapéuticos a su cargo.

IV. Estadía dirigida a:

- Profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras).
- Profesionales que trabajen en instituciones como médicos generales, asistentes sociales, enfermeras, etc.

V. Requisitos de postulación

- Título profesional.
- Entrevista personal

VI. Actividades del programa

- a. Participación en reuniones semanales de la UPA
- b. Atención de pacientes en el Centro de Salud Mental de San Joaquín.
- c. Supervisión semanal en duplas, con 1 supervisor.

VII. Metodología

- Clases presenciales
- Seminarios bibliográficos
- Entrevistas y seguimiento de proceso en espejo y discusión en equipo
- Supervisión de pacientes
- Atención de pacientes
- Trabajo teórico final

VIII. Requerimiento horario: 12 horas semanales.

IX. Duración del programa: 340 horas, distribuidas desde marzo a diciembre 2006.

X. Costo del programa: \$ 819.000 anual (Ref: \$ 91.000 mensuales)

XI. Certificación

Al finalizar la Estadía de perfeccionamiento teórico-práctica en Intervenciones psicoterapéuticas en un contexto institucional, cada participante recibirá un certificado de la Pontificia Universidad Católica de Chile, acreditando el cumplimiento de los requisitos del programa.¹

Inscripciones con la secretaria de la UPA:

Paola Leyton (Fono 354 84 82)
pleyton@med.puc.cl

Coordinadores de la Estadía de Perfeccionamiento:

Guillermo de la Parra
Paola Luzio
José Pinedo

Nómina Docentes:

Ricardo Besio
Paula Dagnino
Guillermo de la Parra
Marta del Río
Sandra Droguett
Orietta Echávarri

¹ Las horas acumuladas durante la estadía son válidas para optar a la acreditación como psicólogos clínicos.



**Instituto
Chileno
de Terapia
Familiar**

PROGRAMA DE POSTÍTULO

TERAPIA SISTÉMICA DE FAMILIAS Y PAREJAS

MARZO 2006 – ENERO 2008

Programa reconocido por la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos Especialistas en Psicoterapia

Dirigido a: Psicólogos y Psiquiatras
Duración: 2 años
Fecha de Inicio: 14 de marzo de 2006
Cupo Máximo: 20 Terapeutas en Formación
Requisito: Entrevista Personal
Título: Terapeuta Familiar y de Parejas

DIPLOMADO DE ESPECIALIZACIÓN EN

TERAPIA DE PAREJA

ABRIL 2006 – ENERO 2007

Docentes

Supervisores: Dr. Sergio Bernal, Ps. Sylvia Campos, Dra. Ximena Fuentes, Dr. Luis Tapia Villanueva.
Unidad Terapia de Pareja: Ps. Soledad Cifuentes, Dr. Rodrigo Erazo, Ps. Pablo Isakson, Ps. Soledad Sánchez, Ps. Maritza Téllez.

Dirigido a: Psicólogos y Psiquiatras.
Deseable tener formación como Terapeuta Familiar
Duración: 10 meses (abril 2006 a enero 2007)
Día y horario: Jueves, de 14 a 19 horas
Requisitos de Ingreso: Tener al menos dos años de experiencia como psicoterapeuta
Entrevista personal
Cupo máximo: 20 profesionales

Informaciones y postulaciones
INSTITUTO CHILENO DE TERAPIA FAMILIAR
Secretaría Docente: Sra. Helga Sobarzo Solís.
Avda. Larrain 6925 La Reina, Fonos: 226-3768 277-3518 Fax: 277-8398
instituto@ichtf.cl www.terapiafamiliar.cl



PRIMER PREMIO SANTA SOFÍA-ANDRÓMACO A LA MEJOR INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

- Santa Sofía y Laboratorio Andrómaco, auspiciador de esta inédita iniciativa, harán entrega del galardón, en un evento programado para el 28 de julio, en el que se espera la concurrencia de todos los profesionales ligados al sector.
- El premio busca estimular la investigación en el área de la salud mental nacional, así como fortalecer vínculos entre las personas e instituciones que intervienen en el tratamiento de los padecimientos mentales.

El Instituto Santa Sofía de Las Condes fiel a su espíritu innovador y a su constante preocupación por el desarrollo de la salud mental en Chile y Laboratorio Andrómaco, uno de los líderes en su área, han instituido el PREMIO SANTA SOFÍA-ANDRÓMACO A LA MEJOR INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL, dirigido a todos los profesionales que realicen investigación en Chile.

El premio tiene como objetivo principal el impulsar y fomentar la realización de estudios o investigaciones desde distintas perspectivas científicas y en cualquiera de los ámbitos de gestión relativas a la salud mental nacional y que tiendan a una mejora en los servicios prestados a la sociedad.

El Director Médico de Santa Sofía, el psiquiatra, Nelson Álvarez agrega: *"También, y en el mismo espíritu, creemos importante, como sociedad médica, generar una instancia de convocación anual a fin que los profesionales del área se reúnan en un ambiente de camaradería, que permita ir generando el sustento para un futuro desarrollo gremial".*

El llamado es a todos los profesionales ligados al área para que participen en el Premio Santa Sofía Andrómaco, enviando sus investigaciones. La única condición es que hayan sido publicadas en una revista científica con comité editorial, hace menos de tres años.

FICHA TÉCNICA:

Dirigido a: Investigadores nacionales que presenten un trabajo de investigación sobre un ámbito de la salud mental, original y publicado en una revista científica con comité editorial, escrito en español, realizado en el transcurso de los últimos 3 años y relevante en el contexto de la salud mental chilena.

Fecha entrega de los trabajos: 26 de mayo del 2006

Fecha premiación: 28 de julio de 2006

Las investigaciones que concursen tendrán un máximo de 80 carillas y deben seguir las normas establecidas.

Premio al Primer Lugar: \$1.500.000

Menciones Honrosas para el Segundo y Tercer Lugar.

Información y antecedentes de las bases, la conformación del jurado, requisitos, guía de presentación, fechas de inscripción y cierre en:

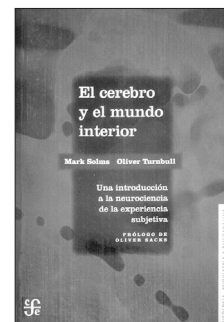
www.clinicasantasofia.cl y www.andromaco.cl

COMENTARIO DE LIBROS

EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA

Autor: **Mark Solms y Oliver Turnbull**
Fondo de Cultura Económica, 2004

(Rev GU 2006; 2; 1: 23-25)



Alberto Botto¹

El libro que comentamos corresponde a la traducción del texto original publicado el año 2002 por Other Press, Nueva York. Mark Solms es neuropsicólogo y psicoanalista. Sus estudios se han enfocado en la teoría psicoanalítica y su relación con la investigación en neurociencias, especialmente sobre los mecanismos del sueño. Además es coeditor de la revista *Neuro-Psychoanalysis*. Oliver Turnbull es neuropsicólogo de la Universidad de Cambridge. También se desempeña como secretario de la Sociedad Internacional de Neuropsiconálisis y editor del Compendio de Investigación de la revista *Neuro-Psychoanalysis*.

El libro está conformado por un prólogo a cargo de Oliver Sacks, un prefacio y diez capítulos.

Hasta hace poco tiempo el "mundo interior" y la experiencia subjetiva parecían ser campos exclusivos de la psicología y, especialmente, del psicoanálisis. Sin embargo, los avances en el conocimiento neurocientífico y en las metodologías de investigación han permitido acercar la brecha entre biología y psicología, abriendo un terreno de diálogo que ha resultado altamente fructífero no sólo en el ámbito de la teoría sino también en la práctica clínica. Un ejemplo de ello han sido los apor-

tes del Premio Nobel de medicina Eric Kandel, quien, reflexionando sobre el futuro del psicoanálisis, ha resaltado la importancia que podría tener el desarrollo de una neuropsicopatología y el progreso en neuroimágenes en la implementación de estrategias psicoterapéuticas específicas para cada paciente en forma particular (1).² Aún considerando la "paradoja de la equivalencia", este último punto, es decir, la indicación diferencial en psicoterapia, ha sido ampliamente avalada por la investigación empírica (2). En este terreno de amplios debates el libro de Solms aparece como un significativo aporte.

El primer capítulo, *Introducción a conceptos básicos*, desarrolla en forma simple y esquemática una "guía del cerebro para principiantes" y tiene como objetivo familiarizar a los no especialistas con la información básica para entender de qué manera el cerebro se constituye en el sustrato de la vida mental subjetiva. A través del caso de Phineas Gage, descrito y analizado previamente por otro reconocido neurocientífico, Antonio Damasio (3), el autor ilustra cómo la mente y la personalidad pueden cambiar debido a una lesión cerebral. Para esto se adentra en la anatomía y fisiología elementales del sistema nervioso central, destacando

¹ Departamento Psiquiatría Oriente, Universidad de Chile.

² Ver en este número el comentario al libro "Psychiatry, Psychoanalysis and the New Biology of Mind". También el artículo del mismo Eric Kandel "Revisita a la psicoterapia y la sinapsis individual".

las dos características que diferencian al cerebro (y al tejido neural) de otros órganos: la capacidad de transferir información y la de aprender. Además, describe las principales estructuras encefálicas, especialmente el sistema límbico, centro de dos funciones básicas en neuropsicología: las emociones y la memoria. En términos generales se plantea que la función del cerebro sería actuar como mediador entre el mundo interno y el mundo externo a través de la integración entre senso-percepción, propiocepción y motricidad.

En el segundo capítulo, *La mente y el cerebro ¿cómo se relacionan?*, se plantea la pregunta sobre qué es y cómo surge aquello que denominamos *mente*. Aparece entonces el problema de la relación mente-cuerpo y las distintas perspectivas de análisis: materialismo versus idealismo, monismo versus dualismo, reduccionismo, interaccionismo, paralelismo, etc. Intentando responder a estas interrogantes, el autor propone entender la relación mente-cuerpo como un *monismo de doble aspecto*, es decir, que estaríamos hechos de un solo tipo de sustancia (de ahí la posición *monista*) que se percibe de dos maneras (es decir, *de doble aspecto*): física cuando se observa desde afuera (como un objeto) y mental cuando se observa desde adentro (como un sujeto). Por lo tanto, la distinción entre mente y cuerpo no sería más que un *artefacto de percepción*.

El tercer capítulo, *La conciencia y el inconsciente*, busca integrar ambos conceptos, considerando que hasta hace poco parecieran haber pertenecido a constructos teóricos divergentes: la neurociencia cognitiva en el caso de la primera y el psicoanálisis en el segundo. Partiendo por una revisión de los sustratos neurales de la conciencia (el sistema reticular activante ascendente), se propone que su función sería servir como puente entre los mundos interno y externo, asignándole un *valor* a la experiencia, es decir evaluándola en términos de “bueno” o “malo”. Finalmente, el autor realiza un breve comentario histórico sobre el inconsciente dinámico de Freud y postula que su localización cerebral podría encontrarse en el cuadrante ventromedial de los lóbulos frontales. Una lesión en este nivel (tal como ocurrió con Phineas Gage) produciría un estado mental muy similar a las características que Freud describió como propias del sistema inconsciente: ausencia de contradicción, atemporalidad, reemplazo de la realidad externa por la realidad psíquica y primacía del proceso primario.

El cuarto capítulo trata sobre *Las emociones y la motivación*. Aquí se plantea que las emociones corresponderían a “modalidades de percepción dirigidas internamente” cuyo sustrato filogenéticamente más profundo sería la sustancia gris periacueductal. Siguiendo a Panksepp (4) y su concepción de una *neurociencia*

afectiva, el autor describe cuatro “sistemas de comando de emociones básicas”: Búsqueda, Ira, Miedo y Pánico. Estos sistemas motivacionales tendrían un sustrato neurobiológico (asociado a sistemas de neurotransmisión específicos) y una función determinada (con diversos grados de superposición). Un punto interesante es la relación que existiría entre dichos sistemas y la psicología del desarrollo tanto normal como patológica. Así, el sistema de Pánico contribuiría a la regulación de las conductas de apego a través de funciones neuro-hormonales relacionadas con el sistema límbico y sustancias como los opioides endógenos, oxitocina y prolactina. Su disfunción estaría en la base de cuadros clínicos como las crisis de pánico o la depresión.

En el capítulo cinco, *Memoria y fantasía*, se describen las principales funciones de la memoria desde el punto de vista de la neurociencia cognitiva: codificación, almacenamiento, recuperación y consolidación. Además se distinguen dos tipos de memoria: la procesal (implícita) y la episódica (explícita), destacando sus características y su relación con procesos como la represión, el olvido y la amnesia infantil. Finalmente se destaca la importancia de las emociones en el desarrollo de la cognición y el interés que pudiera tener para el psicoanálisis.

En el capítulo seis, *Sueños y alucinaciones*, se desarrolla el tema de la relación del sueño con la vida mental normal y patológica (tomando como ejemplo la esquizofrenia). Los sueños han sido un área particularmente difícil de investigar desde un punto de vista científico. Gran parte de los estudios se han efectuado en animales y en individuos con lesiones cerebrales. Se ha visto que los sistemas emocionales antes descritos (Búsqueda, Pánico, etc.) junto con el hipocampo y partes del sistema visual son muy activos durante la fase de sueño REM. Esta observación destaca el papel de las emociones en el soñar. Por otro lado, aunque no ha sido demostrado empíricamente, existiría evidencia para apoyar la idea de Freud de “los sueños como guardianes del sueño”. De esta forma, se ha visto que pacientes con un daño neurológico que les impide soñar adecuadamente presentan un dormir más intranquilo.

En el capítulo siguiente se resume el amplio tema de las *Influencias genéticas y ambientales en el desarrollo mental*. Se describen los principios básicos de los genes y su funcionamiento, en especial en los periodos críticos del desarrollo donde se hace más evidente la relación entre las influencias genéticas y ambientales, por ejemplo, a través del proceso de poda neural. Lo mismo puede verse en los sutiles mecanismos que comandan la diferenciación sexual y los cambios que hacen que el cerebro se “modifique sexualmente”. Dentro de mu-

chas otras cosas, esto explicaría la asimetría hemisférica entre hombres y mujeres. Así, el cuerpo calloso sería proporcionalmente más grande en el cerebro femenino que en el masculino. Finalmente se plantea que una distinción categórica entre lo genético y lo ambiental pareciera ser un artificio ya que sus influencias suelen ser múltiples e inseparables.

Palabras y cosas: los hemisferios izquierdo y derecho del cerebro, es el título del octavo capítulo, que, siguiendo con las ideas precedentes, trata sobre las diferencias funcionales entre los hemisferios izquierdo y derecho del cerebro. Partiendo por los estudios de Broca en torno al lenguaje y su relación con el hemisferio cerebral izquierdo, el autor reseña los principales hallazgos en torno a la asimetría lateral y sus relaciones con el psicoanálisis. Así, Galin en 1974 afirmaba que el sistema consciente y el "proceso secundario" como forma de pensamiento se alojaban en el hemisferio izquierdo (verbal, analógico y lógico), mientras que el inconsciente y el "proceso primario" se ubicaban en el derecho (concreto, holístico e intuitivo). De gran utilidad para el desarrollo de estas ideas fueron los estudios efectuados en los años 60 y 70 en pacientes epilépticos a quienes se les seccionaba el cuerpo calloso como forma de tratamiento. De esta manera se ha pensado que la *represión normal* implicaría una desconexión funcional interhemisférica, transformando al cuerpo calloso en el "órgano de la represión". El capítulo finaliza con dos conclusiones. En primer lugar, la creencia de que las hipótesis psicoanalíticas relacionadas con la organización funcional del aparato mental humano pueden y deben ser corroboradas utilizando los métodos de la moderna neurociencia. Y en segundo lugar, la convicción de la utilidad de una colaboración interdisciplinaria.

En el capítulo nueve se intenta dar una explicación a lo que entendemos por *El yo y la neurobiología de la cura de conversación*. Retomando los temas que iniciaron el texto (conciencia, memoria, sistemas emocionales básicos) se plantea que el yo funcionaría como un integrador entre la percepción (que es guía de la acción) y la conciencia (cuyo propósito fundamental sería la percepción de las emociones). El yo guiaría la acción en base a la evaluación. Estos mecanismos se sustentarían en el funcionamiento de los lóbulos prefrontales. En la génesis de los programas ejecutores están las llamadas "neuronas espejo", que se localizan en la superficie exterior de los lóbulos frontales. En forma muy resumida,

el funcionamiento de estas neuronas se caracteriza por reflejar "en la imaginación" de un observador pasivo el comportamiento de otro, a través del disparo del mismo patrón neuronal que define dicho comportamiento. Este mecanismo fisiológico podría estar en la base de diversos procesos como la identificación con los padres, la mentalización o la empatía. Por último se plantea que, dada la función integradora de los lóbulos prefrontales (entorpecida por la represión), el propósito de la psicoterapia, desde un punto de vista neurobiológico, sería *extender la esfera de influencia funcional de los lóbulos prefrontales* a través del lenguaje y en el contexto de una relación intersubjetiva.

El último capítulo trata sobre *El futuro y el neuropsicoanálisis*. Tomando como ejemplo *La interpretación de los Sueños* de Freud, y contrastándola con los hallazgos más recientes (Hobson), el autor plantea que lo que los neurocientíficos cognoscitivos han estudiado es lo mismo que estudiaba Freud desde otro ángulo y con otros recursos. Por lo tanto sólo queda *integrar y combinar las dos perspectivas, y así reconciliarlas entre sí*. Para realizar dicha tarea se creó a comienzos de los años 1990 el "Grupo de Estudio de Neurociencia" del Instituto Psicoanalítico de Nueva York. El éxito de este grupo condujo a la creación de otros centros cuyos esfuerzos han cristalizado en la fundación de la revista *Neuro-Psychoanalysis* (5) y en la Internacional Neuro-Psychoanalysis Society.

En conclusión, *El Cerebro y el Mundo Interior*, alejado de cualquier reduccionismo es una estimulante introducción a un campo del conocimiento que cada día se hace más amplio y que sólo apunta hacia la integración y el diálogo interdisciplinario. De esta manera, el psicoanálisis, sin dejar de ser una *ciencia de la subjetividad*, podrá contar con argumentos más sólidos que permitan enriquecer su teoría y guíen a los clínicos hacia una mejor práctica en beneficio de sus pacientes.

REFERENCIAS

1. Kandel E. *Psychiatry, psychoanalysis and the new biology of mind*, American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, 2005
2. Fonagy P, Roth A. *What works for whom? A Critical review of psychotherapy research*, Second Edition, The Guilford Press, New York, 2005
3. Damasio A. *El error de Descartes*, Editorial Andrés Bello, Santiago de Chile, 1996
4. Panksepp J. *Affective Neuroscience: The foundations of human and animal emotions*, New York, Oxford University Press, 1998
5. www.neuro-psa.com

COMENTARIO DE LIBROS

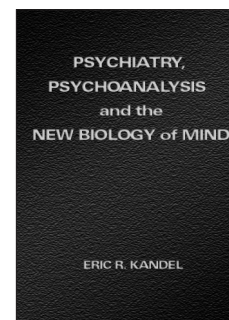
PSIQUIATRÍA, PSICOANÁLISIS Y LA NUEVA BIOLOGÍA DE LA MENTE

PSYCHIATRY, PSYCHOANALYSIS AND THE NEW BIOLOGY OF MIND

Autor: **Eric R. Kandel**

American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2005, 414 páginas

(Rev GU 2006; 2; 1: 26-28)



César Ojeda¹

Este es un libro, en muchos sentidos, sorprendente. Desde luego, el autor Eric Kandel, es el único psiquiatra que ha ganado el Premio Nobel en medicina en los 102 años de historia que tiene este galardón. Formado como psiquiatra con una decidida vocación psicoanalítica, termina por dedicarse a la investigación neurobiológica en el año 1962. Pero, para hacerlo, se asocia con un notable ser viviente que lo acompañará por muchos años: un caracol marino llamado *Aplysia*. Las razones de esta asociación son un perfecto reflejo de una manera de pensar que es grande porque nunca pierde de vista la sencillez. Después de una larga búsqueda, Kandel se encontró con la *Aplysia*. Este caracol lo cautivó por tres razones fundamentales. En primer lugar, su sistema nervioso está formado por una pequeña cantidad de células nerviosas: mientras el cerebro de los mamíferos tiene un billón de neuronas, la *Aplysia* tiene sólo 20.000, de las cuales sólo 100 participan y son modificadas en las más simples conductas aprendidas. En segundo lugar, estas neuronas son las más grandes conocidas en el reino animal, alcanzando un diámetro de 1.000 μm , tamaño suficiente como para ser vistas a simple vista, y por lo tanto, fáciles de manipular experimentalmente: de cada una de estas neuronas se puede obtener

suficiente mRNA como para producir una biblioteca de cDNA. Y finalmente, estas neuronas pueden ser inyectadas con sustancias conocidas, como anticuerpos o secuencias génicas que, en último término, son los procedimientos que han permitido los estudios de la transducción de señales entre las células individuales.

Así, en vez de partir estudiando la conciencia moral en los católicos o el sentido de trascendencia en la filosofía, Kandel, interesado en el entramado del psiquismo psicoanalíticamente concebido, prefiere partir estudiando un simple reflejo defensivo en la *Aplysia*: la retracción de la branquia ante la estimulación del sifón. Algo así como retirar la mano al quemarse con un objeto caliente. Esta simpleza, sin embargo, es sólo aparente, pues este reflejo puede ser modificado por tres formas de aprendizaje: habituación, sensibilización y el injustamente olvidado condicionamiento clásico. Y, como sabemos, todo aprendizaje requiere memoria, y en el caso de la *Aplysia*, igual que en el nuestro, ésta opera en dos fases: una transitoria y otra de largo plazo. Para que la memoria de corto plazo devenga en memoria de largo plazo se necesita de la repetición espaciada de la situación, o, si se prefiere, de práctica. Seguramente más de alguien pensará que esto lo sabe

¹ Departamento de Psiquiatría Oriente. Universidad de Chile.

todo el mundo. Es cierto. Pero una cosa es saber que si lanzamos una piedra al aire ésta caerá hacia la tierra, y otra cosa, muy distinta, es poder dar cuenta de qué es lo que ocurre en la intimidad de la materia y la energía para que esto ocurra así. Pues, ¿cómo ocurre el fenómeno de la memoria?, ¿qué pasa en las células nerviosas para que un reflejo pase a ser recuerdo y el recuerdo pase a ser un “conocimiento” estable?

Justamente, lo que Kandel se pregunta es: ¿cuáles son los mecanismos moleculares mediante los cuales se establece la memoria de corto plazo y cómo se convierte en memoria de largo plazo? En colaboración con James H. Schwartz, Kandel descubrió que los cambios sinápticos en el aprendizaje de corto plazo se producían aunque la síntesis proteica estuviese inhibida. En la estimulación de corto plazo, un shock eléctrico en la cola de la *Aplysia* provoca una liberación transitoria de serotonina que conduce a una modificación covalente de las proteínas existentes. La serotonina actúa en los receptores serotoninérgicos de manera que se activa la enzima adenilciclase (AC), la que convierte el ATP en segundo mensajero cAMP. A su vez, el cAMP recluta a la proteinquinasa A (PKA) la que libera subunidades catalíticas. Estas subunidades pueden fosforilar sustratos en las terminales presinápticas (canales y la maquinaria de exocitosis) provocando un aumento de la disponibilidad y liberación de la transmisión sináptica.

En cambio, en la sensibilización a largo plazo la estimulación repetida produce un aumento persistente del cAMP. Las subunidades catalíticas pueden entonces alcanzar el núcleo de la célula y reclutar a la proteinquinasa mitógena-activadora (MAPK). En el núcleo, la PKA y la MAPK fosforilan y activan la proteína CREB (*cAMP response element-binding*) removiendo de esa manera la acción represiva del CREB-2, inhibidor del CREB-1. Liberado, el CREB-1 activa varios genes de respuesta inmediata, incluyendo a la hidrolasa ubiquitina, necesaria para la regulación de la proteólisis de las subunidades reguladoras de la PKA. La separación de las subunidades reguladoras inhibitorias resultan en una actividad PKA persistente, lo que conduce a una también persistente fosforilación de las proteínas de sustrato de la PKA. Una segunda respuesta génica inmediata activada por el CREB-1 es el C/EBP (*enhancer binding protein*), el cual interactúa con el factor activador (AF) que a su vez activa genes más “profundos” que llevan al crecimiento y formación de nuevas conexiones sinápticas.

Esto significa que la memoria de largo plazo se produce merced a la aparición de nuevas conexiones sinápticas, es decir, en virtud de un cambio estructural del cerebro. Cuando la memoria desaparece las conexiones se retraen. Una neurona sensorial de la *Aplysia* tiene

cerca de 1.200 varicosidades sinápticas. Después de la sensibilización a largo plazo ese número sube a 2.600. Suspendido el proceso, con el tiempo el número de varicosidades retorna a alrededor de 1.500.

Este diálogo entre genes, proteínas y sinapsis adquiere la mayor importancia si se intenta comprender la forma en la que el genoma se expresa. Sin embargo, lo dicho muestra tal vez el más simple de los casos de almacenamiento de recuerdos, puesto que involucra reflejos, y que ha sido denominado memoria implícita o procedural. La memoria procedural permite el aprendizaje de las habilidades preceptivo-motoras y se expresa en rendimientos que no tienen vinculación con la conciencia. En contraste, los recuerdos que tenemos más cerca y que podemos hacer conscientes, son denominados memoria explícita o declarativa, y tiene que ver con el reconocimiento de personas, lugares, objetos y eventos. Esta forma de memoria utiliza estructuras anatómicas especializadas, ubicadas en el lóbulo temporal medial y en lo que se conoce como hipocampo. ¿Cómo se almacena la memoria explícita? Al igual que la memoria implícita, la memoria declarativa tiene una fase de corto plazo que no requiere síntesis de proteínas y una de largo plazo que sí la requiere. Los ratones tienen un sistema temporal medial y un hipocampo parecidos a los de los seres humanos. Es sabido que este último órgano contiene una representación celular del espacio extrapersonal –algo así como un mapa cognitivo del espacio– y que las lesiones a ese nivel interfieren con las tareas espaciales. Desde el año 1972 se conoce que una de las principales vías del hipocampo (*perforant path*) presenta una plasticidad dependiente de la actividad, que actualmente se denomina “potenciación a largo plazo” (LTP). En la región CA1 de células piramidales del hipocampo, la LTP es inducida postsinápticamente por la activación de un receptor a glutamato (el principal neurotransmisor activante) denominado NMDA. El bloqueo farmacológico de este receptor no sólo interfiere la LTP sino también bloquea el almacenamiento de la memoria. Como hemos señalado, Kandel *et al.* habían demostrado que en la *Aplysia* la memoria de largo plazo es más efectiva si es producida por estímulos repetidos. Aplicaron entonces este concepto al estudio del hipocampo, es decir, examinaron si la LTP cambiaba con la estimulación repetida. Comprobaron que en la fase temprana la facilitación provocada por un único conjunto de estímulos duraba de una a tres horas y no estaba requerida de síntesis proteica, pues involucraba, al igual que en el caso de la memoria implícita, modificaciones covalentes de proteínas preexistentes que llevaban a un fortalecimiento de las conexiones ya establecidas. Por el contrario, la estimulación eléctrica

repetida en una fase tardía de la LTP, se comporta de una manera muy diferente respecto de la etapa precoz y es semejante a la facilitación a largo plazo de la *Aplysia* señalada más arriba. Esta LTP dura al menos un día, y requiere PKA, MAPK y CREB y conduce al crecimiento de nuevas conexiones sinápticas.

Estos hallazgos han permitido a Kandel obtener dos importantes conclusiones. La primera es que las estrategias celulares y moleculares usadas por el caracol marino *Aplysia* para el almacenamiento de la memoria de corto y largo plazo se conservan en mamíferos y son diferentes entre sí. Estas estrategias dan un marco explicativo coherente para comprender la memoria implícita y la memoria explícita o declarativa. La memoria de largo plazo necesita de la activación de la expresión génica, síntesis de proteínas y la formación de nuevas conexiones. La segunda conclusión –y tal vez más importante– es que estos trabajos nos han despertado al extenso y complejo diálogo bidireccional entre las sinapsis y el núcleo neuronal. En los procesos de largo plazo las respuestas de las sinapsis no están determinadas simplemente por su historia de actividad (como ocurre en la plasticidad de corto plazo) sino por la historia de la activación transcripcional del núcleo.

LAS LEYES DE KANDEL

En este mismo número de GU los lectores podrán disfrutar de un trabajo de puño y letra de Kandel, titulado “La psicoterapia y la sinapsis única revisitada”, palabras finales del mismo libro que ahora comentamos. Esta situación nos evita tener que bosquejar el panorama con que Kandel ve la psiquiatría y la psicoterapia del siglo que recién empieza. Sin embargo, el contenido del texto que nos ocupa es mucho más amplio y nos ha parecido conmovedora la manera en que Kandel concibe el trabajo universitario, en la conferencia *Genes, Brains, and Self-Understanding*, pronunciada en la ceremonia de graduación de los médicos en la Universidad de Columbia. A estos conceptos se los ha denominado “leyes de Kandel” y, para el autor, son principios que apuntan hacia las aspiraciones de crear un nuevo humanismo en medicina.

La primera ley establece que la pertenencia a una comunidad universitaria es uno de los más profundos placeres intelectuales que alguien pueda experimentar. “Las universidades son las instituciones que hacen grande a una sociedad” –dice. Pero va más allá, y afirma

que “nada hay más importante para la sociedad y para el mundo que las dos grandes misiones de la universidad: producir nuevas ideas y formar a la gente joven para asumir responsables roles en sus comunidades”. Para Kandel, pertenecer a la universidad asegura a alguien el ser un aprendiz perpetuo, situación que considera uno de los grandes placeres sensuales de la existencia.

El College of Physicians and Surgeons el 16 de mayo de 1769 nombró por primera vez con el grado de M.D. a los médicos que terminaban sus estudios. Samuel Bard pronunció las siguientes palabras: “No se imaginen que de ahora en adelante sus estudios han terminado. Muy por el contrario, ustedes deben considerar que los están recién iniciando, y, a menos que vuestras vidas sean una serie continua de aplicaciones y mejoramiento, ustedes habrán mal cumplido con su deber. En una profesión como la que ustedes han abrazado, en que el objeto es tan importante como la vida de un hombre, ustedes serán imputables incluso de los errores por ignorancia, a menos que hayan aprovechado todas las oportunidades para obtener conocimiento” (p. 382, edición en inglés).

La segunda ley se refiere a que en la universidad, enseñar es una de las actividades más gratificantes. No hay un mejor camino para asegurarnos a nosotros mismos que hemos entendido un asunto, que intentar explicárselo a otros.

La tercera y última ley sostiene que el cuidado y la atención de los pacientes es sin ninguna duda nuestra responsabilidad más importante. Por eso estamos aquí. “Nunca dejen –dice Kandel enfáticamente– que el cuidado de los pacientes tome un rol secundario en vuestra vida profesional. El bienestar del paciente es la meta final de la ciencia biológica y el motor que impulsa toda la empresa científica”. Nuevamente cita a Samuel Bard en su discurso a los primeros MD: “En su conducta frente a la enfermedad recuerden siempre que su paciente es el objeto del más tierno afecto. Es vuestro deber no sólo preservar su vida sino también evitar herir la sensibilidad de un padre tierno, de una esposa angustiada o de un niño conmocionado...”

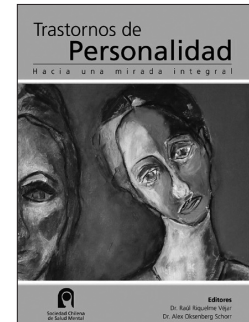
Este libro de Eric Kandel es completo y, al menos para mí, tremendamente inspirador. Tal vez lo que resulta más elocuente es la honestidad en la reflexión, una especie de ética del pensamiento muy bien lograda. Frecuentemente escuchamos discursos acerca de la ética, pero rara vez acerca de la ética del discurso mismo, como si el bien o mal decir, la consistencia o el retorcimiento conceptual, fuesen un asunto irrelevante.

COMENTARIO DE LIBROS

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL

Editores: **Raúl Riquelme y Alex Oksenberg**
Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago, 2003, 892 páginas

(Rev GU 2006; 2; 1:29-31)



Gustavo Figueroa¹

Desde hace dos decenios en nuestro país se han comenzado a publicar libros de la especialidad –patología, terapéutica, prevención, fundamentos etiopatogénicos– a un ritmo creciente y, lo que es más importante, con mayor rigor empírico-metodológico y alcance heurístico. No es poco decir de un medio que, hasta hace poco, estaba reducido a ser un agente pasivo que se contentaba con repetir aplicadamente los hallazgos procedentes de naciones con una larga tradición psiquiátrica, pero con una realidad clínica, social y cultural absolutamente diferentes. El presente escrito *Trastornos de la personalidad. Hacia una mirada integral* representa la culminación de este proceso histórico, por lo que se puede aseverar, sin temor a exagerar, que con él se termina la etapa “heroica” y se inicia la era de la primera madurez intelectual en la producción de textos científicos en nuestras profesiones, psiquiatría y psicología.

La particularidad de ser “una mirada integral” avalla nuestro aserto, al enfatizar que la obra apunta a poseer un fuerte sello reflexivo propio de los frutos ya con el sabor distintivo de la primavera temprana. Integral se debe entender de distintas maneras y no como un simple eslogan de moda repetido de manera mecánica. Por un lado, los participantes muestran un conocimiento que no sólo está al día en los últimos avances en su campo sino, especialmente, sus capítulos son producto

de una experiencia directa, rica y vívida junto al paciente, más allá de la información erudita o libresca. Por otra parte, adentrándonos en el contenido estricto, sus concepciones no permanecen fielmente apegadas a escuelas o teorías particulares, por muy importantes que éstas hayan sido en el pasado o lo sean en la actualidad; por decirlo así, su visión de conjunto del funcionamiento de la mente normal y patológica les permite trascender con éxito las parroquias y provincianismos tan típicos de la producción de los países avanzados con elevada investigación empírica; para ejemplificarlo de manera tosca, es sabido que las referencias bibliográficas de las investigaciones internacionales se limitan a las procedentes de su patria, lengua y corriente de pensamiento, como si hicieran suyo el refrán español que asevera que quien no ha salido de su hogar cree que la sopa hecha por mamá es la única y más sabrosa que existe. Esto significa que los colaboradores, contrariamente, no sólo no ignoran las aportaciones de otros ámbitos aunque éstas provengan de un idioma diferente o un punto de vista contrario, sino que las utilizan con libertad, soltura y creatividad. En tercer término, la presencia de estudiosos de distintas especialidades y formación académica señala que los avances y las soluciones al interior del área de la salud mental, y específicamente de los trastornos de personalidad, se pueden lograr únicamente si se trabaja a partir de equipos de investigación que

¹ Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.

comparten métodos y fundamentos objetivos, aunque su proceder concreto fluya por canales disímiles. Cuarto, integrar supone la necesidad consciente de superar los reduccionismos y unilateralismos, aunque sin perder la identidad de sí; cada autor busca obtener una síntesis superior, una perspectiva abarcadora echando mano a varias posturas teóricas aunque predomine una hipótesis como la básica y directriz, puesto que de esta manera se da mejor cuenta del complejo asunto de la patología de la personalidad, sin caer en eclecticismos y componendas intelectualmente poco valiosos. Por último, visión integral implica presencia de figuras extranjeras de reconocida reputación en el mundo universitario que, con su rica experiencia, elevan el nivel, fomentan la rigurosidad del especular y amplían el horizonte del manuscrito, y lo insertan en el campo de la producción científica de relevancia e impacto; en el mejor sentido del término, son una especie de modelo a seguir, indispensable si aceptamos que nos falta mucho camino por recorrer para estar a la altura de los tiempos en el campo de los trastornos espirituales.

No debe pasarse por alto que la expresión "hacia una visión integral" también conlleva modestia y metas a cumplir en el futuro. Como dice Freud, "el pensamiento científico es todavía muy joven entre los hombres, el número de los grandes problemas es elevado y todavía no se puede dominar a cabalidad". Y agrega que el propósito de la investigación es "atenerse a la verdad, desautorizar las ilusiones", tolerar las insatisfacciones que significa este estado de cosas incierto. Y así, en otro lugar agrega lo que podría ser el *motto* del presente texto: "nuestro dios *logos* [razón] llevará a la realidad estos deseos, de acuerdo a lo que permita la naturaleza fuera de nosotros, pero muy progresivamente, tan sólo en un futuro lejano y para las nuevas generaciones de hombres". Con otras palabras, parece como si la antigua admonición de Agustín se aplicara con especial fortuna en estas circunstancias: "busquemos como quienes van a encontrar, y encontremos como quienes aún han de buscar, pues, cuando el hombre ha terminado algo, entonces es cuando empieza".

Cinco secciones estructuran la publicación: evolución del concepto, epidemiología y diagnóstico; algunos modelos conceptuales y teorías que explican los trastornos de personalidad; comorbilidad en los trastornos de personalidad; abordajes y estrategias terapéuticas multimodales; y, finalmente, misceláneas. Como lo indica la simple enumeración, poco de lo sustantivo queda afuera o no se analiza en alguno de los 47 capítulos. Si se compara con detención con las obras más conocidas en el área, a escala internacional no desmerece en nada, antes bien, como se insinuó

anteriormente, las supera en el espectro de la mirada y en la profundidad de las preguntas: abarca desde los orígenes griegos de los temperamentos hasta los basamentos moleculares que están por descubrirse en la época próxima, desde los datos epidemiológicos duros hasta los delicados mecanismos psicológicos internos, desde el método científico-natural hasta los fundamentos ontológicos.

Lo que sucede es que "la personalidad" pone en cuestión la esencia de nuestra condición humana: ¿"tenemos" una personalidad (atributos) o "somos" una personalidad (manera de existir)?; ¿nos define un "qué" que puede medirse o consistimos en un "cómo" que admite descripción y valoración cualitativas?; ¿nos conocemos mejor cuando captamos nuestros rasgos concretos o, por el contrario, nos perdemos al momento de cosificarnos y fijar unívocamente cuál es nuestro perfil caracterológico?; ¿es la ciencia el único camino adecuado para entendernos o, más allá de ella, es la narración la ruta que necesitamos recorrer para sumergirnos en nuestro ser habitual y regular?; ¿estamos seguros de captar todos los alcances éticos implícitos cuando diagnosticamos un "trastorno" de personalidad o, en el fondo, hemos terminado por ser cómplices de lo que la sociedad nos obliga a etiquetar y, con ello, a patologizar lo que es nuestro destino irrenunciable por el hecho de vivir en sociedad?; ¿tiene razón Jaspers cuando afirmaba que nadie ha podido superar los retratos magistrales efectuados por Nietzsche y Kierkegaard, o los analíticos cuando rechazan las intuiciones propias de la psicología del sentido común y exigen entrar definitivamente en la era de la ciencia dura?; parafraseando a Foucault ¿será cierto que, con respecto a la personalidad, "no me pregunten quién soy, ni me pidan que permanezca invariable: es una moral civil que rige nuestra documentación. Que nos dejen en paz cuando se trata" de existir?

Quisiéramos habernos referido con detalle a algunas cuestiones ambiguas y ciertos datos que son desarrollados provocativamente por algunos autores, y haber enfatizado los dilemas y confines que nacen de este trabajo multiprofesional. Como escrito capital, éste no solamente nos invita a la recepción sino, también, nos incita al diálogo y al cuestionamiento. Se entiende que no es posible porque habría supuesto dejar de lado otros capítulos tanto o más importantes. De ahí que hayamos optado por hablar del marco de referencia que ubica a *Trastornos de personalidad. Hacia una mirada integral* como un hito de la psiquiatría chilena y latinoamericana.

Parte importante del mérito procede de los editores, Raúl Riquelme y Alex Oksenberg (junto a Bárbara

Palma, Tatiana Jadue y León Gomberoff). Labor nada de sencilla y grata, como lo sabe cualquiera que se haya preocupado por publicar un texto con múltiples colaboradores y, además, haya debido combatir dura e interminablemente con los caprichos y vaivenes de las pruebas de imprenta. Es una tarea ejecutada por aficionados meticulosos que parece mejor cumplida que la de los profesionales y, además, una lección para los autores de los futuros libros en el área: no basta con escribir; es indispensable, ante todo, la fatigosa y larga tarea de la edición para que un texto alcance un nivel de calidad acorde al tema y al estadio de la ciencia psiquiátrica. Tomando un ejemplo que poco tiene que ver con la psiquiatría, el de la literatura, pero que sirve de recordatorio instructivo porque apunta a las exigencias inherentes a la labor de autor, aunque llevadas a un exceso extremo ¿cuántas veces corrigió y reescribió

Marcel Proust su *A la recherche du temps perdu*, sin acabar nunca, y fue tan sólo la muerte la que permitió que otros publicaran sus últimos volúmenes que él nunca se decidió a ceder a su editor?

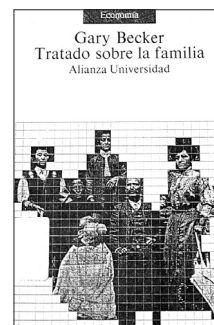
En el fondo, después de terminada su lectura, apostamos a que esta obra es la más importante que apareció en nuestro medio –psiquiátrico y psicológico– durante el año 2003. El subir la vara significa, junto al orgullo propio de todo logro sustancial, un reto que nos compromete y, por esto, no debemos olvidar jamás las palabras del viejo Platón, a pesar de haber sido pronunciadas con otro propósito: “es hermoso y divino el ímpetu ardiente que te lanza a las razones de las cosas; pero ejercítate y adiéstrate en estos ejercicios que en apariencia no sirven para nada, y que el vulgo llama palabrería sutil, mientras aún eres joven; de lo contrario, la verdad se te escapará de entre las manos”.

RESEÑA

TRATADO SOBRE LA FAMILIA

Autor: **Gary Becker**
Alianza Universidad, Madrid, 1987

(Rev GU 2006; 2; 1: 32-33)



Ramón Florenzano¹

Esta obra ha ganado notoriedad *a posteriori* de su publicación. Su autor fue galardonado con el Premio Nobel de Economía en 1994, y sus puntos de vista han sido complementarios con las teorías de la psicología evolucionaria, tan central en el pensamiento emergente del siglo XXI. En este clásico centrado en la aplicación de modelos econométricos a las estructuras familiares, Becker postula que decisiones que en nuestra cultura se supone son tomadas desde los afectos, tales como con quien emparejarse, o el cariño y devoción a los hijos, realmente obedecen a una racionalidad económica, al buscar maximizar las inversiones de tiempo y dinero de las personas. Algunos han criticado la visión de Becker, en sus desarrollos posteriores al *Tratado*, al señalar que esta mirada es muy propia de las visiones individualistas del siglo XX. Aplica el análisis económico a decisiones tales como el emparejamiento selectivo, las decisiones matrimoniales, el número de nacimientos, la inversión en cantidad y calidad de los hijos, el divorcio, la división del trabajo en los hogares, el prestigio social y otras conductas dentro de una teoría que preferencia la maximización de inversiones materiales y personales, las transacciones en los mercados matrimoniales, para realizar un análisis sistemático de la estabilidad de las estructuras familiares, y dentro de las matrimoniales y filiales. Muestra cómo durante el siglo XX se han producido cambios drásticos en estas decisiones. Por ejemplo, al darse una entrada masiva de la mujer casada al mundo laboral ha aumentado los ingresos monetarios

de la familia, pero ha disminuido el tiempo asignado a mejorar la calidad del producto no monetario de la misma, que son los hijos, así como el interés de aumentar el número de hijos. El interés por la cantidad de hijos fue muy propio de las estructuras rurales, donde la mano de obra no calificada era importante. En las estructuras urbanas, por el contrario, el valor de los hijos aumenta en la medida que aumenta su escolaridad: se opta por menos hijos mejor educados. Los mercados matrimoniales son estudiados por Becker comparando la estructura que llegó a primar en Occidente en los últimos doscientos años, la monogamia exclusiva o seriada, por las formas poligínicas o poliándricas propias de Oriente y de sociedades primitivas a lo largo y a lo ancho del globo. La monogamia exclusiva “hasta que la muerte nos separe” tiene un rendimiento mayor que otras combinaciones, en la medida que permite la especialización de las funciones productivas antes señaladas, así como garantiza estabilidad, especialmente al género femenino y a los hijos durante su crianza. Las fórmulas o modelos económicos de Becker calzan con la ya mencionada Psicología Evolucionaria (1), al mostrar cómo las decisiones no conscientes con respecto a pareja, tamaño y calidad de la familia, estabilidad de los matrimonios, tienen una racionalidad que algunos dirían regida por la “*mano invisible*” de Adam Smith, y otros relacionarían con la lógica simétrica del inconsciente freudiano. Las propuestas de Becker tienen relevancia en psiquiatría actual al estudiarse los desencadenantes

¹ Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

psicosociales de la psicopatología: el Eje IV, en jerga clasificatoria de los DSM. En un reciente estudio en el Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador los conflictos de pareja fueron el principal desencadenante de conductas parasuicidas. Las tesis economicistas de Becker permiten explicar cómo los cambios demográficos en nuestro país aumentan la tensión matrimonial, al tener la familia que cambiar la distribución tradicional de roles, en la cual el hombre se centraba en la producción material de bienes, y la mujer en la de bienes no materiales, especialmente los hijos. Al disminuir el tamaño de la familia y entrar la mujer al mundo laboral externo (en Chile la fuerza de trabajo femenina transitó desde un 29,5% a un 35,9% entre los Censos de 1992 y del 2002), la conveniencia económica de mantenerse casados disminuye, así como la de contraer matrimonio: aumentó el número de convivencias desde un 5,7% a un 8,9% en la misma década. Lo que sufre, de acuerdo al análisis de Becker, es la calidad de los hijos,

que presentan más problemas académicos o conductas de riesgo, al tener menor tiempo de trabajo directo, artesanal, de los padres. Como muchos productos, la producción seriada, hecha por personal doméstico, o por cuidadoras en guarderías y *kindergarten*, es menos acabada que la prolijamente realizada por los propios progenitores. Éstos invierten cada vez más tiempo en la producción de bienes materiales, y cada vez menos en la de bienes humanos. En suma, un clásico cuyas tesis son difíciles de apreciar a primera vista por los profesionales de salud mental, dado que se expresan en complejas fórmulas matemáticas, que debiera ser tomada en cuenta tanto por clínicos como por especialistas en prevención y por quienes formulan políticas públicas acerca de la familia.

REFERENCIA

1. Araya R, Fischer A. Psicología Evolucionaria: Entrevista a Leda Cosmides. Rev GU 2005; 1, 2: 137-143

RESEÑA

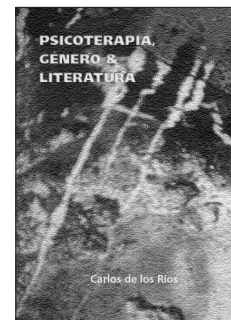
EL MATRIMONIO DEL CIELO Y EL INFIERNO

"Psicoterapia, Género & Literatura"

Autor: **Carlos de los Ríos**

Ediciones Sociedad Atenea, Viña del Mar, 2005

(Rev GU 2006; 2; 1: 34-35)



Luis Risco¹

Es cosa sabida que cada ser humano es, en esencia, un texto. Mas allá de la biología, que el ser humano comparte con los animales y las plantas, se encuentra el terreno del sentido personal y el espíritu, el terreno esencial y exclusivamente humano, y ese terreno está construido sobre el campo del lenguaje. En el lenguaje hay dos formas fundamentales: el lenguaje cotidiano y el lenguaje de los cantos. La condición humana es, más allá de lo cotidiano, una textualidad, un canto.

El lenguaje de los cantos no es de este mundo. Pone al ser humano en una dimensión paralela a la cotidiana, lo sumerge en los ámbitos de la trascendencia y la ontología. Hay una escena fundamental reconocible en el fondo de cada persona, que da cuenta no sólo de su experiencia sino que también de su sentido y de la dirección de su biografía. Podría decirse que quien puede poner esa dirección en una misma línea con otra que arranca antes del existir y se prolonga más allá de la muerte ha cobrado un sentido personal inextinguible. Esa escena fundamental no se puede describir con el lenguaje cotidiano. Para aprehenderla se requiere, irremisiblemente, del lenguaje de los cantos.

Esto es lo que tienen en común la Literatura y la Psiquiatría. Tratan de las escenas fundamentales de las personas y para ello utilizan el lenguaje de los cantos. Por supuesto, hay ámbitos de cada una que no tienen que ver con esto, por ejemplo la neurobiología en la Psiquiatría, la teorización en el caso de la Literatura, y en

esos ámbitos cada disciplina toma un derrotero propio. Pero hay un amplio territorio en el que ambas se encuentran, y en ese territorio cada una puede reconocer en la otra, no sin cierto regocijo, el exquisito lenguaje de los cantos.

En ese territorio, estructurado por lo demás sobre el horizonte de la experiencia estética, pocos se atreven a entrar. Por múltiples razones. Entre otras, se podrían mencionar la manifiesta complejidad del tema. La necesidad de algunos de mantener el pensamiento ligado a los cantos bajo férreo control, supeditado a estructuras semejantes a una iglesia, con sacerdotes, acólitos, inquisidores y herejías. La escasez de personas que se muevan con propiedad en ambos mundos. En fin. Además, un larga y quizás agotadora suma de otros múltiples factores.

Por esto es que leer un libro que se mueve con soltura en las zonas descritas es intensamente refrescante. Carlos de los Ríos es un psiquiatra que ama la literatura, o quizás un literato que ama la psiquiatría. En cualquier caso, una voz autorizada para hablar sobre el tema. En este libro explora con soltura y rigurosidad al mismo tiempo la zona que hemos descrito, una interfase entre literatura y psiquiatría que emerge directamente de los arquetipos y que puede conocerse a través del lenguaje de los cantos, oyéndolo o decodificándolo.

Este libro es un metódico intento de decodificación, que será obligada referencia para quienes vuelvan

¹ Clínica Psiquiátrica Universitaria.

a intentar transitar por esta compleja interfase. Por cierto, a ratos no puede evitar convertirse en canto, pero estamos seguros de que no podría ser de otra manera, por Carlos y por el material mismo. No se puede conocer el cosmos si no se danza con el cosmos. Quien sólo describe, sin inmiscuirse, desde la lejanía, apenas da cuenta tangencial de lo que pretende mostrar. Y como este libro es un libro sobre los cantos, sobre los arquetipos, sobre el sistema más allá de la biología en la que está fundada la condición humana, es inevitable que a ratos se transforme en canto.

Es un libro, entonces, sobre el canto de la literatura y la psiquiatría. Un libro sobre el canto de los cantos. Se refiere a la voz del imaginario más lejano y arquetípico. Por extensión, a los sonidos del paleolítico y la luna. Audaz y riguroso. Celebramos al aventurero que se ha atrevido con soltura a entrar en esta interfase desde la que surge la condición humana, para hablar sobre los cantos, sobre el canto de los cantos, sobre literatura y psiquiatría.

Literatura y Psiquiatría. El matrimonio del cielo y el infierno.

ENTREVISTA DE GACETA UNIVERSITARIA

OTTO DÖRR: MAESTRO DE LA PSIQUIATRÍA CHILENA

(Rev GU 2006; 2; 1: 36-43)

Otto Dörr no requiere presentación en nuestro medio ni tampoco en el ámbito internacional, especialmente europeo y latinoamericano. Las razones de esta notoriedad son múltiples. Desde luego, su infatigable y consistente visión de la psiquiatría desde una antropología inspirada en los desarrollos de la fenomenología. Pero también los numerosos y originales trabajos en psicopatología y clínica, a lo que hay que agregar su interés por las humanidades y el arte, especialmente el arte poético. Profesor titular de la Universidad de Chile, ha formado a numerosas generaciones de colegas. Durante muchos años fue director de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría y en 2001 fue nombrado "Maestro de la Psiquiatría Chilena" por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Como otros entrevistados, Otto Dörr contestó todas las preguntas formuladas por GU de manera franca y directa.

GU: *Usted ha sido un enlace entre la psiquiatría alemana y la chilena. Básicamente, sus trabajos han estado inspirados en la fenomenología hermenéutica, en la línea de Martin Heidegger y George Gadamer. ¿Qué papel considera usted que tienen estas raíces filosóficas en la psiquiatría del siglo XXI?*

R: Efectivamente, desde joven me he movido tanto geográfica como intelectualmente entre Chile y Alemania. Mi primera estada en ese país se inicia recién dos años después de haberme recibido de médico y durante ella alcancé los grados de "Doctor en Medicina", "Especialista en psiquiatría" y "Psicoterapeuta". Pero no he sido el único que ha desempeñado ese papel. Hay muchos otros psiquiatras chilenos que han estado en Alemania y luego mantenido contacto con la psiquiatría de ese país, como es el caso (en orden cronológico) de Rafael Parada, Niels Biedermann, Gustavo Figueroa, Fernando Lolas, Gabriela Kunstmann, Andrés Heerlein, Kristina Weil, Daniel Elgueta y Walter Brokering, entre otros. También es cierto que mis trabajos han estado muy influidos por la obra de Martin Heidegger y de Hans Georg Gadamer, pero no son las únicas influencias recibidas. Entre los filósofos no puedo dejar de mencionar

a Husserl, Jaspers, Sartre, Merleau-Ponty, últimamente Lévinas y, aunque suene un tanto presuntuoso, también al "divino" Platón. Y entre los psiquiatras, creo que nada de lo poco que he hecho en el campo de la psiquiatría y la psicopatología habría sido posible sin la influencia directa de mis maestros Hubertus Tellenbach, Alfred Auersperg, Wolfgang Blankenburg, Karl-Peter Kisker y Juan José López-Ibor padre. Tengo que mencionar también la influencia muy importante de dos poetas alemanes: Wolfgang von Goethe y Rainer Maria Rilke.

Ahora, respecto a la pregunta de si estas corrientes filosóficas, la fenomenología y la hermenéutica, van a tener algún papel que jugar en la psiquiatría del siglo XXI, sólo puedo responder que no veo otra forma de evitar que la psiquiatría desaparezca ante el predominio irrestricto de la llamada psiquiatría biológica, sino apoyándose en un método que sea adecuado al objeto de su quehacer, cual es el hombre mentalmente enfermo. Y este método no puede ser el estadístico, ni tampoco el de las ciencias duras, porque para ellos la subjetividad es inalcanzable. En estricto rigor, no podrían existir ni la psiquiatría, ni la psicopatología, ni menos la psicoterapia, sin una referencia permanente a la sub-

jetividad y de paso, por cierto, a la intersubjetividad. Y el método fenomenológico es, por definición, el más adecuado para estudiar estos dos ámbitos tan propios y esenciales de lo humano. Recordemos el viejo aforismo griego: “Sólo lo igual conoce a su igual”.

GU: *Los desarrollos de la psicoterapia durante el siglo XX, en su cuerpo principal, siguieron tres líneas predominantes: la perspectiva freudiana y todas sus ramificaciones psicodinámicas; las terapias de la conducta y sus derivaciones conductual-cognitivas, y las prácticas sistémicas asociadas a las teorías de la complejidad. ¿Qué opinión le merecen lo que alguna vez fue llamado “Psicoterapia existencial”, también de origen heideggeriano, y desarrollada por Binswanger, Rollo May y otros, y el “Psicoanálisis existencial” basado en JP Sartre, desarrollado, por ejemplo, por Luis Martín-Santos en España?*

R: No conozco los intentos de Luis Martín-Santos, aunque sé que fue un psiquiatra español muy destacado que murió prematuramente. Debo decir también que, en mi opinión, el psicoanálisis existencial basado en Sartre nunca logró constituirse en un método psicoterapéutico en sentido estricto. Él creó, sí, los elementos teóricos sobre los cuales podría desarrollarse una psicoterapia que apele fundamentalmente a la libertad de la persona. Lo mismo vale para Binswanger. En su famoso artículo “Über Psychotherapie” (*Sobre la psicoterapia*) él intenta definir el horizonte en el cual debe moverse la psicoterapia (existencial), el que no puede ser la conducta (como en el conductismo), ni el inconsciente (como en el psicoanálisis), sino la totalidad de la existencia, del *Dasein*. En el análisis existencial se intenta comprender al otro desde esa perspectiva abarcadora y, más aún, tanto en el corte transversal que nos muestra su vivenciar y comportarse en el momento actual, como en el corte longitudinal de su biografía y su referencia al futuro. El análisis existencial es una forma de psicoterapia hermenéutica y se opone radicalmente a la terapia cognitivo-conductual. El psicoanálisis ocupa una posición en cierto modo intermedia, por cuanto se basa, como el primero, en la “comprensión”, pero intenta como la segunda “explicar” lo comprendido desde otras instancias (una conducta consciente desde una causalidad inconsciente, por ejemplo).

Hay, empero, formas de psicoterapia existencial que han caído en excesos, como es el caso de la Escuela de Medard Boss. No parece legítimo trasladar tan literalmente términos de la ontología heideggeriana a la práctica psicoterapéutica, como lo hace este autor. La postura de Binswanger, así como la de algunos de sus seguidores, como Wolfgang Blankenburg, es mucho más sobria y cuidadosa. En sus desarrollos tratan ellos

de superar en lo posible los reduccionismos que afectan a las otras formas de psicoterapia, pero sin desconocer sus méritos. Más aún, estimo que hay una gran comunidad entre la psicoterapia existencial y el psicoanálisis, la que se manifiesta en el hecho que ambos métodos ponen el acento en la subjetividad, a la que acceden a través de la comprensión y que otorgan una importancia prioritaria a la biografía. En todo caso, pienso que el análisis existencial es una tarea a realizar. Su carácter provisorio, pero al mismo tiempo su vitalidad, se muestran en su continuo cuestionarse a sí mismo, así como en los nuevos desarrollos que están surgiendo permanentemente, entre los cuales cabe destacar la psicoterapia dialéctica y la “constitutiva”. Esta última se plantea en forma radical la pregunta por el recíproco constituirse del sí-mismo y el mundo del paciente en el marco del encuentro con él, o dicho con otras palabras, ella intenta responder a la pregunta de “cómo se constituye alguien en cuanto alguien para alguien”.

GU: *Se ha sostenido que la fenomenología es un método heterogéneo, ajeno a la medicina, y que en psiquiatría, a lo más, ha colaborado al desarrollo de refinados conceptos psicopatológicos, pero que no tiene ningún valor en la terapéutica psiquiátrica. ¿Comparte usted esta apreciación?*

R: Para nada. Es un gran error reducir la fenomenología a una mera descripción. Ella es mucho más que eso. Es un método que pretende captar la esencia de eso que se tiene ahí delante. Su campo de aplicación es, por cierto, el de las realidades complejas y el ser humano es el mejor ejemplo de éstas. Este tipo de realidades no es accesible sin más al método científico-natural, al menos en cuanto totalidades. Sí es posible estudiar con este método aspectos de ellas, como es el caso del metabolismo, de la función pancreática e, incluso, de la cerebral. La subjetividad, en cambio, o manifestaciones culturales como la religión, la poesía o una obra de arte, escapan del todo a las posibilidades de ese método. Rainer Maria Rilke expresó maravillosamente esta verdad en una carta en la que intenta explicar el sentido de las Elegías del Duino, al decir que la misión del hombre en la tierra es transformar lo visible en invisible: “Somos las abejas de lo invisible”, afirma. En cierto modo la fenomenología es la ciencia de lo invisible.

Sobre sus implicancias terapéuticas publicamos un artículo en la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría en el año 2003. En él intentamos demostrar la importancia que tiene la fenomenología para el desarrollo de un adecuado encuentro con el paciente y, en consecuencia, para la entrevista diagnóstica, dadas las características peculiares del proceso diagnóstico en psiquiatría,

que no es del caso detallar aquí. El otro campo donde su papel nos parece fundamental es en el de las psicoterapias hermenéuticas mencionadas más arriba, entre las que cabe recordar el análisis existencial, la psicoterapia dialéctica y la constitutiva. Sin fenomenología no habría sido posible descubrir estos métodos y sin la actitud fenomenológica no sería posible aplicarlos.

GU: Para concluir con el tema de las relaciones entre filosofía y psiquiatría. ¿Cuáles le parecen que han sido los frutos más destacados de esta confluencia y qué autores señalaría usted en esta área?

R: El primer autor que habría que mencionar es sin duda Karl Jaspers. Su *Psicopatología General*, libro de validez permanente, es un buen ejemplo de la fecundidad de esta confluencia entre la filosofía y la psiquiatría que usted señalaba. Sin la mirada filosófica ni el método fenomenológico, esa obra no habría podido ser escrita. Debo recordar de paso que aun cuando Jaspers quiso mantenerse estrictamente en el nivel descriptivo sin emplear las técnicas más propiamente fenomenológicas, como la reducción, la variación libre y la intuición de esencias, una lectura atenta de su obra nos permite concluir que el punto de partida de Jaspers es el mismo que el de Husserl: el retorno a las cosas mismas, la intencionalidad de los fenómenos psíquicos y el cambio de la actitud natural a la actitud fenomenológica. Más aún, podemos encontrar expresiones que nos acercan mucho a la intuición de esencias, como cuando postula la necesidad de buscar “un orden que ponga a los fenómenos psíquicos de acuerdo a su parentesco fenomenológico, como ocurre con el infinito número de colores en el arco iris...”

Otro autor de gran trascendencia en esta línea es el suizo-alemán Ludwig Binswanger. En su artículo “Sobre fenomenología” del año 1947, sugiere ya que “la intuición de esencias es el proceso fundamental del método fenomenológico en psiquiatría”. Más tarde fue muy influido por la obra “Ser y tiempo”, de Martin Heidegger (1927) y experimentó una suerte de “conversión” al existencialismo. La riqueza del análisis del *Dasein* que llevara a cabo Heidegger le permitió a Binswanger crear una nueva forma de psicopatología en la que la norma con respecto a la cual se desvía la enfermedad mental no es ni el cerebro de la anátomo-fisiología ni alguno de los tantos “aparatos psíquicos” descritos, sino la estructura misma del *Dasein* en cuanto ser-en-el-mundo. De una gran profundidad y belleza son los análisis que hizo Binswanger del “mundo” de los pacientes afectados por las distintas formas de psicosis, los cuales demostraron que sus respectivas desviaciones no eran sólo negativas sino que podían ser positivas, como ocu-

rrer con la luminosidad del mundo maniaco o la excentricidad del mundo del esquizofrénico. Otro aporte de Binswanger es la importancia que le otorga al lenguaje de nuestros pacientes. A diferencia del psiquiatra biológico, que investiga la perturbación de la función del lenguaje, o del psicoanalista, que se interesa sólo por su contenido biográfico, Binswanger dirige su atención hacia “los proyectos de mundo en los cuales el hablante vive o ha vivido”, porque como dice Hans-Georg Gadamer, “... el lenguaje sólo tiene una verdadera existencia en la medida que el mundo se representa en él...”. Y así, tomando radicalmente en serio lo que el paciente dice, puede Binswanger acceder a cómo el paciente (o su *Dasein*) “descubre”, “proyecta” y “abre” su respectivo mundo. Sería muy largo detallar aquí los resultados de sus estudios biográficos sobre la esquizofrenia, pero sí podríamos enumerar algunas de las características comunes que él pusiera en evidencia: “la ruptura de la consecuencia de la experiencia natural” como rasgo universal de las psicosis esquizofrénicas y luego la escisión de la existencia en alternativas irreconciliables, una de las cuales es el “ideal excéntrico”; el ocultamiento del lado rechazado de la alternativa, a través de formas arbitrarias, retorcidas y con detalles innecesarios (en el lenguaje, la escritura, el movimiento, el dibujo, etc.), todo lo cual se podría subsumir bajo el concepto de “manierismo”; y por último, el “aniquilamiento” como culminación de las tensiones antinómicas y su renuncia a éstas en la forma de una retirada del mundo, ya sea hacia el autismo, el delirio crónico o el suicidio.

Paralelamente a Binswanger, otros autores europeos, influidos también por Husserl y por Heidegger, hicieron aportes importantes a la psiquiatría fenomenológico-antropológica. Es el caso de V. E. von Gebattel, E. Straus y J. Zutt en Alemania, E. Minkowski en Francia y J. J. López-Ibor Sr. en España. Von Gebattel realizó estudios sobre el mundo fóbico y el mundo obsesivo que después de décadas no han perdido un ápice de su validez. Su descripción de la hipersensibilidad del fóbico a la dimensión de la amplitud del espacio, así como su elaboración del tema de la descomposición, la suciedad y la impureza en tanto elementos constitutivos y determinantes del mundo obsesivo, también han de ser consideradas como adquisiciones fundamentales. Straus, por su parte, hizo importantes aportes al tema de la espacialidad humana en general y al problema de la temporalidad en la depresión. Notable es también la obra de Minkowski, “*Le temps vécu*”, que no sólo representa un estudio muy profundo sobre la temporalidad de las psicosis sino también un aporte definitivo a la comprensión del fenómeno del “autismo”. La obra de López-Ibor Sr., de gran repercusión en el mundo hispa-

no-parlante, es un buen ejemplo de cómo la intuición fenomenológica va por delante de los resultados de la investigación empírica. Ya en 1950 López-Ibor definió el carácter “endógeno” de los cuadros entonces llamados “neuróticos”. La desaparición del concepto de neurosis desde el DSM-III (1980) en adelante, y la ampliación del concepto de depresión en las últimas décadas han confirmado sus intuiciones.

En la segunda mitad del siglo XX surgen al menos tres autores que han hecho aportes fundamentales: el ya mencionado Jürg Zutt, Hubertus Tellenbach y Wolfgang Blankenburg. Zutt, además de ser el primero en describir la Anorexia Nerviosa como entidad independiente en los años 40, realizó un interesante intento de comprensión de las grandes psicosis desde una fenomenología de la corporalidad, siguiendo en alguna medida los aportes de Sartre a este tema. Notables son también sus estudios sobre las alucinaciones auditivas, que en mi opinión constituyen aportes definitivos a la psicopatología. La obra de Tellenbach es prodigiosa, porque no sólo nos muestra la fecundidad del pensamiento fenomenológico en la comprensión de la esencia de las enfermedades psíquicas, sino la clara posibilidad de su aplicación a la práctica clínica. El campo que más investigó fue el de la enfermedad depresiva, pero también hizo aportes importantes a la comprensión del delirio, de “lo atmosférico” y de la figura del padre. También realizó análisis hermenéuticos de personajes literarios y religiosos, como el Rey Edipo, Hamlet, Otelo, el Rey Lear y el Príncipe Myshkin en la búsqueda de lo que sus autores nos pueden enseñar sobre los fenómenos psicopatológicos como el delirio, la melancolía, los celos, la demencia y la epilepsia. Tellenbach también describió un tipo humano específico, el *typus melancholicus*, que sería proclive a la depresión unipolar. Este tipo estaría caracterizado fundamentalmente por un rasgo que él denomina con el neologismo “ordenalidad”, que significa un quedar fijado de tal modo a los órdenes naturales de la vida (el habitar, el matrimonio, la maternidad o paternidad, el trabajo, etc.), que los riesgos que ésta implica y/o la imposibilidad de mantener ese orden en la forma acostumbrada pueden transformarse en una amenaza existencial y una puesta en marcha del cambio endógeno hacia la depresión (“endokinesis”). Quizás si lo más interesante de su concepción sea que ella nos permite descubrir la perfecta coherencia entre personalidad pre-depresiva, situación desencadenante y sintomatología. Su visión abarcadora y visionaria le permitió afirmar ya en 1961 y cuando se distinguían alrededor de veinte tipos de depresiones diferentes, la existencia de un solo síndrome monopolar “endorreactivo”. Con ello Tellenbach se adelantó casi veinte años

a la descripción de la “depresión mayor” del DSM-III. Posteriormente Von Zerssen *et al.* demostraron empíricamente la validez de las intuiciones de Tellenbach. Anneliese Dörr y Sandra Viani replicaron en Chile (1993, 1999) las investigaciones de Von Zerssen, llegando, entre otros, al mismo resultado que el autor alemán: el de la existencia de una relación esencial entre el *typus melancholicus* y la enfermedad depresiva monopolar.

Blankenburg, por su parte, intentó primero aplicar la fenomenología trascendental de Husserl a un caso de un paciente con humor delirante. Un joven estudiante ante la vitrina de una librería tuvo la sorprendente sensación de que todos los libros estaban expuestos ahí para él: “Era como un reproche. Quizás eso significaba que yo tenía que ser más estudioso en la universidad...”. El punto de partida de Blankenburg es justamente su propia experiencia frente al enfermo delirante y así descubre que su capacidad de asombrarse ha sido “desbordada”, sobrepasada. Intenta entonces penetrar más en profundidad en lo que significa “asombrarse” y “desbordarse”. En el asombrarse “lo que emana del mundo (*Zuwurf*) alcanza todavía a ser contenido en un proyecto (*Entwurf*) más amplio de la existencia humana”. Y esto es lo que justamente no ocurre en el joven estudiante, pues aquí los libros son extraídos de su neutralidad y se desprende de ellos algo que acosa al paciente, que lo deja al descubierto y sin ninguna protección; en suma, que lo “desborda”. Como consecuencia, se pierde la coherencia de su experiencia natural, lo que vendría a ser el germen de lo que en casos más graves conocemos como influencia del pensamiento. Otra contribución importante de Blankenburg es su concepto de “la pérdida de la evidencia natural” en la esquizofrenia. Él observó este fenómeno en una serie de pacientes con un elevado nivel intelectual y gran capacidad de auto-reflexión. Una de sus pacientes decía: “me falta algo, algo pequeño ... pero tan importante que sin ello no se puede vivir...”. Otro pensaba que la salud y la felicidad sólo eran posibles porque había un “algo” del que habitualmente no se está consciente. El mismo paciente terminaba diciendo que “este misterioso ‘algo’ parece resistirse tenazmente a la conciencia...”. Las personas sanas no reflexionan sobre el *common sense* y la comprensión de la vida diaria, pero los esquizofrénicos se preocupan de ello porque lo han perdido. Sin embargo, hay una situación –la *epojé* fenomenológica– en la cual las personas sanas están muy cerca de lo que les ocurre a los esquizofrénicos. La *epojé* consiste justamente “en un desprenderse de las evidencias de la vida cotidiana, de ese vivir, actuar y opinar simple e ingenuamente, en el que estamos enraizados en el mundo de la vida”, para adoptar una actitud reflexiva y distante. La resistencia

que el fenomenólogo experimenta al adoptar esta actitud es aquello de lo cual carece el paciente esquizo-frénico. Se podría decir que éste vive, en contraste con el fenomenólogo, en una *epojé* descontrolada y permanente.

GU: *Pasando a un asunto muy diferente. Hace algunos años Ud. fue uno de quienes salió en defensa de la Colonia Dignidad frente a ataques que provenían tanto de Chile como desde Alemania. A la luz de los últimos hallazgos, donde al parecer toda la estructura social de la comunidad estaba al servicio de la perversión de Paul Schäfer y donde también los vínculos con la DINA y con la violación sistemática de los DDHH son indesmentibles, y considerando que Ud. ha tenido un rol reconocido internacionalmente en la denuncia del uso político de la Psiquiatría, precisamente para violar los DDHH, ¿ha cambiado Ud. la opinión que sostuvo hace algunos años acerca de este enclave alemán?"*

R: Efectivamente. En diciembre de 1996 y en junio de 1997 escribí sendas cartas al diario *El Mercurio* haciendo ver la injusticia que se estaba cometiendo con esos colonos al ser sometidos –con el argumento de buscar a Paul Schäfer, acusado de pedofilia– a innumerables allanamientos con verdaderos batallones de policías y carabineros, llevados a cabo en la madrugada y con bastante violencia. En ningún momento defendí al Sr. Schäfer, a quien divisé en una sola oportunidad al visitar el predio de Parral y que me pareció un sujeto de aspecto muy extraño y bastante deteriorado. Por lo demás, en ese entonces no existía ninguna de las certezas de que se dispone hoy sobre las vinculaciones de Schäfer y/o de sus colaboradores más cercanos con la DINA.

El origen de estas cartas fue una visita mía al predio de Parral el año 1994, a raíz de una invitación del Dr. Hopp. El contacto había sido hecho por uno de los abogados que entonces los defendía (poco después fallecido), pariente político mío, quien me convenció en ese momento de que al margen de una eventual culpabilidad del Sr. Schäfer, el resto de los miembros de la colonia estaban sufriendo una verdadera persecución. En esa oportunidad y en otras dos visitas que tuvieron lugar en 1995 y en 1996 me reuní con los dirigentes y les planteé que yo estaba dispuesto a reconocer como legítimo su deseo de vivir al margen de la sociedad e incluso un estilo de vida comunitario donde los límites de los roles sociales se hubieran hecho difusos, pero que cualquier forma de participación que hubieran tenido con las fuerzas represivas del gobierno militar me parecía absolutamente inaceptable y además merecedora de castigo. Ellos me negaron toda vinculación y me mostraron el capítulo del Informe Rettig sobre ellos,

donde se decía que había muchos rumores al respecto, pero sólo un caso en el que se sospechaba el desaparecimiento de una persona después de ingresar a ese lugar. Se trataba de un señor de apellido Vallejos, militante del MIR. En relación con ese caso, pusieron a mi disposición las copias del juicio que se llevó al respecto en Alemania, adonde había emigrado el testigo que los acusaba, un señor Fuenzalida, ex miembro de la DINA. Los dichos de este personaje fueron tan contradictorios (lo pude comprobar personalmente al leer la copia del expediente) que el juicio habría sido, según ellos, sobreseído.

Todo parece indicar que los dirigentes me mintieron. Pero de lo que sí estoy seguro es que aquellas otras personas con las que tuve la oportunidad de conversar libremente (¿10? ¿15?; por cierto que no los 300) eran felices viviendo así y no entendían el asedio que estaban sufriendo y que por entonces ya duraba más de 30 años. Jugó también un papel en mi credulidad el haber descubierto un documento emitido en 1969 por una comisión ad hoc de 15 miembros del Senado y de la Cámara de Diputados (con representantes de todo el espectro político). Después de un año de investigaciones ellos habían concluido que todas y cada una de las acusaciones que en esa época pesaban sobre esta comunidad carecían de fundamento. Algunas eran similares a las actuales y se encontraban dentro de lo posible, como violencia física y sexual, posesión de armas, ejército clandestino, etc. Otras eran bastante increíbles y fantásticas, como que tenían oculto al nazi Martin Bormann, que estaban fabricando la bomba atómica y construyendo un túnel secreto hacia Argentina. No me pareció improbable, entonces, que se tratara aquí de una caza de brujas –como han ocurrido tantas en la historia– en la cual las acusaciones iban cambiando según el tenor de los tiempos: en los 60, actividades nazis, en los 70, vinculaciones con la DINA, en los 80, problemas de impuestos y contribuciones y en los 90, casos de pedofilia.

Reconozco que me equivoqué y que los jerarcas eran mucho menos inocentes de lo que yo creí. Sin embargo, no me arrepiento de haber sido una especie de voz en el desierto para defender a los muchos otros colonos que nada tuvieron que ver con estos crímenes. Los derechos humanos deben valer, aunque suene a redundancia, para todos los humanos y no para los de un solo lado, en el marco de una de las tantas escisiones que caracterizan a nuestra sociedad. Me molestó además, de parte de las autoridades, esa forma indirecta e hipócrita de atacarlos: juicios por impuestos que estaban pagados; por “derechos del trabajador” que en este caso no correspondían porque era una comunidad que

funcionaba como un monasterio, donde lo individual estaba absolutamente supeditado a lo comunitario; cerrar el hospital porque las enfermeras (no los médicos) tenían sólo título alemán, etc. Si había ya entonces fuertes sospechas de malos tratos y abusos sexuales, ¿por qué no los intervinieron a fines de los 80, cuando llegó la democracia? Estoy plenamente de acuerdo con la actual intervención de la colonia y estimo que esto debió haberse hecho mucho antes.

GU: *Usted tiene el título de “Maestro de la Psiquiatría Chilena”, otorgado por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía; honor que han recibido muy pocos psiquiatras en Chile, y dirigió por muchos años la Rev. Chilena de Neuro-Psiquiatría. ¿Cuál es su opinión sobre las relaciones entre estas especialidades, aparte de estar basadas en un hecho anatómico grueso, como es ocuparse del cerebro? ¿Hay actualmente alguna conexión entre el cerebro concebido por la neurología, por la neurocirugía y por la psiquiatría?*

R: Agradezco su mención de este título, que considero quizás la más honrosa distinción recibida a lo largo de mi larga carrera profesional.

Creo que los nuevos descubrimientos de la neurobiología están creando por fin un campo de verdadero encuentro entre la psiquiatría y la neurología. Antiguas observaciones clínicas, como que las enfermedades del ánimo tienden a repetirse cada vez a intervalos menores y el que el desencadenamiento de los episodios requieren de estresores cada vez menos importantes, han llevado a una serie de investigadores, entre los que se destaca Robert Post, a aplicar modelos neurofisiológicos a la génesis y evolución de estas enfermedades. Estos modelos son fundamentalmente: la “sensibilización conductual a estimulantes psicomotores” (o lo que es lo mismo decir, sensibilización al estrés ambiental) y el “*kindling* electro-fisiológico”, curiosamente el mismo modelo que nosotros aplicamos tempranamente (1980, 1983) a la comprensión de la génesis de las psicosis epilépticas.

No podemos entrar en el detalle de estos modelos ni de los muchos experimentos que han conducido a los conocimientos que hoy se tienen al respecto. Lo importante es que ellos han podido demostrar la forma cómo los llamados “estresores psicosociales” pueden desencadenar efectos de largo plazo en el organismo. Esto va a depender del tipo, magnitud y frecuencia del estresor. Así, por ejemplo, se ha podido constatar que bajas dosis de cocaína repetidas producen una sensibilización a largo plazo mucho mayor que una dosis única, aunque ésta sea muy alta. La calidad del estresor también puede afectar en forma específica los sistemas neuronales,

porque de eso va a depender el lugar de los cambios bioquímicos y el tipo de interacción entre los oncogenes y los factores de transcripción, con consecuencias específicas en lo que se refiere a la codificación de los cambios en proteínas y péptidos. Los estresores del tipo de la separación, la pérdida y el cambio, que están asociados al inicio de los episodios depresivos, no sólo juegan un papel pato-fisiológico importante en el desencadenamiento del episodio mismo, sino que a su vez determinan una memorización codificada de la experiencia, la que va a producir a largo plazo una vulnerabilidad a las recaídas frente a estresores de intensidad cada vez menor. Y luego, siguiendo el modelo del *kindling*, bastarán sólo algunas recaídas desencadenadas para que llegue el momento que el proceso se haga automático y ya no se necesite situación de estrés alguna para que se desarrolle un episodio depresivo completo.

Los descubrimientos anteriores significan nada menos que un fundamento biológico para antiguas teorías psicodinámicas y antropológicas acerca de la depresión, como las de Freud y Tellenbach, respectivamente. Las consecuencias terapéuticas son también evidentes: mientras más temprano se inicie el tratamiento y mientras más se busque la forma de evitar las recaídas, a través de tratamientos profilácticos y/o de psicoterapia, mejor será el pronóstico a corto, mediano y largo plazo de una enfermedad del ánimo. Esta suerte de “neurologización” de la psiquiatría, que se anuncia en estos descubrimientos, está significando también y quizás por primera vez en la historia, la posibilidad de establecer un puente entre el mundo subjetivo y el objetivo, entre la conciencia y el mundo en torno, entre el cuerpo que soy y el cuerpo que tengo. Y esto va a llevar necesariamente al fenómeno inverso, la “psiquiatrización” de la neurología, tema sobre el cual ya habían adelantado bastante Viktor von Weizsaecker y sus seguidores, entre otros, Alfred Prinz Auersperg y F. J. J. Buytendijk.

GU: *También usted ha sido académico de la Universidad de Chile por muchos años, y por lo tanto ha participado en la formación de varias generaciones de psiquiatras. ¿Qué cambios podría usted señalar en la actitud hacia la especialidad entre los psiquiatras que se forman hoy día con respecto a los que lo hacían, por ejemplo, hace algunas décadas?*

R: Yo diría que los que se dedicaban a la psiquiatría hace 40 años eran más idealistas, porque nuestra especialidad era mirada con una cierta distancia por el resto de los médicos. Por la misma razón, eran muy pocos los que se interesaban en ella. Pero ya a mediados de los 70 se empezó a producir el cambio. Recuerdo que de un curso de 30 alumnos, que tuve a cargo durante dos años, la

mitad terminó dedicándose a esta especialidad y muchos de ellos son hoy psiquiatras destacados, como Sergio Bernales, Darío Céspedes, Gloria Gramegna y Arturo Grau, entre otros. Con el tiempo y aun cuando nunca se llegó a la proporción alcanzada en el grupo mencionado, el interés fue aumentando paulatinamente y así es como hoy la psiquiatría puede ser considerada como una especialidad “mayor”; no sólo por su importancia en sí misma sino por el gran número de médicos que la ejercen. Hay una cosa más que he observado y que tiene que ver probablemente con las exigencias cada vez mayores de las facultades de la Universidad Católica y de la Universidad de Chile en la selección de sus alumnos. Noto que cada año la proporción de becados no buenos sino excelentes, es mayor. Hace diez o quince años siempre había un par que se destacaba, hoy la mayoría son sobresalientes. Como único lado negativo, puedo decir que he observado en algunos becados una cierta premura por incorporarse al sistema privado, abandonando las instituciones en las que podrían desarrollar una carrera académica y científica. Y esto lo he visto incluso en uno que otro que he calificado como “sobresaliente”.

GU: *Como usted sabe, Gaceta Universitaria es una revista que reciben todos los psiquiatras de Chile y además aparece en un sitio Web de la Facultad de Medicina, y por lo tanto tienen acceso a ella todos los psiquiatras de habla hispana. La psiquiatría parece haberse pensado en francés en el siglo XIX, en alemán en las seis primeras décadas del siglo XX, y desde ahí hasta el momento actual, el idioma predominante es el inglés. Es conocido su interés por los idiomas, especialmente por el alemán y el castellano, como lo prueba su fina traducción del poeta Rilke. ¿Qué importancia le atribuye al idioma en el desarrollo de la psiquiatría? Se lo pregunto porque, con honrosas excepciones, como J. J. López-Ibor en España (muy influido además por el pensamiento alemán), la psiquiatría pensada en castellano parece no haber tenido aún su momento.*

R: Esta pregunta plantea varios temas distintos. El primero se refiere a su afirmación sobre la evolución de la psiquiatría durante los últimos dos siglos. Estoy de acuerdo con lo que usted sostiene, excepto en lo que dice relación con el siglo XIX, puesto que la psiquiatría alemana también fue importante en ese periodo. Pensemos en la psiquiatría romántica, con Heinroth a la cabeza, o en la ulterior, anátomo-patológica, cuyo mayor representante fue Griesinger. Pero también Freud fue un hombre del siglo XIX, aunque la mayor parte de su obra la haya escrito durante las primeras décadas del siglo XX.

Con respecto a la importancia de los idiomas en el aprendizaje de la psiquiatría, soy de opinión que los

que se forman en esta especialidad tienen que tener hoy un completo dominio del inglés hablado y escrito y, en lo posible, conocimientos avanzados de alemán y de francés. Hay una importante literatura en estos idiomas que no está traducida ni lo va a estar nunca. Por otra parte, creo, con Heidegger, que hay idiomas que son más aptos para el pensamiento filosófico, como es el caso del griego y del alemán. Es difícil imaginarse la historia de la filosofía sin esos idiomas. En el caso de la psiquiatría, el idioma alemán ha sido también muy importante, aunque no tanto como en la filosofía. Así, es improbable que la Psicopatología General de Jaspers hubiera sido pensada originalmente en inglés, ni tampoco la obra de un Conrad, un Tellenbach o un Blankenburg. La investigación empírica, en cambio, no necesita de exquisiteces idiomáticas y para ella el inglés ha sido un arma insustituible, por ser éste un idioma de estructura más simple, muy exacto y muy pragmático.

Pienso que el dominio actual del mundo anglosajón en la psiquiatría no se debe a las bondades del idioma inglés sino al tremendo peso de Estados Unidos en el mundo occidental. Así es como ellos manejan las revistas, los sistemas de indexación y buena parte de las sociedades científicas. Ahora, con respecto a España y el mundo hispano-parlante, es efectivo que no han producido muchos psiquiatras notables, pero sí grandes novelistas, poetas y filósofos. Entre estos últimos hay dos que han tenido una importante influencia en la psiquiatría: José Ortega y Gasset y Xavier Zubiri. Quisiera mencionar sólo un ejemplo: está por aparecer en España un nuevo Tratado de Psicopatología (general y especial), escrito por Héctor Pelegrina, un mendocino residente desde hace muchos años en Madrid, muy amigo de Chile, libro que en mi opinión va a constituir una verdadera “revolución psicopatológica”. Y resulta que el fundamento filosófico de esta obra es, además de la fenomenología de Husserl, la filosofía de Zubiri. España llegó muy tarde a la revolución científica del siglo XIX y luego pasó décadas aislada, a causa del franquismo. Pero así como Pelegrina, están surgiendo otros valores en la psiquiatría de la España post moderna. En el reciente Congreso de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía en Pucón me tocó escuchar a un Profesor San Juan, de Valencia, que me sorprendió muy positivamente, porque observé en sus exposiciones una perfecta ecuación entre la investigación eidética y la investigación empírica. Y éste debiera ser en mi opinión el camino de la psiquiatría del futuro, puesto que, por determinantes que puedan ser los futuros descubrimientos de la neurobiología, jamás podrá la psiquiatría prescindir de la subjetividad y ésta sólo es accesible al método fenomenológico. Chile ya ha dado

algunos pasos en este camino a través de una serie de investigadores que trabajan en esta línea, como es el caso de Gustavo Figueroa, César Ojeda, Fernando Oyarzún, Rafael Parada y el suscrito.

GU: Finalmente, quisieramos señalar que usted fue la primera persona que describió en el mundo a la bulimia como un cuadro clínico independiente. Eso ha sido publicado en varias oportunidades y destacado por el *Journal of Eating Disorders* hace algunos años. ¿Ha continuado sus investigaciones en esa área? Su percepción de esa perturbación de la conducta alimentaria, ¿es hoy la misma que cuando la describió bajo del nombre de "Hiperfagia y vómito secundario: una forma de perversión oral en la mujer"?

R: Efectivamente, yo fui el primero que describió la bulimia como una enfermedad independiente en 1972, en un trabajo publicado en la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, con poca difusión, por cierto, por estar en castellano. Esto ocurrió siete años antes que el inglés Gerald Russell postulara lo mismo en una publicación de la revista *Psychological Medicine*, sobre la base de lo cual el DSM-III incorporó la entidad "bulimia nervosa". Conectando con lo planteado en la pregunta anterior, yo era en ese entonces miembro del consejo editorial de la revista chilena y recuerdo que ya en esa época intentamos hacer indexar la revista, que cumplía, teóricamente, con todas las condiciones para ello. Nos rechazaron una y otra vez, con el argumento de que éramos poco citados. Bueno, y éramos poco citados porque no estábamos indexados. Un círculo vicioso sin solución. Y lo más impresionante es que todavía hoy, con la altísima calidad que ha alcanzado la revista, no ha logrado ser indexada. El hecho es que mi trabajo no fue conocido hasta 1994, cuando el *International Journal for Eating Disorders* lo volvió a publicar en inglés, con una introducción histórica en la que se me reconoce el haber sido el primero en describir esta enfermedad. He vuelto a revisar el texto más de alguna vez y debo confesar que sigo estando de acuerdo con todo lo manifestado allí, lo que no significa que no haya habido progresos en este campo, tanto desde el punto de vista biológico como psicodinámico o epidemiológico.

No he seguido investigando sobre el tema, en parte, porque desde que volví de Alemania en 1981 he trabajado en el Hospital Psiquiátrico en la sección de hospitalizados, donde por lo general llega patología más severa y este tipo de casos constituye una excepción. Distinto era en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, donde trabajé entre 1970 y 1976 e hice estas observaciones, porque allí se hospitalizaba gente de un nivel socio-económico más alto y con patologías más bien

de mediana gravedad, entre las cuales los trastornos de la alimentación constituían una parte no despreciable. Pero hay quizás otra razón por la cual me he alejado un tanto del tema: estas muchachas son tremendamente demandantes con el terapeuta, pero además frustrantes para éste, porque las recaídas no son la excepción, sino la regla. Casi sin darse cuenta, uno va derivando este tipo de casos a médicos más jóvenes, con más entusiasmo y mayor paciencia.

GU: Queremos agradecerle, a nombre de los lectores y editores de GU, el haber compartido con nosotros su pensamiento en estos temas. Además, queremos señalarle que estas páginas siempre estarán abiertas a sus opiniones e investigaciones.

OBRAS SELECCIONADAS DE OTTO DÖRR

LIBROS

- *Psiquiatría Antropológica*. Santiago: Editorial Universitaria (1995).
- *Espacio y tiempo vividos: contribuciones a una antropología psiquiátrica*. Santiago: Editorial Universitaria (1996).
- *Las Elegías del Duino de Rainer Maria Rilke: Traducción, prólogo, notas y comentarios de Otto Dörr*. Santiago: Editorial Universitaria (2000) y Madrid: Editorial Visor (2002).
- *Los Sonetos a Orfeo de Rainer Maria Rilke: Traducción, prólogo, introducción y comentarios de Otto Dörr*. Santiago: Editorial Universitaria (2002) y Madrid: Editorial Visor (2004).

ARTÍCULOS

- Sobre una forma particular de perversión en la mujer: hiperfagia y vómito secundario. *Rev. Chil. Neuropsiquiat.* 32: 365-380 (1972). El mismo trabajo fue publicado más tarde en inglés: About a particular type of oral perversion in the female: hyperphagia followed by vomiting. *International Journal of Eating Disorders (USA)*, Vol. 16, No 2: 117-132 (1994).
- Differentialphänomenologie des depressiven Syndroms (con H. Tellenbach). *Der Nervenarzt* 51: 113-118 (1980).
- The role of the family in the pathogenesis of anorexia nervosa. En: *Psychiatry, the State of the Art*. P. Pichot, P. Berner, R. Wolf y K. Thau (Eds.). Amsterdam: Editorial Elsevier (1985), pp. 459-465.
- Verdad y patria. *Anuario de Filosofía Jurídica y Social* 32: 93-115 (1985). Nota: por este trabajo el autor recibió el premio anual del Instituto Chileno de Estudios Humanísticos (1986).
- Acerca de las relaciones entre el lenguaje y la experiencia ética. *Revista Chilena de Filosofía* 35: 57-75 (1990).
- Torture: late sequelae and phenomenology. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes (USA)* 55: 177-184 (1992).
- Phénoménologie de l'angoisse. En: *La lecture du monde. Mélanges en hommage a Yves Pélicier*. Jacqueline Pélicier (Ed.). Paris: Presses Universitaires de France (1998), pp. 102-107.
- Existential and phenomenological approach to psychiatry. En: *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Eds. M.G. Gelder (Oxford), Juan J. López-Ibor Jr. (Madrid) and Nancy C. Andreasen (Iowa City). Oxford: Oxford University Press (2000), p. 357-362.
- Fenomenología de la corporalidad en la depresión delirante. *Revista Salud Mental (México)*, Vol. 25, No 4: 1-9 (2002).
- Phenomenology of Genius and Psychopathology. *Psychiatria et Neurologia Japonica, Annus 105, Numerus 3: 277-286 (2003)*.

PERSPECTIVAS

REVISITA A LA PSICOTERAPIA Y LA SINAPSIS INDIVIDUAL¹

El impacto del pensamiento psiquiátrico en la investigación neurobiológica

(Rev GU 2006; 2; 1: 44-46)

Eric Kandel²

¿Hacia dónde se dirige la psiquiatría? ¿Qué áreas de la psiquiatría se verán más beneficiadas por la biología en los años venideros? Quizás los avances más importantes y visionarios surgirán de la identificación de los genes que hacen a las personas vulnerables a las distintas enfermedades mentales, y de la caracterización de esos mismos genes en animales de experimentación, como gusanos, moscas y ratones. En segundo lugar está el desarrollo de una nueva neuropatología de las enfermedades mentales, basada en el conocimiento de la manera en que moléculas específicas en regiones específicas del cerebro hacen a las personas vulnerables a tipos específicos de enfermedad mental. En tercer lugar están las tecnologías de imágenes cerebrales de alta resolución, que nos permitirán observar los cambios anatómicos cerebrales de los pacientes, antes y después del tratamiento.

El progreso en esta dirección nos pondrá en la posición de dar una respuesta precisa acerca de las experiencias que actúan en la predisposición genética y anatómica a las enfermedades. Al entender la enfer-

medad mental en términos genéticos, anatómicos y experienciales, se hace probable la apertura a nuevos enfoques terapéuticos. Además de mejores fármacos, podemos esperar mejores psicoterapias y mejores ma-

¹ Publicado originalmente como *Afterword* bajo el título de *Psychotherapy and the Single Synapse Revisited* en el libro del autor *Psychiatry, Psychoanalysis and the New Biology of Mind*. American Psychiatric Publishing, Inc. de Washington, DC, 2005 (ver comentario en este mismo número). Edición en español en curso, fecha prevista de publicación para el año 2006, realizada por Grupo Ars XXI de Comunicación. Para más información consulte www.arsxxi.com, o envíe un E.mail a info@arsxxi.com. Traducción del inglés al castellano realizada por María Eugenia Legües. Publicación autorizada para GU por Eric Kandel, por la oficina de permisos de la American Psychiatric Publishing, Inc. y por el Grupo Ars XXI de Comunicación.

² Eric R. Kandel, entre otros cargos, es profesor de la Universidad de Columbia, Director del Kavli Institute for Brain Sciences e Investigador Senior en el Howard Hughes Medical Institute. Realizó su formación inicial en neurobiología en el National Institute of Health y en psiquiatría en Harvard Medical School. Es fundador y director del Center for Neurobiology and Behavior del College of Physicians and Surgeons of Columbia University. Su campo de investigación fundamental ha sido el estudio de los mecanismos moleculares de la memoria. Entre más de una docena de nombramientos honorarios y premios, el Dr. Kandel recibió el año 2000 el Premio Nobel de Medicina y Fisiología.

neras de seleccionar terapias que sean efectivas para tipos específicos de pacientes. Este último asunto me interesa desde hace algún tiempo. De hecho, el primer ensayo de este volumen, "Psicoterapia y la sinapsis individual"³ sostiene que los efectos de la psicoterapia deben, en último término, ser explicados empíricamente al nivel de las neuronas individuales y sus sinapsis, del mismo modo en que se explican los efectos de los fármacos.

Teniendo en consideración nuestro progreso en la comprensión biológica de los trastornos mentales, podemos ahora preguntar: el intento de evaluar la psicoterapia en términos biológicos, ¿es un esfuerzo provechoso? En las últimas tres décadas hemos desarrollado fármacos que son efectivos en el tratamiento en diversos trastornos psiquiátricos: el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés postraumático, la depresión, los trastornos bipolares y los síntomas positivos de la esquizofrenia. Pero también nuestra experiencia ha dejado claro que los fármacos solos a menudo no son un tratamiento suficiente. Algunos pacientes evolucionan mejor cuando se combina la psicoterapia con los fármacos, mientras que otros lo hacen razonablemente bien sólo con psicoterapia.

En su libro "Una mente intranquila" (*An Unquiet Mind*), Kay Jamison describe los beneficios de ambos tipos de tratamiento. El litio evitó sus desastrosos estados de exaltación, la mantuvo fuera del hospital, le salvó la vida impidiendo que se suicidara e hizo posible la psicoterapia. Kay Jamison escribe: "De manera inefable, la psicoterapia *sana*, da algún sentido en la confusión, frena los pensamientos y sentimientos aterradores, devuelve un poco de control y esperanza, y la posibilidad de aprender del proceso. Las píldoras no pueden, no lo hacen, no facilitan que uno vuelva a la realidad" (Jamison 1996, p. 89).

La psicoterapia no sólo ha contribuido al tratamiento de las enfermedades mentales; también nos ha provisto de una herramienta para examinar el trabajo de la mente, levantando los estratos superficiales de la acción y revelando los motivos profundos. Hasta hace muy poco había escasas maneras convincentes de evaluar las ideas psicodinámicas, o de evaluar la eficacia relativa de un enfoque terapéutico sobre otro. Sin embargo, la neuroimagen pueden ofrecernos exactamente eso: un método para poner de manifiesto tanto

la dinámica mental como el trabajo del cerebro viviente. Si se hubiera podido disponer de imágenes en 1894, cuando Freud escribió "Sobre una psicología científica", perfectamente podría haber dirigido el psicoanálisis en una dirección muy diferente, aunque manteniéndolo en relación cercana con la biología, como lo describió en ese ensayo. En este sentido, combinar las imágenes cerebrales con la psicoterapia representa revisar completamente la investigación sobre la mente, lo cual supone la continuación del programa científico que Freud concibió originalmente para el psicoanálisis.

En realidad, se podría decir que las técnicas de imágenes tienen aun mayor importancia para la clínica psiquiátrica que para la neurología. Uno de los obstáculos para entender la enfermedad mental han sido las limitaciones que presentan los modelos animales. La mayoría de las enfermedades mentales afectan a funciones que parecen ser únicamente humanas, como el lenguaje, el pensamiento abstracto y las interacciones sociales complejas. Como resultado, todavía no podemos crear modelos para una serie de hechos críticos de la enfermedad mental, que sólo pueden estudiarse con buenos resultados en las personas. La psicoterapia probablemente funciona mediante la creación de un ambiente en el cual las personas aprenden a cambiar. Si esos cambios se mantienen en el tiempo, es razonable concluir que la psicoterapia comporta cambios estructurales en el cerebro, como lo hacen otras formas de aprendizaje. De hecho, en algunas afecciones ya disponemos de imágenes del cerebro de las personas antes y después de la terapia en las que observar las consecuencias de la intervención psicoterapéutica.

Estudios de imagen preliminares han encontrado que el trastorno obsesivo-compulsivo se asocia a un aumento del metabolismo en el núcleo caudado. Schwartz *et al.*, en la Universidad de California en Los Ángeles, describieron cómo puede revertirse el aumento del metabolismo en el núcleo caudado, tanto por una forma de psicoterapia llamada terapia de exposición como por los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Schwartz *et al.*, 1996). Además, los estudios de imagen de la depresión suelen mostrar una disminución en la actividad basal de la región dorsolateral de la corteza prefrontal y un aumento de la actividad en la región ventrolateral. La psicoterapia y los fármacos revierten aspectos de estas dos anomalías, pero aquí los diferentes modos de tratamiento afectan a lugares anatómicamente distinguibles en el cerebro (para una revisión, v. Etkin *et al.*, 2005).

Así, ahora somos capaces de describir con alguna rigurosidad los cambios metabólicos cerebrales que ocurren con la terapia farmacológica, y aquellos que

³ El autor se refiere al primer capítulo del libro señalado (N. del T.)

ocurren con la psicoterapia. Dado que actualmente están en uso diversas psicoterapias, se podría distinguir entre ellas sobre la base de los cambios que producen en el cerebro. Es posible que todas las psicoterapias efectivas operen a través de un patrón común de mecanismos anatómicos, pero también es posible que logren sus propósitos a través de procesos claramente diferentes. Incluso puede ocurrir que las psicoterapias efectivas tengan efectos adversos, como los tienen los fármacos. Describir las psicoterapias en términos de evidencia empírica podría ayudar a maximizar la seguridad y efectividad de estos importantes tratamientos, del mismo modo en que se ha hecho con los tratamientos farmacológicos. Los estudios empíricos también ayudarían a predecir los resultados de tipos particulares de intervenciones terapéuticas y a dirigir a los pacientes hacia las terapias más apropiadas.

Cada vez se hace más patente que el enfoque biológico de la psiquiatría nos permitirá alcanzar un conocimiento más profundo del comportamiento humano. Por ejemplo, hoy día se pueden usar muchos enfoques experimentales para distinguir los procesos mentales conscientes de los inconscientes. Estos enfoques no están limitados al inconsciente implícito; también pueden explorar el inconsciente dinámico y preconscious. Una manera de hacerlo es comparar los patrones de activación cerebral generados por estados perceptuales inconscientes y conscientes (como con la percepción del temor) e identificar las regiones del cerebro que participan en cada estado.

Finalmente, la biología puede aclarar la contribución dual de la psiquiatría a la medicina moderna: su capacidad de desarrollar tratamientos farmacológicos efectivos basados en la neurociencia y su capacidad para escuchar y aprender de los pacientes. Necesitamos combinar estas dos modalidades de tratamiento de manera que sean al mismo tiempo objetivas y efectivas. Si tenemos éxito en este intento, podremos poner en consonancia el reduccionismo radical que guía a la biología con el objetivo humanístico de comprender la mente humana que impulsa a la psiquiatría.

Así, medio siglo después de que yo dejara el psicoanálisis porque no se interesaba por la biología, la ciencia ha progresado hasta el punto en que ahora tenemos una biología rudimentaria de la mente. La meta para la próxima década es doble: en primer lugar, necesitamos determinar cómo combinaciones específicas de genes dan lugar a una anatomía cerebral alterada que posibilita la enfermedad mental, al aumentar la

vulnerabilidad a experiencias sociales y ambientales específicas, y en segundo lugar, necesitamos ver cómo se pueden complementar los fármacos y la psicoterapia en el tratamiento de las alteraciones mentales. Al abordar esta tarea doble, la biología estará atendiendo uno de los problemas que atrajo a tantos de mi generación a la psiquiatría y al psicoanálisis. Además, con esta agenda, la nueva biología de la mente asumirá su rol como el puente natural entre las humanidades, que tienen que ver con la naturaleza de la existencia humana, y las ciencias naturales, relacionadas con la naturaleza del mundo físico.

Además, en el medio siglo siguiente las universidades importantes serán juzgadas por el éxito con que tienden ese puente, y por cuanto contribuyen a nuestra comprensión de la mente humana. Se debería esperar que la psiquiatría y el psicoanálisis fueran contribuyentes centrales en este histórico esfuerzo por entender la mente en términos biológicos. Si la psiquiatría y el psicoanálisis tienen éxito en ejercer este rol, capturarán nuevamente lo mejor y más brillante de las siguientes generaciones.

AGRADECIMIENTOS

Mi laboratorio recibe financiamiento del Howard Hughes Medical Institute, el Fred Kavli Institute for Brain Science, el Lieber Center for Schizophrenia Research, la Mathers Foundation y el Nacional Institute of Mental Health. Me han beneficiado mucho los comentarios sobre la introducción y el Epílogo de Amit Etkin, Marianne Goldberger, Christopher Kellendonk, Henry Numberg, Jonathan Polan y Eleanor Simpson. Agradezco también a Howard Beckman y Blair Burns Potter su consejo editorial. Finalmente, estoy agradecido al Dr. Robert Hales, editor jefe, y Julia Bozzolo, mi editora en American Psychiatric Publishing, Inc. por su esmerada ayuda para que este libro adquiriera su forma definitiva.

REFERENCIAS

1. Etkin A, Pittenger CJ, Kandel ER. Biology in the service of psychotherapy, en *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. Editado por Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, Inc 2005, pp 669-682
2. Jamison K. *An Unquiet Mind*. New York, Vintage Books, 1996
3. Schwartz JM, Stoessel PW, Baxter LR Jr, et al. Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 109-113

CONTROVERSIAS

LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA: OTRA CONCEPTUALIZACIÓN

(Rev GU 2006; 2; 1: 47-54)

Hernán Villarino¹

En el número 3, de diciembre de 2005, apareció en GU un interesante ensayo del Dr. Madariaga titulado "Psiquiatría Comunitaria: Apuntes Para Una Conceptualización". Son dignos de agradecer los esfuerzos y el coraje del Dr. Madariaga por dar consistencia intelectual a una corriente cuyos emblemas se repiten tenazmente pero sobre la cual muy raramente se teoriza. Cuando alguien se especifica como conductista o psicoanalista, por ejemplo, entendemos, mejor o peor, que detrás suyo hay ciertos libros, autores y temas canónicos junto a una historia de debates, rupturas y reordenamientos conceptuales. Cuando alguien, en cambio, se caracteriza como psiquiatra comunitario, nunca se sabe a ciencia cierta cuáles son sus textos fundacionales ni quiénes sus autores esenciales.

Es que hay en ella un algo esencialmente despersonalizado, impreciso y carente de nitidez. Así, para algunos, la psiquiatría comunitaria no es más que una forma inteligente de disponer y distribuir los recursos sanitarios para lograr su máxima eficiencia. Para otros, en cambio, su entronizamiento supone e implica un drástico cambio cultural, orientado a superar el antiguo modelo médico con la activa participación de la comunidad. Por último, aunque ello no acabe la lista de alternativas, hay quienes la estiman parte de un esfuerzo más amplio por afianzar los derechos humanos y superar la así llamada alienación del pueblo y de toda la humanidad. Por esto, más de cincuenta años después de haber hecho su aparición en el escenario de la Historia, la psiquiatría comunitaria todavía debe

seguir buscando una conceptualización que la defina y la haga inteligible.

A nuestro juicio, una de las dificultades centrales que enfrenta esta tarea, la fuente de buena parte de las perplejidades y paradojas en las que se debate, radica en su enfoque biopsicosocial, tema que queremos analizar y discutir a continuación.

Los esfuerzos del Dr. Madariaga no han caído en saco roto, por lo menos en lo que a nosotros respecta. Gracias a su escrito hemos logrado aclarar nuestras propias ideas e indagar en la posibilidad, a partir de nuestra propia experiencia, de una conceptualización distinta de la que él sugiere. Gracias a aquel trabajo hemos tenido una referencia objetiva que nos ha permitido pensar y, todo hay que decirlo, también discrepar.

¹ Servicio de Psiquiatría C.A.B.L

Seguramente será difícil encontrar coincidencias entre aquellos puntos de vista y los que aquí se sostienen, pero es a partir de los razonamientos del autor citado que hemos encontrado la vía para dar expresión a los propios. De modo que éste no es un escrito polémico con el del citado autor sino dependiente y subordinado a él, en el sentido que ha desencadenado las asociaciones cuyo fruto es el presente artículo.

LA IMPOSIBILIDAD MODÉLICA DEL MODELO BIOPSIKO-SOCIAL

Es bien conocido que el quehacer comunitario de la psiquiatría se inspira esencialmente en el modelo bio-psiko-social (o biopsicosocial). Sin embargo ¿qué hemos de entender por modelo? En el ámbito de la ciencia un modelo es la selección de ciertas partes de la realidad para destacar algunas de sus variables relevantes y entender su funcionamiento. Los modelos se usan con fines teóricos (poner a prueba leyes o regularidades) o prácticos (entender cómo se modifican los precios o cómo se comporta un tifón amenazante). Gracias a ellos se tiene una visión simplificada que permite hacer ciertas predicciones, adelantándose a lo que ha de venir al tiempo que se buscan mecanismos que permitan manipular o sortear algunos o todos los efectos aguardados. Un modelo, entonces, es un recurso teórico para aclarar un segmento de la realidad seleccionando una porción de ella.

Hay una relación entre las partes del modelo y su operabilidad. No debe ser demasiado pobre porque conduce a conclusiones triviales, ni tampoco exuberante, porque se hace imposible de comprender y manejar. Ahora bien, un modelo bio-psiko-social contiene casi todo lo que hay bajo el sol, de modo que la magnitud y cantidad de variables, en la práctica, es infinita. Simplificarlas a un grado que resulten operativas corre el grave riesgo de construir un modelo irrelevante; pero no compendiarlas significa construir uno tan complejo que resulte inconcebible para la mente humana y, por lo mismo, totalmente inútil para efectos tanto teóricos como prácticos. Si ya es difícil hacer el modelo de un tifón, uno bio-psiko-social, por la dimensión de lo que está tasando pareciera un imposible.

La experiencia muestra que lo que unos consideran teóricamente irrealizable otros son capaces de ejecutarlo prácticamente. Infinidad de ejemplos podrían demostrarlo. Sin embargo, por más que hemos buscado alguna descripción estándar del modelo bio-psiko-social, de sus variables y modo de operar, de las pruebas que ha sido sometido para demostrar su fiabilidad y validez, etc., no hemos podido encontrarla.

LA IMPOSIBILIDAD HOLÍSTICA DEL MODELO BIOPSIKO-SOCIAL

Nos adelantaremos de inmediato a una objeción posible respecto de los asertos anteriores. La palabra ciencia, dice Searle (1), sugiere una infalibilidad arcana, por eso se ha convertido en un título honorífico y todo tipo de disciplina está ansiosa por ostentarlo. Pero cualquier cosa que se llame a sí misma ciencia, agrega ese autor, probablemente no lo es, y señaladamente no lo son ni la ciencia militar ni la cristiana ni la social ni la cognitiva. Debiéramos, concluye Searle, distinguir nuestros deseos y modestos logros por comprender y conocer, de la física o la química, a quienes sí pertenecen en propiedad el nombre de ciencias.

Pues bien, a partir de confesiones de este estilo hay quien concluye que si bien la ciencia occidental tiene un mérito al reconocer sus propias limitaciones, revelándolas demuestra las limitaciones de su mirada. ¿Por qué habríamos de seguir por todos sus meandros, a un esfuerzo científico cuyos impedimentos reconocen los mismos autores que lo cultivan? Lo que no se puede hacer con una perspectiva analítica, agregan, cabría hacerlo con otra. Aunque el biopsicosocial no es equiparable a lo que la ciencia occidental entiende por modelo, es practicable desde una perspectiva holística. Lo que los guiones y fusiones terminológicas pretenden, al mentar de ese modo lo biopsicosocial, es algo más complejo que la simple modelización científica: se trata de conseguir la amalgama de las tres disciplinas en una ciencia nueva, sistémica, transdisciplinaria y omniabarcativa.

Por lo pronto hay dos sentidos en que pareciera posible construir, a partir de la psicología, la biología y la sociología, otra ciencia, nueva y una en sí misma, biopsicosocial o bio-psiko-social. Analicémoslo

1º. El primero de los sentidos se subdivide a su vez en dos. Por un lado se trata de la posibilidad formal de esta fusión y por el otro de su posibilidad material. En este apartado sólo nos referiremos a lo primero, más adelante discutiremos lo segundo.

Formalmente estas tres doctrinas podrían remodelarse por medio de la simple suma. No obstante ¿cómo representar el resultado?, ¿cómo llenar esa casilla donde una X espera ser sustituida? No es aceptable decir que esa nueva ciencia, que suma lo biológico, lo psicológico y lo social, sea a su vez una ciencia biopsicosocial, porque es eso, justamente, lo que queremos saber, y no ganamos nada haciendo entrar en la definición lo que se pretende definir so pena de incurrir en tautología. De entrada pareciera que esta operación no es realizable, por las mismas razones matemáticas que nos impiden sumar una pera, una manzana y una naranja numéri-

cas. Cuando hemos planteado esta cuestión a algunos colegas comunitarios, sistemáticamente les hemos oído decir que la suma es posible, y que su resultado es tres frutas. Notemos, sin embargo, que la palabra fruta no aparece en el sumando. Pero por seguir con ciertos hábitos no discutamos, de un modo o de otro, ante los jefes y autoridades siempre se termina agachando la cerviz. Aceptemos al menos provisionalmente esta respuesta; de todos modos va a servirnos para desarrollar el segundo de los sentidos en que eventualmente es posible la unión que buscamos.

2°. Si al sumar la pera, la manzana y la naranja obtenemos tres frutas no hemos hecho un ejercicio matemático admisible sino una operación lógica defectuosa, y por lo mismo mal expresada. Desde un punto de vista lógico la pera, la manzana y la naranja, no en cuanto numéricas, son tres especies de un género determinado, a saber, la fruta. Y desde ese punto de vista efectivamente son una, porque genéricamente la fruta es una, del mismo modo que uno es el animal bajo el cual caen miríadas de individuos, específicos y numéricos.

La misma operación, sin duda, se puede llevar a cabo entre la psicología, la sociología y la biología. En efecto, a pesar de Searle, las tres son una en tanto son especies del género ciencia. Es curioso cómo de algún modo estas disputas nos trasladan a la discusión medieval sobre la existencia de los universales

No obstante ¿en qué ha consistido esta solución? ¿En que simplemente nos hemos elevado hacia el plano genérico! Pero de ser cierto que la ciencia es el género común de cualquier ciencia particular, en virtud de lo cual todas las ciencias son una, nótese que este dato, a poco de lógica que conozcamos, ya lo sabíamos desde el comienzo. Por esta vía, desde luego, no hemos alcanzado una ciencia nueva, numérica, holística si se quiere, es decir, que tenga un objeto propio de estudio y un método adecuado a él. Sólo hemos enfatizado el género al que todas pertenecen. ¿En qué ha mejorado, entonces, nuestra comprensión? Por lo pronto ha disminuido, porque los conceptos cuanto más extensos son menos comprensivos, tienen menos notas y por lo mismo son menos informativos. Hay menos información en el término animal que en el término pollo o gato; del mismo modo, es menos informativo el término ciencia que el término geología, porque aquél es más potencial e indeterminado éste es más actual y concreto.

El precio que se ha pagado con esta respuesta, a la postre, es trepar a un concepto más general, por lo mismo más inespecífico. Pero lo peor es que se ha tomado con ella el camino justamente inverso al que ha venido siguiendo la ciencia durante estos últimos dos mil años: la multiplicación de disciplinas numéricamente distin-

tas para sondear de modo cada vez más preciso, aunque también cada vez más estrecho, la realidad.

Por último, al escalar hacia el género solo un acto arbitrario permite cortar donde se ha cortado. Especies del mismo género, y por tanto en un mismo plano de igualdad, son la historia, la matemática, la ética, etc. La fórmula correcta de una psiquiatría comunitaria que asciende en el género sería la de una disciplina bio-sico-socio-histórico-matemático-ético-etc. Es decir, infinita. ¿Quién podría abarcarla?

LA IMPOSIBILIDAD MATERIAL DEL MODELO BIOP-SICO-SOCIAL

Como lo consignamos más atrás, unir lo biopsicosocial aparte de constituir un desafío formal insoluble implica también un problema material. Las ciencias particulares que hemos convocado ¿entran integras en la nueva composición o sólo fragmentariamente? La biología, por ejemplo, está dividida en sí misma. Hay una corriente predominante, la darwiniana, pero hay también una creacionista y otra fenotípica, portmanniana. ¿Cuál de ellas es la verdadera biología? ¿Cuál de ellas integrará la unidad bio-psico-social? Los biólogos, por cierto, no se ponen de acuerdo. No obstante, inclinémonos por la darwinista, de seguro contará con una aquiescencia mayoritaria.

Según una lectura predominante en la década de los veinte del siglo pasado, la evolución se basaba en mutaciones al azar en el plasma germinal, en virtud de lo cual se producían individuos que demostraban su viabilidad compitiendo con los otros en la lucha por la vida. Hoy sabemos que las mutaciones no son sólo al azar sino también estratégicas, pero las consecuencias de aquella interpretación de la doctrina en el ámbito de la psiquiatría la conocemos por las experiencias del nacionalsocialismo alemán. De acuerdo con ella los enfermos mentales fueron concebidos como individuos con mutaciones perjudiciales por lo cual fracasaban en la lucha por la vida, de allí que hubiera que abstenerse de prodigarles cuidados, más bien debía eliminárselos para que su genotipo no contaminara el de los sanos.

La sociología adolece de los mismo problemas que la biología: existen multitud de escuelas, orientaciones e interpretaciones, profundamente divergentes, de los hechos sociales. Según Foucault (2) por ejemplo, la locura es una fabricación social destinada al control y marginación de individuos diferentes. De acuerdo. Pero ¿cómo establecer una unidad entre las antedichas conclusiones de la biología y las actuales de la sociología?, ¿cómo, si no es milagrosamente, hacer con ellas una unidad?

La unidad de cada ciencia es polémica, no armónica. Antes de entrar en composición en una nueva debieran primero resolver sus puntos de vista disímiles. La unidad de todas ellas, en el estado actual del conocimiento, constituiría un suceso tan sobrecogedor como la confusión babélica de las lenguas.

UNIDAD Y DIVISIÓN DE LA CIENCIA. REDUCCIONISMO Y EMERGENTISMO

A lo que llevamos dicho se opondrá, sin duda, que las ciencias, por medio del reduccionismo, efectivamente se unifican. Con razón se nos reprochará que hayamos intentado demostrar la imposibilidad lógica de unir las ciencias particulares, para pasar, sin transiciones, a conceder su efectiva realidad. ¿No demostramos con ello una frivolidad e incoherencia pasmosas? Ocurre, sin embargo, que el reduccionismo (3) no es más que la toma de posesión por una ciencia en particular de una región linderera que antaño estaba bajo la soberanía de otra, sin que por ello se dé origen a una ciencia nueva. Muchos aspectos sino toda la astronomía y la química han sido reducidos a la física. La epilepsia fue reducida desde la psiquiatría a la neurología. Pero esto no constituye sino acomodos fronterizos que, por los demás, ocurren de modo no planificado, son consecuencia de descubrimientos en sí mismos imprevisibles. Si la psicología se pudiera reducir a la biología no habría una ciencia nueva sino una biología ampliada que habría tomado posesión de un distrito suyo ilegítimamente usurpado.

No es raro, sin embargo, contemplar algunos esfuerzos por biologizar la sociología, sociologizar la psicología, etc. Todos estos empeños, de momento, no han sido sino esfuerzos estériles, aunque a veces se hable de ellos como realidades conseguidas.

Por otra parte, el reduccionismo tiene un concepto correlativo: el emergentismo. Aunque la conciencia, por ejemplo, no es posible entenderla al margen de la biología, no por ello es una rama de la misma. Lo mental tiene una realidad propia con su propia legalidad. Se dice que si bien ha emergido de la biología es ontológica y no sólo epistemológicamente autónoma, lo mismo que cabe decir de la biología en su conjunto respecto de la física. Es el emergentismo lo que hace imposible, en la actualidad, lograr describir una legalidad unitaria del mundo, y hacer de todas las ciencias particulares una ciencia general, única.

La división de las ciencias no es asunto arbitrario ni gratuito, no responde a una estrategia étnica, de poder, de clase, etc. Radica en el carácter discontinuo de la realidad y en la naturaleza finita de la mente humana. Hay

espíritus poderosos que logran una mirada más incluyente, es cierto, pero esto es un hecho excepcional.

La base de la psiquiatría comunitaria, el modelo biopsicosocial, se nos ha revelado no sólo inconsistente sino carente de verdadera información. Parece más un juego verbal que un sólido sostén para la psiquiatría, y para nada en realidad. Si los fundamentos son de tal modo frágiles o inexistentes no es raro que lo montado sobre ellos esté expuesto a la vacilación y el desmoronamiento constantes. Por eso, las disquisiciones anteriores tienen una traducción práctica inevitable, como pretendemos discutirlo a continuación

CONSECUENCIAS PRÁCTICAS DEL MODELO BIO-PSICO-SOCIAL

Desde cierta perspectiva mentar lo biopsicosocial constituye una trivialidad, porque en el mundo humano, a poco que tengamos una perspectiva decimonónica y positivista, nada escapa de estas determinaciones. Como esto es algo tan generalmente admitido no hace falta insistir. Hay que referirse a lo obvio, dicen los lógicos, sólo cuando en ello se vea un problema. Pero si en todo lo que hacemos y somos alguien puede desgajar elementos biológicos, psicológicos y sociales, después de haberlos dividido de ese modo no existe la posibilidad de una ciencia unitaria que dé cuenta de todo, ni de un modelo que entienda totalmente cómo todas estas cosas se unen e interactúan (emergentismo). Pero podemos seguir hablando de lo biopsicosocial por la misma razón que seguimos viendo moverse al sol, que seguimos diciendo que el sol se pone, que incluso vamos en los atardeceres a contemplar el ocaso, su magnífico y formidable naufragio sobre el horizonte, sin que por nada concedamos que el Sol gira en torno a la Tierra.

Los enfermos, en un hospital o en la comunidad, no sólo son enfermos, también necesitan comer, abrigarse, convivir con sus parientes, recaudar el pago de licencias, tener acceso al esparcimiento, a la rehabilitación, etc.. Es decir, requieren de una serie de cosas que se pueden llamar, en el sentido más trivial y decimonónico que apuntamos arriba, como biopsicosociales. La vida práctica nos exige, tengamos o no una teoría adecuada, satisfacer estas cuestiones de la mejor manera. Y ya que no somos dioses, la variedad de los asuntos que hemos de resolver impone, por motivos de eficiencia y ahorro, que personal con distintas especialidades se encargue de proveerlos. Estas razones son la fuente determinante de los equipos, tanto en la psiquiatría comunitaria como en cualquier otra actividad humana, y no el modelo bio-psico-social.

Los equipos multiprofesionales, entonces, tienen un fundamento práctico, y están asociados no por razones teóricas sino, como siempre ocurre en la vida práctica, por motivos prudenciales. La prudencia, ya se sabe, es un bien escaso, y de ella no hay ciencia, aunque sí se puedan formular algunas reglas cuya aplicación, por lo demás, depende siempre de situaciones concretas y cambiantes.

Lamentablemente, suele ocurrir que en los equipos comunitarios se desestabilice lo que estaba seguro y bien amarrado. En virtud de los horizontes que el modelo aludido se ha autoimpuesto alcanzar, los roles profesionales, por ejemplo, tienden a desperfilarse; es más, deben desperfilarse, porque han de cumplir las expectativas de un oscuro e indefinible patrón que lejos de iluminar su actividad les impone obligaciones transdisciplinarias que no sabe precisar bien ni mucho menos justificar.

A pesar de que la medicina, la asistencia social, la enfermería, etc., tienen algo así como una esencia (o son más sustantivas como diría Zubiri), se ven obligados a redefinirse en torno a un modelo que no puede dar buena cuenta de sí. Un médico militar, por ejemplo, ha de conservar su esencia aun en el seno de la guerra más destructiva y sangrienta. Aunque también forma parte de un equipo multidisciplinario le compete guardar y profundizar, aun en el fragor de la batalla, su propio quehacer. De allí entonces que cada miembro de un equipo, cualquiera sea el objeto a que se dedique, ha de mantenerse en el ámbito que sus saberes lo capacitan, en su esencia, por así decirlo. La rueda no debe ser motor ni el motor rueda, cada cual a su manera contribuye a la marcha del vehículo.

No parece haber argumentos, lógicamente sostenibles, para que la clínica y el papel del médico, ni tampoco el de la asistente social, enfermera, terapeuta ocupacional, sociólogo, antropólogo, etc., hayan de ser esencialmente superados o transformados en la actividad de los equipos. Antes bien, cada uno de ellos debe profundizar en su propio campo, lo que inexorablemente ahondará sus diferencias. Pero esto no es óbice para un trabajo coordinado y fructífero, justamente porque su unión es accidental. Mientras mejor conozcan sus diferentes oficios el carpintero y el albañil, más bella seguramente construirán la casa.

En resumen, si es cierto que la ciencia, salvo en una persona celeste, permanece divisa, quienes cultivan sus diferentes campos han de seguir siendo personas distintas, con saberes específicos cuya confluencia y unidad no es teórica sino práctica y accidental y, por lo mismo, prudencial.

EL ANATEMA CONTRA EL MODELO MÉDICO

Aunque no se pueda distinguir bien el fundamento último de la psiquiatría comunitaria, de lo que no puede caber duda es de sus fobias. Y la primera de ellas es el así llamado "modelo médico". La mística de los equipos, con su propensión transdisciplinaria y su gravitación hacia el desperfilamiento profesional no se basa tanto en las demandas del modelo biopsicosocial cuanto en esa antipatía y repulsión.

Lo bio-psico-social, sin embargo, en tanto que prudencial, puede ser cualquier cosa excepto una cosa nueva. La Psiquiatría comunitaria supone que ha superado lo que llama el modelo tradicional, biomédico, reduccionista, mezquino, estrecho, autoritario, etc. No obstante, ¿existe o ha existido alguna vez el famoso modelo médico tal como se lo ha caracterizado?

Por lo pronto, uno de los textos del Tratado Hipocrático lleva por título "De las aguas, los aires y los lugares" (4). En él se discute, entre otras cosas, el mejor sitio para levantar las ciudades y la forma más provechosa, dado un lugar determinado, donde situarlas; la forma de ordenarlas; las dependencias públicas; su relación con los vientos, el sol, la humedad, etc. En el escrito "Sobre la Dieta" se debate acerca de los alimentos apropiados según los temperamentos, tiempos y lugares, no sólo para curar sino también para preservar la fuerza y el vigor. En todos los fascículos del texto se insiste en el régimen de vida, que incluye el ejercicio físico, propicio para conservar la salud. ¿No son éstas preocupaciones bio-psico-sociales? ¿No contienen una inquietud por la prevención y la salud pública?

Virchow (5), por otra parte, creador de la teoría celular, es decir, profundamente biólogo, combinó su vida y ejercicio intelectual con la inquietud por las condiciones de vida de sus compatriotas, sobre todo los mineros del Ruhr. Denunciaba sus jornadas extenuantes y sus misérrimas condiciones de vida, consignando, desde su perspectiva médica, lo perjudiciales que resultaban para la vida. Virchow, el creador de la teoría celular, en un exceso de celo quizá, aseguraba que la medicina era una ciencia social.

Es que la ciencia médica, aunque se puedan hallar excepciones, siempre ha discurrido en el seno de una matriz prudencial. El médico antiguo era al mismo tiempo que médico, enfermero, terapeuta ocupacional, confesor de almas, consejero, etc. Y no porque tuviera una ciencia acabada sobre todas esas cuestiones sino porque debiendo responder a ellas lo hacía de un modo prudencial.

En realidad el médico antiguo era todo lo que se desea del equipo en la actualidad: disponibilidad inquebrantable, atención personalizada, amplitud de la mirada, interacción afectuosa, ánimo bondadoso y siempre dispuesto, tenacidad, esperanza y tacto. Entonces ¿por qué ensañarse con él? La práctica del médico de pueblo y de la gran mayoría de los médicos de hospital contiene una ejemplaridad eterna. ¿Que tenían defectos y limitaciones? Al hombre de hoy le disgusta, sobre todo, el paternalismo que les reprocha. ¿Pero quién puede responder a las inquietudes, deseos y proyectos de los hombres que habrán de venir y de los que nada sabemos? ¿Quién puede estar seguro que mañana no será censurado a la luz de lo que para las nuevas generaciones se haga fundamental?

Bajo el así llamado modelo médico, regularmente, se agrupan las consecuencias que el positivismo tuvo en la relación médico-paciente. En todo caso ese es, propiamente, el modelo positivista. Por eso aún es oportuno preguntarse a qué se refiere, exactamente, el denominado “modelo médico”, aquel que el bio-psico-social habría superado. Muchas veces se responde que lo específico de la diferencia radica en la rehabilitación. Pues bien, la rehabilitación también es una especialidad de la medicina. Los médicos-fisiatras se dedican a ella monográficamente, y trabajan también en equipos multidisciplinarios donde ocupan un lugar señalado los ingenieros, por razones prudentialmente administradas, es decir, sin que los roles se desperfilen.

PERSONA Y SOCIEDAD

Se sostiene con frecuencia que el antiguo “modelo médico”, organicista, no podía dar una visión adecuada de la persona. Ya discutimos previamente lo referente al modelo médico. Con todo, es completamente cierto que no se puede reducir el hombre a la biología. Por desgracia, ocurre que la ciencia, cualquier ciencia, constituye una mirada parcial sobre la realidad, y esto sólo cabe aceptarlo o condenarse a no saber nada de nada. Ahora bien, en el ámbito comunitario suele llamarse a la sociología para que complete este saber fragmentario que proporcionan la biología, la psicología o la suma de ambas, y nos ponga a la íntegra persona frente a nosotros. Desde Aristóteles sabemos que el hombre es un ser social, *zoon politikón* lo llamaba en su lengua el estagirita. No obstante, en nuestra época, nada puede haber más extraño que este llamamiento.

En primer lugar, la biología, la sicología y la sociología, en cuanto ciencias, son objetivas y universales, es

decir, impersonales. Si es justo afirmar que con la biología no se conoce a la persona conviene recordar, así mismo, que la sociología es tan impersonal como aquella. Ahora bien, ¿cómo es posible que sumando cosas impersonales se acceda a lo personal?, ¿agregando cadáveres se conoce la vida?, ¿qué maravillosa transmutación se ha producido aquí?

En segundo lugar, la sociología ha concluido con Foucault (6), de tan reconocida influencia en la psiquiatría, que el hombre es un invento del siglo XIX. Lo que en realidad existe y siempre habría existido son estructuras impersonales. La sociología no trae ningún mensaje para el sujeto como no sea su acta de defunción. ¿Por qué invocarla, entonces, como fuente de salvación para el mismo sujeto cuya muerte ha decretado?

En realidad, cuando se asegura que la sociología sobredetermina la enfermedad mental suele pensarse, al modo positivista, es decir, según la ciencia del siglo XIX, que la sociedad, como una bola de billar, como un ámbito autónomo y cerrado en sí mismo, choca con otra bola de billar, el sujeto, produciendo por el impacto la patología. Como en la concepción comunitaria entre las bolas de billar la más grande y la que más pesa es la sociológica, su efecto sobredetermina cualquier otro.

LA MALDICIÓN DEL PASADO

Los insatisfactorios enlaces de la psiquiatría comunitaria y su sobredeterminación sociologista dejan en pie la pregunta por la persona. Es cierto que sus afanes por los derechos y la reinserción de los pacientes, y el vehemente rechazo a su marginación y estigmatización, suponen todas ellas a la persona. No obstante, esto carece de especificidad. Cualquiera, desde cualquier ámbito, puede suscribir estos preceptos, a condición de coincidir con una cierta concepción de los derechos humanos. Para defenderlos no hace falta ser psiquiatra comunitario, basta con ser hombre; por eso, cualquier otra variedad de psiquiatría tiene tanto o mayor derecho a sentirse concernida por el asunto, y a considerar que su quehacer sintoniza con ellos y los favorece. En esta empresa, que a todos nos importa, se trata de sumar, nadie debe pretender el monopolio y la exclusividad.

Pero despejado ese asunto, la inquietud que sigue dando vueltas es lo que se ha de entender propiamente por psiquiatría en el ámbito de la psiquiatría comunitaria, y cuál es el lugar que en ella ocupa la persona, objeto tradicional del estudio psiquiátrico. Por cierto, la mera adición bio-psico-social no nos franquea el acceso a la persona. El lobo, el mono o el ñu también se estudian y entienden con un discurso bio-psico-social,

la *etología* no es más que eso. No obstante, nunca se ha ensayado en ellos el enfoque personal, reservado desde siempre para el estudio del hombre, sano o enfermo. Finalmente, entonces, ¿quién es la persona? Y la respuesta a esta cuestión constituye la verdadera brújula de un servicio de psiquiatría. Pues bien, la verdad es que no conocemos ninguna respuesta original elaborada por una pluma comunitaria, que haga honor a la novedad que se declara y que se ajuste a los propósitos que se persiguen.

En realidad, salvo error u omisión, aparte de cuestiones administrativas, todas discutibles ciertamente, no se han meditado respuestas de peso a ningún asunto que concierna a la actividad psiquiátrica, que la aclare o que la ilumine íntima y fundamentalmente, lo que a nuestro juicio es una consecuencia del gravamen que debe pagar siempre la medicina si se subordina al sociologismo. El resultado de esta situación es tan curioso como si en la física pretendiera la hegemonía no la corriente newtoniana o einsteniana sino la que preconiza cómo se han de disponer y gestionar los laboratorios, aún al margen de haber decidido si han de poseer un carácter newtoniano o einsteniano. Son estos rasgos los que dotan a buena parte de los servicios de psiquiatría comunitaria reales de su típico carácter ecléctico, donde se baraja siempre un saber que nunca es pensado a fondo ni enriquecido.

Tampoco se puede pensar con radicalidad cuando se ha roto sin apelaciones con el pasado. Si uno ha decidido que el "modelo médico" es deletéreo e inmoral, en rigor nada cabe rescatar de él. La sombra del pasado y el manicomio ahogan a la psiquiatría comunitaria en una dialéctica imposible, porque los términos y las nociones fundacionales de la psiquiatría fueron elaborados allí. El manicomio puede pasar de moda, no necesariamente los conceptos. Pero si uno se ve obligado a frecuentarlos con una íntima repugnancia y sospecha sólo puede desarrollar una conciencia desdichada, urgida, turbada, volcada sobre sí misma y no sobre las cosas de las que se debe ocupar. La necesidad de repensar su Historia es un imperativo de la psiquiatría actual, si quiere despejar su propia atmósfera enrarecida.

La desinstitucionalización, por otra parte, ha cometido, a su turno, sus propios pecadillos y maldades. En los modernos textos de ética psiquiátrica (7) se analiza y toman como modelo de un quehacer injusto y viciado, entre otros, los experimentos de Basaglia. ¡Así cambian, con el tiempo, las valoraciones en los asuntos humanos; Nadie puede erigirse en moralista y censor del pasado, o del presente sin terminar siendo puesto en la picota. Al fin de cuentas, ni somos santos ni estamos al abrigo de errores.

EL TIEMPO HIERE Y HUYE

Hace 40 años la psiquiatría comunitaria era una disciplina novedosa y, como todo lo juvenil, llena de coraje, audacia y hasta temeridad. Había en su aplomado desafío ese riesgo y arrogancia que no deja indiferente a nadie, incluso aunque la pasión del presente postergara para el futuro las dificultades teóricas y las filigranas explicativas. En el tono de la época parecía que el mundo, primeramente, debía ser cambiado, después explicado. Por desdicha nadie conserva por siempre la gracia y el encanto de la mocedad. Ni todo puede seguir siendo siempre provisional ni se lo puede dejar librado al mañana. O hay respuestas de hoy para las preguntas de hoy o todo queda sin respuesta.

En el amplio espectro de las interrogantes sobre la locura la psiquiatría comunitaria ocupaba una cierta longitud de onda, la que ha conservado con celo inigualado, la misma que ocupa hoy, la misma que parece ocupará mañana. En las páginas de hoy se leen las mismas promesas de ayer, las mismas que sin duda se leerán mañana. Pero ya no las formulan hombres armados con vehementes ilusiones sino graves funcionarios que manejan resortes decisivos del poder y la realidad. Señores, en definitiva, que saben y pueden hacer callar.

En la Historia intelectual reciente al asociacionismo lo sustituyó la *gestalt* y al conductismo el funcionalismo; la fenomenología de Husserl devino, en el mismo Husserl, *lebensphilosophie*. La psiquiatría comunitaria, sin embargo, prefirió mantenerse siempre fiel a sí misma. Pero durante el siglo XX, mientras insistía en el modelo bio-psico-social, surgieron y se desarrollaron al menos tres grandes, fructíferas y exitosas indagaciones destinadas a superar la dicotomía entre lo interno y lo exterior, a cerrar el hiato abierto por Descartes entre el hombre y el mundo, el alma y el cuerpo, el espíritu y la vida. En primer lugar el pragmatismo de Dewey y James; en segundo lugar, la aprehensión fenomenológica de la humana aperturidad, y, por último, la crítica de Wittgenstein al lenguaje privado y el hombre interior.

Aquello que el modelo bio-psico-social ha pretendido, sin éxito, dotar de cierta coherencia y universalidad el estudio de lo personal, componer el mosaico de piezas sin relación constituido por las distintas ciencias que estudian al hombre, lo consiguieron, en cambio, aquellas investigaciones. Ninguna de ellas optó por tomar tal como estaban las reflexiones anteriores para sumarlas o mezclarlas creando una falsa impresión de integración, rigor y novedad. Todas

ellas, aunque enraizadas en el pasado, se esforzaron por crear instrumentos nuevos para acceder a una realidad nueva también, por resolver problemas, en definitiva, que es de lo que se trata en el ámbito de la ciencia. Por desgracia, a pesar de la coincidencia en los objetivos, ninguna ha sido discutida ni mucho menos asumida. Por su autofidelidad, la psiquiatría comunitaria parece haber seguido buscando donde aparenta no haber nada.

REFERENCIAS

1. Searle J. *Mentes, cerebros y ciencia*, Ed. Cátedra, Madrid, 1985
2. Foucault M. *La Locura en la época clásica*, Ed. Fondo Cultura Económica, México, 1979
3. Popper H, Eccles J. *El yo y su cerebro*, Ed. Labor Universitaria, Barcelona, 1985
4. Autor anónimo. *Tratado Hipocrático*, Ed. Gredos, Madrid, 1985
5. Laín P. *Historia de la medicina*, Ed. Salvat, Barcelona, 1985
6. Foucault M. *Los anormales*, Ed. Fondo Cultura Económica, Buenos Aires, 1999
7. Bloch S, Chodoff P, Green S. *La Ética en psiquiatría*. Ed. Madrid. Editorial Triacstela, 2001

TEORÍA

EL CONCEPTO DEL SELFOBJETO Y EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA PSICOANALÍTICA DEL SELF

(Rev GU 2006; 2; 1:55-60)

André Sassenfeld¹

La teoría clásica del psicoanálisis, que ha sido descrito como psicología unipersonal (Bacal, 1990; Modell, 1984), afirma que los pacientes sufren de conflictos intrapsíquicos que, en alguna medida, son inconscientes y que determinan de distintas maneras el comportamiento y la sintomatología actual de la persona en cuestión. Desde este punto de vista, terapéuticamente los pacientes necesitan a un analista neutral y desinvolucrado –tan objetivo como sea posible– que sea capaz de comprender el origen y la psicodinámica de tales conflictos internos y que pueda, mediante la comunicación de interpretaciones y mediante la facilitación del proceso analítico de elaboración, contribuir a que el paciente llegue a entender lo que su terapeuta le comunica por sí mismo. Una comprensión genuina del paciente respecto de las determinantes intrapsíquicas e inconscientes fundamentales de su situación presente puede conducir, de acuerdo a la teoría psicoanalítica tradicional de la técnica terapéutica, al cambio de la personalidad y a la resolución de los síntomas manifiestos.

EL CONCEPTO FUNDAMENTAL DEL SELFOBJETO EN LA PSICOLOGÍA PSICOANALÍTICA DEL SELF

Desde la perspectiva de la psicología psicoanalítica del self, siguiendo a Bacal (1990), el hecho de optar por convertirse en paciente implica una expectativa legítima de experimentar al analista y sus reacciones como portadores de ciertas funciones relacionales que han estado ausentes o que no han sido vivenciadas de

modo óptimo en vínculos interpersonales anteriores. Más allá, los pacientes anhelan encontrar, por medio del proceso psicoterapéutico, una forma concreta y eficaz de aliviar las consecuencias psicopatológicas y de reparar los daños que han sufrido en el contexto de todas aquellas experiencias vinculares que perjudicaron, de distintos modos, el desarrollo de su self. Greenberg y Mitchell (1983) añaden que, desde el punto de vista de Kohut, la “situación analítica no es definida en términos

¹ Psicólogo Departamento de Psicología y Facultad de Odontología, Universidad de Chile. E-mail: asjorquera@hotmail.com

de un observador neutral que interpreta procesos de pulsión y defensa dentro del paciente, sino en términos de un campo interpersonal en el cual la participación del analista es esencial” (p. 356).

Para Bacal (1998b) y Riera (2002), el reconocimiento de que los pacientes no experimentan al analista como objeto hacia el cual dirigen deseos conflictivos inconscientes con la finalidad de descargar impulsos instintivos, sino que experimentan la necesidad de encontrar un objeto relacional cuyas respuestas sean capaces de evocar y afectar de modo positivo su sentimiento de sí mismos, desembocó en la conceptualización del selfobjeto. El selfobjeto es el concepto central de la psicología psicoanalítica del self en cuanto une su énfasis sobre la experiencia del self y su perspectiva relacional.² “Un objeto es un selfobjeto cuando es experimentado intrapsíquicamente como cumpliendo funciones en una relación que despiertan, sostienen o influyen de modo positivo el sentimiento del self” (Bacal, 1990, p. 279); estrictamente, tal como indica Wolf (1988), un selfobjeto no es ni self ni objeto, sino el aspecto subjetivo de una función que es ejercida por medio de una relación. El concepto hace referencia a una vivencia intrapsíquica y no describe la relación interpersonal entre el self y otras personas.

“Según la comprensión más fundamental de la psicología del self, para la emergencia del self es necesario más que la tendencia innata a organizar las experiencias. Es necesaria la presencia de otros, llamados técnicamente *objetos*, que ponen a disposición ciertas experiencias que le posibilitan al self su *surgimiento* y su *mantención*. El término para esto, quizás un tanto engorroso, es *experiencias selfobjetales*, habitualmente abreviado como *selfobjetos*. Experiencias selfobjetales adecuadas favorecen la *cohesión* estructural y la *fuerza vital* del self; experiencias selfobjetales insuficientes conducen, con facilidad, a una *fragmentación* y a un *vacío* del self. Todo ser humano requiere, desde su infancia hasta el final de su vida, al igual que alimentación y oxígeno, experiencias selfobjetales acordes a su edad” (Wolf, 1988, p. 26, cursivas del original)

Kohut llegó a describir tres diferentes necesidades selfobjetales cuya satisfacción –un proceso que las convierte, en el acto, en experiencias selfobjetales– es primordial para el establecimiento y el sostenimiento de la coherencia y la organización del self: (1) experiencias especulares [*mirroring*], que consisten en vivencias

de reconocimiento, aceptación, confirmación y estimación del self en términos de su grandeza, unicidad y totalidad; (2) experiencias de idealización, que están relacionadas con vivencias de fusión con, o de sentirse parte de, un otro significativo que es percibido como figura que encarna tranquilidad, fuerza, sabiduría y bondad y que, más allá, es admirado y reconocido por las cualidades de las cuales el self siente que carece; y (3) experiencias alter-ego o gemelares, que se refieren a vivencias de la presencia de un otro significativo que es percibido como figura esencialmente similar al self (Bacal, 1990, 1998b; Kohut, 1977, 1984; Wolf, 1988).

Con posterioridad los psicólogos del self han definido otras necesidades y experiencias selfobjetales, entre las cuales son relevantes las experiencias aversivas, en las cuales el self ve confirmada parcialmente su autonomía, al experimentar al selfobjeto como fuerza que se diferencia de él pero que, al mismo tiempo, sigue siendo apoyadora y responsiva; las experiencias de eficacia, en las cuales el self experimenta que ejerce influencia sobre el selfobjeto y que es capaz de buscar y evocar experiencias selfobjeto necesitadas; y, además, experiencias de delineación del self, las cuales contribuyen a la articulación y validación del mundo personal de experiencia y, con ello, al establecimiento de su sentido de realidad (Atwood y Stolorow, 1992; Bacal, 1998b; Wolf, 1988). Para Bacal (1998b), todas “ellas evocan el sentido del self de forma significativa e importante; esto es, son experiencias selfobjetales” (p. 149).

La psicología psicoanalítica del self afirma que, en el transcurso del desarrollo psíquico, el naciente individuo necesita que los selfobjetos que conforman su entorno humano inmediato reconozcan y validen sus diversas necesidades selfobjetales a través de su capacidad de entonamiento [*attunement*] empático respecto del self emergente y que, a continuación, las satisfagan a través de medios adecuados a la edad del individuo. El establecimiento y la mantención de un sentido coherente y vital del self, que se traduce en una experiencia personal de bienestar, equilibrio y auto-regulación afectiva, depende de la presencia y adecuación de reacciones empáticas y sintonizadas por parte de selfobjetos significativos. La ausencia y la inadecuación de ciertas respuestas de los selfobjetos de la infancia tiene como consecuencia, en alguna medida, la aparición de diferentes tipos de sintomatología y de organizaciones psicopatológicas del self con las consiguientes vivencias de malestar, desequilibrio y falta de auto-regulación afectiva –un estado que los psicólogos del self a menudo llaman fragmentación (Bacal, 1990; Greenberg y Mitchell, 1983; Kohut y Wolf, 1978; Wolf, 1988, 1995).

² Hemos optado por traducir el término inglés original *self-object* como *selfobjeto*.

EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO EN EL CONTEXTO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Las consideraciones acerca del desarrollo y la psicopatología que anteceden tienen una enorme relevancia para comprender el proceso psicoterapéutico en el contexto del vínculo entre paciente y analista desde la perspectiva de la psicología psicoanalítica del self. Tal como indica Wolf (1989, 1998a, 1998b), en un tratamiento psicoanalítico que emplea como marco de referencia la psicología del self se producen dos procesos terapéuticos distintos pero complementarios. Wolf llama a uno de ellos proceso atmosférico, un proceso que se produce en cuanto una persona, cuya matriz de selfobjetos de la infancia ha incurrido en determinadas fallas empáticas respecto de algunas de sus necesidades selfobjetales, se encuentra en un ambiente relacional con el psicoterapeuta que es responsivo, cálido y aceptador y que está sintonizado con esas necesidades selfobjetales que han sido frustradas históricamente, y con su satisfacción.

El proceso terapéutico atmosférico posibilita al paciente reactivar y retomar el desarrollo de ciertas potencialidades que el entorno infantil de sus selfobjetos fue incapaz de estimular y que, por lo tanto, están congeladas. Para personas cuyas dificultades están ligadas, de modo principal, a un cierto grado de privación de la satisfacción de ciertas necesidades selfobjetales, en ocasiones la participación en un proceso terapéutico atmosférico que permite la superación de una detención evolutiva puede resultar suficiente. Wolf (1989) agrega:

“Para un pequeño número de pacientes, el entorno aceptador de la terapia posiblemente sea la primera oportunidad en su vida de disponer de un medio que promueve la sanación del self. Un entorno que le permite desarrollarse a aquellos aspectos del self cuyo desarrollo, hasta entonces, estaba inhibido –un ambiente en el cual está presente una persona respetada que se interesa de modo serio, desprejuiciado y empático por las vivencias del paciente” (p. 113).

El analista es experimentado como un otro comprensivo que está dispuesto a cumplir las necesitadas funciones selfobjetales y que puede proveer experiencias selfobjetales de los diversos tipos descritos por Kohut y sus colaboradores. En este sentido, de acuerdo a Greenberg y Mitchell (1983), es de gran importancia que el analista permita al paciente apropiarse de la relación terapéutica y consolidarla.

No obstante, muchos pacientes no sólo han sufrido privación o déficit sino también, en alguna medida, han estado expuestos a experiencias de traumatiza-

ción y sufren de consecuentes defectos del self –tenden a vivir en un estado continuo de vulnerabilidad y exhiben una tendencia hacia la fragmentación del self cuando sus selfobjetos actuales no responden de forma empática a sus necesidades selfobjetales. Wolf (1998a) reconoce que, en estas circunstancias, es indispensable algo más que una atmósfera terapéutica como aquella que hemos descrito con anterioridad, ya que apenas el individuo puede beneficiarse de una atmósfera vincular de tales características sus necesidades selfobjetales traumáticamente frustradas reviven, aparecen en la superficie y se concentran, mediante la relación transferencial, en la persona del terapeuta experimentada como selfobjeto significativo.

Sin embargo, a diferencia del concepto psicoanalítico clásico de la transferencia, la psicología del self supone que la relación transferencial no sólo incluye elementos derivados de necesidades selfobjetales infantiles y arcaicas sino también elementos derivados de necesidades selfobjetales actuales y acordes a la edad y etapa evolutiva en la que se encuentra el paciente (Bacal, 1990; Wolf, 1988). Además, los psicólogos del self subrayan que no se trata en lo fundamental de una transferencia de impulsos instintivos sino, más bien, de la transferencia de necesidades humanas básicas –infantiles y maduras– que buscan satisfacción para contribuir al desarrollo global continuado del self.

Recordemos que Kohut (1984) enfatizó en diversas ocasiones su convicción de que las necesidades de ciertas respuestas por parte de los selfobjetos relevantes se mantienen vigentes durante todo el ciclo vital y no culminan en un estadio del desarrollo caracterizado por la independencia, la autonomía y la auto-suficiencia, como piensan otros teóricos. Estas últimas características siempre serán relativas y no pueden reemplazar la necesidad y dependencia respecto de otras personas. “Paradójicamente, cuanto mayor es la experiencia de interpenetrabilidad con los selfobjetos (a nivel familiar, social, profesional) mayor es también la vivencia de fortaleza y de independencia del self” (Riera, 2002, p. 104).

La segunda situación clínica mencionada es el punto de partida del segundo proceso terapéutico descrito por los psicólogos del self: el proceso terapéutico de interrupción y restablecimiento del vínculo selfobjetal que el paciente forma con el analista (Bacal, 1990; Kohut, 1984; Wolf, 1988, 1989, 1998b). Durante un tiempo, es posible que el analista sea capaz de sostener el self frágil de estos pacientes mediante reacciones respecto del otro que constituyen lo que Kohut (1984) denominó una matriz selfobjetal silenciosamente sostenedora, en parte establecida por la transferencia selfobjetal positiva que el paciente desarrolla de manera espontánea

en las fases tempranas de la psicoterapia. Es decir, en un comienzo, la persona, que transfiere al terapeuta sus necesidades selfobjetales insatisfechas infantiles y maduras, puede sentir que sus necesidades selfobjetales son reconocidas, aceptadas y legitimadas y, con ello, se convierten en experiencias selfobjetales con el analista que reemplazan las frustraciones históricas que se produjeron con las figuras de apego de la infancia.

Por otro lado, también es posible que el miedo más o menos consciente a volver a sufrir una traumatización similar a aquella sufrida con los selfobjetos originales de la infancia, dificulte la manifestación abierta de las necesidades selfobjetales del paciente que se movilizan transferencialmente en la atmósfera terapéutica. De hecho, desde el punto de vista de la psicología psicoanalítica del self, los pacientes vivencian de modo persistente un conflicto entre "la necesidad constante de reacciones selfobjetales por un lado y el miedo del self a una renovada ofensa por otro lado" (Wolf, 1989, p. 117). En este caso, Wolf (1988, 1989) plantea la necesidad de llevar a cabo un análisis interpretativo de la resistencia del paciente contra la expresión e incluso contra la percatación de sus necesidades activadas en la relación, destacando en estas intervenciones particularmente el aspecto vincular –esto es, el hecho de que las resistencias que han surgido están ligadas al temor específico a que se repitan frustraciones traumáticas anteriores en la situación actual con el analista, debido a fallas empáticas y fracasos del entonamiento empático (Bacal, 1990, 1998a; Kohut, 1984; Ornstein, 1998; Wolf, 1988, 1989). Tal como asevera Riera (2002), las resistencias del paciente se convierten en puntos privilegiados para detectar posibles fallas empáticas por parte del terapeuta.

En general, una interpretación de la resistencia de este tipo tiende a promover el establecimiento de una transferencia selfobjetal armónica, en la cual el paciente empieza a manifestar sus necesidades selfobjetales actuales e infantiles respecto del analista. Superar la resistencia equivale, en este contexto, a que el self vulnerado del paciente se atreve a exponerse a la posibilidad de una re-traumatización, confiando en la capacidad y en la disposición del terapeuta para asumir las funciones selfobjetales que el paciente requiere y busca. La vivencia de aceptación y comprensión empática que atraviesa el paciente, siguiendo a Wolf (1989) y Ornstein (1998) fortalece la confianza, la seguridad y la valentía del paciente y es un factor que facilita la superación de las resistencias iniciales.

Tarde o temprano, la condición humana del psicoterapeuta introducirá en la relación terapéutica fallas empáticas e instancias en las cuales el entonamiento

empático del terapeuta respecto de las necesidades selfobjetales del paciente será inadecuado, inexacto y frustrador –p. ej., mediante una interpretación poco empática en un momento inoportuno o cuando el paciente percibe que el analista está más interesado en aplicar sus propias teorías que en comprenderlo. Estas ocurrencias interrumpirán la transferencia selfobjetal armónica que se había desarrollado hasta ese instante, dado que el paciente deja de sentirse comprendido y aceptado. Experimenta el fracaso del entonamiento empático del analista respecto de sus necesidades selfobjetales inicialmente como re-traumatización y, debido a ello, su self fragmenta –esto es, el paciente vivencia un estado interno de cierta desintegración, falta de coherencia y dificultades para la auto-regulación afectiva y, asimismo, el retorno de formas de relación que son más arcaicas o infantiles (Kohut, 1984; Wolf, 1988, 1989). Con ello pierde al menos parte de la confianza en la capacidad empática del terapeuta que había construido.

Este quiebre en la relación terapéutica representa una oportunidad fundamental de cambio (Wolf, 1998a), con la condición de que el psicoterapeuta legitime la percepción del paciente respecto de la falta de comprensión empática por parte del analista, con independencia de si el terapeuta considera que tal percepción está distorsionada por elementos transferenciales infantiles o no. De acuerdo a Wolf (1989), la vivencia del paciente tiene que ser validada antes de poder ser interpretada con provecho. En este sentido, el primer paso del proceso de restablecimiento o restauración del vínculo selfobjetal del paciente con el analista consiste en que el psicoterapeuta reconozca explícitamente su papel y responsabilidad en la precipitación de la disrupción vincular, que se produjo por algo que hizo o por algo que no hizo. Esto no significa que el analista debe sentirse culpable por la situación, sino más bien que acepte, de modo realista, "un rol de participación en la producción mutua de la interacción discrepante [...]" (Wolf, 1998b, p. 245).

Según Kohut (1984), el terapeuta debe tomar nota del retiro del paciente en la relación, buscar cualquier error que pueda haber cometido en la interacción, reconocer su error de manera no defensiva al paciente y, a continuación, ofrecer una interpretación explicativa y no censurante de la dinámica relacional que condujo al retiro y a la frustración del paciente. Esto le exige al analista tacto y comprensión empática respecto de cómo el paciente vivenció la interrupción de la relación selfobjetal armónica. Más allá, esta comunicación incluye la manera en la cual el psicoterapeuta experimentó los eventos. Por lo común, el hecho de que el terapeuta acepte su responsabilidad en la interrupción de la re-

lación terapéutica, generará una discusión más amplia respecto de lo que el paciente experimentó, y es probable que, tanto paciente como analista, se sientan alentados a expresar con libertad sus vivencias y a asumir su contribución a la co-creación de la disrupción vincular (Wolf, 1998b). Además, de acuerdo a Ornstein (1998), esta reparación de la relación trae consigo recuerdos de frustraciones vinculares traumáticas anteriores, que pueden ser elaborados e integrados.

Al proceder de esta forma el analista actúa de modo distinto a como actuaron los selfobjetos de infancia del paciente (Wolf, 1988, 1989, 1998a, 1998b); es capaz de asumir una cierta distancia emocional frente a lo ocurrido y es capaz de aceptar la experiencia del paciente sin insistir en que su propia vivencia es la medida incuestionable de las cosas. Así, en el contexto de un diálogo terapéutico recíproco y caracterizado por la comprensión empática, el paciente atraviesa una experiencia nueva que le es desconocida y que le permite volver a sentirse comprendido y aceptado. Siguiendo a Wolf (1998a), el factor relevante no es principalmente el contenido de las interpretaciones del analista sino la posibilidad de que la interpretación evoque en el paciente una experiencia relacional novedosa y distinta.

Al volver a sentirse entendido y aceptado, el paciente puede restablecer la relación selfobjetal con el analista que había sido interrumpida. Con ello, tal como afirma Kohut (1984), el flujo empático entre paciente y psicoterapeuta que había sido establecido en la transferencia selfobjetal armónica inicial se restaura y el self del paciente vuelve a ser sostenido por una matriz selfobjetal que está empáticamente entonada con sus necesidades selfobjetales. Típicamente, la necesidad de emplear defensas disminuye, el vínculo empático con el terapeuta se fortalece y se hace cada vez menos propenso a nuevas interrupciones y, cuando se repite un quiebre, la fragmentación del self paciente y el afecto que surge con ella tienden a ser de menor intensidad (Wolf, 1988). Asimismo, el self del paciente se fortalece y sus necesidades selfobjetales tienden a asumir formas cada vez más maduras y acordes a la edad de la persona en cuestión. Wolf (1988) considera que "la vivencia de la interrupción y el restablecimiento equivalen a una experiencia de aprendizaje, mediante la cual se origina una estructura del self reordenada o reorganizada" (p. 152).

La diferencia sustancial entre la reacción del analista frente a la disrupción vincular y las experiencias pasadas del paciente con sus selfobjetos infantiles permiten que la interrupción de la relación terapéutica no sea traumática sino terapéutica. Kohut (1984) pensaba que esta particularidad de la situación terapéutica,

que se repite una y otra vez en el transcurso de una psicoterapia conducida de modo apropiado, constituye fallas empáticas que son "óptimas" puesto que son temporales y puesto que pueden ser reparadas. Estas fallas empáticas óptimas llevan, presumiblemente, a la adquisición o construcción de estructura psicológica reguladora de la autoestima y la afectividad por parte del paciente. Este proceso de construcción de estructuras psíquicas "no tiene lugar por medio de la interpretación, sino a través de la experiencia, a través de 'microinternalizaciones' de las funciones del analista como selfobjeto" (Greenberg y Mitchell, 1983, p. 357) –Kohut (1977, 1984) llamaba a esto "internalización transmutadora". Para Wolf (1998b), la internalización transmutadora significa que el self adquiere, a través del proceso psicoterapéutico, la capacidad de funcionar como sustituto del funcionamiento ausente o frustrante que el selfobjeto había exhibido con anterioridad.

Estas consideraciones llevaron a Kohut a sostener que el proceso vincular característico del tratamiento psicoanalítico efectivo es lo que denominaba "frustración óptima" de las necesidades selfobjetales del paciente por parte del analista, un proceso que transcurre en el contexto del proceso de interrupción y restablecimiento de la transferencia selfobjetal armónica y de la relación terapéutica selfobjetal que hemos descrito.

REFERENCIAS

1. Atwood G, Stolorow R. *Faces in a Cloud: Intersubjectivity in Personality Theory* (2. ed.). Jason Aronson, New Jersey, 1992
2. Bacal H. Selbstpsychologie (Selbstobjekt-Theorie): Heinz Kohut. En: Bacal H, Newman K. *Objektbeziehungstheorien: Brücken zur Selbstpsychologie*. Frommann-Holzboog, Stuttgart, 1990, pp. 274-334
3. Bacal H. Optimal responsiveness and the therapeutic process. En: Bacal H (Ed.). *Optimal Responsiveness: How Therapists Heal Their Patients*. Jason Aronson, New Jersey, 1998a, pp. 3-34
4. Bacal H. Optimal responsiveness and the specificity of selfobject experience. En: Bacal H. (Ed.). *Optimal Responsiveness: How Therapists Heal Their Patients*. Jason Aronson, New Jersey, 1998b, pp. 141-170
5. Greenberg J, Mitchell S. Mixed model strategies: Heinz Kohut and Joseph Sandler. En: Greenberg J, Mitchell S. *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Harvard University Press, Cambridge, 1983, pp. 351-378
6. Kohut H. *La restauración del sí-mismo*. Paidós, México, 1977
7. Kohut H. *How Does Analysis Cure?* University of Chicago Press, Chicago, 1984.
8. Kohut H, Wolf E. The disorders of the self and their treatment. *International Journal of Psychoanalysis* 1978; 39: 413-425
9. Modell A. *El psicoanálisis en un contexto nuevo*. Amorrortu, Buenos Aires, 1984
10. Ornstein P. My current view of the psychoanalytic process [online]. Self Psychology Page (www.selfpsychology.org/1998conf/abstracts/pre_Conference_Ornstein.htm), 1998

11. Riera R. Introducción a la psicología del self. En: Kohut H. *Los dos análisis del Sr. Z.* Herder, Barcelona, 2002, pp. 91-126
12. Wolf E. *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie.* Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1988
13. Wolf E. Anmerkungen zum therapeutischen Prozeß in der Psychoanalyse. En: Kutter P (Ed.). *Selbstpsychologie: Weiterentwicklungen nach Heinz Kohut.* Klett-Cotta, Stuttgart, 1989, pp. 107-124
14. Wolf E. Arten von Selbst-Störungen. En: Kutter P, Paál J, Schöttler C, Hartmann HP, Milch W (Eds.). *Der therapeutische Prozeß: Psychoanalytische Theorie und Methode in der Sicht der Selbstpsychologie.* Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1995, pp. 81-98
15. Wolf E. Interview mit Ernest S. Wolf. En: Hartmann HP, Milch W, Kutter P, Paál J (Eds.). *Das Selbst im Lebenszyklus.* Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1998a, pp. 125-175
16. Wolf E. Optimal responsiveness and disruption-restorations. En: Bacal H (Ed.). *Optimal Responsiveness: How Therapists Heal Their Patients.* Jason Aronson, New Jersey, 1998b, pp. 237-248

EPISTEMOLOGÍA

PSICOPATOLOGÍA Y EPISTEMOLOGÍA

(Rev GU 2006; 2; 1: 61-65)

Fernando Oyarzún P.¹

La presente exposición procura dar cuenta, de manera sintética, de reflexiones nacidas de una dilatada experiencia clínica y docente. Dicha experiencia me ha permitido ir intentando delinear una orientación médico-antropológica suficientemente concreta, lo cual ha dado origen a algunas publicaciones anteriores.

ASPECTOS EPISTEMOLÓGICOS DE UNA ORIENTACIÓN MÉDICO-ANTROPOLÓGICA CONCRETA

En un sentido básico, una idea, un modo de pensar, son concretos porque están ligados estructuralmente a la realidad, la que es su fuente de origen, y no separados, abstraídos, de ella. Las personas que nos consultan son realidades concretas, debiendo ser tratadas como tales. El consultante es el actor de los actos, el dueño de los fenómenos normales y anormales, los cuales son motivo de estudio por el médico. A este requerimiento del carácter concreto de una orientación se agrega que los hechos considerados tengan manifestación fenoménica, lo cual a la vez obliga y permite al observador respetar la importancia básica de la realidad dada, presentada, contrapuesta a la representada o diagnóstica (12). Por mi parte, agregaría que en la realidad dada, en el paciente reina la forma, el modo personal de experimentar lo que lo afecta, de comprometerse anímico-afectivamente, forma que será fuente

de donde el observador extraerá las ideas, asumiendo así una actitud fenomenológica concreta. Asimismo, el dar cuenta de aspectos epistemológicos íntimamente ligados a las ideas es parte centralmente importante de esta ponencia. La actitud epistemológica conduce a crear conciencia de la legitimidad de los fundamentos y métodos de un conocer científico.

ASPECTOS EPISTEMOLÓGICOS DEL ACTO MÉDICO

Pienso que el fundamento antropológico del acto médico es la relación paciente-médico, ejemplo especial de relación interhumana, en la que predomina una acentuada asimetría significativa. Comparto la idea de autores que confieren a lo interhumano un significado antropológicamente básico (6), no reducible a aspectos biológicos, psicológicos o sociológicos, con los cuales, eso sí, guarda íntimas conexiones. El consultante es una persona cuya actitud es solicitar ayuda a otra, el médico, encontrándose afectada y/o alterada por su padecimiento.

¹ Maestro de la Psiquiatría Chilena. Miembro de la Academia de Medicina del Instituto Chile. Profesor de la Facultad de Medicina, Universidad Austral.

Dada esta naturaleza significativa de quien consulta, y siendo éste el punto de partida del acto médico, con sus complejas implicaciones, se nos hacen presentes las dos dimensiones significativas de dicho acto, ambas muy importantes. Por un lado tenemos la relación operativa, cuya intención es saber qué le sucede, de qué padece el consultante y así poder realizar con eficacia la tarea clínica. Es una relación movida predominantemente desde el médico al paciente, apoyándose éste en la representación mental de que va disponiendo relativa al tipo de alteración del paciente. Esta actitud racional operativa en busca de la identificación de este "qué," siempre se une a la indagación de los "por qué," es decir, de posibles factores explicativos del trastorno. De esta manera se acota, reduce, el campo de acción, favoreciéndose la eficacia operativa. Síntomas y signos constituyen las manifestaciones clínicas, formas como lo mórbido se da a la observación y ordenación del médico. Lo descrito corresponde a lo que advertimos en el modelo médico tradicional, estando éste situado en un ámbito significativo nosográfico y nosológico, no antropológico. Ello porque el ser humano no es suficientemente considerado, en su integridad y singularidad. Se desconsidera el ámbito de las estimaciones valorativas, específicamente humano.

Por otra parte, y debiendo anteceder a la anterior al realizarse el acto médico, está la relación más plena con "quien" consulta. Este quien se hace presente, de manera inmediata, como estructura significativa viva, corporeizada; es decir, como configuración expresivo-comunicativa, con su lenguaje primero extraverbal y luego verbal. Tal estructura significativa personal es una totalidad diferenciada, singularizada, concreta, expuesta a la observación participante del médico. Esta presencia significativa facilita y exige una relación directa, más inmediata, concreta, personal, relación que lleva implícito un componente ético (2) ya que, de este modo, es respetada la alteridad y la dignidad personal de quien consulta.

La presencia de quien consulta convoca una respuesta asimismo viva, corporeizada, concreta, de parte del médico. Se verifica una transfiguración, en grado variable, de la expresividad comunicativa del médico, cambio transfigurativo que entraña la dialéctica integración de significados personales ajeno y propio. Ello facilita una más adecuada forma de trato al paciente y favorece la comprensión empática. En este acto, a la vez de acogida y entrega del médico a este otro personal constituido por el paciente, tiene vigencia, asimismo, el esencialmente importante componente ético, el cual a su vez hace que se hagan vigentes los aspectos estéti-

co, creativo y libre. De este modo el acto médico resulta ser una relación cuyo contenido significativo implícito, entrañado, es plenamente estimativo-valorativo. Y así, también, el médico se constituye en una estructura significativa estimativo-valorativa ética, estética, libre y creadora. Se ha producido la personalización tanto del consultante como del médico. Es necesario agregar que siempre existe el riesgo que si la dialéctica personalizadora descrita no resulta satisfactoria, que se produzcan anormalizaciones iatrogenéticas, alteraciones del proceso personalizador del paciente y, por modo propio, del médico. Desgraciadamente, esto último desfavorable es de frecuente observación en el quehacer médico cotidiano.

Considero que esta segunda dimensión significativa del acto (proceso) médico, vehiculizada de manera concreta en la relación descrita, posee también una fundamental importancia. Idealmente hablando, debería integrarse, de manera armónica, con la antes descrita relación racional operativa, beneficiándose así ambas, enriqueciéndose el acto médico. En esta forma la relación operativa se humaniza y la relación personal humana adquiere eficacia operativa. Disociadas, ambas relaciones se perjudican. Al respecto, cabe consignar que se advierte en el panorama del quehacer médico cotidiano el exagerado predominio de la actitud racional operativa, con frecuencia llegando a totalizar la acción médica. Se verifica, de esta manera, esta amputación del acto médico. Esto con las consecuencias desfavorables, tanto por los riesgos de producirse daños iatrogenéticos como, también, por omisión de los efectos favorables, humanizadores, personalizadores, de una experiencia tan importante, tan valiosa para el paciente y también para el médico, como es un acto médico integral.

En este último sentido, estimo que cabría agregar, finalmente que, por una parte, es legítimo afirmar que la relación médico-paciente, como antes señalamos, es una relación fuertemente asimétrica. El médico es la autoridad idónea a la que recurre el paciente en búsqueda de ayuda; éste es el beneficiado. Sin embargo, por otra parte, en la relación paciente-médico, en que se desarrolla el proceso de recíproca personalización antes descrito, cabe sostener que la asimetría significativa permite que el beneficio personalizador compromete especialmente al médico. Ello porque éste se constituye plenamente en una persona-profesional, en una estructura significativa estimativo-valorativa ética, estética, libre, creadora; en suma, en un ser personal convocado por el paciente, realizando un acto que lo trasciende.

ASPECTOS EPISTEMOLÓGICOS DEL ACTO DOCENTE

Situado en la presente perspectiva antropológica, me permito destacar la importancia, también, de dos dimensiones significativas del acto docente, similarmente a lo señalado relativo al acto médico. Por una parte hay en el acto y proceso docentes el objetivo de satisfacer la necesidad de informaciones de conocimientos de parte del estudiante, cuya importancia es obviamente muy grande. Aquí adquiere vigencia, en el docente, la actitud racional, operativa, orientada a satisfacer la antedicha necesidad. Junto con reiterar la utilidad trascendente de esta acción pedagógica, es necesario consignar a la vez que, sin embargo, tal relación no constituye el todo del proceso educativo; es parte del mismo.

En efecto, por otra parte, complementariamente con la anterior, como se acepta, está el componente formativo del proceso enseñanza-aprendizaje, el cual incluye aspectos intelectuales y otros aun más básicamente personales. Ahora se trata de contribuir a que los estudiantes adquieran un mejor modo de pensar, de aprender, junto con adquirir formas más satisfactorias de relacionarse con el mundo, con los demás y consigo mismo. De esta manera podrán enriquecer sus modos de concienciar, de estimar y valorar tales realidades. En síntesis, el proceso educativo debe seguir contribuyendo al adecuado proceso de personalización del futuro profesional. Al respecto, entendidos en educación superior sostienen que el progreso en la formación personal es lo sustantivo, y lo adjetivo, aceptando su gran importancia, es la entrega de informaciones, las que influyen en dicho progreso pero que son parte de un todo, del todo del proceso educativo.

En nuestra experiencia clínica y docente hemos podido constatar la básica importancia, dentro del proceso educativo, de la manera cómo se ha estructurado la relación estudiante-docente y, en esta estructuración, el modo de trato del docente con sus estudiantes, en la dirección formativa antes descrita. Valga como ejemplo ilustrativo, paradigmático, el estudio de una grave situación conflictiva producida entre un profesor universitario y su curso, el cual se negó a seguir asistiendo a las clases. Ello, porque los estudiantes estimaban que el docente se colocaba y mantenía en un nivel intelectual demasiado elevado, desplegando un racionalismo muy riguroso, sobremanera exigente, crítico, matizado con cierta ironía despectiva. Ellos se sentían mirados en menos, desvalorizados. Se fue produciendo una actitud de creciente rechazo al profesor y a la materia enseñada, aun cuando los estudiantes reconocían la capacidad intelectual y la gran preparación del profesor, unido a la importancia objetiva de la materia (matemáticas). (El

profesor aceptó ser ayudado psicoterapéuticamente. Carecía de conciencia relativa a lo perturbador de su forma de relacionarse con los estudiantes; aceptó que había una exagerada sobrevaloración positiva de los aspectos racionales, lógicos, de su manera de pensar, despreciando, desvalorizando las significaciones empáticas, todo lo cual condujo a la superación del conflicto planteado.)

En el caso del acto docente del acto médico, actividad que se verifica permanentemente en nuestra relación con internos y becarios, para el docente se da lo que podríamos denominar un horizonte de sentido o significado estimativo-valorativo muy denso, fuertemente motivante, el que contribuye a configurar su ser personal-profesional, fortaleciendo su inclinación vocacional clínica y didáctica. Y esto sería así, básicamente, porque se produce la unión integrativa de dos otros personales, constituyendo un solo todo. Por una parte, está el paciente asistido por el estudiante y, por otra, está éste desempeñando la función de médico. La tarea del docente –henchida de sentido o significado estimativo-valorativo– consiste básicamente en orientar al estudiante en el trabajo clínico de ayudar a su paciente, a beneficiarlo y no dañarlo, quehacer docente que incluye aspectos diagnósticos, de comprensión psicológica y psicoterapéutica y los alcances reflexivos, epistemológicos, pertinentes.

Antes de poner término a las consideraciones relativas a la estructura significativa de los actos médico y docente, quisiera subrayar la importancia concedida, por una parte, a la idea de persona como núcleo que unifica, emparenta, a ambas modalidades de actos, cada uno con su fisonomía significativa propia. Y, por otra parte, la importancia concedida a los aspectos formales vigentes en ellos. Dicha forma está presente, de manera influyente, en los fenómenos expresivo-comunicativos y en la implícita forma de concienciación (actitudes significativas estimativo-valorativas). Lo está en los modos de trato del médico a sus pacientes y del docente a sus estudiantes. Esto es así en virtud de la decisiva importancia del componente formal en los procesos de personalización-despersonalización. Aquí tiene vigencia la dialéctica parte-todo, propia de lo simbólico humano, personal, base del dinamismo de transformaciones significativas, de significados estimativo-valorativos y ajeno al dinamismo impersonal, no empático.

CONCLUSIONES

Desde luego, quisiera dejar explícito, reiterando lo expresado al inicio, el hecho que las ideas y reflexiones que han ido configurando nuestra orientación

antropológica han tenido como fuente de origen más importante la experiencia clínica y pedagógica efectuada en un dilatado tiempo. Mediante una actitud metódica clínico-fenomenológica, unida a una forma de pensar dialéctica, teniendo como punto de partida al consultante como persona solícita de ayuda médica, he procurado ir desentrañando las significaciones de los actos médico y docente. Esta forma de aproximación a dichas realidades sería diferente a configurar una orientación antropológica, con sus alcances epistemológicos, teniendo como fundamento conceptos teóricos traídos desde fuera y a partir de los cuales adquieren coherencia los hechos estudiados. La consideración de los aspectos epistemológicos forma parte del acto docente del acto médico, contribuyendo a un mayor esclarecimiento de los fundamentos antropológicos y metodológicos.

En segundo lugar, quisiera subrayar que el punto de partida (y de llegada) del estudio comprensivo del acto médico es la persona que consulta, este concreto "quien" solícito de ayuda médica. Se trata, de manera primordial, de establecer una relación adecuada con él; y no, en cambio, de iniciar de inmediato la indagación de una posible entidad, siendo esto, además, lo único que cuenta.

Considero que el modo de pensar empleado se emparenta significativamente con el "de otro modo que ser" de Levinas (7) en el sentido que no es el otro (el paciente) un ser primaria y exclusivamente algo por conocer y sobre el cual operar, sino que previamente está la relación del uno con el otro. Es el acto de ser para el otro. En el caso del acto médico, con la intención de ofrecer ayuda personalizadora, como fue expuesto, y esta relación es de manera primordial ética, personal, y no racional operativa. La situación personalizadora para ambas partes, como hemos descrito, esta trascendente experiencia interhumana, y en que quien preside es el otro personal (el paciente), es fuente de origen de nuestra idea de la persona como estructura significativa estimativo-valorativa. No es un concepto traído desde fuera. Como podrá advertirse, la relación racional, analítica, clasificadora, operativa –de suyo muy importante– debe tener vigencia en un segundo momento, como parte de un todo, y no como el todo.

Siguiendo con estas consideraciones epistemológicas finales, deseo explicitar la ayuda clarificadora de nuestra orientación antropológica de algunos principios reguladores, de algunos eminentes epistemólogos, los cuales le proporcionarían respaldo doctrinario. Entre ellos, destaco el principio de forma de E. Cassirer

(8) autor, entre otras notables obras, de la "Filosofía de las Formas Simbólicas"; principio estimado por este autor como indispensable en el estudio comprensivo de los fenómenos culturales y sociales. Lo contrapone al principio de Causa, regulador del operacionalismo, el cual ha sido sobremanera influyente en la génesis de la actitud mental del hombre occidental (a lo que, naturalmente, no han escapado educadores y médicos). Estos principios se emparentarían, a mi modo de ver, con los principios de conciencia (conciencia moral) contrapuesta al de razón, en el sentido expuesto recientemente por N. Espinoza (11). El principio de conciencia, que se ha ido robusteciendo en el último siglo, resulta especialmente válido en el estudio de los fenómenos de que se ocupan ciencias humanas, como la psicología, psicopatología y antropología. En este sentido, es posible que influya el que los conflictos de la convivencia contemporánea sean de naturaleza ético-moral (desconsideraciones, irresponsabilidades, violencias, utilitarismos, etc.).

Me permito pensar que nuestra idea de la persona, centro de nuestra orientación antropológica, incluye en su estructura significativa las orientaciones de los principios de forma y de conciencia. El significado estimativo-valorativo, personal –que es corporeizado, subjetivo-objetivo– está entrañado, implicado, en una forma viva, corporeizada, que se manifiesta expresivo-comunicativamente, entrañando una forma de concienciar (actitudes estimativo-valorativas, que preconfiguran modalidades de actos). (La conciencia personal es dialéctica y dialógica develadora de relaciones significativas; la razón es monológica, causalista).

Todo acto personal (interpersonal) significativo (actos paternal, docente, amistoso, amoroso-sexual, etc.), todo encuentro humano, es momento de personalización. El otro personal proporciona, entrega al uno personal la forma significativa, encarnada y configurada en su expresividad comunicativa y el uno personal entrega al otro personal la conciencia de estimación valoración mediante su transfigurada expresividad comunicativa, con sus componentes formales extraverbales y verbales.

Por último, me permito concluir expresando que nuestra idea de la persona –realidad concreta–, y por lo desarrollado, ha llegado a constituirse en principio heurístico de nuestra orientación médico-antropológica, que sería por ello suficientemente concreto. Tal orientación procura proporcionar un método (actitud clínico-fenomenológica), un modo de pensar (dialéctico), un fundamento antropológico y una orientación reflexiva, epistemológica.

REFERENCIAS

1. Oyarzún F. *Idea médica de la persona. La persona ética como fundamento de las antropologías médica y de la convivencia humana*. Lom Ediciones, Santiago, 2005
2. Oyarzún F. *Una concepción médica de la Persona*. Ed. Paulinas, Santiago, 1977
3. Oyarzún F. *La persona humana y la Antropología Médica*. Ed. Universitaria, Santiago, 1983
4. Oyarzún F. *La Persona y la Psicopatología y Psicoterapia Antropológicas*. Ed. Universitaria, Santiago, 1992
5. Oyarzún F. *La Persona normal y anormal y la Antropología de la Convivencia*. Uniprint, Valdivia, 1998
6. Schwartzmann F. *El sentimiento de lo humano en América*. Ed. Universitaria, Santiago, 1950
7. Levinas E. *Totalidad e Infinito*. Ed. Sígueme, Salamanca, 1977
8. Cassirer F. *Las ciencias de la cultura*. Fondo de Cultura Económica, México, 1982
9. Langer S. *Una nueva clave de la Filosofía*. Harvard University P, Santiago, 1992
10. Nicol E. *Metafísica de la Expresión*. Fondo de Cultura Económica, 1974
11. Espinoza N. *La concepción de la conciencia en la Logoterapia de V. Franckl*. Ed. San Pablo, Argentina, 1994
12. Politzer G. *Crítica de los fundamentos de la Psicología y el Psicoanálisis*. Libros, Editores, 1964

REVISIÓN

DEPRESIÓN Y ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

(Rev GU 2006; 2; 1: 66-74)

Pedro Retamal y Pablo Salinas¹

La historia de los fármacos antipsicóticos y antidepresivos está ligada desde el inicio de sus respectivos desarrollos. En 1958 el profesor Kuhn (Suiza), intentando desarrollar una nueva fenotiazina, substituye un átomo de nitrógeno por uno de sulfuro en el anillo central de la estructura. El nuevo compuesto generado (G22 355) no produjo mejoría en los síntomas psicóticos. Pero a las semanas de ser administrado produjo, en algunos pacientes, una notoria elevación del ánimo (1). Este compuesto fue después denominado imipramina, dando inicio al camino de los antidepresivos tricíclicos.

Desde ese momento en adelante la ruta de los antidepresivos y antipsicóticos, tanto en estructura como en efectos farmacológicos, aparentemente diverge. Eso, hasta la observación de que un nuevo agente antipsicótico, la clozapina, tiene no sólo efecto en los síntomas positivos de la esquizofrenia como todos los neurolépticos usados hasta ese entonces, sino que también posee efectos positivos sobre otros aspectos de la enfermedad.

En un estudio que sentó precedentes (2) se comprobó la efectividad de clozapina en el tratamiento de la esquizofrenia en pacientes resistentes a tratamiento con clorpromazina. Este estudio permitió la reintroducción de la clozapina en Estados Unidos para el tratamiento de pacientes refractarios a neurolépticos. Se observó además que el tratamiento con clozapina producía una mejoría cuantificable de los síntomas negativos de la esquizofrenia, llamando la atención en particular la mejoría de los síntomas depresivos, reconocidos causantes de discapacidad, mal pronóstico y aún más importante, de suicidio.

Un estudio reciente (3) demuestra la superioridad de olanzapina sobre haloperidol en la disminución de síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos. Esta mejoría no estaría sólo relacionada con la disminución de síntomas psicóticos, como lo postulaban hipótesis previas (4, 5), sino que además pondría en evidencia la calidad antidepresiva de la olanzapina. Diversos sistemas de neurotransmisión han sido involucrados en este fenómeno, más frecuentemente el serotoninérgico y dopaminérgico (6, 7).

De estos hallazgos y del conocido perfil "benigno" de efectos secundarios de los antipsicóticos atípicos en

¹ Los autores pertenecen a la Unidad de Enfermedades del Ánimo. Servicio de Psiquiatría. Hospital Salvador. Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, y al Centro de Enfermedades del Ánimo El Golf.

relación a los clásicos, deriva su actual utilización en cuadros depresivos, así como la investigación de nuevas aplicaciones.

USO ACTUAL DE ANTIPSICÓTICOS EN DEPRESIÓN

Tradicionalmente, el uso de antipsicóticos en depresión ha sido reservado a cuadros en los que, por su intensidad o sintomatología particular, ameritan el uso de fármacos considerados propios de enfermedades tan severas como la esquizofrenia.

En estos cuadros se incluyen, más frecuentemente:

- Depresión delirante
- Depresión resistente
- Depresión bipolar

Si en algún instante existieron dudas acerca del momento en el que se debía usar antipsicóticos en depresión delirante, actualmente existe el consenso de que los tratamientos iniciales (de primera línea) deben ser realizados con una combinación de antidepresivos y antipsicóticos o terapia electroconvulsiva (8), y no esperar la remisión de esta sintomatología con el uso único de antidepresivos. Esta recomendación está basada, en parte, en un estudio de Spiker (9), donde se demostró que la combinación de un antidepresivo con un antipsicótico era más efectiva que el uso de éstos por separado (amitriptilina y perfenazina), produciendo una mejoría global, más importante y rápida, de los pacientes estudiados.

Distinto es el caso de la depresión resistente, donde los antipsicóticos ocupan tradicionalmente un lugar como agentes de tercera línea (o cuarta). En el árbol de decisiones del Texas Department of Mental Health (10), la terapia electroconvulsiva se encuentra en la 6ª etapa de tratamiento, luego de la combinación de antidepresivos, y previa al uso de antipsicóticos (atípicos, olanzapina) que ocupan la 7ª etapa.

En lo referente a depresión bipolar, el uso de antipsicóticos atípicos ha sido ampliamente difundido. En el último tiempo fue aprobado el uso de olanzapina en episodio maniaco por la FDA. En el uso clínico diario ya se utiliza olanzapina como terapia de mantención en pacientes con trastorno bipolar tipo I, incluso como monoterapia a pesar de la escasa evidencia clínica (de reciente aparición) que respalda este uso. En la base de datos Cochrane (11) se presenta una revisión sistemática que demuestra la utilidad de olanzapina como monoterapia en episodio maniaco, postulando incluso una superioridad frente a valproato de sodio. Sanger y Grundy (12) en un seguimiento a largo plazo (1 año)

observaron una importante mejoría tanto en síntomas maníacos como depresivos de los pacientes tratados con olanzapina o una combinación de olanzapina más fluoxetina.

En el Gráfico 1 aparecen las recomendaciones más recientes para el tratamiento de la depresión bipolar, señalando de manera destacada el empleo de atípicos (13).

Gráfico 1

GRUPO DISCUSIÓN DICIEMBRE 2003.
GUÍAS PARA EL TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN

- Primera línea
 - Categoría 1: litio o lamotrigina.
 - Categoría 2: olanzapina o fluoxetina más olanzapina.
- Si no se obtiene respuesta
 - Optimizar tratamiento.
 - Sin ciclos rápidos: adicionar antidepresivo (ni TC ni IMAO) a dos fármacos primera línea.
 - Ciclos rápidos: adicionar valproato u olanzapina.
 - Psicosis: olanzapina, olanzapina más fluoxetina, TEC.
- Si en la evolución se presenta una manía
 - Optimizar tratamiento.
 - Categoría 1: adicionar litio u olanzapina
 - Categoría 2: adicionar valproato o risperidona.
 - Categoría 3: adicionar ziprasidona, quetiapina, aripripazol o clozapina.

ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS EN DEPRESIÓN

Varios mecanismos han sido propuestos para explicar la acción de los antipsicóticos atípicos en depresión. Entre ellos, el que tiene mayor base teórica es el bloqueo de los receptores 5 HT₂. Este mecanismo encontrado en variados antidepresivos (trazodona, nefazodona, mirtazapina) y relacionado directamente a las propiedades antidepresivas, es común a los antipsicóticos atípicos.

Sin embargo la mayoría de los estudios han fallado en demostrar que este efecto baste por sí solo, sugiriendo que se requiere otro mecanismo adicional para producir una respuesta antidepresiva, como puede ser el bloqueo de la recaptación de serotonina (14). Se postula entonces que la combinación de ISRS y antipsicóticos atípicos tendría un efecto importante en las concentraciones de monoaminas disponibles.

En un estudio ampliamente citado (15) se observó que la administración conjunta de olanzapina y fluoxetina, aumentaba significativamente las concentraciones de norepinefrina y dopamina en corteza prefrontal de ratón. Esta área está intrínsecamente relacionada con

Gráfico 2

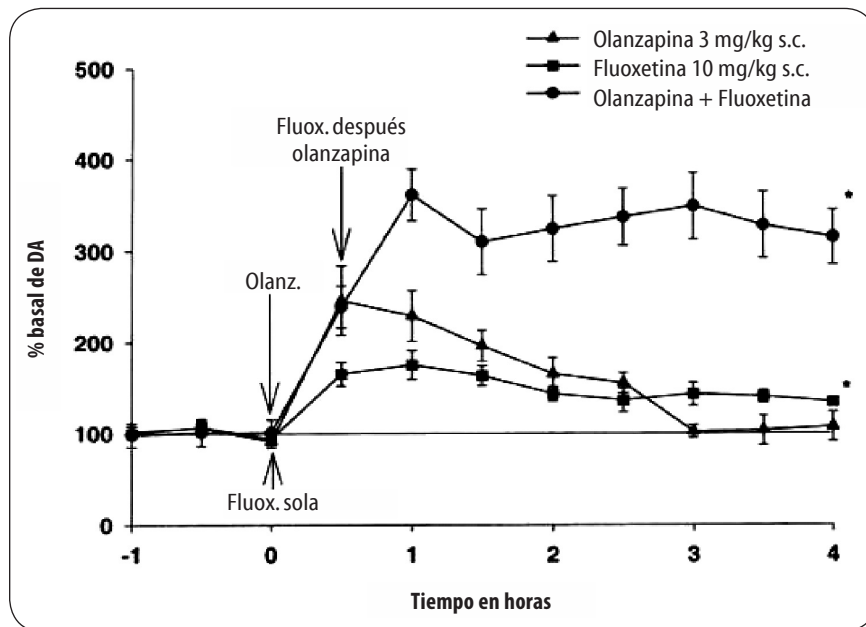
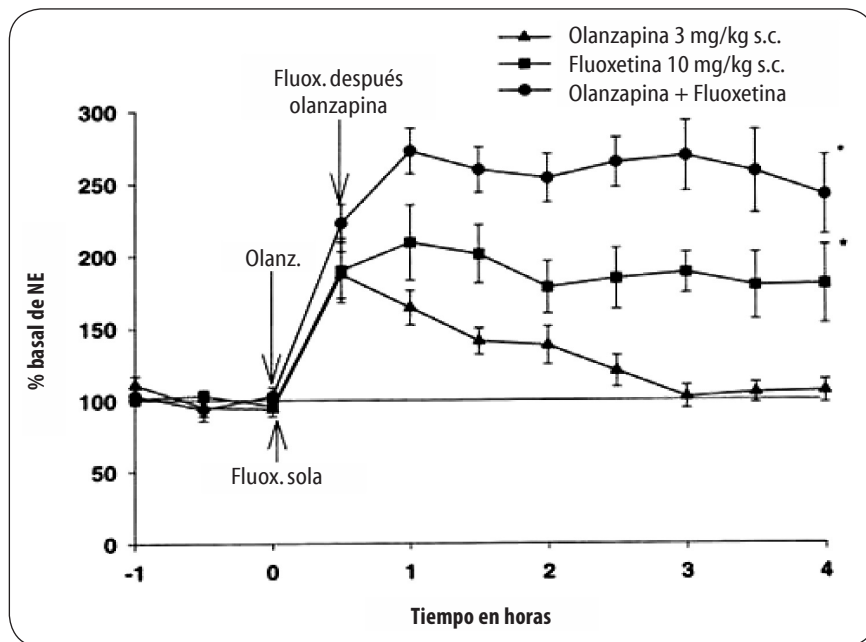


Gráfico 3



el afecto, alerta, memoria de trabajo y es una conocida área de integración sensorial.

En los Gráficos 2 y 3 es posible observar el aumento respectivo de norepinefrina y dopamina, en relación a la adición de fluoxetina, olanzapina y la combinación de ambas drogas. Claramente, el uso combinado es el

que produce un aumento más importante y sostenido de ambos neurotransmisores.

Algo similar ocurría (pero con alzas menos sostenidas) al administrar conjuntamente fluoxetina con risperidona o fluoxetina con clozapina, pero no con fluoxetina y haloperidol. Cabe recordar que este último no posee

efecto en receptores 5HT₂, lo que refuerza la hipótesis. Los niveles de serotonina, sin embargo, no se diferenciaron de los producidos por fluoxetina sola, aunque se observó una pequeña elevación con risperidona, que a juicio de los autores requiere mayor estudio.

NUEVAS PROPUESTAS EN EL USO DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

Risperidona

La risperidona es uno de los primeros antipsicóticos atípicos aparecidos en el mercado y es por lo mismo, uno de los fármacos de su clase con mayor número de evidencia disponible. A nivel de receptores, es un potente antagonista de receptores D₂ y 5HT₂. Ha comprobado ser útil en el tratamiento de enfermedad bipolar y trastorno esquizoafectivo (16, 17).

La mayoría de los estudios acerca de su uso en depresión tienden a demostrar que risperidona aumenta el efecto de los ISRS en pacientes que no responden inicialmente a monoterapia (con cualquier ISRS).

Reportes preliminares de un estudio con citalopram (18), muestran que la adición de risperidona en pacientes no respondedores a monoterapia produjo en la semana 4 un 52% de remisión (MADRS <12). Digno de destacar es el aumento en la velocidad de respuesta, la que pudo ser observada tan tempranamente como el día 4 de adición de risperidona.

En un estudio piloto abierto (19) se utilizó una combinación de fluvoxamina (50-150 mg/día) y risperidona (0.5-1 mg/día) como terapia inicial de un episodio

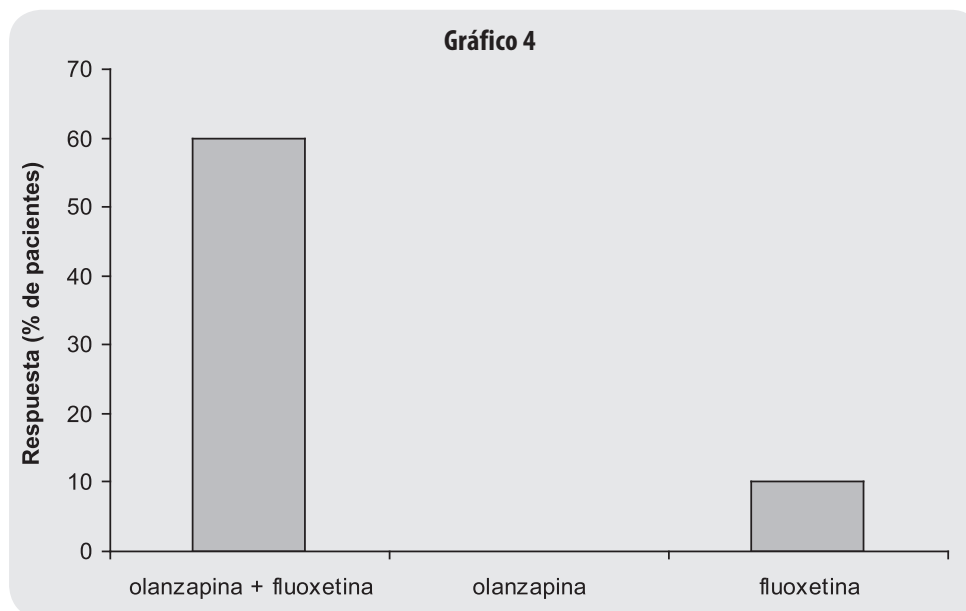
depresivo; 76% de los pacientes obtuvieron remisión al cabo de 6 semanas (>75% reducción HAM-D) y un 17% sólo obtuvo respuesta parcial, ambos resultados muy alentadores ya que la tasa de remisión con antidepresivos (cualquier antidepresivo) es habitualmente más baja. No se reportó aparición de náuseas con el uso de fluvoxamina, un efecto colateral frecuente de encontrar con este fármaco, lo que se piensa podría estar mediado por el efecto D₂ del antipsicótico.

Olanzapina

Antipsicótico atípico de diseño, con estructura muy similar a clozapina, con alta afinidad por receptores dopaminérgicos (D₁, D₂, D₄), serotoninérgicos (5HT_{2a}, 5HT_{2c}, 5HT₃, 5HT₆) histaminérgicos y otros. Demostrada utilidad en esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo (20).

En un estudio (21) doble ciego, de 8 semanas, se adicionó olanzapina a pacientes resistentes a tratamiento con fluoxetina por 6 semanas, que previamente habían sido tratados con otro antidepresivo por al menos 4 semanas. La terapia combinada produjo resultados significativos (reducción en MADRS de -13.6) en comparación con ambas monoterapias (reducción en MADRS de -1 a -2). La tasa de respuesta de la combinación fue mayor al 50%. El efecto adverso más frecuente fue el alza de peso, con 6 kg en promedio para la combinación y 6.7 kg para olanzapina sola. El Gráfico 4 muestra los resultados (21).

Un meta-análisis reciente (22) de aumentación con olanzapina (en un tratamiento con fluoxetina),



muestra similares resultados. Un seguimiento realizado en pacientes tratados con la combinación (23), demostró que los resultados se mantienen a las 52 y 76 semanas. Las razones más frecuentes para discontinuación del tratamiento fueron la ganancia de peso y somnolencia.

Al realizar un estudio de costos en depresión (24) se apreció que luego de la adición de olanzapina a un tratamiento con fluoxetina hubo, de manera global, un 20% de disminución en los costos médicos después de la adición de olanzapina (con significación estadística), incluidos gastos por consulta y hospitalización.

No es extraña entonces la aparición de un nuevo fármaco en el mercado que combina olanzapina y fluoxetina (Symbyax®), y que fue aprobado por la FDA para el uso en depresión asociada a trastorno bipolar, advirtiéndose precaución en pacientes diabéticos o con algún tipo de demencia (25).

Quetiapina

De aparición más reciente que los antes mencionados, la quetiapina muestra afinidad por receptores serotoninérgicos (5HT1A, 5HT2) y dopaminérgicos (D1, D2), por lo que es usada principalmente en esquizofrenia y de forma experimental ha sido puesta a prueba en múltiples trastornos (26).

Existe evidencia escasa de la utilidad de quetiapina en depresión. En un estudio piloto abierto se utilizó quetiapina en 40 pacientes con depresión severa no psicótica, tratados previamente por 4 semanas con citalopram. La adición de quetiapina produjo una importante mejoría en índices de depresión, ansiedad, culpa e ideación suicida (27). El resto de la evidencia disponible es de tipo "anecdótica" (reportes de caso), lo que no hace más que poner en evidencia la escasa experiencia que existe con estos fármacos de reciente aparición.

Ziprasidona

Uno de los últimos antipsicóticos atípicos en aparecer. En estudios *In Vitro* muestra alta afinidad por dopamina (D1, D3) y serotonina (5HT1A, 5HT1D, 5HT2A, 5HT2C), actuando como fuerte agonista 5HT1A teniendo, por lo tanto, un perfil similar a los antipsicóticos antes revisados.

Dos estudios abiertos han comprobado la efectividad de ziprasidona en depresión. Uno de ellos comparó el uso de sertralina como monoterapia con el uso de una combinación de sertralina con ziprasidona, por 8 semanas en un grupo de 40 pacientes con depresión re-

sistente a ISRS o no ISRS (28). Sólo el grupo de pacientes resistentes a "no ISRS" demostró una mejoría significativa con la combinación versus monoterapia.

En el otro estudio disponible, de tipo abierto y de menor tamaño (N=18), se adicionó ziprasidona a un tratamiento en marcha con ISRS, sin respuesta hasta ese momento. De ellos, 50% obtuvo respuesta y un 27,8% presentó remisión a la semana 6 de tratamiento (29).

PERFIL DEL PACIENTE DEPRESIVO Y EFECTOS COLATERALES DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

Considerando el gran número de personas que padecen depresión y que pueden ser sometidos a terapéuticas innovadoras, es necesario tener en cuenta los posibles efectos colaterales. En el Gráfico 5 aparece el orden de aparición de las enfermedades del ánimo en la clasificación de la OMS según años de vida que se pierden por discapacidad, siendo el primer lugar las enfermedades cardiovasculares (30-32).

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD (OMS)

- Depresión Mayor, año 2000, cuarto lugar.
- Depresión mayor, año 2004, segundo lugar.
- Enfermedad bipolar, año 2000, quinto lugar en adultos jóvenes (15-44 años)

Los datos indican que la prevalencia de depresión en la población general va de un 2 a un 15%. Sin embargo, al analizar la coexistencia de depresión con otras enfermedades médicas, ésta aumenta de forma notable. Es así que la prevalencia de depresión es mucho más alta en pacientes con diabetes (9% a 27%), accidente vascular encefálico (22% a 50%), o cáncer (18% a 39%) (33).

Durante los últimos años se ha hecho presente un gran interés por estudiar la relación entre enfermedad isquémica del corazón y depresión, produciéndose una elevada cantidad de trabajos. En un estudio de seguimiento a 2.800 pacientes por 12.4 años (34), se demostró que los pacientes depresivos tienen un riesgo mucho más alto que la población general de sufrir un infarto agudo al miocardio (IAM), fatal y no fatal. En pacientes que han sufrido un IAM, en seguimientos a 6 y 18 meses, la sola presencia de depresión duplica o triplica la tasa de muerte coronaria (35, 36).

Al estudiar esta relación directa entre IAM y depresión se postuló que la presencia de depresión influiría en el acatamiento de los cuidados post operatorios o post infarto del paciente, lo que no puede descartarse.

No obstante, existen otras líneas de investigación que intentan precisar la etiopatogenia involucrada. En dos estudios independientes (37, 38) se observó una elevada reactividad plaquetaria en pacientes con depresión, que podría ser el vínculo entre ambas patologías. Además, de forma complementaria, otros estudios han demostrado la cualidad de los ISRS de disminuir la reactividad plaquetaria, pero no de otros agentes como nortriptilina, primariamente inhibidor de la recaptación de noradrenalina (39).

La relación entre diabetes y depresión es recíproca. La depresión, por sí sola (en pacientes no diabéticos), ha sido asociada con altos niveles de glucocorticoides circulantes y con la aparición de resistencia a la insulina (40). La depresión además podría aumentar hasta en 2 veces el riesgo de contraer diabetes (41).

Aproximadamente 15 a 25% de los pacientes que han sufrido un accidente isquémico cerebral (AIC) presentan depresión. Esta retrasa la recuperación y aumenta al doble la mortalidad a 10 años. El seguimiento de estos pacientes a largo plazo ha señalado además que el diagnóstico de depresión aumenta la probabilidad de AIC fatal (42).

Pero es quizás en relación al cáncer, patología también de muy alta frecuencia, donde las cifras se disparan: la depresión alcanza prevalencias tan altas como el 40 a 60% en algunos de sus subtipos. La depresión crónica podría ser incluso un factor de riesgo de desarrollo de cáncer (43).

Pero, ¿cuáles serían los mediadores entre depresión y la aparición de enfermedades médicas?

La depresión parece producir cambios en la homeostasis corporal a través de múltiples vías (hormonales, neurohumorales, neuronales, entre otros). Actualmente la investigación se centra en el papel que juegan las citocinas y el sistema inmune, conocidamente involucrado en la oncogénesis y que se supone influye en variados procesos patogénicos. Las citocinas además estarían relacionadas con la producción o mantención de síntomas depresivos (el llamado *sickness behavior*), los que mostrarían respuesta al uso antidepresivos al menos de forma experimental (44, 45).

En conclusión, no sólo la depresión empeora el curso y pronóstico de otras enfermedades médicas concurrentes, sino que, además, podría ser uno de los factores genéticos en la aparición de patologías médicas (evidente en diabetes y AVE) severas.

Desde este punto de vista los antipsicóticos atípicos, de distintas maneras, tienen efectos secundarios que es importante considerar. En el Gráfico 6 aparece un listado de efectos colaterales más frecuentes de los atípicos (46).

EFFECTOS ADVERSOS DE LOS ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

1. Disfunción sexual.
2. Hiperprolactinemia.
3. Aumento de peso y obesidad.
4. Diabetes tipo 2.
5. Hipercolesterolemia.
6. Riesgo cardiovascular indirecto y ¿directo?

Mayor riesgo correrían ancianos, adolescentes, con enfermedades del ánimo.

Un estudio comparó pacientes (no diabéticos) tratados con clozapina, risperidona, olanzapina y otros neurolépticos convencionales, a los que se les realizó pruebas de glicemia a intervalos, luego de una carga con glucosa (47). Éstas aparecieron claramente elevadas en los tratados con clozapina y olanzapina, y levemente alterados en pacientes tratados con risperidona y neurolépticos convencionales. Otro estudio (48) demostró que la probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2, en pacientes esquizofrénicos tratados con olanzapina, era 6 veces mayor que la de aquellos que no estaban recibiendo tratamiento con antipsicóticos. El riesgo relativo era 2 veces mayor con risperidona y 1,4 veces mayor con neurolépticos convencionales.

Un reciente estudio realizado en pacientes del espectro afectivo (49) no encontró mayor riesgo de sufrir diabetes con el uso de risperidona, pero éste fue 4 veces mayor con olanzapina. Esto es importante de considerar, ya que por vez primera nos muestra una elevación del riesgo de presentar diabetes en un grupo de pacientes distintos a los portadores de esquizofrenia, grupo en el cual se ha descrito una marcada predisposición a presentar diabetes (50). Como dato asociado, durante la realización de un estudio en que se comparaba la efectividad de olanzapina versus divalproato de sodio en pacientes bipolares tipo 1, un paciente sin diagnóstico previo de diabetes, falleció por cetoacidosis diabética (51).

La presencia de obesidad también empeora el pronóstico general a corto y largo plazo. Algunos antipsicóticos atípicos son reconocidos causantes de obesidad, siendo los dos principales, clozapina y olanzapina (52). En un estudio con clozapina 36% de los pacientes elevó su peso en más de un 10% al cabo de un año (53). En un estudio comparativo de alza de peso, clozapina lidera con 4,45 kg a las 10 semanas de uso (54). Le siguen: olanzapina (4,15 kg), sertindol (2,92 kg), risperidona (2,3 kg), y ziprasidona que no mostró alza de peso.

Asociado al alza de peso también es posible observar hiperlipidemia. Esta ha sido más frecuentemente asociada al uso de clozapina y olanzapina, con un efecto más importante sobre triglicéridos que colesterol.

Al observar estos datos en conjunto se puede deducir un claro aumento en el riesgo cardiovascular al alterar el peso. Esto sin considerar el efecto cardiaco directo de los antipsicóticos: prolongación del intervalo QTc. Casi sin excepción, todos producen alguna prolongación del intervalo. Así, ziprasidona produce una prolongación del QTc de 20.3 mseg. la más larga de los atípicos (55). Le siguen: Quetiapina (14.5 mseg.), risperidona (11.6 mseg.) y olanzapina (6.8 mseg.). Como dato adjunto, haloperidol produce una prolongación de 4.7 mseg. la más corta de los antipsicóticos y tioridazina 35.6 mseg., la más larga del grupo.

Pero quizás uno de los efectos menos considerado es la hiperprolactinemia, especialmente deletérea en mujeres. De hecho, la prolactina plasmática no es un examen de rutina en pacientes que utilizan antipsicóticos. Al comparar distintos antipsicóticos, el mayor incremento en prolactina lo produce risperidona (por sobre haloperidol y olanzapina). En esta comparación no hubo variación en los niveles de prolactina dosis-dependiente (56). En el Gráfico 7 aparece un resumen (57-60).

HIPERPROLACTINEMIA

- La terapéutica puede elevar los niveles de prolactina hasta 10 veces.
- Risperidona eleva en mayor medida la prolactina que haloperidol y éste a su vez más que olanzapina.
- Efectos adversos
 1. Mujeres: Disminución de la libido, hirsutismo, osteoporosis, galactorrea, ginecomastia, amenorrea.
 2. Hombres: Impotencia, alteraciones de la eyaculación, disminución de la espermiogénesis.

Casi para todos los nuevos antipsicóticos en esquizofrenia se ha comprobado una variedad de efectos positivos en el área cognoscitiva: mejoría de fluidez verbal, memoria de largo plazo, aprendizaje, percepción de emociones y de atención selectiva. En enfermedad bipolar la evidencia es más escasa, encontrándose referencias al efecto favorable de olanzapina en funciones cognitivas globales, memoria y resolución de problemas (61). En el Gráfico 8 se presenta un resumen de los mecanismos de acción propuestos para los favorables efectos sobre la cognición.

MECANISMOS DE ACCIÓN

- Dopamina en regiones fronto-temporo-estriatal: cognición social, control inhibitorio.
- Serotonina receptores 5HT2a/c
- Hipocampo (ratas) h acetilcolina: olanzapina 1500%, clozapina 500%.
- Hipocampo y área subventricular h marcadores de mitosis de neuronas h de neurogénesis.
- Recordar aumento de neurogénesis en hipocampo por litio y antidepresivos en aplicaciones prolongadas.

CONCLUSIONES

La depresión presenta una prevalencia elevada con un impacto notable en la salud pública, y si bien los avances terapéuticos han sido notables, persiste un grupo de subtipos de depresión de manejo más complejo, incluso para el médico especialista en psiquiatría.

Los antipsicóticos atípicos permiten un tratamiento más eficaz en depresión resistente, depresión bipolar y depresión psicótica. El empleo en estas patologías surge de los resultados favorables en los síntomas negativos y depresivos de la esquizofrenia, donde su empleo constituyó un notable progreso desde el advenimiento de la clozapina hace varios años.

Existen algunos estudios que avalan el empleo de la mayoría de los atípicos en depresión, pero es olanzapina y risperidona que exhiben ensayos más numerosos. El gran avance de los antipsicóticos atípicos en relación a los clásicos se relaciona primordialmente con la ausencia o disminución de los efectos colaterales de tipo extrapiramidal. Desde los decenios anteriores varias de las complicaciones que surgían eran examinadas por los especialistas en neurología, pero actualmente con los atípicos los problemas tienen que ver con la esfera somática no neurológica (diabetes, obesidad, hipercolesterolemia, patología cardiaca) y por lo tanto cada vez un mayor número de pacientes probablemente serán examinados por los especialistas en medicina interna. Anteriormente con los antipsicóticos clásicos las complicaciones surgían en minutos (disonía aguda) u horas (temblor), sin considerar el efecto a largo plazo (diskinesia tardía), en cambio con los atípicos las complicaciones surgen en semanas y meses (obesidad y diabetes) y en una dirección opuesta a las recomendaciones de la medicina interna y salud pública respecto del control del aumento de peso.

Por otra parte los pacientes con depresión exhiben tasas más elevadas de morbilidad y mortalidad que el

resto de la población, en tanto que la presencia de la depresión disminuye la sobrevida de pacientes que han sufrido un infarto miocárdico reciente y es una frecuente complicación del cáncer.

Por lo tanto la indicación de antipsicóticos atípicos en pacientes con depresión debe ser evaluada en el curso de la evolución, considerando los efectos adversos a mediano y largo plazo y la mayor predisposición a sufrir patología somática de las personas aquejadas de cuadros depresivos. Afortunadamente muchos de los enfermos depresivos requieren antipsicóticos por periodos no muy prolongados y los efectos colaterales pueden ser medidos en el examen físico (aumento de peso) y laboratorio (perfil lipídico, prolactinemia, etc.).

REFERENCIAS

- Kuhn R. The treatment of depressive states with G 22355 (imipramine hydrochloride). *Am J Psychiatry* 1958; 115(5): 459-464
- Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 789-796
- Tollefson GD, Sanger TM, Beasley CM, Tran PV. A double-blind, controlled comparison of the novel antipsychotic olanzapine versus haloperidol or placebo on anxious and depressive symptoms accompanying schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1998; 43(11): 803-810
- Knights A, Hirsch SR. "Revealed" Depression and drug treatment for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38(7): 806-811
- Leff J, Tress K, Edwards B. The clinical course of depressive symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res* 1988; 1(1): 25-30
- Deutch AY, Moghaddam B, Innis RB, Krystal JH, Aghajanian GK, Bunney BS, Charney DS. Mechanisms of action of atypical antipsychotic drugs. Implications for novel therapeutic strategies for schizophrenia. *Schizophr Res* 1991; 4(2): 121-156. Review
- Meltzer HY. Serotonin-dopamine interactions and atypical antipsychotic drugs. *Psychiatric Ann* 1993; 23: 193-200
- American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depression. 2000. Disponible en: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/Depression2e.book.cfm
- Spiker DG, Weiss JC, Dealy RS, Griffin SJ, Hanin I, Neil JF, Perel JM, Rossi AJ, Soloff PH: The pharmacological treatment of delusional depression. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 430-436
- Texas department of mental health. The depression algorithms. 1996. Disponible en <http://www.mhmr.state.tx.us/centraloffice/medicaldirector/mddnp.pdf>
- Rendell JM, Gijssman HJ, Keck P, Goodwin GM, Geddes JR. Olanzapine alone or in combination for acute mania. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 3: CD004040
- Sanger TM, Grundy SL, Gibson PJ, et al. Long-term olanzapine therapy in the treatment of bipolar I disorder: an open-label continuation phase study. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 273-281
- J Clin Psychiatry* 2004; 65
- Ghaemi SN, Cherry EL, Katzow JA, Goodwin FK. Does olanzapine have antidepressant properties? A retrospective preliminary study. *Bipolar Disord* 2000; 2(3 Pt 1): 196-199
- Zhang W, Perry KW, Wong DT, Potts BD, Bao J, Tollefson GD, Bymaster FP. Synergistic effects of olanzapine and other antipsychotic agents in combination with fluoxetine on norepinephrine and dopamine release in rat prefrontal cortex. *Neuropsychopharmacology* 2000; 23(3): 250-262
- Keck PE Jr, Wilson DR, Strakowski SM, McElroy SL, Kizer DL, Bahlstleri TM, Holtman HM, DePriest M. Clinical predictors of acute risperidone response in schizophrenia, schizoaffective disorder, and psychotic mood disorders. *J Clin Psychiatry* 1995; 56(10): 466-470
- Tohen M, Zarate CA Jr, Centorrino F, Hegarty JI, Froeschl M, Zarate SB. Risperidone in the treatment of mania. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(6): 249-253
- Rapaport M, Canuso C, [Abstract NR179]. Presented at 156th APA Annual Meeting, San Francisco, CA, 2003
- Hirose S, Ashby CR Jr. An open pilot study combining risperidone and a selective serotonin reuptake inhibitor as initial antidepressant therapy. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(8): 733-736
- Tollefson GD, Beasley CM Jr, Tran PV, Street JS, Krueger JA, Tamura RN, Graffeo KA, Thieme ME. Olanzapine versus haloperidol in the treatment of schizophrenia and schizoaffective and schizophreniform disorders: results of an international collaborative trial. *Am J Psychiatry* 1997; 154(4): 457-465
- Shelton RC, Tollefson GD, Tohen M, Stahl S, Gannon KS, Jacobs TG, Buras WR, Bymaster FP, Zhang W, Spencer KA, Feldman PD, Meltzer HY. A novel augmentation strategy for treating resistant major depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158(1): 131-134
- Dube S, Andersen S, Briggs SD, Van Campen LE, Sanger TM, Thase ME. Onset of action of olanzapine-fluoxetine combination for treatment-resistant depression. [Abstract P.1.021]. *J Eur Coll Neuropsychopharmacol* 2002; 12(Suppl. 3): S179
- Corya SA, Andersen SW, Detke HC, Kelly LS, Van Campen LE, Sanger TM, Williamson DJ, Dube S. Long-term antidepressant efficacy and safety of olanzapine/fluoxetine combination: a 76-week open-label study. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(11): 1349-1356. Erratum in: *J Clin Psychiatry* 2004; 65(2): 279
- Corey-Lisle P, Birnbaum H, Greenberg P, et al. *Psychopharmacology Bulletin* 2003; 37: 90-98
- The drug scene, NEWS. The Case Manager, Volume 15, Issue 2, March-April 2004, Pages 16-17
- Richelson E. Preclinical pharmacology of neuroleptics: focus on new generation compounds. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(Suppl. 11): 4-11. Review
- Vavrusova L. Quetiapine in the treatment of nonpsychotic depression [P.2 E 037]. *Int J Neuropsychopharmacol* 2002; 5(Suppl. 1)
- Dunner D, Amsterdam J, Shelton R, Hassman H, Rosenthal M, Romano S. Adjunctive ziprasidone in treatment-resistant depression: A pilot study [Abstract NR238]. Presented at 156th APA Annual Meeting, San Francisco, CA, 2003
- Papakostas G, Petersen T, Worthington J, et al. Ziprasidone augmentation for major depressive disorder refractory to SSRIs [Abstract NR248]. Presented at 156th APA Annual Meeting, San Francisco, CA, 2003
- National Advisory Mental Health Council (USA), Senate Report 199. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 10
- Ustun TB. The Global Burden of Mental Disorders. *Am J Public Health* 1999; 89: 1315-1318
- Ministerio de Salud. Estudio de Carga de Enfermedad. Santiago, 1996
- Cohen-Cole SA, Kaufman KG. Major depression in physical illness: diagnosis, prevalence, and antidepressant treatment (a ten year review: 1982-1992). *Depression* 1993; 1: 181-204
- Anda R, Williamson D, Jones D, et al. Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of U.S. adults. *Epidemiology* 1993; 4: 285-294

35. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA* 1993; 270: 1819-1825
36. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995; 91: 999-1005
37. Musselman DL, Tomer A, Manatunga AK, *et al.* Exaggerated platelet reactivity in major depression. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1313-1317
38. Pollock BG, Laghrissi-Thode F, Wagner WR. Evaluation of platelet activation in depressed patients with ischemic heart disease after paroxetine or nortriptyline treatment. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 20: 137-140
39. Markovitz JH, Shuster JL, Chitwood WS, May RS, Tolbert LC. Platelet activation in depression and effects of sertraline treatment: an open-label study. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1006-1008
40. Winokur A, Maislin G, Phillips JL, Amsterdam JD. Insulin resistance after oral glucose tolerance testing in patients with major depression. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 325-330
41. Eaton WW, *et al.* Depression and risk for onset of type II diabetes. A prospective population-based study. *Diab Care* 1996; 19: 1097-1102
42. Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P, Samuels J, Price TR. Association of depression with 10-year poststroke mortality. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 124-129
43. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 89-99
44. Kent S, Bluthe RM, Kelley RW, Dantzer R. Sickness behavior as a new target for drug development. *Trends Pharmacol Sci* 1992; 13: 24-28
45. Maes M, Bosmans E, De Jongh R, Kenis G, Vandoolaeghe E, Neels H. Increased serum IL-6 and IL-1 receptor antagonist concentrations in major depression and treatment resistant depression. *Cytokine* 1997; 9: 853-858
46. Lieberman J, Tollefson G, Tohen M, *et al.* *Am J Psychiatry* 2003; 160(8): 1396-1404
47. Newcomer JW, Haupt DW, Fucetola R, *et al.* Abnormalities in glucose regulation during antipsychotic treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 337-345
48. Koro CE, Fedder DO, L'Italien GJ, *et al.* An assessment of the independent effects of olanzapine and risperidone exposure on the risk of hyperlipidemia in schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 1021-1026
49. Gianfrancesco F, Grogg A, Mahmoud R, Wang RH, Meletiche D. Differential effects of antipsychotic agents on the risk of development of type 2 diabetes mellitus in patients with mood disorders. *Clin Ther* 2003; 25: 1150-1171
50. Mukherjee S, Decina P, Bocola V, Saraceni F, Scapicchio PL. Diabetes mellitus in schizophrenic patients. *Compr Psychiatry* 1996; 37: 68-73
51. Zajecka JM, Weisler R, Sachs G, Swann AC, Wozniak P, Somerville KW. A comparison of the efficacy, safety, and tolerability of divalproex sodium and olanzapine in the treatment of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 1148-1155
52. Wirshing DA, Wirshing WC, Kysar L, *et al.* Novel antipsychotics: comparison of weight gain liabilities. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 358-363
53. Hummer M, Kemmler G, Kurz M, Kurzhaller I, Oberbauer H, Fleischhacker WW. Weight gain induced by clozapine. *Eur Neuropsychopharmacol* 1995; 5: 437-440
54. Allison DB, Mentore JL, Heo M, *et al.* Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1686-1696
55. Meltzer HY, Davidson M, Glassman AH, Vieweg WV. Assessing cardiovascular risks versus clinical benefits of atypical antipsychotic drug treatment. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(suppl 9): 25-29
56. Kinon BJ, Gilmore JA, Liu H, Halbreich UM. Prevalence of hyperprolactinemia in schizophrenic patients treated with conventional antipsychotic medications or risperidone. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28(suppl 2): 55-68
57. Wleck A, Haddad PM. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 299-304
58. David SR, Taylor CC, Kinon BJ, Breier A. *Clin Ther* 2000; 2: 1085-1096
59. Kinon BJ, Gilmore JA, Liu H, Halbreich UM. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28 (suppl 2): 55-56
60. Liver O, Mester R, Rapaport M, Weizman A, Weiss M. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 761-766
61. MacQueen G, Young T. *Bipolar disorder* 2003; 5(suppl 2): 53-61

REVISIÓN

EL COSTO DE LOS CUIDADOS COMUNITARIOS

(Rev GU 2006; 2; 1: 75-81)

Sandra Saldivia¹, Francisco Torres², Juan de Dios Luna³, Benjamín Vicente¹

El análisis de los aspectos económicos de la salud y la medicina constituye un área de estudio de importancia creciente (Santo-Domingo, 1995), en gran medida por el énfasis que adquiere el tema de contención de costos (Mirandola *et al.*, 1999). En el marco de la salud mental ello explicaría, parcialmente, el aumento creciente del número de estudios de costo publicados en la literatura internacional en los últimos 20 años.

Paralelamente, la aparición y desarrollo de nuevos modelos de atención, orientados a la desinstitutionalización de los pacientes y a su mantención en ambientes comunitarios, ha generado, por una parte, un aumento y diversificación de la demanda de servicios de salud mental y, por otra, la necesidad de evaluar las nuevas prestaciones y los modelos en su conjunto, desde diversas perspectivas. En este sentido, la evaluación continua pasa a constituir una parte inherente al sistema permitiendo identificar sus carencias, la forma cómo éstas se resuelven y las nuevas limitaciones.

Esta nueva realidad desafía a los profesionales del área, impulsándolos a la búsqueda de modelos más efectivos y eficientes y, en concreto, a la definición de procedimientos adecuados para conceder recursos escasos entre alternativas en competencia (Rupp *et al.*, 1998). Paralelamente, y dada la naturaleza de la problemática psíquica, se intenta que estas respuestas den cuenta, además, de las particularidades culturales y socioeconómicas del ámbito sobre el cual se actúa

LOS COSTOS EN SALUD MENTAL

Una proporción importante de los estudios de costo en salud mental se han llevado a cabo sobre grupos específicos de pacientes, fundamentalmente sobre los llamados enfermos mentales graves. Dentro de éstos, los hallazgos dan cuenta del peso que tanto en la demanda de servicios como en el costo asociado tiene una patología de larga evolución como la esquizofrenia (Mc Guire, 1991).

¹ Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Concepción.

² Departamento de Medicina Legal y Psiquiatría Universidad de Granada.

³ Departamento de Estadística e Investigación Operativa Universidad de Granada.

Davies y Drummond, 1994; Rice y Miller, 1996; Rupp *et al.*, 1998; Drummond *et al.*, 1998; Schultz y Andreasen; 1999), cuya carga sobre los presupuestos sanitarios anuales de nivel nacional ha sido estimada en un valor que bordea el 2%, y cuyos cuidados, comparados con otros diagnósticos, resultan hasta dos veces más caros, fundamentalmente a expensas del mayor número de ingresos hospitalarios (Burns y Raftery, 1991; Goldberg, 1994; Quinlivan *et al.*, 1995; Sledge *et al.*, 1996). Se trata además de una población particularmente afectada por los cambios asistenciales que durante las últimas décadas se vienen produciendo en los modelos de atención.

En estudios donde el foco de interés se orienta a evaluar la organización de servicios de salud mental, la tendencia históricamente ha sido comparar los cuidados con base en el hospital psiquiátrico respecto de aquellos orientados a la comunidad, sean éstos ambulatorios, en centros de día o en ambientes no hospitalarios con diversos grados de supervisión. En estos casos los resultados favorecen a los modelos alternativos sobre los cuidados únicamente hospitalarios, dado que producirían mejores resultados a un menor costo (Gudeman y Shore, 1983; Goldberg *et al.*, 1985; Wiersma *et al.*, 1991; Burns y Raftery, 1991; Creed *et al.*, 1991; Fenton *et al.*, 1998). En ocasiones en que esta diferencia es mínima, y aún negativa para los cuidados comunitarios, estos últimos resultan más satisfactorios para el paciente o generan mejores resultados (Goldberg, 1994; McCrone *et al.*, 1994; Gater *et al.*, 1997). No obstante la relación costo-efectividad puede variar en función de la intensidad de los cuidados y del periodo de seguimiento (McCrone *et al.*, 1994; Knapp *et al.*, 1998).

Häfner y Van der Heiden (1991) usaron un diseño naturalístico para estudiar la efectividad de los cuidados ambulatorios en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con readmisiones sucesivas, seguidos en el curso de un año. Concluyen que éstos fueron un 50% menos costosos que los cuidados continuos, a la vez que disminuían la probabilidad de nuevos ingresos (Häfner y Van der Heiden, 1989; Häfner y Van der Heiden, 1991). Los efectos de los cuidados ambulatorios, medidos en la frecuencia de readmisiones y en la sintomatología evaluada con el *Present State Examination* (PSE), fueron más notorios para aquellos pacientes que viven en alternativas residenciales, menores en aquellos que viven con su familia y no pudieron ser identificados en aquellos pacientes que viven solos.

Investigadores del programa TAPS (*team for assessment psychiatric services*) estudiaron las primeras cohortes de pacientes esquizofrénicos transferidos desde dos

hospitales psiquiátricos del norte de Londres a alternativas residenciales comunitarias de administración diversa, evaluando resultados clínicos, psicosociales y de costo. Los resultados señalan que el incremento en los costos de los servicios comunitarios está relacionado con resultados favorables, tanto a corto plazo como cinco años después del alta hospitalaria (Beecham *et al.*, 1991; Leff *et al.*, 1994; Hallam, 1995; Hallam *et al.*, 1995), costo que era atribuible, en más del 80%, a satisfacer las necesidades de vivienda.

En el Condado de San Diego, EE.UU., Cuffel *et al.* (1996) estudiaron los costos del tratamiento y el uso de servicios de salud mental realizado por pacientes con trastornos psiquiátricos, usuarios del sistema entre los años 1986 y 1990. Para el caso de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia los resultados obtenidos confirman que éste es el grupo mórbido con mayor costo económico, respecto de cualquier otra enfermedad psiquiátrica y que los pacientes incluidos en el grupo de edad de 65 años y más y los del grupo de 18-29 años eran los que acarreaban el mayor costo económico (Cuffel *et al.*, 1996).

El *PriSM Psychosis Study*, proyecto llevado a cabo en dos áreas geográficas del sur de Londres, buscó evaluar las posibilidades reales de que los resultados favorables de costo-eficacia alcanzados en diseños de investigación puedan ser trasladados, con igual rendimiento, a ambientes rutinarios de trabajo, evaluando los costos implicados en este último contexto (Thornicroft *et al.*, 1998a; Thornicroft *et al.*, 1998b). Se trata de un ensayo controlado, no aleatorio, en dos fases, sobre una muestra de pacientes con diagnóstico de psicosis, con un periodo de seguimiento de dos años y una evaluación de resultados amplia (Thornicroft *et al.*, 1998a).

Al valorar los costos y la efectividad de los dos sistemas de cuidados en salud, uno estándar y una intervención de cuidados intensivos, concluyen que los costos después de la instauración de centros de atención orientados a la comunidad fueron significativamente más altos para los cuidados intensivos, principalmente debido al alto uso de alternativas residenciales subvencionadas. Sin embargo, a lo largo del tiempo, éstos tendían a ser similares para ambos sistemas (McCrone *et al.*, 1998). A la luz de las variadas medidas de resultado, los investigadores concluyen que una orientación comunitaria resulta más adecuada que intervenciones con base en el hospital, aunque observan escasas diferencias entre los diferentes modelos de intervención comunitaria (Thornicroft *et al.*, 1998b).

En España, el Grupo PSICOST ha publicado los resultados de un estudio que buscaba obtener información sobre el costo – incidencia de la esquizofrenia en

España, según un modelo de escenarios divergentes, en una aproximación 'de abajo – arriba' (Haro *et al.*, 1998; Salvador-Carulla *et al.*, 1999). Se incluyen tres áreas de organización de servicios de salud mental –Cantabria, Navarra y Barcelona. El análisis prospectivo recoge amplia información sobre utilización de servicios, desenlace clínico y carga objetiva y subjetiva del cuidador principal y de la familia.

Los costos directos por paciente, al tercer año de seguimiento, fueron de US\$2.243, siendo éstos más altos en pacientes solteros y en aquellos que sufrieron recaídas, a la vez que sujetos con mejor funcionamiento presentaban menores costos que aquellos con mayor grado de deterioro (Haro *et al.*, 1998; Salvador-Carulla *et al.*, 1999). Al analizar los datos encuentran costos directos menores en un área con amplio desarrollo de programas comunitarios respecto de otra sin programas de este tipo, diferencia principalmente debida al mayor número de días de ingresos hospitalarios (Salvador-Carulla *et al.*, 1999).

En general, los resultados encontrados están por debajo de los reportados por otros estudios europeos, lo que los autores atribuyen a las diferencias existentes en los costos de los cuidados comunitarios en España respecto de otros países del área (Haro *et al.*, 1998; Salvador-Carulla *et al.*, 1999). Por otra parte, amplían la evidencia respecto de que la disponibilidad de servicios parece ser uno de los principales determinantes de su uso y de los costos asociados.

En la misma línea de investigación, y en el marco de trabajo del Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental y del Proyecto PSICOST-2, hemos llevado a cabo un estudio orientado a estimar el costo sanitario anual directo de la esquizofrenia en una muestra de pacientes en contacto con dispositivos sanitarios del Área de Salud Mental Granada Sur. Se trata de una muestra de 73 pacientes consultantes con el Equipo de Salud Mental de Distrito (ESMD) de Loja (Saldivia, 2000).

El costo medio estimado, ajustado de acuerdo a la paridad del poder adquisitivo (*purchase power parity*; PPP) para 1998, alcanzó a los US\$3.965 por paciente, resultados más altos que los referidos para el estudio PSICOST-1 (Haro *et al.*, 1998; Salvador-Carulla *et al.*, 1999), pero por debajo de los hallazgos de otros estudios internacionales. Los resultados confirman lo referido en la literatura con relación a que el tipo de cuidados con mayor incidencia sobre los costos sanitarios son los ingresos, en nuestro caso a unidades de agudos (Moscarelli *et al.*, 1991; Davies y Drummond, 1994; Amaddeo *et al.*, 1997; De Hert *et al.*, 1998; Amaddeo *et al.*, 1998; Haro *et al.*, 1998; Salvador-Carulla *et al.*, 1999; Rund y Ruud, 1999).

En los últimos años, y frente a las dificultades para trabajar con cohortes amplias de pacientes, una alternativa está siendo la utilización de Registros de Casos Psiquiátricos (RCPs) (Amaddeo *et al.*, 1997; Lang *et al.*, 1997; Mirandola *et al.*, 1999). Aun cuando su uso acota la amplitud de los resultados obtenidos, limitando éstos a un menor número de variables básicamente relacionadas con la utilización de servicios de un sistema de atención en salud geográficamente delimitado y, regularmente, del ámbito público, diversos factores estimulan a profundizar en esta área de estudios. Entre éstos, si se considera que los costos deberían ser estudiados repetida y periódicamente para permitir reflejar la evolución de los patrones de cuidado (Salize y Rössler, 1996; Amaddeo *et al.*, 1998), los RCPs aparecen como una herramienta poderosa y con la plasticidad necesaria, en términos de la información que recogen, para facilitar esta evaluación continua en grandes muestras de pacientes.

Amaddeo *et al.* (1997), sobre la base del RCPs de Verona Sur, intentan demostrar la utilidad de sumar información acerca de los costos a los datos recogidos rutinariamente de los pacientes en contacto con dispositivos de atención de la red de salud mental del área, buscando analizar la asociación entre las características de éstos y los costos directos de los cuidados psiquiátricos facilitados. Concluyen que los costos son significativamente más altos para el grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y desórdenes relacionados respecto de aquellos con cuadros afectivos, neuróticos y somatomorfos, y otros diagnósticos. Sin embargo, sólo el 6% de esta variación puede ser atribuida únicamente a la pertenencia a un grupo diagnóstico. Entre un 40% a 50% se explicaría por características personales de los pacientes y por otra información registrada en el RCPs (Amaddeo *et al.*, 1997).

Al comparar resultados para un año de seguimiento entre grupos de pacientes que inician su contacto con la red de servicios de salud mental y quienes han sido usuarios de éstos por un periodo mayor, Amaddeo *et al.* (1998) concluyen que, para todos los grupos diagnósticos analizados, los pacientes nuevos resultaron menos caros respecto de aquellos con un periodo más largo de contactos. Sin embargo, en el caso de los pacientes esquizofrénicos, cuando los costos totales son desagregados esta diferencia no es significativa para cuidados hospitalarios y comunitarios. Por otra parte, cuando utilizan análisis multivariante encuentran que entre el 20% y el 69% de la variación estadística de los costos puede ser explicada por el paciente y por otras características, más que por el tipo de contacto de que se trate (primero o posterior). Para el grupo de pacien-

tes esquizofrénicos este porcentaje de varianza explicada es mayor, identificándose costos más altos en aquellos con nivel de educación secundario y en pacientes esquizofrénicos solteros, comparados con pacientes solteros con diagnóstico de neurosis (Amaddeo *et al.*, 1998).

En nuestro caso, hemos llevado a cabo un estudio que busca estimar los costos sanitarios directos para el periodo de un año en una muestra de 594 pacientes, en contacto con los dispositivos de salud mental del Área Granada Sur, identificados como casos y seguidos en su recorrido por la red asistencial por el Registro Andaluz de Esquizofrenia (R.A.E.) El costo por paciente para 1998, ajustado según la paridad del poder adquisitivo (*purchase power parity*; PPP) alcanzó a US\$6.114, identificándose mayores costos en aquellos pacientes residentes en unidades de media y larga estancia, seguido por un pequeño grupo que contactaba únicamente con unidades de agudos de hospital general, sin continuidad de cuidados posterior, siendo menos costosa la atención para el grueso de pacientes, quienes mantenían contactos periódicos con algún equipo de atención ambulatoria (Saldivia, 2000).

VARIABLES ASOCIADAS AL COSTO DE CUIDADOS EN SALUD MENTAL

La revisión de los estudios de costo de la atención a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia permite identificar cierta consistencia con relación a posibles variables predictoras de mayores costos.

En general, los cuidados demandados por pacientes hombres resultarían más caros que el entregado a los usuarios femeninos, aunque el peso de la diferencia disminuye al controlar por otras variables, principalmente el diagnóstico (Knapp *et al.*, 1990; Amaddeo *et al.*, 1997; Rund y Ruud, 1999). Knapp *et al.* (1990) en un primer estudio sobre los costos de cuidados comunitarios de las primeras cohortes desintitucionalizadas de los hospitales Friern y Cadbury del estudio TAPS, encontraron mayores costos en el grupo de los hombres, resultado que atribuyen a una planificación inicial de los servicios comunitarios que actuó bajo el supuesto de que éstos son menos capaces de autocuidado y fueron, en consecuencia, derivados a alternativas residenciales con mayor personal de apoyo y/o más intensivas en cuidados. Complementariamente, esta diferencia en la capacidad de autocuidado puede ser sostenida también sobre bases culturales que asignan roles diferenciales a los géneros y en el hallazgo de que género y tamaño de red social de los pacientes también se interrelacionan (Knapp *et al.*, 1990). Además, los hombres tienden a

presentar una sintomatología distinta (Sartorius, 1986; Häfner *et al.*, 1998; Jablensky, 1999), lo que incide en un mayor uso de servicios (Moreno Küstner, 1998) y, por consiguiente, en un costo más alto.

La edad de los pacientes también resulta una variable predictora de los costos, aunque la función de incidencia resulta menos clara. En nuestros estudios hemos encontrado que el costo disminuye a medida que la edad aumenta, pero este hallazgo no genera claro consenso en la literatura. Knapp *et al.* (1990) encuentran esta misma asociación, aunque señalan que la influencia de la variable edad está mediatizada por la duración de la permanencia en el hospital psiquiátrico previo al alta y por la presencia de sintomatología negativa medida con el *Present State Examination* (PSE). Un estudio en pacientes ambulatorios llevado a cabo en Nigeria (Suleiman *et al.*, 1997) no encuentra diferencias significativas entre éstos y la edad. Amaddeo *et al.* (1997) refieren que los hombres con edad superior a 29 años tienen menores costos, atribuyendo tal diferencia a un efecto positivo de la edad para los pacientes masculinos. Sin embargo, en un estudio belga De Hert *et al.* (1998) no encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el género y los tramos de edad con relación a los costos. Cuffel *et al.*, (1996) encuentran costos más altos entre 18 y 29 años, los que tienden a disminuir a medida que avanza la edad para aumentar nuevamente en el grupo de mayores de 65 años. Resultados más cercanos a lo referido por Rund y Ruud (1999) en Noruega, quienes encuentran mayores costos en el grupo que va entre los 30-39 años, seguidos por el tramo entre 20-29 años y menores para el grupo entre 40 y 69 años, mientras que las mujeres generarían, en general, menores costos hasta la séptima década, dado que éstos aumentarían después de los 69 años.

Probablemente la relación entre edad y costos exista, pero mediada por variables como el género, el curso de la enfermedad y la condición clínica de salud general del paciente. Es probable que el número de años de evolución de la enfermedad, la mayor frecuencia de problemas de salud física en pacientes esquizofrénicos (Anderson *et al.*, 1991) y el deterioro propio de la edad, incidan en una relación que no sería lineal sino que tendería a presentar periodos en que los costos aumentan, como al inicio del cuadro y en las etapas del final de la vida.

Con respecto a la red social del paciente, los estudios del TAPS identifican mayores costos en aquellos pacientes con escaso o nulo soporte social (Beecham *et al.*, 1991; Leff *et al.*, 1994; Hallam, 1995; Hallam *et al.*, 1995), mientras que en nuestros estudios hemos encontrado costos más altos en aquellos que viven solos

o en instituciones, quienes presentan una mayor frecuencia de contactos (Moreno Küstner, 1998) y donde probablemente la existencia de una red social limitada orienta la mayor parte de la demanda del paciente hacia el sistema de cuidados formales.

El número de recaídas es una variable que es mencionada en algunos estudios como asociada al costo. Es lo señalado por Haro *et al.* (1998) en su estudio sobre una muestra española y confirmado por nuestros hallazgos, donde un 46,5% de los pacientes había presentado un episodio de recaída durante el año de seguimiento. Es probable que tales resultados estén fuertemente influidos por el criterio de definición de un episodio que, al considerar un 'cambio en el patrón de utilización de servicios', incluye en este grupo una alta proporción de ingresos a unidades de hospitalización, de manera que la relación podría estar enmascarando alguna otra asociación y podría darnos luces en la búsqueda de identificar la relación entre gravedad del cuadro y costos asociados. Al respecto, De Hert *et al.* (1998) identifican como variable predictora de mayores costos al número de días de ingreso durante el año previo, mientras que los estudios del TAPS señalan que éstos no se relacionan con el tiempo de estancia previo en la institución (Beecham *et al.*, 1991; Leff *et al.*, 1994; Hallam, 1995; Hallam *et al.*, 1995). Lo cierto es que aún no hay respuesta a la pregunta acerca de si son los pacientes más enfermos los más caros. Y, relacionado con ello, si el alto porcentaje de recaídas evidencia la gravedad de los pacientes o la escasa efectividad de las intervenciones.

Una relación frecuentemente referida en la literatura es aquella entre el costo de los cuidados y el nivel de funcionamiento social del paciente. Al respecto, el uso de la Escala de Evaluación de la Actividad General (EEAG) como un instrumento capaz de predecir mayores costos encuentra respaldo en la literatura; puntuaciones más altas en la EEAG, reflejo de mejor funcionamiento, se relacionarían con menores costos (De Hert *et al.*, 1998; Haro *et al.*, 1998; Rund y Ruud, 1999; Saldivia, 2000).

COMENTARIOS FINALES

Durante los últimos diez años diversos investigadores, fundamentalmente en la línea del Personal Social Services Research Unit (PSSRU), grupo de investigación en economía de la salud de la Universidad de Kent, Inglaterra, vienen planteando la necesidad de que los estudios de costo se orienten a establecer la relación entre éstos, las necesidades de los pacientes y sus resultados (Beecham *et al.*, 1991; Hallam *et al.*, 1994; Knapp *et al.*, 1995; Hallam, 1995)

De manera que no se trata sólo de estudiar los costos sino las variaciones entre ellos e intentar buscar y explicar el por qué de tales diferencias. Así, se observa un punto de inflexión en este tipo de estudios a partir de principios de los '90, en el sentido de que se pasa de estudios más macro a analizar los costos basados en muestras de pacientes, intentando abarcar un número mayor de variables y con cierta tendencia a comparar modelos de organización de servicios (Beecham *et al.*, 1991; Hallam *et al.*, 1994; Trieman y Leff, 1996; Leff, 1997) y, en los últimos años, estrategias de intervención clínica (Quinlivan *et al.*, 1995; Knapp *et al.*, 1998; Healey *et al.*, 1998).

Sin embargo, establecer la relación entre los hallazgos y la efectividad de los resultados parece ser aún difícil de alcanzar. Si bien es cierto que los estudios que comparan estrategias de tratamiento se acercan un poco más, al menos teóricamente, a este objetivo, ello enfrenta el problema de la generalización de los resultados, por lo cual tales estudios requieren ser llevados a cabo con especificaciones muy estructuradas respecto tanto de la organización de servicios sobre la cual se sustentan, como de las estrategias a evaluar, dado que las variaciones sobre unas y otras incidirán sobre los resultados obtenidos, fundamentalmente sobre lo que puede ser una relación costo-beneficio (Wolff *et al.*, 1997). El reciente desarrollo y adaptación de nuevos instrumentos que permiten establecer comparaciones entre áreas sanitarias diversas abre una ventana en tal sentido (Salvador-Carulla *et al.*, 2000; Romero, 2000).

Además, es preciso considerar que los costos asociados al cuidado de grupos de usuarios de los llamados nuevos crónicos tienden a ser más altos en áreas con mayor desarrollo de servicios de salud mental, aumento atribuible fundamentalmente al mayor uso de dispositivos residenciales y de rehabilitación. En consecuencia, el uso de servicios está en función de la disponibilidad de éstos (Haro *et al.*, 1998) y, por lo tanto, en relación directa con los costos de cuidados. De manera que en el caso de áreas geográficas dispersas y/o con limitaciones de accesibilidad a los recursos, las diferencias de costos entre grupos de pacientes puede plantearse como una realidad que enmascara diferencias en la planificación y gestión de los sistemas de atención, más que como un resultado únicamente asociado a las características propias de determinados grupos de pacientes.

Finalmente, en la medida que aumenta el interés por los estudios de costo un conjunto de limitaciones y desafíos comienza a ser discutido en la literatura. Dentro de éstos se señalan los procedimientos usados para el reclutamiento de pacientes y la definición de criterios

de ingreso; la necesidad de llevar a cabo investigaciones sobre muestras de pacientes de un tamaño tal que permitan detectar cambios en lo que algunos autores denominan 'objetivo económico primario' (Drummond *et al.*, 1998), el uso de diseños metodológicos que consideren que las tasas de abandono de tratamiento parecen estar altamente correlacionadas con costos adicionales y con un deterioro en la calidad de vida de los pacientes, y que contemple periodos de seguimiento suficiente que permitan observar cambios (Andreasen, 1991; Drummond *et al.*, 1998)

A nivel de los resultados, el rango de éstos ha de ser variado, respondiendo al perfil de los nuevos usuarios de servicios de salud mental. Éstos deberían incluir no sólo los costos directos sino también aquellos relacionados con los cuidados comunitarios y los que recaen sobre la familia (Andreasen, 1991). No obstante, persisten áreas controvertidas como la medición de cambios en la productividad y la estimación de costos asociados a los cuidados informales (Andreasen 1991; Drummond *et al.*, 1998; Goeree *et al.*, 1999).

Un último aspecto que debe ser cuidadosamente manejado en este tipo de estudios dice relación con la determinación de costos unitarios. Si bien hay modernos sistemas de atención en salud que permiten contar de manera relativamente fluida y precisa con listados de costos de cada una de las prestaciones otorgadas, esto no ocurre en la generalidad de los casos. Así, son más frecuentes las situaciones en que éstos deben ser cuidadosamente calculados, con el consumo de tiempo asociado a la tarea (Amaddeo *et al.*, 1998; Mirandola *et al.*, 1999).

REFERENCIAS

- Amaddeo F, Beecham J, Bonizzato P, Fenyo A, Knapp M, Tansella M. The use of a Case Register to evaluate the costs of psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95(3): 189-198
- Amaddeo F, Beecham J, Bonizzato P, Fenyo A, Tansella M, Knapp M. The costs of community-based psychiatric care for first-ever patients. A case register study. *Psychol Med* 1998; 28: 173-183
- Anderson C, Connelly J, Johnstone E. Disabilities and circumstances of schizophrenic patients: V. Cause of death. *British Journal of Psychiatry* 1991; 159(supl. 13): 30-33
- Andreasen N. Assessment issues and the cost of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991; 17(3): 475-481
- Beecham J, Knapp M, Fenyo A. Costs, needs and outcome. *Schizophr Bull* 1991; 17(3): 427-439
- Burns T, Raftery J. Cost of schizophrenia in a randomized trial of home-based treatment. *Schizophr Bull* 1991; 17(3): 407-410
- Creed F, Black D, Anthony P. Randomised controlled trial of day and in-patient psychiatric treatment. *British Journal of Psychiatry* 1991; 158: 183-189
- Cuffel B, Jeste D, Halpain M, Pratt C, Tarke H, Patterson T. Treatment costs and use community mental health services for schizophrenia by age cohorts. *Am J Psychiatry* 1996; 153(7): 870-876
- Davies L, Drummond MF. Economics and schizophrenia: the real cost. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165(supl.25): 18-21
- De Hert M, Thys E, Boydens J, Gilis P, Kesteloot K, Verhaegen L, Peuskens J. Health care expenditure on schizophrenia patients in Belgium. *Schizophr Bull* 1998; 24(4): 519-527
- Drummond MF, Knapp M, Burns TP, Miller KD, Shadwell P. Issues in the design of studies for the economic evaluation of new atypical antipsychotics: the ESTO study. *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 1998; 1: 15-22
- Fenton W, Mosher L, Herrell J, Blyler C. Randomized trial of general hospital and residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry* 1998; 155(4): 516-522
- Gater R, Goldberg D, Jackson G, Jennett N, Lowson K, Ratcliffe J, Saraf T, Warner R. The care of patients with chronic schizophrenia: a comparison between two services. *Psychol Med* 1997; 27(6): 1325-1336
- Goeree R, O'Brien BJ, Blackhouse G, Agro K, Goering P. The valuation of productivity costs due to premature mortality: a comparison of the human-capital and friction-cost methods for schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1999; 44(5): 455-463
- Goldberg D, Bridges K, Cooper C. Douglas House: a new type of hostel ward for chronic psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry* 1985; 147: 383-388
- Goldberg D. Cost-effectiveness in the treatment of patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89(supl 382): 89-92
- Gudeman J, Shore. Day hospitalization and an inn, instead of in-patient care for psychiatric patients. *N Engl J Med* 1983; 308: 749-753
- Hallam A, Beecham J, Knapp M, Fenyo A. The costs of accommodation and care. Community provision for former long-stay psychiatric hospital patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1994; 243(6): 304-310
- Hallam A, Knapp M, Beecham J, *et al.* Eight years of psychiatric re-provision: an economic evaluation. En: Knapp M. (Ed.) *The economic evaluation of mental health care*. 1ª ed. PSSRU, Ashgate, Aldershot, 1995, pp. 103-124
- Hallam A. Affording community care: lessons from the Friern and Claybury psychiatric re-provision programme. *Mental Health Research Review* 1995; 2: 29-32
- Haro JM, Salvador-Carulla L, Cabases JM, Madoz V, Vázquez-Barquero JL. Utilisation of mental health services and costs of patients with schizophrenia in three areas of Spain. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 334-340
- Häfner H, Van der Heiden W. The evaluation of mental health care system. *British Journal of Psychiatry* 1989; 155: 12-17
- Häfner H, Van der Heiden W. Evaluating effectiveness and costs of community care for schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1991; 17(3): 441-451
- Häfner H, Van der Heiden W, Behrens S, Gattaz W, Hambrecht M, Löffler W, Maurer K, Munk-Jorgensen P, Nowotny B, Riecher-Rössler A, *et al.* Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1998; 24(1): 99-113
- Healey A, Knapp M, Astin J, Beecham J, Kemp R, Kirov G, David A. Cost-effectiveness evaluation of compliance therapy for people with psychosis. *British Journal of Psychiatry* 1998; 172: 420-424
- Jablensky A. Schizophrenia: epidemiology. *Current Opinion in Psychiatry* 1999; 12: 19-28
- Knapp M, Beecham J, Anderson J, Dayson D, Leff J, Margolius O, O' Driscoll C, Wills W. The TAPS project.3: Predicting the community costs of closing psychiatric hospital. *British Journal of Psychiatry* 1990; 157: 661-670
- Knapp M, Beecham J, Fenyo A, Hallam A. Community mental health care for former hospital in-patients. Predicting costs from needs and diagnoses. *British Journal of Psychiatry* 1995; 167(Suppl. 27): 10-18

29. Knapp M, Mark IM, Wolstenholme J, Beecham J, Astin J, Audini B, Connolly J, Watts V. Home-based versus hospital-based care for serious mental illness. Controlled cost-effectiveness study over four years. *British Journal of Psychiatry* 1998; 172:506-512
30. Lang F, Forbes J, Murray G, Johnstone E. Service provision for people with schizophrenia. I. Clinical and economic perspective. *British Journal of Psychiatry* 1997; 171: 159-164
31. Leff J, Thornicroft G, Coxhead N, Crawford C. The TAPS Project: a five-year follow-up of long-stay psychiatric patients discharged to the community. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165(Suppl. 25): 13-17
32. Leff J. *Care in the Community: Illusion or Reality?* 1ª ed. John Wiley and Sons, Chichester, 1997
33. Mc Guire TG. Measuring the economics costs of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991; 17(3): 375-388
34. McCrone P, Beecham J, Knapp M. Community psychiatric nurse team: cost-effectiveness of intensive support versus generic care. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165: 218-221
35. McCrone P, Thornicroft G, Phelan M, Holloway F, Wykes T, Johnson S. Utilisation and costs of community mental health services. PRISM Psychosis Study 5. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 391-398
36. Mirandola M, Bisoffi G, Bonizzato P, Amaddeo F. Collecting psychiatric resources utilisation data to calculate costs of care: a comparison between a service receipt interview and a case register. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 541-547
37. Moreno Küstner B. Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos. Tesis Doctoral Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada, 1998
38. Moscarelli M, Capri S, Neri L. Cost evaluation of chronic schizophrenic patients during the first 3 years after the first contact. *Schizophr Bull* 1991; 17(3): 421-426
39. Quinlivan R, Hough R, Crowell A, Beach C, Hofstetter R, Kenworthy K. Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in an intensive case management program. *Psychiatric Service* 1995; 46(4): 365-371
40. Rice D, Miller SM. The economic burden of schizophrenia: conceptual and methodological issues, and cost estimates. En: Moscarelli M, Rupp A, Sartorius N (Eds.) *Handbook of mental health economics and health policy, Vol I Schizophrenia*. 1ª ed. John Wiley & Sons, London, 1996
41. Romero C. Descripción y clasificación estandarizada de servicios de salud mental en España. El European Service Mapping Schedule. Tesis Doctoral Dpto. de Neurociencias. Universidad de Cádiz, 2000
42. Rund BR, Ruud T. Costs of services for schizophrenic patients in Norway. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 120-125
43. Rupp A, Gause E, Darrel AR. Research policy implications of cost-of-illness studies for mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173(Suppl. 36): 19-25
44. Saldivia S. Estimación del costo de la esquizofrenia asociado al uso de servicios. Tesis Doctoral Dpto. de Medicina Legal, Psiquiatría y Toxicología, Universidad de Granada, España, 2000
45. Salize HJ, Rössler W. The cost of comprehensive care of people with schizophrenia living in the community. A Cost evaluation from German Catchment Area. *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 42-48
46. Salvador-Carulla L, Haro JM, Cabases JM, Madoz V, Sacristán JA, Vázquez-Barquero JL. Service utilization and cost of first-onset schizophrenia in two widely differing health service areas in North-East Spain. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 335-343
47. Santo-Domingo J. Introducción al número monográfico Psiquiatría y Economía. *Archivos de Neurobiología* 1995; 58(2): 125-127
48. Sartorius N, Jablensky A, Korten A. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychol Med* 1986; 16: 909-928
49. Schultz S, Andreasen N. Schizophrenia. *Lancet* 1999; 353: 1425-1430
50. Sledge W, Tebes J, Wolff N, Helminiak T. Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, part II: service utilization and costs. *Am J Psychiatry* 1996; 153(8): 1074-1083
51. Suleiman T, Ohaeri J, Lawal R, Haruna A, Orija O. Financial cost of treating out-patients with schizophrenia in Nigeria. *British Journal of Psychiatry* 1997; 171: 364-368
52. Thornicroft G, Strathdee G, Phelan M, Holloway F, Wykes T, Dunn G, McCrone P, Leese M, Johnson S, Szmukler G. Rationale and design. PRISM Psychosis Study I. *British Journal of Psychiatry* 1998a; 173: 363-370
53. Thornicroft G, Wykes T, Holloway F, Johnson S, Szmukler G. From efficacy to effectiveness in community mental health services. PRISM Psychosis Study 10. *British Journal of Psychiatry* 1998b; 173: 423-427
54. Trieman N, Leff J. The difficult to place patients in a psychiatric hospital closure programme. The TAPS Project 24. *Psychol Med* 1996; 25: 765-774
55. Wiersma D, Kluiters H, Nienhuis F, Ruphan M, Giel R. Costs and benefits of day treatment with community care for schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1991; 17: 411-419
56. Wolff N, Helminiak T, Kraemer J. Getting the cost right in cost-effectiveness analyses. *Am J Psychiatry* 1997; 154(6): 736-743

ENSAYO

IN-SIGNIFICANTES: EL PENSAMIENTO DE LUCE IRIGARAY¹

(Rev GU 2006; 2; 1: 82-89)

Susana Cubillos²

**“ Razón habrá tenido mi abuelo,
razón habrá tenido mi bisabuela;
raíces de árboles son nuestros pies
alas de ave de paso tiene nuestro corazón
¿Quién vence al fin? ¿Quién vencerá?
Pondremos nuestros ojos en la tierra
Ella es la acogedora, ella nos guía.
He tenido buenos abuelos,
he tenido buenos consejos,
he nacido de una buena madre...”**

(canción tradicional Mapuche).

Me convoco al viaje indagatorio de ser mujer, en reconocimiento frente al espejo que son las otras mujeres que caminan y construyen con preguntas y des-arman las arrogantes milenarias verdades de ellos, patéticas ilusiones del yo deformado por el falogocentrismo masculista.

Luce Irigaray, filósofa, lingüista y psicoanalista, identificada por la crítica con la corriente del feminismo

de la diferencia, capta mi atención al hablar de sí misma –yo– a mí –tú– a nosotras. Como un cuerpo, me acoge, me re-cojo nuevamente frente a sus significantes, los míos, los de nosotras-cuerpos-madre-símbolos de una genealogía a cartografiar.

Luce Irigaray en sus textos “Yo, tú, nosotras”, “El cuerpo a cuerpo con la madre” y “El otro género de la naturaleza” da lugar al espacio existencial del “nosotras”.

¹ Trabajo presentado en las Jornadas de Discusión “Texto y Poder: las políticas del sentido”, organizadas por la Facultad de Humanidades de la Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación, en octubre de 1997. Publicado en el volumen colectivo de ponencias, editorial ET CETERA, UPLA, Valparaíso, Chile, 1999.

² Centro de Salud Mental Integrado. E-mail: scubillosm@vtr.net.

Conectando mente, espíritu y sentidos, ella aborda la pertinencia política de construir con otras un referente de género valorizado. Un “nosotras” con signo positivo, de figuraciones que posibiliten identificaciones y vayan más allá de lo hasta ahora conocido por las mujeres, engramas de identidad positiva de género sexuado mujer.

A su pregunta “¿cuándo nos haremos mujeres?” (1) digo yo que por el hecho de estar habitadas por una subjetividad construida mirando hacia los otros y conteniendo además sus proyecciones, se hace imprescindible la elección de serlo. No obstante, aunque a veces nos afirmamos como sujetas plenas de derecho expansivas de sentimiento-identidad-mujer, esto se hace insuficiente para sustancializarnos como tales.

Acerca de ¿existe la palabra de mujer? y ¿qué dicen las mujeres cuando quieren decir *yo*? y partiendo de la teoría crítica feminista y del concepto operativo de género encontramos coincidencia en rechazar la idea de una imaginación sin género, argumentándose desde distintas perspectivas que la imaginación no puede escapar a las estructuras inconscientes de identidad sexual. Con su palabra y al decir yo, las mujeres de-velan el mapeo imaginario, la cartografía que levantan la aún fragmentada existencia de fuerzas lúcidas femeninas, de sueños sobrevivientes, que trepan en verbos como balsas.

EL PENSAMIENTO DE LUCE IRIGARAY EN CONSONANCIA CON EL SER MUJER LATINOAMERICANA

Como mujer latinoamericana, asumida sujeta en construcción permanente, tomo de una obra todo aquello que aporte a este proceso, dando por entendido que esta construcción sólo es posible en relación con otras mujeres de éste y otros continentes. Mi intención en este trabajo es compartir ciertos desarrollos conceptuales de un pensamiento que me parece aportador en el develamiento de los dilemas de la conjugación del sistema sexo/género y sus vicisitudes, tal y como se nos presentan cotidianamente, en toda su complejidad y profundidad. Intento aprehender aquellos sentidos que resuenan en mí, como lúcidas interpretaciones de un proyecto de creación de un espacio existencial propio y sexuado, altamente político. Si bien el género es una categoría privilegiada para representar el poder de dominación, la conjugación de realidades ligadas a los significantes sexo/género/raza/clase, a pesar de exceder las pretensiones de este trabajo, late en sus bordes.

En pasajes de “El cuerpo a cuerpo con la madre” (2), Irigaray hace planteamientos creativos a la simbolo-

gía que mujeres –y hombres– necesitamos dibujar en nuestros imaginarios para un cambio civilizatorio, de mentalidades y de espiritualidades conectadas con la vida-cuerpo y sus fuerzas de creación de cultura. Para ella, la cultura en que nos hacemos y conocemos se funda en un matricidio simbólico, donde se borra (niega) el primer cuerpo a cuerpo con la madre de hombres y mujeres, para instaurar la ley del padre –palabra escrita-lengua-signos– que no habla del cuerpo de la madre, del deseo, ni de la locura que acompaña todo deseo. Los signos que remiten al cuerpo de la madre son procaces, desvirtuadores, negadores de una primera y significativa relación de amor. Son casi consignas, dice, para alejar fuerzas maléficas provenientes del cuerpo sexuado, del mismo que nos ha hecho vivir, permaneciendo muda, en los márgenes de una lengua in-apropiada. In-significante toda vez que no hay representaciones simbólicas de ese primer cuerpo a cuerpo y menos aún de los cuerpos madre-hija.

En la joven Latinoamérica, siguiendo a Sonia Montecinos, el símbolo mariano muestra la particularidad de representar siempre a la Virgen María con un niño en sus brazos, lo que estaría al servicio de ocultar la tensión del origen del nuevo pueblo mestizo, ser hijos de una madre india y un padre español, hallados en el choque violento de dos mundos. La Magna Mater se va gestando como “tabla de salvación” para la constitución de una identidad aparentemente no problemática y en un proceso de blanqueamiento cultural (3). El matricidio simbólico de la cultura occidental de la que habla Irigaray se acomoda en Latinoamérica de este modo particular, realzando el lugar sublime de la diada madre-hijo. Contiene el vacío de lo masculino como padre y de lo femenino y masculino como entidades sexuadas. Lo problemático de lo paterno en el origen del mestizaje latinoamericano y el repudio a la madre violada o traidora que se une al conquistador traicionando su cultura, se registra en los mitos latinoamericanos de la Llorona, mujer que llora el haber arrojado su bastardo al río, y de la Malinche, amante e intérprete de Hernán Cortés. La matriz cultural estructurará un orden que fija subjetiva y socialmente los lugares inexorables para lo femenino y lo masculino: madre e hijo. Posiciones naturalizadas desde la ideología de un orden divino paterno, cuya ritualización constante intenta sostener la tensión que oculta.

IGUALDAD Y DIFERENCIA. BIOLOGÍA Y CULTURA

Para ubicarse en el pensamiento contemporáneo y entender su dinámica, el hilo conductor ha de ser la necesaria conjugación de los principios inspiradores del

proyecto de la modernidad: igualdad, libertad y fraternidad.

En este movimiento intelectual, Simone de Beauvoir significó un definitivo e histórico impulso a la emancipación femenina, abriendo tres grandes fisuras al pensamiento masculino sobre las mujeres. Primero, de-velar que la mujer ha sido en la cultura “lo otro” abrió la posibilidad de pensarse a sí misma, escuchando señales que pudiesen ser genuinas de ella y también la posibilidad de reconocer mecanismos y artefactos de poder. Segundo, saber que estamos permanentemente eligiendo cómo somos mujeres y que las significaciones que otorgamos en esta construcción de identidad de género es un trabajo cultural más que biológico, lo que subrayó el lugar de la subjetividad en construcción. Tercero, afirmar la diferencia de la erótica femenina, para quienes la sexualidad sería más que la suma de hechos genitales, impactó la perspectiva psicosexual vigente.

Estos tres planteamientos han resultado vertientes de creación de espacios existenciales y desarrollos teóricos para la mujeres cuyos alcances permean lentamente las instituciones del poder y la subjetividad. La re-conexión y apropiación del cuerpo (erótico) e imaginario se hacen realidad para un yo mujer hasta entonces profundamente colonizado.

Sin embargo, el rechazo de Simone de Beauvoir al psicoanálisis marcó una diferencia escindente entre las mujeres de la emancipación, fortaleciendo una línea hiperculturalista más comprometida con un proyecto de lucha por la igualdad y distanciándose de quienes miraban e interpretaban al cuerpo desde el estudio del inconsciente. Simone de Beauvoir alude al “cuerpo enculturado” e intenta escapar del biologismo incardinador, pivote del pensamiento masculino para re-tener a las mujeres en el in-significante espacio de lo doméstico. Antoinette Fouque, contemporánea de De Beauvoir, sostiene que no puede pasarse por alto el hecho del trabajo que el cuerpo de la mujer realiza durante la gestación y que esto necesariamente imprime la subjetividad de un modo propio.

Luce Irigaray hace el reconocimiento correspondiente a De Beauvoir y también la crítica de haber eludido el contacto con quienes no coincidían con ella en su postura frente al psicoanálisis y el no haber tenido palabras para interpretarlas en su pensamiento. No hubo “nosotras”, ni siquiera “tú”, instalándose una infértil distancia entre estas dos mujeres que habrían podido y debido trabajar juntas. Según Irigaray, la relación entre biología y cultura, paradigma de la opresión de las mujeres, nunca ha sido pensada lo suficiente y afirma que rechazar toda explicación de tipo biológico por que la biología haya servido paradójicamente para explotar a

las mujeres es negar la clave interpretativa de la explotación misma.

Hasta ahora cuerpo/madre/erótico persiste artificialmente escindido en un imaginario que sólo puede concebir una madre a-sexuada y en los confines del sexo, la devaluación que amenaza a toda mujer, la prostituta. Luce Irigaray invita a una interesante re-significación sexuada del ser, a la producción de sentidos y símbolos que nos devuelvan a una relación profunda y respetuosa consigo mismas/os y con otras/os, sin renunciar al hecho de ser mujeres y no solamente madres. Así, buscando significar los silencios de este cuerpo enculturado, ofrece la palabra a una mujer (Helen Rouch) estudiosa de la relación placentaria, órgano inter-personal, que por ahora sólo está sirviendo para maquillar las huellas del matricidio. El respeto del cuerpo femenino a la presencia del otro u otra en su seno, intermediada por este órgano que desarrolla el feto sin fusión posible madre-hijo/a, hace que la posibilidad del respeto a la diferencia pueda ser re-pensada sobre nuevas bases.

En la contigüidad cuerpo-verbo Luce plantea la necesidad de reconstruir una genealogía de mujeres, entre las cuales la palabra escrita tiene un rol protagónico. Como señalan las mujeres del Colectivo de la librería de Milán, en distintos periodos históricos grupos de mujeres escritoras han desarrollado espacios de complicidades, tomando como referente de su praxis la creación de otras mujeres (4). Gérmenes de referente de género que inexorablemente se disuelven para reaparecer en otro tiempo y otros espacios. La huella del matricidio y de la genealogía de la moral y el valor masculinos condena a las mujeres a la orfandad simbólica y la rivalidad cotidiana. Los psicodinamismos nos devuelven lo reprimido, para hacernos cargo de todas las valencias afectivas en juego, en los intersticios de la circulación del poder y del deseo, de lo afirmado y negado en la praxis discursiva.

Virginia Woolf en su conferencia *Un Cuarto Propio* (Cambridge, 1928) propone la androginia como la posibilidad de mayor plenitud y alcance creativo en una inteligencia con un tanto de masculino y de femenino (5), y más allá del sexo de quien escribe, la fertilidad de la creación la sitúa en la posibilidad de ver a los seres humanos no ya en su relación recíproca sino en su relación con la realidad (6). Afirmó ella en dicha conferencia que un cuarto propio y una renta mensual son las condiciones básicas para crear. Helene Cisoux, citada por Encinales, destaca la naturaleza inherentemente bisexual de todo ser humano que elabora de un modo particular, lo cual es interpretado como un esfuerzo significativo de ella para darle a la escritura femenina una autoridad basada en su diferencia genital y libidinal. El

pensamiento de estas dos mujeres muestra una sutil diferencia en la conjugación del sistema sexo-género.

Sin embargo, las imágenes de femineidad, los lairdillos de subjetividad generizada que están a la mano cada vez que “elegimos” el modo de ser mujeres están contenidos en lo que Marcela Lagarde, antropóloga mexicana, ha señalado como “cautiverios”: Aquellos lugares posibles que el poder patriarcal otorga a las mujeres en la economía del sexo, donde las alternativas a la principal categoría de “madresposa” es “ser” monjas, locas, presas y putas (7). Lo curioso es que a pesar de tan demoledor panorama nos encontramos con una tendencia gozosa de los varones a vestirse de mujer o a imitarlas. El deseo de simulacro, de ir más allá de la fronteras de su género, fascinados por una femineidad que los re-presiona, pone en evidencia el estereotipado imaginario, ridiculizado al extremo. Así mismo, varones homosexuales tienden a simular y transvestirse en su búsqueda del ser. ¿Será ésta una forma de llenar el vacío de significantes y significados benignos para la femineidad que los habita? ¿para la carencia de imaginarios andróginos? ¿para la falta de representaciones de la bisexualidad y de una afectividad homoerótica? Como fuere, las formas travestidas, saturadas de brillos, lentejuelas, plumas, voluptuosidades y amaneramientos, revelan los trazos de un artificio de femineidad producida en territorios masculinos. ¿Qué sentidos, asociados a qué mujer, representante de qué femineidad habita a estos varones? ¿O son ellos quienes no pudieron olvidar la fiesta del amor en que fueron concebidos? ¿Son ellos quienes no han podido ejecutar el matricidio? ¿O puede interpretarse como reflejos de odio, quizás envidia, a una mujer madre que los trató como su apéndice fálico? Como dice Olivier, fuera del vientre el portador de valor es él, nada la inviste a ella de un valor equivalente, excepto su-niño, del que se apropia en una compensación a la ley del padre que la despoja (8). ¿O se tratará simplemente de las representaciones de mujer-sexuada contenida en el imaginario de la mayoría?

Entonces la pertinencia de la pregunta de Irigaray: ¿dónde lo imaginario, lo simbólico de la vida intrauterina y del primer cuerpo a cuerpo con la madre? ¿En qué noche, en qué locura quedan abandonados?

El tema de la bisexualidad le parece a Irigaray una “promoción” bastante llena de trampas, sosteniendo que ésta tiende en realidad a anular la diferencia en un imaginario sexualmente “neutro”. Afirma que: “rechazar la opresión de las mujeres no significa renunciar a nuestro cuerpo, nuestro sexo, nuestro imaginario, nuestra palabra... sino descubrirlos y nombrarlos en el contexto de sus valores”.

Destaca la importancia del reconocimiento de la diferencia sexual en varios niveles. En tanto la explotación de la mujer está basada en la diferencia sexual, sólo por la diferencia sexual puede resolverse, afirma, respondiendo a ciertas feministas que defienden la neutralización del sexo. Deja claro que para que las luchas por los derechos políticos de las mujeres rebasen la mera reivindicación, “...para que desemboquen en el reconocimiento de derechos sexuados equivalentes –aunque diferentes– ante la ley, es necesario el acceso a una nueva identidad.” “...donde el valor de ser mujeres y no únicamente madres es condición para poder disfrutar de aquellos derechos conquistados: “...en este sentido resulta indispensable elaborar una cultura de lo sexual, desde el respeto, con valores positivos y éticos que permitan a los dos sexos de una misma generación formar una pareja creadora y no meramente procreadora... es de pura y simple justicia social reequilibrar el poder de un sexo sobre el otro... devolviendo ciertos valores culturales a la sexualidad femenina”. Luce Irigaray ubica las metas y objetivos, así como la importancia de las luchas de las mujeres, con el respeto a la vida y a la cultura, con el paso incesante de lo natural a lo cultural, de lo espiritual a lo natural. Interpela la responsabilidad y la ocasión de las mujeres en esta etapa de la evolución de un mundo en vías de cambio en el que la vida aparece amenazada en varios aspectos (9).

IDENTIDAD SEXUADA Y GENEALOGÍAS FEMENINAS

Recuerda Irigaray que aunque vivimos conforme a sistemas genealógicos exclusivamente masculinos, provenimos de dos genealogías y no de una: madres-hijas, padres-hijos, sin hablar de las cruzadas madres-hijos, padres-hijas. El poder construido sobre el sometimiento de una genealogía a la otra da lugar a la estructura edípica como forma de acceso a un orden cultural, en que la relación de la mujer con su madre carece de símbolos, quedando subordinadas a las relaciones entre hombres. Las huellas de las genealogías madre-hija existentes en otras sociedades no patriarcales han sido borradas y con ella los modos cómo se han encadenado los cambios en la relación con el derecho, la justicia y la argumentación.

El nuevo orden lógico censura la palabra de las mujeres hasta lo inaudible. Las producciones contenidas en las tragedias griegas que Freud agudamente observara para entender la mente humana, muestran el proceso y el modo de apropiación masculina del poder femenino en la cultura, por la re-significación de sus códigos y ocultando dicho proceso. Por ejemplo, el término habitar se relaciona en sus raíces con el verbo ser y con el nombre de Hestia, divinidad femenina encarga-

da de cuidar la llama del hogar. El fuego representa la custodia de la pureza por parte de la mujer, pureza que no significa virginidad defensiva o de pudor, ni definida como valor de cambio entre los hombres. Su sentido, de acuerdo a la interpretación de la autora, sería la fidelidad de la mujer a su identidad y a sus genealogías femeninas. Así, el carácter sagrado de la casa, perdida en la concepción de la vivienda terrestre, acompaña al olvido de Hestia en beneficio de los dioses masculinos, que la filosofía a partir de Platón define como celestes. "Dioses extrarrestres que parecen habernos convertido en extraños a la tierra" (10).

Entre las consecuencias de este desastre Luce Irigaray identifica el desencuentro de la pareja hombre-mujer como expresión de una pérdida de la posibilidad de realización de una alianza carnal-espiritual entre hombre y mujer, señalando que, por mucha armonía que haya en una pareja, no existe espacio en las relaciones intersubjetivas que no precise de un cambio lingüístico cultural, donde la artificial separación entre vida privada y pública mantiene un silencio cómplice sobre los desastres amorosos.

Dice Irigaray: "El devenir de las relaciones entre los sexos se inscribe en la economía profunda de la lengua, donde el reparto de géneros gramaticales tiene una base semántica, que posee una significación ligada a nuestra experiencia sensible, corporal, que varía según los tiempos y lugares, según que la cultura y el momento histórico valoren o no al sexo". Y sostiene que "la diferencia sexual situada en la confluencia naturaleza-cultura, informa la lengua y es informada por ésta... Sin embargo, las civilizaciones patriarcales han disminuido hasta tal punto el valor de lo femenino, que el léxico que concierne a las mujeres con frecuencia está compuesto de términos escasamente valoradores, cuando no injuriosos, que la definen como objeto en relación con el sujeto masculino".

Baste citar dos ejemplos tomados de un diccionario de sinónimos y antónimos de la lengua española (11). La primera evidencia aparece al comparar los conceptos de Dios y Diosa. Para el primero aparecen dos y media páginas con que se significa y sostiene el concepto. Para diosa: deidad falsa. Dos palabras que sancionan el concepto. Respecto a las cualificaciones el género arbitrado del mismo modo. A saber:

- PRECIOSO: lindo, bonito, bello, hermoso, atractivo, sugestivo.
 PRECIOSA: (dialectal) ramera, prostituta, meretriz, coima, daifa.
 PRECIOSIDAD: hermosura, belleza, encanto, atractivo, guapura, perfección.

Irigaray basa en esto el que a las mujeres nos cueste tanto hablar o ser escuchadas en tanto mujeres, ya que el orden lingüístico patriarcal excluye y niega a la mujer. Asimismo la mujer al tomar la palabra niega su sexo y su género, pues así la ha educado la cultura. Esto hace necesario para cualquier modificación sustancial, una dolorosa, complicada pero auténtica conversión al género femenino, única forma de superar la pérdida de una identidad subjetivamente sexuada. Esta situación de la lengua obliga a las mujeres a renunciar a la subjetividad femenina y a las relaciones con las iguales, llevando a las mujeres a un callejón sin salida en términos de la comunicación y al empobrecimiento cultural, reducido a un solo polo de identidad sexual y parcialmente desarrollado.

El impacto de esta dimensión de lo real al interpretar la organización social en función de su orden –o desorden– sexual, advierte que la justicia social, claramente sexual, no puede realizarse sin transformaciones en las leyes de la lengua y de los conceptos de verdad y valor que organizan el orden social. Esto es tan necesario como la modificación en la distribución de recursos materiales. Lo uno no puede ser sin lo otro, o lo uno no puede ser sin la otra.

Deja claro Irigaray que el patriarcado ya no puede concebirse como proyecto porque conocemos sus límites y somos capaces de interpretarlos. Labor que sería necesaria hoy en día por razones de justicia social, pero también para salvar las reservas naturales que aún quedan y no destruirla en nombre de una idea de lo celeste. Señala que al abolir las genealogías femeninas y con ellas el respeto a la tierra y al universo material difícilmente las civilizaciones patriarcales pueden atisbar la verdad de forma racional.

El respeto a los cuerpos y a las percepciones de cada uno(a), en un proceso de reinventar la historia individual y colectiva, instalando la sospecha de cuanto mito y cuanta creencia hay en nuestras apreciaciones es una tarea a emprender, ya que la creencia destruye la identidad y la responsabilidad.

DISCURSOS DE HOMBRES, DISCURSOS DE MUJERES. DOS MUNDOS DIFERENTES

Dice Luce Irigaray que en el discurso de los hombres el mundo suele designarse como un conjunto de inanimados abstractos integrados en el universo del sujeto. Agrega que las relaciones del sujeto masculino con su cuerpo, con quien se lo ha dado, con la naturaleza, con el cuerpo de los otros, incluidas sus parejas sexuales, permanece sin cultivar.

Por otro lado, el discurso de las mujeres designa a los hombres como sujetos y al mundo como conjunto de inanimados concretos que pertenecen al universo del otro. Las mujeres establecerían relaciones con su entorno real, pero no lo subjetivizan como suyo.

Las mujeres serían el lugar de la experiencia de la realidad concreta, pero dejan al otro el cuidado de organizarla. Responsabiliza a la lengua por no ofrecer los medios para otra cosa, ya por siglos. Señala que las connotaciones del discurso de las mujeres se expresan sobre todo en las adjetivaciones y no en el predicado producido. Lo cual "visto desde el punto de vista lingüístico podría significar que su lenguaje actual corresponde a la transformación de un discurso mantenido en otro tiempo y/o sería expresión de algún modo de resistencia a los caracteres más tardíos del discurso masculino."

Respecto a sexo y géneros lingüísticos, considera que abolir el género gramatical sería una vuelta atrás ya que, por el contrario, es urgente restituir a hombres y mujeres iguales derechos subjetivos, es decir, diferentes pero de igual valor.

Señala tres gestos en la apropiación del código lingüístico por parte de los hombres:

1. probar que son padres,
2. probar que son más potentes que las mujeres madres y
3. probar que son capaces de engendrar el marco de la cultura, como ellos mismos han sido engendrados en el marco natural del óvulo, del vientre, del cuerpo de una mujer.

Representa para estar seguro, todo lo que tiene valor relacionándolo con su imagen y su género gramatical. Su subjetividad personal, sus teorías, se adaptan a ser valoradas en masculino, pasando por lo arbitrario universalizable. Un análisis riguroso de todos los términos del léxico revelaría de esta manera su sexo secreto, es decir, su pertenencia a una sintaxis que aún no ha sido interpretada.

Agrega que la pareja sexuada como creadora y organizadora no existe en este contexto civilizatorio. Los hombres se rodean de instrumentos de género femenino y de mujeres objeto: ej. El secretario de Estado y la secretaria mecanógrafa, sosteniendo que un cambio en la lengua sólo será posible mediante una nueva valoración del género femenino.

Del mismo modo, para ser una sujeta femenina libre, la lengua representa un instrumento de producción indispensable. En un caso la liberación femenina pone el acento en la igualdad de derechos relativos a la pose-

sión de bienes, en el otro caso, la liberación sexual exige el acceso a un estatuto subjetivo, individual y colectivo, valorable por su condición de mujer. Para Luce Irigaray escribir es crear un corpus y un código de sentidos memorizable, difundible, susceptible de entrar en la historia. Dice: "desde el punto de vista de los contenidos y las formas de mi discurso, recurrir a la escritura en este fin de siglo XX es un intento de crear una nueva época cultural: la época de la diferencia sexual". "La escritura alfabética se encuentra históricamente ligada a la codificación civil y religiosa de los poderes patriarcales. No contribuir a sexuar la lengua y sus formas escritas significa perpetuar la pseudoneutralidad de las leyes y tradiciones que privilegian las genealogías masculinas y sus códigos lógicos" (12).

A PROPÓSITO DEL ORDEN MATERNO

Su análisis constata que las relaciones con la vida y la cultura están sujetas a las interpretaciones de dos modelos de comportamiento: el darwiniano y el pavloviano; lo que implica una permanente lucha con el medio exterior y con el resto de los seres vivos. Sólo podríamos sobrevivir siendo más fuertes que estos dos adversarios. En el plano de la cultura nos educamos por el aprendizaje de la repetición, la adaptación a los esquemas sociales, por la educación en el hacer y ser cómo. Su pregunta es si podremos liberarnos del empuje competitivo en el plano de la vida, de la repetición casi fatal en el plano de la cultura y el impacto de ambos en la organización o desorganización sociales; y afirma que ambos modelos encuentran su límite en la diferencia sexual.

Helene Rouch, bióloga a quien la autora entrevista en su libro, señala que lo singular de la identidad corporal femenina, específicamente las relaciones entre la madre y el o la hija dentro del útero, se replantean. Observa en esta relación intrauterina un fenómeno extrañamente ordenado y respetuoso de la vida de ambos, donde ocurre una negociación permanente entre el sí de la madre y el otro que es el embrión, a través de mecanismos placentarios que bloquean las reacciones inmunitarias maternas ("paradoja inmunitaria"). La placenta es un tejido formado por el embrión, imbricado estrecha y totalmente en la mucosa uterina, jugando un papel mediador en un doble plano entre el feto y la madre, donde los tejidos maternos y embrionarios nunca llegan a fusionarse. Establece así una relación que permite crecer sin agotar a la madre, a través de funciones reguladoras que aseguran el crecimiento de un cuerpo dentro de otro, que no pueden reducirse a mecanismos ya sea de fusión, ya sea de agresión. "Pensar

el feto como cuerpo extraño que devora el interior, que vampiriza el cuerpo de la madre, son representaciones producto de la imaginación pobre y culturalmente determinadas, si observamos la complejidad de la realidad biológica” (13).

No hay motivos para pensar que el hambre de un bebé o el deseo de una mujer puedan ser tan insaciables y es la matriz no pensada como primera morada, en que nos hacemos cuerpo, lo que se fantasea como boca devoradora, como cloacas, como imperio fálico, como reproductora en el mejor de los casos, dice Irigaray. Matriz con la cual se confunde, en un imaginario siempre mudo, todo el sexo de la mujer. Para hablar de su sexo entonces predominan palabras *sucias* asociadas a afectos que constriñen como angustia, fobia, aversión, obsesión de castración; experimentados cuando se produce el retorno a lo que siempre se ha negado, denegado, sacrificado para y en la construcción del mundo simbólico paterno. En este sentido, la angustia de castración bien podría ser una rememoración inconsciente de sacrificio que consagró la erección fálica como único valor sexual.

Para Rouch el psicoanálisis justifica la fusión imaginaria entre madre e hijo(a) por el proceso de maduración intrauterina hasta el nacimiento y la necesidad posterior absoluta que el(la) bebé tiene de la madre. Al presentarla como una prolongación de la fusión orgánica de la preñez resulta absolutamente imprescindible de romper para que el niño se constituya en sujeto. El quiebre de esta fusión por un tercero, el padre, ley, nombre del padre, permitiría la entrada en lo simbólico y el acceso al lenguaje. Evitaría que la fusión acabara en el caos de la psicosis y contribuiría a que todo adoptara un orden. Helene Rouch señala que esta separación entre el sí misma de la madre y el otro existe mucho antes de que adquiera sentido por y en el lenguaje y cuestiona el imaginario cultural con sus alusiones a la pérdida del paraíso, expulsión o exclusión traumatizante. Señala que no concuerda en que éstos sean los únicos modos de concebir el advenimiento del lenguaje. Placenta que no se visibiliza, ni se nombra a pesar de conocerse bien su papel hoy en día, resulta un olvido rentable.

En *El cuerpo a cuerpo con la madre*, Luce Irigaray propone una re-simbolización interesante. A partir del reconocimiento de la existencia de un matricidio simbólico fundante de la cultura desde donde se instaura la ley del Padre, su lengua, que no habla de la relación originaria con la madre, ni de su deseo, sugieren la posibilidad de re-crear permanentemente el acto de fecundación, gestación y nacimiento que el acto sexual (coito) ofrece. Así, la erección fálica no todopoderosa sería la versión masculina del vínculo umbilical, repitiendo el

vínculo vivo con ésta, respetuosa de la vida de la madre en toda mujer y de la mujer en toda madre. Un pene que no es todopoderoso, que es tumescencia y detumescencia, que une y da vida, en el acto sexual recuerda y toma el lugar del cordón umbilical, lugar del origen, del primer cuerpo. Recentrando el cuerpo, recordando en la eyaculación y detumescencia la efusión y la cicatriz original que marcan el paso de la vida intrauterina al nacimiento para el hombre y la mujer, repitiendo con ella la escena de la concepción, gestación y nacimiento. Nada que envidiar al pene, nada de privilegio para uno u otro sexo. Un doble re-traer al mundo por y en el reconocimiento del goce de uno y otro. La separación de uno y otra difiere. Él se aleja y sale de ella abandonando su vientre, ella es vivida como la que pone fin a la erección dando a luz su goce (14).

Serres, citado por Rouch, en su libro *El Parásito*, se refiere a las relaciones masculinas con la lengua materna. Allí el autor vitupera al hombre llamándolo parásito de la flora y la fauna, tomador de todo y dador de nada. Por otro lado exalta las delicias de sus relaciones con la lengua materna que le ofrece todo y con la que se reencuentra para gozar infinitamente con ella, agregando “intacta y virginal”. Advierte Rouch que, en lugar de reconocer la deuda de todo humano con el cuerpo materno, habiendo desaparecido la materialidad de la relación con su cuerpo, la lengua se convertiría en una “matriz” que no se agota por más que se use. Así, el primer momento de hablar (desde) la diferencia se sigue irremediamente del acto, el gesto, el movimiento articulador del sentido en el cuerpo, que sella, diluye o viola un pacto entre personas.

LA CULTURA DE LA DIFERENCIA

Si el cuerpo femenino tiene la particularidad de tolerar el crecimiento del otro dentro de sí, sin enfermedad, rechazo o muerte para uno de los dos organismos vivos, existe en este fenómeno una economía de respeto al otro y que la cultura ha llegado a invertir por completo. “El cuerpo de las mujeres ofrece idénticas oportunidades de vida a los hijos y a las hijas concebidas en él por el encuentro de cromosomas masculinos y femeninos; sin embargo, allí donde el cuerpo femenino engendra en el respeto a la diferencia, el cuerpo social patriarcal se edifica jerárquicamente excluyendo la diferencia” (15). El culto de la relación madre-hijo muestra la tolerancia femenina, sin embargo el hecho de que la niña sea también producto del semen masculino, concebida de hombre y mujer y no ser admitida en la sociedad como hija del padre, con el mismo trato que el hijo, señala la carencia, represión, injusticia o anomalía de la

diferencia. La mujer niña y adulta permanece fuera de la cultura, conservada como cuerpo natural que tiene valor para la procreación.

Según Irigaray, para obtener un estatuto subjetivo equivalente al de los hombres, las mujeres deben hacer que se reconozca su diferencia. Deben afirmarse como sujetas portadoras de valor, hijas de madre y de padre, respetuosas del otro en ellas y exigiendo de la sociedad idéntico respeto.

Como en la actualidad aún todo el marco de identidad está por construir o re-construir para las mujeres, Luce Irigaray señala la importancia de fomentar las relaciones de identidad entre madres e hijas, el espacio más abandonado de nuestras sociedades, y para ello hace algunas sugerencias:

- volver a aprender el respeto a la vida y los alimentos, como forma también de re-encontrar el respeto a la madre y a la naturaleza. Punto que concierne también a los hijos varones.
- Colocar imágenes hermosas de la pareja madre-hija en las casas y lugares públicos, con el objetivo de dar a las hijas una figuración valorada de su genealogía. Condición indispensable para construir identidad.
- Emplear el plural femenino. Inventar palabras y frases para designar realidades que no poseen un lenguaje.
- Que madres e hijas descubran o fabriquen objetos intercambiables entre ellas para definirse como un yo-nosotras y un tú femeninos.
- Que las madres enseñen pronto a sus hijas el respeto no jerárquico a la diferencia de los sexos, que corresponden a identidades distintas, con formas y cualidades diferentes. No pueden ser identificadas sólo por sus acciones y sus roles.
- Disponer de un espacio exterior propio que le permita moverse desde adentro afuera de ellas mismas, de experimentar su condición de sujetas libres y autónomas.
- Devolverle la vida a la madre en nosotras y entre nosotras, no aceptando que su deseo quede anulado por la ley del padre. Darle derecho al placer, al goce, a la pasión, a las palabras, a los gritos, a la cólera.
- Encontrar, inventar, descubrir las palabras que no sustituyan al cuerpo a cuerpo como lo hace la lengua paterna, sino que lo acompañe. Palabras que no cierren el paso a lo corporal sino que hablen en corporal. Saquemos nuestros cuerpos del silencio y la servidumbre. Es deseable que hablemos durante el intercambio amoroso, mientras alimentamos a la criatura, mientras acariciamos otro cuerpo.

Para conceder una posibilidad a la creación de un espacio entre madres e hijas, propone sustituir en lo posible dimensiones artificiales por dimensiones humanas, evitando alejarse de los espacios naturales, cósmicos. Jugar con los fenómenos que produce el espejo y los de simetría, para reducir la proyección y la anulación del otro como los fenómenos de indiferenciación con el otro, ya sea la madre, el padre, la pareja, etc. Aprender a no moverse siempre en el mismo sentido, es decir saber circular de dentro afuera y de fuera a dentro, saber inventar o imaginar lo que aún no ha tenido lugar. Crear nuevos códigos verbales que hablen del yo al tú mujer. Usar las formas gramaticales femeninas, hablar de las propias vivencias, que evocan la genealogía, de las madres, de las mujeres públicas, de la historia, mitología, de las amigas.

Señala además que al entrar al colegio las mujeres aprendemos el discurso de él/ellos, entre él/ellos, y sostiene que mientras los códigos lingüísticos, gramatical, semántico y lexicológico no evolucionen, las escuelas mixtas, aunque presentan ciertas ventajas, serán poco favorables a la identidad de las niñas.

Luce Irigaray expresa su deseo de que en una mirada al futuro la cultura del sujeto a la que pertenece, sobre todo en función de la lengua, evolucione hacia una cultura del sujeto sexuado y no en el sentido de una destrucción indiscriminada de la subjetividad.

REFERENCIAS

1. *Más allá de ser madres, a como dé lugar*. En: Yo, tú, nosotras. Ediciones Cátedra, Madrid, 1992, p.129
2. Cuadernos Inacabados, nº 5, Barcelona, 1985
3. Montecino S (Ed). *Madres y huachos. Alegorías del Mestizaje Chileno*. Cuarto Propio-CEDEM, Santiago, Chile, 1991
4. Colectivo de la Librería de Mujeres de Milán, No creas tener derechos. Debate Feminista, año 4, vol 7, Marzo 1993, México, p.235
5. "resulta fatal para el que escribe pensar en su sexo, fatal ser puramente un hombre o una mujer, ... alguna colaboración debe ejercer en la inteligencia, entre el hombre y la mujer, antes que el acto de la creación pueda llevarse a cabo. Algún enlace de opuestos debe haberse consumado..." Virginia Woolf, Un Cuarto Propio. Editorial Cuarto Propio. Santiago de Chile, 1993, p.105
6. *Ibid*, p.114
7. Lagarde M. *Los cautiverios de las Mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Ediciones de la Universidad Autónoma de México, México, 1993
8. Olivier C (Ed). *Los hijos de Yocasta. La huella de la madre*. Fondo de Cultura Económica, México, 1992
9. *Yo, tú, nosotras*, pp.8-11
10. *Ibid*, p 17
11. López García-Molina A. Diccionario de sinónimos y antónimos de la Lengua Española
12. *Op. cit*, pp.65-71
13. *Ibid*, pp.36-37
14. *El cuerpo a cuerpo con la madre*, p.13
15. *Ibid*, p.43

ENSAYO

UNA SERIE DE PREGUNTAS Y LA VACANCIA POR RESPUESTA¹

(Rev GU 2006; 2; 1: 90-96)

Patricia Cordella²

Mi abuelo coleccionaba tarjetas postales: en las repisas, los libros, los cajones, las mesas, los escritorios, hasta que fueron un estorbo. En una de esas manías de orden que nos vienen a todos de vez en cuando, las clasificó, las etiquetó y las desechó. Éstas, las que aparecerán a continuación, me las devolvió y así me retornaron una serie de preguntas y vacancias, nombre aportado por el azar a este conjunto de reflexiones. Alguna vez (aun cuando no tenía toda la ambigüedad, o sea todo el poder, de la escritura) se las escribí. Quise, tal vez, dialogar, comunicar. Es decir, elementalizar, fragmentar, o tratar de completar (“*todo se torna una vez más tarjeta postal, legible para otro, aunque no entienda nada*”) las reflexiones que sostenía o arrojaba. Buscaba por ese entonces aclarar ciertos asuntos que me parecían trascendentales para mi contradicción vocacional. ¿Podía mirarme a mi misma como una científica, si cierta estrictura metafórica parecía decir *probable y no verdad* dentro de mis programas de estudio?

Mis despropósitos proposicionales se desplazaban entre algunos escritos de filosofía, de psicoanálisis y de neurociencia. Buscando, buscándome, encontrando a otros y perdiendo en alguna definición. Ah, el definir, ese intento de clausura que retarda la sabiduría, ese tic intelectual que insiste en hacer razón la vida, ese afán aparecía y desaparecía horadando cada vez más la certeza.

Me preguntaba por *los fundamentos del movimiento de la mente* y los principios sobre los cuales se ha cimentado aquello. Leyendo algo de Derridá re-

cuerdo haber apreciado cómo la recursividad de los axiomas, decretados en verdad, podían “desde dentro” deconstruir el sistema que proponía y entonces caí en cuenta que el sistema fundacional develado por Freud podía ser puesto en cuestión. Es decir, mis propios estudios, las convicciones a las cuales era diariamente expuesta, podían ser puestos en duda, fragmentar su coherencia. Con Derridá me situé en la escena del *fort-da*, la escena de cierta escritura. La sencilla, doméstica y vacacional observación que hace el abuelo-padre-padre del psicoanálisis de un juego recursivo

¹ Publicado originalmente en “El sigma” N° 28. Buenos Aires, Junio 2003. <http://www.Elsigma.com>

² Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile. Instituto Chileno de Terapia Familiar

que parecía privilegiar más el arrojo que el recojo. El niño tiraba dentro de su cuna velada, a los 18 meses, un carrete que luego recogía a través de un hilo que sostenía a veces y otras recapturaba para atraer a sí el objeto del juego. Más le gustaba perder que recuperar. Extraño (es tan lejos pedir, tan cerca saber que no hay). Además, como tú (el devolvedor de postales) estaba interesada en el texto cerebral, en la materia que se inscribe, aunque con menos propiedad, en la escritura del verbo. Por esos días el genoma había sido descifrado, y sin embargo el movimiento hacia la muerte, el giro a lo inorgánico (Freud 1920) seguía intocable, inexorable, un deseo de aquí, una memoria de allá. En ese más allá de la materia, en la errancia de la forma, estaría la indeterminación del lugar, ¿será allá o acá? El fotón ¿es materia o energía? (Zohar 1994). La incertidumbre, como principio de comportamiento de la materia-energía entra desde la matemática y se acepta. Derridá me interrogaba en la escritura, el lenguaje en los centros de la lógica como un lejano o inútil afán de control. En fin, o en principio, esta correspondencia sucede, se mueve, se remite durante un viaje entre ciertas islas del sur de Chile (ver mapa final, si fuera necesario). No tenía mucho dinero por entonces, ni ahora, y estaba de vacaciones y sola. Supe del recorrido de un particular velero. Era un circuito donde un navegante de mar y navegador de redes web realizaba una visita rotativa entre ciertas escuelas reclutadas en un plan piloto educacional. Nunca se sabía cuánto demoraba el viaje, ni si era necesario volver sobre los pasos andados. Un plan para *desarticular*. Debía mantener allí los equipos computacionales, los software y las conexiones a red funcionando. De este modo, se creía, los chilotes podían acoplarse al desarrollo ¿de qué, de quién? Ray no se asombró cuando le pedí me llevara, casi de polizonte. Con una condición: No hablar. Acepté y escribí.

LA CORRESPONDENCIA

A o Z: Marina del Sur. Puerto Montt. Me pediste que te escribiera además de los mails, postales. Como sé que las coleccionas. Van. Tu contesta en mails, para tenerte a diario en mi correo yahoo. Mañana zarpamos temprano. Próxima recalada en Calbuco. Intuyo que tu memoria funciona como esta colección de postales, llena de signos: imágenes y huellas escritas. Ni Sócrates pudo eximirse de los signos, el primer pensador de la escritura, ¿tuvo que dictar o le dictaron?

Espero que de tanto guardar y clasificar no te neuronocreses la mente (sea lo que sea esto) abuelo querido. No lleguemos a nada ¿de acuerdo?

B o Y: Isla Puluqui El Jaques, nuestro velero (¿notas la apropiación del nombre?) pudo cazar sus velas después de dejar por babor la Isla Guar. Se desplaza por la superficie de un tranquilo océano, rumbo suroeste. Te escribiré mails y los copiaré en la tarjeta (o haré copiar) Así podrás coleccionar los envíos. Será idéntica ya verás. Te interesan ambas caras, supongo y especulo. Una correspondencia corresponderá a otra correspondencia y me encargaré que correspondan. Serán la misma cosa, o casi, nada es exactamente lo mismo. ¿Y si más que copia resulta simulacro? Acepto el riesgo de soltar cierto suspenso y pulsar el espejo. Sin embargo, esencialmente corresponderán. Serán próximos en su función que ya es bastante decir, o escribir en este caso, es decir, volverán al olvido de sí (Derridá 1998).

Decido no decidirme. No atenerme de antemano. No anular. No pretender. No presagiar. ¿qué te parece abuelo? En un viaje no existe posición conocida, excepto cuando Ray acodera la embarcación por la noche. Por seguridad, ya sabes, es mejor fijarla en varios puntos. Comunicamos al canal 16 (la VHF marina internacional) sólo el rumbo. Viajamos para no llegar. Vamos y volvemos. Inconcluir. ¿Demasiado lejano a tus experimentos en ratas? Puede ser. Pero honestamente ¿habrá algo que se pueda determinar? Ya sé; me dirás que se requiere un método para saber, para concluir verdad, que la verdad es necesaria para acoderar. Y si declaramos que no se llega, que se va/llega/ va. ¿Si suspendemos y no nos rendimos a la evidencia? te escucho: “necesariamente tomaremos prestados o inventaremos ciertos principios de fundación que leguen reglas.” Escritos, tablas de prohibiciones, ¿para qué? y ¿para quién? ¿Quiénes leerán y quienes interpretarán? Y sin embargo, la escritura, estricta en su propias leyes, ebria de certeza, hilando el silencio de las cosas hasta alejarlas en sus nombres tiende a anular la naturaleza que no puede crear. ¿Nos enviamos *mortinatos*? A propósito, ¿volviste a separar tus pequeñas ratas de sus madres? ¿Las siguen llamando? ¿Cuántos llamados? ¿De qué intensidad? ¿Con qué lo mides? ¿Callan alguna vez? ¿Renuncian?

Escribirte es un buen pre-texto (¿no alcanzará para texto?) para hacer coherencia en la ambigüedad. Me siento en cumulus floccus como este cielo. Confundiéndome, confundiéndose, preparando un cambio. Aunque, “ellos”; los ellos del legado freudiano, dicen que pueden desenmarañar estados, creo que éste les resultaría difícil. ¿A qué estado me refiero? (espera que una niña me regala un salmón ahumado por su madre) sigo... ¿El estado de escribiente por ejemplo? Porque todas estas palabras están pegadas como tela de araña a mi yo, o a mi cuerpo, que no son lo mismo pero residen en igual sitio. Navegante sometida. Las reglas, el gesto de urba-

nidad convenida, las escotas que fijan la vela, cazan el velo, no nos dejan brincar fuera del sistema (aunque a veces, sólo a veces aflojan) ni poner en cuestión la cuestión. Basta. Hay algo tangible. No te asustes. Los estrechos esteros de la isla Puluqui los hemos navegado a motor. La isla tiene como varios dedos, según consta en la carta y en mi memoria, y entre ellos el océano descansa su azul. Las velas han sido enrolladas. Hoy fondearemos en Caicaen, salvos del viento norweste que todo lo moviliza, basta con mis lecturas.. Eso después que Ray haga su trabajo. Sumo a lo anterior dudaría de "ellos" porque (lo que sigue está borroso e ilegible, escrito a un costado de la postal)

C o X: Tabon. Casi varamos en el paso Tautil. Cierto. Ray anoche tomó demasiado y hoy no reparó en las sicigias de su carta de navegación. Yo estaba leyéndote-escribiéndote y llegué cuando se suponía estaba todo listo. Además fuera de algunas maniobras, no le gusta que lo ayude. Buen nombre, el hombre. En fin, sigamos en lo nuestro. Debo decirte que esta vez "ellos" no son el par que mencionas. Podría estar de acuerdo en desarmar la triplete (Sócrates-Platón-Aristóteles) que propones, pero ¿cambiaría esto el envío diario del dualismo? ¿quién decide? ¿Quién expende? Podría acaso bloquear la entrada de esta información a mis sistemas (bio-lógicos y tecno-lógicos). Podría optar por algo diferente, algo como: rehúso a ser informada. ¿Sería esto un delito? ¿Un delito cultural? ¿Un delito personal? Con un comando en mi outlook puedo bloquear el ingreso de ciertos remitentes indeseables, ciertas impropiedades, pero, ¿quedo a salvo? La certeza se entroniza, por aquí, más allá. Doquier. Entiendo lo que dices del método y del desarrollo del conocimiento a través de la ciencia (se borraron algunas palabras) al mismo centro de poder. Alguien, ¿"ellos" tal vez? sostienen un poder, poderosamente. ¿Entiendes? El padre del psicoanálisis (ya verás que también fue abuelo como tú) les legó propiedades o facultades. Facultades mentales. El poder de la mente delegado con nombre propio incluido, con sello postal. Se saben fechas y circunstancias del fundador que nos pueden hacer dudar de los principios fundacionales, y sin embargo... Allí está la herencia de un dominio, una jurisdicción. Un poder que sostiene otro poder (el lenguaje que Ray me prohibió en prenda de viaje: no hablaré, lo prometí. Sin embargo nada dijo acerca de la escritura...) que lo antecede por siglos. Siglos de envíos, de relevos para apurar la encomienda que es siempre la misma, aunque otra. Puede que me refiera al poder de completar. Así son "ellos", buscan en lo implícito, el sueño, el lapsus, el síntoma, allá en los bordes de la razón. Hurgan en la memoria; hacen dialogar opuestos;

reeditan reediciones; lavan los *telos* de las palabras hasta dejarlas otras; desplazan todo centro; son impíos con el tiempo y los lugares. En fin puede que esté todo diseminado en lo que "ellos" llamaron inconsciente. Tal vez esté sospechando demasiado. Tal vez los herederos cuidan los talentos, o los multiplican o los restan o usan alguna propiedad para moverlos. Para no dejarlos ir como vinieron. ¿Mareos de tierra? Nubes cargadas de pensamientos y la nada no me traga. Sigo después... me hablan...

Entendí en tu correo que tus ratas hacían más llamadas si las hacías adictas a los opioides (Insel 1996). Se angustian aún más y llaman a la madre. Al parecer la vacancia, el vacío (de madre, y todo lo que viene después) es intolerable. Todo sistema busca su autor, la orfandad confunde, a pesar del hecho que libera. "Ellos", por ejemplo, empiezan a renegar. Nadie quisiera seguir con el *logo-falo-centrismo*. Y entonces, si va a caer el imperio aquel ¿sucederá como antaño? ¿se iniciará la Edad de la fragmentación? (más conocida como Edad Media después que cae el imperio romano... y qué hay de Nueva York? Un imperio aglutina en torno a sus claves y las torres cayeron). "Ellos" siguen tejiendo la gran red del saber empírico: la de órdenes no cuantitativos, algunos fantasean con la unidad de una taxonomía que volviera a encontrar el mismo orden y distribución (Foucault 1997) como si el límite del saber pudiera ser tan transparente como un velo que devuelve la representación a los signos que lo ordenan. No, abuelo, no deliro, me deslizo por los isomorfismos (Hofsadter 1987) sobre el análisis. No, no tienes que explicarme el método científico otra vez, ya sé que el delantal blanco que usas en tu laboratorio pretende sostener el lugar de un observador objetivo, un sujeto de observación, sujeto a separarse del objeto que observa. El de blanco, tú, mencionará principios, fundamentos. Simbolizará. Hará mención del "como" de la mente. *The great pretender con mal de archivo*. La tripulante, yo, calla, por ahora. Tus pequeñas ratitas huérfanas tendrán asilo en alguna clasificación nosológica (que recibe lo que no funciona) y dejarán de ser huérfanas. Razonante (te acuerdas cuando creamos este personaje?) ordena, clausura, amortaja entre palabras excluyentes. Razonante (el logocéntrico) parece un loco-excéntrico disponiendo sujetos y predicados en la proposición. *El par de intrusos domésticos (S y P; Sócrates y Platón; el escribiente el dictador)* quieren limpieza ante todo. Nada de rodeos o *andaduras*, les gusta la línea recta, la del implica, a causa de, por lo tanto, ahora que, resulta, o sea, se deduce, se espera. Demostraciones. Resultados. No quieren soltar el poder, no quieren llevar el ancla, soltar amarras, dejar que las escotas jueguen a soltar o fijar las velas. Le gusta la demarcación

la anticipación, la implicación. Mantener bajo control la situación. Como Ray: orientado, informado. No quiere perderse ni perder su velero. Está bien o mal y mal o bien. No seguiré difiriendo para no diferenciar. (*)

Esta postal será tramitada en alguna oficina. Este mail, en cambio, te alcanzará, ya! Si, abuelo, recuerdo que mañana es el aniversario de la muerte de mamá, de tu hija. También murió, ayer, Francisco Coloane el chilote escritor. Visitaré la iglesia de Quemchi, como rito de recuerdo. No demores en contestar. Voy a seguir escribiéndote sobre el soporte de la lógica (un bote y sus dos remos) y dentro del sobre de la razón. Así la oficina de correos hará su trabajo (marcar o sellar, gravar con su impuesto, definir el remitente y el destinatario). ¿Debe haber siempre un lugar que administre todo envío? (ver Cuadro 1) Cuando Freud escribió ¿qué hacía? ¿profecías y/o ciencia? Ojalá tu cardiólogo te encuentre bien la presión.

D o V: Quemchi. Aquí Ray tiene amigos y nos fuimos de carrete. Y las casas de tejuelas y la hospitalidad. En la andadura conocimos ...o evitamos conocer gente del lugar, en esas habladurías conocimos historias de Coloane y los mares australes, surcados en la Baquedano por las aguas del Golfo de Penas y del Cabo de Hornos. Nos contaron del Camino de la Ballena y de los senderos de la Patagonia y de la Antártida. Todo olía a lobo y aguardiente marino. No es posible decidirse por un solo lugar. Las casas de tejuelas y la hospitalidad nos arrojan unos a otros más allá. El pueblo estaba a media asta y seguimos girando, moviéndonos de casas y diálogos. ¿Entiendes abuelo? Jugamos con los límites. ¿De qué? ¿De quién? Es como ir y volver a la conciencia, especular en el himen (*) (no, no ése, otro) Estar y no estar en la mente habitual. Ser y no ser la mente que se es (Varela 2000). Dejar que emerjan otros fenómenos, jugando a arrojarse y volver a recogerse. Traer el límite encontrado. Ir más que volver. Perderse más que recuperarse. No, no somos unos "perdidos": Sólo fuimos de juerga, estamos de vacaciones y este juego tiene algo misterioso, que insiste en ser repetido. La noche estaba tibia y estrellada y las casas de tejuelas y la hospitalidad seguían allí como ellas.. Te preguntarán cosas como ¿qué tipo de juego recursivo se hace por esas islas? ¿Se tratará acaso del tema del bucle? Ese conjunto fijo de operaciones rigurosamente establecido. Tu pragmatismo te exigirá: ¿para qué? ¿Qué buscan? ¿Qué encuentran? ¿Qué pierden? ¿Qué recuperan? ¿o a quién? Me dices en tu mail que las dendrificaciones del tejido cerebral indican lo estable de un aprendizaje, dices que el circuito debe reverberar, según un circuito ¿de Hebb, era? (Mora

1996) Que las sutiles diferencias en estas conexiones hacen la gran variabilidad individual. Dices que la diferencia es esencial como información. ¿Será de allí que resultó el dualismo o será que el dualismo te hace decir esto? hummm sospechoso querido abuelo. Además dices que esta actividad debe repetirse para mantener cierta estabilidad... a ver, pensemos en un short-text que ambos conozcamos... te acuerdas de la historia del nieto de Freud? El pequeño parece repetir una actividad con su carrete que lo mantiene ocupado por horas (placer-perder). Como si en ese carrete pudiera sostener o dejar colgadas o suspendidas varias presencias que se re-presentan al volver. Pero como más veces va que viene nos (¿a quiénes?) hace pensar que lo esencial es perder para recuperar algo que está perdido y además detrás de un velo. Un canon de ir y venir y más veces ir. A veces pienso en tus experimentos de ratitas huérfanas, ¿y si aprendieran el juego de la re-presentación? ¿y si hicieras que algo "como las madres" fuera y volviera? Hummm, el positivismo se pega... mira que dándote ideas a ti! Que eres un investigador nato. Es decir, el carrete representaría a los caídos a algún abismo desde donde se puede retornar. El retorno, ¿un aprendizaje? Sí, me explicaste lo de los enlaces proteicos, lo del ADN que es siempre otro retorno, el mismo y distinto. Oye, y cuando escribes tus papers ¿piensas en tus lectores? ¿En tu descendencia? ¿Piensas en los que no piensas? "ellos" por ejemplo, en *los que dictan, vigilan, censuran, tras-tocan aun cuando se escribe ignorándolos*, o casi. ¿Se podrá pensar en ambos lados? ¿es posible la ambigüedad? ¿cómo enmarañar estas pistas? ¿Mezclando géneros? (algo como la neuropsicofilocienciasofía?) ¿Mandando lejos algunos principios? ¿Qué tal el principio del placer, el principio del carrete o del carreteo? ¿Y si hacemos estallar la unidad creada a partir de ellos? ¿Si cambiamos el tono desde el cual se ha partido? ... (borroso, tachado) ...pero ¿quién nos persigue? ¿Uno que desanuda lazos y hace con ellos liras o cítaras? cuerdas de un mismo intestino, tuyo, mío, de "ellos" La misma tripa para tensar, atar, aflojar, afinar, analizar, paralizar, apretar. El ADN de la tripa marca el tono de los escritos del otro abuelo que estando con la cuerda tensa, habiendo perdido a los queridos (cuadro N2) llega a decir que más allá está el más allá, donde los muertos ya no los puede traer el carrete de nadie. Que debemos contentarnos con la representación que sin ser copia, es imitación o simulacro de la pérdida. Me acordé de mamá. ¿Son la sombras las que ordenan? ¿Delante o detrás? Y esa esperanza: la del legado de alianzas y de diferencias prometidas entre el principio y el final, la esperanza de ser algo más que un retorno, ¿se cumple alguna vez?

Creo, abuelo, que si no le pones demasiado interés a tus experimentaciones; logras tener fe sin juramentar y decides olvidar la memoria; puedes salvarte de la ceguera y emitir algún sentido a tus observaciones. No a este lado, sino aquel y éste. Y las casas de tejuelas y la hospitalidad.

E o U: Latitud Sur: 42° 20'. Longitud Norte: 73° 18'. Y a pesar de la niebla, canto esta palabra como señal de renuncia. Mechuque. Cruzamos el canal de Quicaví. Este pueblo está húmedo y tiene un puente de alerce que cruza el riachuelo que lo divide. Ray decidió fondear en la Poza. Cruzar puentes es mi deporte favorito, por eso de las orillas, los bordes del abismo, la distancia, la fantasía del todo. Delirar o especular. Ray está curioso con mi silencio y las casas tejueladas están una al lado de la otra. Hay un museo de herrajes cuidado por Edison Barrientos y un letrado que Ray me indica "la carta de navegación es uno de los elementos más importantes que se emplea en la nave pues determina rumbos, demarcaciones, distancias, profundidades, beriles, intensidades históricas de corrientes de marea, marcas notables en la costa. Todo aquello que no cambiará". Notable, pienso, "algo que no cambiará". Todos en este pueblo tienen el mismo apellido, no hay distinción ni demarcación posible. Los Barrientos ayudaron al capitán a cargar los líquidos del viaje: petróleo, pisco, bencina, aceite y agua. Las Barrientos nos regalaron ostras. ¿Quién es quién si no hay nombre para la lápida? Ray ha calculado la ETA (*estimated time arrived*), daría para que crucemos hasta la isla de Llancahué. Pienso en el estado del tiempo y del verbo. El verbo, vida. (aquí hay un gran borrón...)

Ah... la fórmula matemática que me diste para que jugara a un bucle sencillo ($N = nxn-1/2 =$ sólo pares) (Hofstadter 1987) es un programa de ir y venir, cierto, pero puede modificarse a sí mismo de tanto repetirse? ¿Puede extenderse? ¿Tiene una recursividad enlazada? Es decir, ¿es inteligencia rudimentaria? Ay abuelo, ¿de nada te puedo comentar que no lo resuelvas con alguna fórmula? Eres capaz de transformar el fort-da en matemática! Aquello que liga un fenómeno, ¿será necesariamente un orden recurrente? ¿el representante de una cierta organización? (Freid 1994) orden, límite, objeto, símbolo... cógito, nombre, emparedamiento, clausura, muerte. Desorden, inestabilidad, tendencia, probabilidad, ambigüedad, sujeto (¿podremos inventar esta palabra?). *Sócrates tiene sus reglas, por eso.*

En fin, o en principio, tú te comunicas con la naturaleza midiéndola, yo prefiero la poesía, a veces. Lo *sabes todo. Cuídanos.*

F o T: *¿Y acaso no seríamos felices –acaso enamorados– si no supiéramos nada unos de otros?* (dibujo de velero) –No dejes los cabos sueltos, tensa esa vela hasta bajarla. Noche, viento y lluvia. Ray *coerige* (o corrige?) la vela de la navegación. Hay peligro. Cuánto dominio, cuanta fuerza en esa voz. La dosis de verdad necesaria, y llegamos. Mojados, pero arribados. "No cedas" –dijo– "no es imposible". En tu mail me hablas de esos resultados. Inyectaste diversas sustancias a las ratitas huérfanas. A ver qué pasa y cómo. Creo, te apresuras con los resultados. Arroja esos datos, lejos, más allá, después del velo. ¿Por qué ordenar y no, jugar, como el pequeño Ernst? Si en vez de ser "el que escribe" *lees como un niño?* ¿Suena extraño? Es que parece precipitaras la conclusión ¿te persiguen? ¿Evitas encontrarte con más respuestas de las esperadas? Abuelo, *eres demasiado claro para que lo tuyo vaya demasiado lejos.* Y, dime ¿qué vocal usan las ratas para llamar a la madre? también dicen o-o-o-o (más allá) o usan la a-a-a-(acá) como significante? Usar el llamado a la madre para hacer de esto el principio de o con un movimiento. Instituir otro legado? Eso quieres?, un legajo de juegos enigmáticos que intentan resolver el placer displacer o la vida, la muerte? Claro (se borraron tres palabras cortas). Entre la vida y la muerte hay como angustia. Clónica, convulsivamente mutante. Mientras, cantan en canon el placer y el displacer, se mueven, se empujan, se pulsionan, ponen en marcha la determinación interna de cierta organización, de cierto principio al que se regresa, como a un destino que reafirma, reagrupa, reconoce, recolecta y sin embargo no es posible escribir acerca de él, aunque ocurra frente a tus narices. Sólo sugerencias y remisiones...en realidad no sirve para nada este ejemplo ...y cien años después tú investigas los hipocampos y dices que sin madre suceden infartos pérdidas de texto cerebral, las redes no siguen tejiéndose, los tejidos se pierden, el aprendizaje se altera, las ratas llaman desesperadas a la que se fue más allá, por si es posible eximirse del dolor, de la pérdida, no sólo de madre sino de tejido cerebral (Nemeroff 1999), pero Freud renuncia.. "Pero no nos sirve de nada para nuestro propósito" "el análisis de un único caso de esta índole no permite zanjar con certeza la cuestión" "el estudio del juego infantil no remediará nuestras fluctuaciones" (Freud, 1920).

Tienes razón, lo que no es poco (*homo sapiens*) "ellos" son los repitentes del legado. La monarquía del logos ha ido perdiendo credibilidad y el poder parece haberse dispersado entre "ellos". El sujeto escindido (Braustein 1998) anda perdido. Ellos dicen y a la vez desmienten lo que dicen. No reconocer "un saber" o casi. Una especie de diseminación desplazada, desequilibrada, un esparcimiento del sentido (por no decir pér-

didada) en el tiempo y el espacio. "Ellos" recibieron la doctrina del padre de la hija muda muerta. La repetición legada del esposo de Martha, replegada en la sombra doméstica, también muda (no se entiende lo tachado, pero hay algo como silencio o silente o sin lente). Te das cuenta, la cuenta? las mujeres sin habla y él firmó con nombre propio: Sigmund Freud. Se dio a sí mismo, a su propio movimiento... una ciencia que le rinde cuentas. Se envía un giro postal que paga con su nombre el movimiento. Institución con nombre propio (*). Ellos los legados, criaturas que multiplican la diferencia y la convergencia ¿de qué? ¿de quién? Discursos de remake ¿de qué? ¿de quién? Textos estructurados en la misma estructura que intentan describir, probando su conveniencia. Interpretar al narrador, al observador, al autor. Desplazar el juego o el trabajo y el arrojito con el recojo. El trabajo consiste en buscar, jugar, juntar, enviar. ¿y el juego? (¿crear tal vez?). Pero los hilos del texto se ocultan en el texto y envuelven la tela que tejen. Como el genoma. Me decías que ya no era el código sino la expresión del código lo que importaba. Es decir, la lectura del envío. La lectura es la escritura. Al leer el ADN lo estamos transcribiendo (Kandel 1999). Esta unidad juega con sus reglas aún ocultas, el velo no cede. La clave no ha sido develada, completamente descifrada y sin embargo, aquí está la especie, ignorante de sus razones fundacionales. Vivos.

No era necesario que crearas una ecuación. $PP+PP=0$ (donde PP es el principio del placer que luego es elevado a n y no a cero como aparece escrito). Ray creyó que era una nueva fórmula del ecosonda para detectar los supuestos tesoros del Desdren (...te acuerdas?... la historia del buque alemán fondeado en el estero de Quintupeu que me narraste esa noche en tu velero?). La interpretación en contexto. El 0 que es la nada o la muerte resulta de la repetición. Sospecho de tu ecuación o de cualquiera. (...a ver papá ¿no fue Newton quien descubrió la ley de gravedad, con la manzana? (Bateson 1988) –No, hija, la inventó. Es sólo un principio explicativo). Un diálogo como éste te arroja más allá y gusta. No hay completitud evidente ni segura, no hay clausura, no hay conclusión, ya que hasta aquí llega la especulación. ¿Podrás curarme del vacío?

Nota en la orilla: Todavía no he destituido nada tuyo, a ti quizá, pero tuyo nada.

NOTAS ACERCA DE LOS SIGNOS DEL TEXTO

1. Los números de página se refieren a Derridá en el Legado de Freud capítulo del libro de Sócrates a Freud.

2. Cuando use solamente letra cursiva me refiero a frases del texto antes mencionado
3. (*) significa ver definiciones de Derridá en el apéndice correspondiente

APÉNDICE

LOGOCENTRISMO: Palabra inventada por Derridá para describir el sistema metafísico que acepta la escritura como secundaria, o suplementaria al habla. Derridá no está de acuerdo con esto. Dice que la escritura, que se acepta en el logocentrismo como la imitación del habla puede expresar ideas más perfectamente que el habla, de esta manera socavando la relación jerárquica.

DIFFERENCE: Palabra inventada por Derridá que se refiere a los dos significados simultáneos del verbo francés *differer*. Este verbo corresponde al verbo español *diferir*: "dilatarse, retardar o suspender la ejecución de una cosa; distinguirse una cosa de otra o ser diferente y de distintas o contrarias cualidades". (Diccionario RAE 2001). A cualquier palabra que se busque en el diccionario se le puede aplicar, *différence*. Definimos una palabra a través de lo que no es delimitando los posibles significados.

DECONSTRUCCIÓN: Una manera de analizar textos que socava la estructura misma del texto. Es decir los sistemas tradicionales. Socava el logocentrismo de los estructuralistas que se centra en oposiciones binarias.

SUPLEMENTO: Palabra de importancia secundaria en la relación jerárquica de dos palabras. Por ejemplo: Hombre/Mujer. Hombre es la presencia, y en la ausencia de hombre, hay mujer.

HIMEN: se refiere a la imposibilidad de decidir (undecidability) – La inhabilidad de escoger entre significados contradictorios. la palabra "himen" representa el matrimonio y la unión sexual, y al mismo tiempo significa la membrana que impide esta unión, así, no se puede aceptar uno de estos significados sin el otro.

NOMBRE PROPIO: todo significado cuyo significante no puede variar ni dejarse traducir a otro significante sin pérdida de significación induce un efecto de nombre propio

REFERENCIAS

1. Barthes R. Cultura y tragedia. Ensayo sobre cultura. www.analitica.com/biblio/barthes/culture.htm
2. Derridá J. *El fin del libro y el comienzo de la escritura de la gramatología*. Siglo XXII, México, 1998

3. Derridá J. *La tarjeta postal de Sócrates a Freud*. Siglo XXI, México, 2001
4. Foucault M. *Las palabras y las cosas*. Siglo XXI, México, 1997
5. Freid N. *Nuevos Paradigmas: cultura y subjetividad*. Paidós, B. Aires, 1994
6. Freud S. *Más Allá del principio del placer (1920)*. *Obras completas*. Amorrortu, Buenos Aires, 2001
7. Hofstadter D Godel, Escher, Bach. *Matemas14, libros para pensar la ciencia*. Tusquet, Barcelona, 1987
8. Insel TR. A neurobiology of social attachment. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 726-735
9. Kandel E. *Neurociencia y conducta*. Ed Prentice Hall, Madrid, 1999
10. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiat* 1999; 156(4): 505-524
11. Mora F. *El cerebro íntimo: ensayos sobre neurociencia*. Ariel Neurociencia, Barcelona, 1996
12. Nemeroff. <http://www.medscape.com/Medscape/psychiatry/TreatmentUpdate/2000/tu03/public/toc-tu03.html>
13. Varela F. *El fenómeno de la vida*. Dolmen Ediciones, Santiago de Chile, 2000
14. Zohar D, Marshall I. *La sociedad cuántica*. Plaza y Janés editores, Barcelona, 1994

ENSAYO

EVOLUCIÓN, NEURODESARROLLO Y ESQUIZOFRENIA¹

(Rev GU 2006; 2; 1:97-108)

César Ojeda²

La explicación de los “trastornos mentales” con la ayuda de conceptos evolucionarios, y específicamente darwinianos, es un asunto que se remonta a la década de los sesenta del siglo pasado, pero que ha tenido un notable desarrollo en los últimos años (1-4). En el caso de la esquizofrenia (E), diversos modelos han sido presentados (5), pero aquí tomaremos en consideración aquellos que presentan un mayor apoyo empírico. Tal vez los desarrollos de la “genómica”, término también de cuño reciente, y la descripción del genoma humano y de otras especies, hayan sido el impulso fundamental para que no sólo la medicina sino también la biología, la antropología, la sociología y la psicología, integren de manera renovada la dimensión “evo-devo” (*evolutionary-developmental*) al conjunto de sus campos teóricos y prácticos.

Observaciones epidemiológicas han conducido a la hipótesis de que el riesgo de padecer enfermedades en el adulto no depende sólo de factores evolutivo-genéticos y del estilo de vida sino también de las influencias ambientales presentes en las primeras etapas de la existencia de una persona. Estudios en biología evolucionaria y del desarrollo, así como de fisiología humana y animal dan apoyo a esta idea y sugieren que los factores ambientales que operan en el periodo de la concepción, durante el desarrollo fetal y las primeras fases de la infancia influyen de manera importante en el desarrollo de patología en el adulto (6). Por ejemplo, un crecimiento fetal reducido aumenta significativamente el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II o sus precursores: dis-

lipidemia, baja tolerancia a la glucosa, o disfunción en el endotelio vascular. Es importante señalar que el peso de nacimiento tiene un pequeño componente genético y primariamente refleja la calidad del ambiente intrauterino. Se hace cada vez más claro que los organismos tienen la capacidad de cambiar su estructura y modo de operación en respuesta a claves ambientales. Estas respuestas de “plasticidad del desarrollo” se producen en momentos críticos para la sobrevivencia, pero luego pueden hacerse irreversibles. Desde una perspectiva evolucionaria, por ejemplo, las poblaciones han sido seleccionadas junto a genes que favorecen la resistencia a la insulina. Este genotipo “ahorrativo” confiere una ventaja a los individuos en ambientes pobres en alimento y de grandes exigencias físicas, pues reduce el consumo

¹ Este trabajo fue escrito originalmente para el libro: “Esquizofrenia: nuevas perspectivas”. Editor: Hernán Silva. Monografías de la Sociedad Chilena de Psiquiatría Biológica 2, C&C Ediciones, Santiago, 2006.

² Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

de glucosa y limita el crecimiento corporal. Pero, en ambientes ricos en oferta alimenticia y baja exigencia física, estos individuos están en riesgo de desarrollar una diabetes tipo II (*ibid*).

¿QUÉ ES UNA EXPLICACIÓN EVOLUCIONARIA?

De una manera sencilla podemos designar como explicación evolucionaria de primer orden en este campo, a la constatación –por métodos de conducta comparada intra e interespecies– que rasgos conductuales adaptativos en determinadas circunstancias y ambientes pueden dejar de serlo si estos últimos varían. Por ejemplo, las reacciones de alarma, categóricamente adaptativas en sujetos y ambientes sometidos a los ciclos de depredación básicos, toman el carácter de fenómenos anómalos en la vida humana civilizada (trastornos de ansiedad), en la cual las condiciones de control social de esos peligros son muy superiores a las existentes hace algunas decenas de miles de años (7). Otro ejemplo en este sentido lo constituye el metabolismo de la leptina, que parece actuar sólo en el sentido del aumento de la apetencia (voracidad) en ambientes de oferta baja en alimentos, sin producirse el mecanismo inverso ante la abundancia alimentaria, lo que explicaría el aumento explosivo de la obesidad y de los trastornos de la conducta alimentaria en países con alto consumo calórico (8). Es decir, evolutivamente los seres vivos poseen más adaptaciones para enfrentar ambientes hostiles que para hacerlo ante condiciones amables y abundantes.

Otra forma de hacer intervenir conceptos evolucionarios en esta área es lo que hemos llamado explicaciones de “segundo orden”. Se trata del intento de comprender la manera en que a través del tiempo filogenético los seres vivos cambian, pues esos cambios incluyen “ventajas”, pero también nuevas “vulnerabilidades”, inéditas hasta ese momento, sobre las que se montan influencias de la más diversa naturaleza, que, en definitiva, pueden expresarse como anomalías clínicas.

LA SELECCIÓN NATURAL Y ALGUNOS CONCEPTOS EVOLUTIVOS

El genoma no es un “montón” de genes actuando independientemente, de manera que si un grupo de ellos se expresa fenotípicamente como una adaptación deficiente –por el cambio de las condiciones ambientales sobre las que operaba–, esos genes, por selección natural, automáticamente desaparecerían de la población en cuestión. Los genes no parecen ser la unidad evolu-

tiva en los seres vivos sino las especies, expresadas en cada uno sus miembros. Hay buenas razones para pensar que un porcentaje no despreciable de especies permanece desconocido. Aun así, el número de las que se conoce es sorprendente: 1.5 millones de especies de insectos, 700.000 de hongos, 250.000 de plantas, y 45.000 de vertebrados (9). Si agregamos a esto el hecho de que casi todas las especies que han existido están hoy extintas, podemos hacernos una idea de la importancia evolutiva de los fenómenos de especiación y extinción. Pero además, la demostración de cambios evolucionarios relevantes, por ejemplo, la emergencia de una nueva especie, o de nuevos órganos o tejidos, a través de la acumulación de mutaciones en *locus* genéticos determinados –ya sea al azar o mediante estrategias– está lejos de estar establecida, y de hecho, ni un solo caso ha podido ser documentado al respecto (10).

De allí que se postulen diversos mecanismos de “adquisición de genoma” para explicar la emergencia de nuevas especies (*ibid*). Efectivamente, no nacen ni mueren los genes, sino los individuos que –con excepción de las bacterias– pertenecen a especies determinadas (11). Por lo mismo, un rasgo fenotípico forma parte de una totalidad genómica expresada, y se transmite de manera compleja y ligada a conjuntos de genes que modulan diversos aspectos de la estructura, función y comportamiento de los individuos. Así, las personas con mayor vulnerabilidad a la angustia no van a desaparecer en las poblaciones humanas por el hecho de presentar un rasgo estimado hoy desadaptativo, pues ese rasgo –como cualquier otro– nunca es aislado sino que viene junto a una combinatoria enorme de otros aspectos evolutivos adaptativos que conforman a un individuo.

Dicho brevemente, la genética es el estudio de los genes particulares y sus efectos. La genómica en cambio, estudia las funciones e interacciones de la totalidad de los genes que forman el genoma de una especie (12). Esta dinámica es muy importante, porque introduce movilidad allí donde se pensaba en una relación lineal entre genes y fenotipo. Por ejemplo, la creencia ingenua de que descubrir un gen relacionado a una enfermedad es lo mismo que conocer su patogénesis. De manera muy diferente, el genoma está formado por entidades cuya interacción determina la dinámica de “expresión”, “supresión” y “ritmicidad” de los genes. Estos factores génicos están lejos de responder a un concepto de genética mendeliana, ni menos a una visión causal en sentido estricto. La E –por así decirlo– no viene predeterminada en el genoma sino que requiere la participación de muchas dimensiones al unísono: por una parte la historia filogenética de la

especie, y por otra, la historia ontogenética del individuo, es decir, de las contingencias ambientales que conforman su biografía desde la concepción, y además, la constelación de factores epigenéticos (muchas veces guiados por un principio de azar) que acompañan el neurodesarrollo (13).

En una reciente publicación, Lyn Caporale recoge un conjunto relevante de información acerca de la capacidad del genoma para adaptarse a las contingencias evolucionarias a través de diferentes mecanismos que producen variación genética (14). Estos mecanismos implican que no todas las mutaciones ocurren al azar o accidentalmente, sino que nuestro genoma –y el de otras formas de vida– ha desarrollado *estrategias* para crear diferentes tipos de mutaciones en su ADN, así como estrategias para re-usar y adaptar partes útiles de él y hacerlas piezas “intercambiables”.

La variación genética está concentrada en los *hot spots* (sectores de inestabilidad) del genoma. La probabilidad de un cambio genético en un punto dado del genoma depende de las secuencias que lo rodean, del ambiente y de las proteínas que interactúan con él. Ejemplos notables de esta situación lo constituyen las mutaciones específicas que pueden ser producidas en nuestro sistema inmune. Así, pareciera que la capacidad de la vida para generar diversidad tiene un importante componente estratégico que aleja considerablemente la idea de mutaciones solamente al azar.

“La habilidad para evolucionar y adaptarse –sostiene Caporale– es una habilidad adquirida respondiendo al ambiente a través de la experiencia de los genomas a través de generaciones” (p.8). Dentro de esta experiencia, el enfrentamiento con seres vivos patógenos es un fenómeno central. No obstante, las afirmaciones de Caporale abren otra dimensión, no señalada por ella. Nos estamos refiriendo a la capacidad del genoma de “comportarse”, “tener memoria” y “aprender”; y así, tener la estructura dinámica *de un sistema cognitivo*, tal vez el primero y tal vez el único y original, del cual todos los otros sistemas cognitivos (por ejemplo el sistema inmune y sistema nervioso) derivan.

La antigua disputa entre “*nature*” y “*nurture*”, históricamente expresada en la constante controversia entre biología y cultura (ambiente), o entre comportamiento innato y adquirido, actualmente está reducida a pequeños círculos conservadores. La expresión actual para estas pseudo-dicotomías no es *nature versus nurture*, sino *nature via nurture*, queriendo decir con ello que el genoma se expresa recursivamente a través del desarrollo y de los procesos de aprendizaje e interacción entre los seres vivos y el “mundo” del que son parte, y que a la vez configuran (15).

LA ESQUIZOFRENIA

Como sabemos, esquizofrenia fue el nombre que Eugen Bleuler (16) dio al conjunto de fenómenos clínicos que Kraepelin (17) había designado como *dementia praecox*, ampliando en algún grado sus márgenes. La historia de las concepciones de este conjunto psicopatológico puede encontrarse en dos obras nacionales: *La esquizofrenia Clásica* y *La esquizofrenia: de Kraepelin al DSM-IV* (18, 19). Allí el lector podrá encontrar la exposición de los avatares que este complejo clínico ha sufrido a través de la psiquiatría del siglo XX. Sin embargo, el resultado ha sido un solemne caminar en círculo. Efectivamente, los conceptos actuales sobre el padecimiento, liderados por la psiquiatra Nancy Andreasen, y acatados casi sin resistencia por la serie DSM en sus últimas versiones, no hacen otra cosa que repetir, con otros nombres, los conceptos más tradicionales en el área. Así, debemos señalar que tres factores dimensionales –en apariencia originales– han sido sugeridos en los últimos años y que sustentan la idea de que el padecimiento adopta tres formas:

- a. Psicótica: Incluye delirio y alucinaciones
- b. Desorganizada: Incluye alteraciones del lenguaje, conducta desorganizada y afecto inapropiado
- c. Con síntomas negativos.

Como resulta evidente, esta “novedad” se corresponde en toda su extensión a los conceptos de Bleuler, y los tipos paranoide, hebefreno-catatónico y simple de la esquizofrenia, descritos por él en los albores del siglo XX.

Si esta ordenación carece de originalidad, rastrear la coherencia de los razonamientos de Andreasen para acercarse a un concepto “politético” de la enfermedad, nos pone ante una sorprendente incoherencia lógica en el manejo de los conceptos fundamentales (20). En síntesis, la autora y sus seguidores sostienen que los pacientes con esquizofrenia “sufren anormalidades en la percepción, atención, comunicación, volición, modulación afectiva, cognición y función motora”: “Nosotros –continúa– nos referimos a esas anormalidades como alucinaciones, delirio, trastornos del pensamiento, avolición, aplanamiento afectivo, catatonia, etcétera” (21). Aunque para Andreasen estos signos y síntomas ocurren en un amplio rango de pacientes que sufren de esquizofrenia y que la caracterizan como enfermedad “ningún paciente individual manifiesta todos los síntomas en un momento dado e incluso en el curso total de la enfermedad”(…) “esta enfermedad –concluye– tiene muchos hechos definitorios, ninguno de los cuales es patognomónico”.

Un breve análisis lógico muestra la inconsistencia de lo dicho. Una entidad clínica E (la esquizofrenia) queda definida por un conjunto de síntomas que van desde 1 hasta n. Sin embargo al no presentar E siempre *todo* el conjunto, bastan algunos síntomas para definirla, como por ejemplo delirio y un moderado deterioro social, o alguna otra combinación de una larga lista que *no necesariamente incluye los dos mencionados*. Es decir, ningún subconjunto del conjunto de síntomas que va de 1 hasta n es *categorico*, lo que equivale a decir que cualquier subconjunto *puede darse en no esquizofrénico*, pero también, que *toda o cualquier combinación de síntomas es compatible con E*, es decir, se da en algún E. De esto se infiere que E es *independiente* del conjunto de síntomas que va desde 1 hasta n, por lo que E no podría propiamente ser caracterizada por él.

¿De qué estamos entonces hablando?

EXPLICACIONES NEUROBIOLÓGICAS

El lector comprende que ya desde el inicio hay una confusión en el “objeto” que se investiga. Nos desviaría el revisar en detalle esa situación, por lo que asumiremos que se sabe acerca de qué se habla.

Es conocido que las anomalías neurobiológicas estimadas relevantes para el estudio de la E incluyen factores genéticos, tales como variaciones alélicas en genes que, por ejemplo, codifican para la COMT (catecol-O-metil transferasa) involucrada en la degradación metabólica de la dopamina, o el alfa, nAChR (receptor nicotínico alfa), posiblemente relacionado con los déficit sensoriales de la enfermedad; o los RGS4 (reguladores de las proteínas de señalización G) que juegan un importante papel en los receptores sinápticos; el dysbindin, vinculado a las actividades sinápticas y moduladoras cerebrales, tales como el receptor GABA_A en el hipocampo, corteza y cerebelo; y otros relacionados con la actividad de los receptores a glutamato como el *neuroregulin1*, etcétera (22). Una explicación teórica sobre estas bases, por ejemplo, puede sostener que una combinación de variantes alélicas en los genes para RGS4, dysbindin y *neuroregulin1*, produce un déficit en la eficacia de la transmisión sináptica. Estas labilidades, a su vez, provocan una deficiente expresión de otros genes relacionados con la actividad sináptica, lo que aumenta la disfuncionalidad. Esta disfunción es compensada por las exuberantes conexiones de la corteza durante la niñez. Sin embargo, durante el periodo de la adolescencia la normal reducción en el número de sinapsis deja al descubierto estas anomalías iniciales, dando lugar a la emergencia del cuadro clínico (*ibid*).

Es evidente que estos rudimentos teóricos son, por así decirlo, iniciales, pues de hecho tales anomalías genéticas aparecen sólo en un pequeño grupo de pacientes esquizofrénicos. No obstante –como señalamos arriba– tienen la ventaja de mostrar las complejidades con que se concibe hoy la genómica y su aplicación a cualquier disciplina en particular.

LA MORFOLOGÍA

En la década de los años 1970, los estudios neumoencefalográficos, las primeras tomografías computarizadas y los estudios *post-mortem*, mostraron un aumento del tamaño de los ventrículos cerebrales en un grupo de pacientes esquizofrénicos crónicos, y que además, correlacionaba positivamente con el deterioro de las funciones cognitivas. Basado en estos y otros hallazgos, Crow postuló dos “dimensiones” para la esquizofrenia. Por una parte aquellos cuadros potencialmente reversibles y con buena respuesta a la medicación neuroléptica, y por otra, cuadros vinculados a un componente estructural del cerebro, a los que denominó Tipo I y Tipo II, respectivamente (23, 24). Los fenómenos clínicos parecían consistentes con estas dos dimensiones. Efectivamente, desde hacía ya mucho tiempo, la idea de la coexistencia de fenómenos productivos, como el delirio, las alucinaciones, la impulsividad y el desajuste conductual, con fenómenos defectuales, como el aplanamiento afectivo, el retraimiento social, la incapacidad de establecer vínculos interpersonales y de desarrollar un proyecto de vida, era común en la práctica clínica y ampliamente compartida por los psiquiatras. Pronto, a estas dos dimensiones del padecimiento se las designó como “síntomas” positivos y negativos, entroncándose el problema de ese modo con una antigua tradición neurológica que se remonta a H. Jackson (18, 25).

Aunque atravesados por confusas interpretaciones teóricas, los síntomas positivos y negativos pronto se situaron en el centro de las inquietudes de los investigadores en esta área (26, 27). Lo que nos interesa destacar aquí es que, a partir de estos hallazgos morfológicos cerebrales, Crow inicia una profusa carrera por explicar la esquizofrenia a partir de conceptos evolucionarios.

LATERALIZACIÓN Y LENGUAJE

En 1990 Crow sostenía que la E debiera concebirse como una “encefalopatía genética” (28). Los cambios estructurales que presentan estos pacientes, especialmente los clasificados como Tipo II, sugieren para Crow una alteración del desarrollo de la normal *asimetría* cerebral característica del hombre moderno, y que él

postula como un evento que surge en la especiación del *homo sapiens* y que es el mismo que dio origen al lenguaje y posiblemente a la conciencia.

No obstante, Crow está concibiendo el lenguaje en un sentido más bien acotado, refiriéndose a la arbitrariedad de la asociación entre signo y significado en la línea de F. de Saussure (29) y la generatividad infinita de las sentencias en el sentido de Chomsky (30). Esta habilidad lingüística parece surgir hace no más de 60.000 años, e implica la sub-categorización de los verbos y el uso de elementos gramaticales y nulos. Estas capacidades operan como un todo y, por lo mismo, no parece probable que hayan evolucionado secuencialmente (31). Para Crow es claro que antes del lenguaje así concebido deben haber existido muchas habilidades comunicativas (proto-lenguajes), pero que no incluyen los componentes antes señalados y que caracterizan a la especie humana. Estas consideraciones lo hacen arribar a la conclusión de que el lenguaje evolucionó como resultado de un cambio genético que introdujo un nuevo principio en las funciones del cerebro (la dominancia hemisférica) y que dio nacimiento a la especie *homo sapiens* (32, 33).

Es conocido que existen dos teorías tradicionales, ampliamente objetadas hoy día (entre muchas otras), para explicar la aparición de nuevas especies de seres vivos. La teoría alopátrica (34) que sostiene que la aparición de especies se produce por una acumulación de cambios genéticos en poblaciones aisladas por largos periodos, y la teoría del "equilibrio puntuado", que sostiene que la evolución opera a través de saltos después de largos periodos de estabilidad (29). Esta última teoría, atribuida generalmente a Eldredge y Gould en el año 1972, tiene un antecedente muy anterior. Erwin Schrödinger, el renombrado físico austriaco, sostuvo en 1944 (35) (muchos años antes del descubrimiento de la estructura del ADN) que Darwin había cometido un error al considerar que variaciones pequeñas, accidentales y continuas, y que ocurren incluso en las poblaciones de seres vivos más homogéneas, era el material sobre el que operaba la selección natural. Las observaciones de De Vries a principios del siglo XX habían ya mostrado que los cambios heredables ocurrían con muy baja frecuencia en las sucesivas generaciones de seres vivos, y consistían en "saltos", los que no necesariamente implicaban una "gran" modificación respecto de los rasgos de los ascendientes, pero sí una discontinuidad "sin intermediarios" con ellos. De Vries denominó a estos *jump-like changes*, "mutaciones". Esta discontinuidad le parece a Schrödinger análoga a la sostenida por la teoría cuántica para la "realidad" atómica (Planck), que postula que los niveles de energía vecinos, en esa

dimensión, son discontinuos y sin estratos intermedios. Pero esta asociación toma para Schrödinger la forma de un postulado biológico fundamental: las unidades significativas de las fibras cromosómicas son moléculas, y por lo tanto las mutaciones deben corresponder a saltos y reorganizaciones estructurales de estas moléculas conocidas como "genes" (36).

Para Crow, el salto genético que hizo nacer al *homo sapiens* y que es responsable de la aparición del lenguaje en el sentido señalado, es aquel que permite que los lóbulos cerebrales en cierto grado se independicen, y el cerebro se lateralice generando de ese modo la dominancia hemisférica y su correlato anatómico en el área de Wernicke. Es sabido que la mayoría de las personas son diestras, y un pequeño porcentaje zurdo, dependiendo si tal dominancia ocurre en el hemisferio izquierdo o en el derecho, respectivamente, dominancia que no ocurriría, por ejemplo, en chimpancés.

LOS CROMOSOMAS SEXUALES

Crow adhiere a esta concepción "cuántica" de los cambios evolutivos y señala que la dominancia hemisférica depende de genes localizados en los cromosomas X e Y, basado en algunos correlatos psicológicos en las aneuploidías (término que se refiere a un número anormal, mayor o menor de cromosomas, es decir, mayor o menor que 46), como ocurre en los síndromes de Turner, Klinefelter y triple X. En el síndrome de Turner la aneuploidía consiste en que estas personas presentan una estructura XO, es decir, con un solo cromosoma sexual X, y que muestran importantes defectos en las habilidades espaciales, atribuidas al hemisferio no dominante (habitualmente el derecho). Por su parte, personas con un cromosoma X adicional, es decir, con una estructura XXY, como es el caso del síndrome de Klinefelter, o con una estructura XXX como es el caso del síndrome triple X, presentan defectos en la habilidad verbal atribuibles al hemisferio dominante (habitualmente el izquierdo). Concluye Crow que entonces el cromosoma X de alguna manera influencia el desarrollo relativo de los dos hemisferios. La ausencia del cromosoma X cambia el balance en una dirección y un extra X lo hace en sentido contrario, es decir, interfiere con la normal dominancia. El hecho de que esto no ocurra en los hombres normales, es decir con una estructura XY, significa que esa capacidad del X está balanceada o contrarrestada por un gen similar en el cromosoma Y, y que por lo tanto conserva el factor de dominancia.

La base de sustento empírico para esta hipótesis la desarrolló Crow en 1998 (37), año en el que estudió la lateralización de las habilidades verbales y no verba-

les en doce mil niños de once años de edad, mediante un test de rendimiento motor. El 90% de la muestra era diestro, mostrando las mujeres una tendencia más fuerte que los hombres. Los niños que se encontraban alrededor del punto de “indecisión hemisférica” mostraron un déficit en las habilidades verbales respecto de la muestra total. Crow interpretó esos hallazgos como una prueba de que una falla o un retraso en la lateralización hemisférica limitaba la habilidad verbal. “Así –sostuvo– un único gen homólogo X-Y influenciando tanto el grado como la dirección de la asimetría cerebral tiene efectos mayores en el desarrollo de la habilidad lingüística” (31) (p. 3).

La estructura del cambio genético en los cromosomas sexuales que habría provocado el salto evolutivo, se basa en algunos datos que señalan que en el curso evolutivo de los homínidos se ha producido una transposición de secuencias desde el cromosoma X al Y, y de la hipótesis de que luego una inversión de esa secuencia en el cromosoma Y habría dado nacimiento al *homo sapiens*.

PERO, ¿DÓNDE ESTÁ LA ESQUIZOFRENIA?

La hipótesis de la especiación del *homo sapiens* de la manera descrita muestra una gran cantidad de puntos débiles (38, 39) que no podemos abordar aquí. Pero aun si se tratara de una hipótesis plausible, la relación con la esquizofrenia es aún más conjetural. Efectivamente, después de lo dicho, el paso siguiente y necesario es para Crow intentar demostrar que la esquizofrenia está íntimamente ligada al lenguaje y, por lo tanto, al fenómeno de la dominancia hemisférica. Lo hace acudiendo a los síntomas de primer orden sugeridos por K. Schneider en 1957 (40). Como el lector recuerda, Schneider sostenía que la esquizofrenia presentaba dos tipos de síntomas: los de primer orden, que él consideraba nucleares y suficientes para el diagnóstico del padecimiento, y los de segundo orden, que podían o no estar presentes, pero que aislados no necesariamente constituían un fenómeno esquizofrénico. Dentro de los primeros está el robo y la imposición del pensamiento, o las alucinaciones que comentan los propios pensamientos y acciones. Crow cree ver en estos fenómenos una dificultad para distinguir el pensamiento del habla, y en particular, una dificultad para diferenciar los mensajes que el individuo emite como hablante y los que recibe como oyente (31). Crow considera que la contribución de cada hemisferio al lenguaje es diferente. El hemisferio no dominante tendría una función en paralelo, es decir, los elementos de una frase pueden ser substituidos por otros (por ejemplo, un sustantivo por otro), en

cambio el hemisferio dominante, tendría que ver con la estructuración lineal, en serie, de una frase, por ejemplo “artículo, sustantivo, verbo, adjetivo”. Es decir, el primero cumpliría una función sincrónica (sintagma) y el otro una función diacrónica (paradigma). Estima que este mecanismo puede explicar la arbitrariedad entre significante y significado del signo lingüístico, en el sentido original postulado por De Saussure, correspondiendo el primero al hemisferio dominante y el segundo al no dominante.

Lo que resalta es que Crow cree que la falta de dominancia o de diferenciación de los hemisferios –con las consecuencias señaladas– provoca un trastorno que da como resultado una pérdida de la capacidad para distinguir el pensamiento del habla y, en particular, una dificultad para diferenciar los mensajes que el individuo emite como hablante y los que recibe como oyente.

OBJECIONES A LA TEORÍA DE CROW

En sucesivos artículos Crow ha sostenido que desde esta visión podría explicarse lo que se ha llamado “la gran paradoja” de la esquizofrenia (30, 41, 42) –paradoja que es repetida casi dogmáticamente por otros autores (43-45). Se refiere a que la esquizofrenia tiene una prevalencia semejante en todas las poblaciones humanas, y al mismo tiempo una tasa de fertilidad menor. ¿Cómo podría mantenerse tal estabilidad si la predicción evolucionaria indicaría que esos rasgos debieran extinguirse por selección natural? Pues bien, Crow piensa que la variación que predispone a la esquizofrenia es la misma que afecta a toda la población y que es específica del *homo sapiens*: la capacidad del lenguaje, y por lo tanto presente en todo ser humano. Esta capacidad, además de ser adaptativa, predispone a la selección del gen correspondiente mediante la elección sexual, es decir, las mujeres mostrarían preferencia por varones que muestran un mayor desarrollo de las habilidades lingüísticas.

Sin embargo, esta explicación presenta algunos inconvenientes y no menores. El primero, es que la supuesta estabilidad del padecimiento en las poblaciones humanas puede no ser más que un artefacto de la observación en un tiempo inadecuado. Efectivamente, si comprimimos los 4.500 millones de años de la historia de nuestro planeta en un día de 24 horas, la vida –y el tiempo evolutivo de ella– comienza a las nueve de la mañana, es decir, hace 3.500 millones de años, y la explosión cambriana (el desarrollo de la vida aeróbica), ocurrió a las 10 de la noche. Durante trece horas después de su inicio, la vida fue prácticamente anaeróbica y tenía sólo la forma de bacteria. Una hora antes

del final del día los dinosaurios hicieron su aparición y fueron luego exterminados por el impacto de un asteroide cerca de veinte minutos antes de medianoche. Nosotros –el *homo sapiens*– entramos en escena en los últimos dos segundos de este enorme día. ¿Puede el lector imaginar qué parte del último segundo de este viaje es una medida adecuada para el total de la vida humana llamada “civilizada”? Correcto: una décima de él (46). Pero además, considerando que la esquizofrenia fue descrita como tal a principios del siglo XX, ¿qué fracción de tiempo evolutivo se está considerando en la explicación de Crow? Media centésima de segundo de esas veinticuatro horas. Una piedra lanzada al aire se detiene por un momento antes de caer. Si el tiempo de observación es pequeño, podemos creer que el estado normal de ella es la inmovilidad en el aire. Efectivamente, 100, 200 o 2.000 años son apenas 4, 8 u 80 generaciones, lo que evolutivamente es insignificante: los homínidos tienen cerca de 7.000.000 de años en el planeta (47), lo que significa al menos 280.000 generaciones, si estimamos muy conservadoramente una cada veinticinco años. La esquizofrenia como concepto y los estudios epidemiológicos de ella no tienen más de cien años, lapso absolutamente insuficiente para estimar valores de prevalencia transgeneracional. Entonces, no se puede confundir la estabilidad transcultural de un fenómeno (48), con una estabilidad evolutiva. Aclarada esa confusión, tal vez no haya por el momento ninguna paradoja que explicar.

En segundo lugar, las aneuploidías con un X adicional presentan dificultades en la habilidades verbales, pero que nada tienen que ver con los fenómenos esquizofrénicos a los que apunta Crow. Además, los síntomas de primer orden de Schneider no son propiamente alteraciones del lenguaje sino de la identidad. Mucho más característicos de la esquizofrenia *en tanto alteraciones evidentes del lenguaje* son los fenómenos de laxitud asociativa, disgregación, condensaciones, neologismos y otros, que no son considerados por el autor que comentamos.

Finalmente queremos señalar que, con independencia de su consistencia, lo que plantea Crow es una explicación evolucionaria de la E, pero de segundo orden. En su tesis, el fenómeno evolutivo es la aparición del lenguaje (humano, se entiende) y junto con él, la vulnerabilidad, uniformemente distribuida, de desarrollar eso que llamamos esquizofrenia. Luego, la explicación de la emergencia del cuadro clínico requiere de hipótesis auxiliares que expliquen las razones que estarían a la base de tal emergencia, razones que no podrían ser sólo la vulnerabilidad que el autor supone significa la dominancia cerebral y la aparición del len-

guaje. Por cada persona que presenta esquizofrenia hay 99 que no la padecen, y todos son *homo sapiens* con la estructura cerebral propia de la especie, y de los cuales, además, hay cerca de un 20% que ronda la indiferenciación hemisférica. Si no se precisa y hace explícita la naturaleza secundaria de esta explicación, se podría sostener, por ejemplo, que sobre los mismos datos utilizados para explicar la E se está explicando evolutivamente la afasia, porque ella requiere de lenguaje para emerger como un cuadro clínico. Es obvio que se necesita que el hígado haya aparecido alguna vez en los metazoos para que exista la hepatitis. Cualquier órgano, función, conducta u organismo, por el hecho de existir se supone seleccionado, y todos ellos arrastran adaptaciones, pero también vulnerabilidades propias de las finas regulaciones y contingencias que les dieron origen.

EL CEREBRO SOCIAL

Los fenómenos pasivos del pensamiento, como los señalados por K. Schneider (síntomas de primer orden), tienen sin duda un lugar destacado en la psicopatología de la E. Sin embargo, ni el delirio ni las alucinaciones *en sí mismos* son fenómenos esquizofrénicos. De hecho, el trastorno delirante –antes paranoia y otros cuadros semejantes– o las alucinaciones del *delirium*, de la alucinosis o de algunas formas de epilepsia, son delirio y alucinaciones propiamente tales, pero se organizan y presentan de un modo diferente a como lo hacen en la E. Por razones muy diferentes a las esgrimidas por Andreasen, no sólo es perfectamente posible hablar de E sino además hacerlo con mayor consistencia, *sin* que se requiera para ello de delirio o de alucinaciones de tipo alguno, como ocurre con el macizo cuadro de la E simple descrito por Bleuler. En este caso, los llamados síntomas negativos parecen dominar sin contrapeso. Sin embargo –y como hemos señalado extensamente en otro lugar (20)– el concepto de “síntoma” en este caso se presta a severos malos entendidos. Efectivamente, la lista de síntomas negativos propuestos por Andreasen en la “Escala para la evaluación de síntomas negativos” (49) no es más que un corte arbitrario de cualquier “acto de conducta” de este tipo de pacientes y, por lo mismo, se podrían numerar 3, 5 ó 1.000 de ellos sobre el mismo tipo de fundamento. Lo que parece ocurrir es que *toda* la conducta esquizofrénica presenta un carácter, una cualidad, que la hace inconfundible. La psicopatología clásica apuntó, a nuestro juicio, acertadamente a esa característica a través de conceptos como “autismo” (Bleuler), “actos sin proyección en el mañana” y “pérdida del contacto vital con la realidad” (Minkowski), “falta de

propositividad vital” (Roa), y otros. Si bien tales fenómenos –como muchos otros en el ámbito del psiquismo humano– son difícilmente comprensibles sobre la base de una descripción operacional de un par de líneas, son fácilmente reconocibles mediante el aprendizaje clínico.

Lo esencial de estos fenómenos es que todos orientan a una idiosincrática manera de *carecer* el paciente de algo que en la vida corriente de cualquier ser humano se da con la transparencia del aire que respiramos: la creación de la inter-personalidad (50). Nos estamos refiriendo a la manera en que los seres humanos establecemos vínculos con otros seres humanos. Así mirados, los fenómenos esquizofrénicos no son una mera disfunción que se exprese como un signo o un síntoma, para terminar allí, como un asunto –por así decirlo– individual, y que podemos describir como observadores neutros, como sí lo hacemos con una ictericia, un eritema o el dolor abdominal de la peritonitis. La E se organiza *como una prescindencia del otro*, es decir, el otro está incluido en privativo, *como un déficit que el paciente tiene en los vínculos y redes sociales que nos constituyen como seres vivos de determinado tipo*. Los seres vivos nos vinculamos unos con otros, siempre. Sin embargo, estos vínculos son de diversa naturaleza. No es lo mismo la cadena de seres vivos que se forma mediante vínculos termodinámicos (como los ciclos alimentarios), que aquella que se forma mediante vínculos que implican transferencia de ADN (uno de cuyos casos, entre muchos, es la sexualidad), o aquella que surge mediante vínculos informacionales (que no incluyen transferencia de materia o energía como tales, sino de configuraciones de relevancia biológica) (51).

Son este último tipo de vínculos, generalmente llamados “sociales”, los que en el paciente E están impedidos o deformados, lo que siempre tomará el carácter de una relación interpersonal –y por ende social– fallida. De allí que otras teorías acerca de la E vinculadas a la evolución, mucho más recientes y que toman en consideración una psicopatología de mayor desarrollo y finura, apuntan a lo que se ha denominado “cerebro social”.

Brothers (52) describe el “cerebro social” como sistemas cognitivos y afectivos que han evolucionado como resultado de las presiones progresivas de los sistemas sociales con altos niveles de organización. Este sistema cerebral subyace a las habilidades de la conducta social, tanto en el sentido de la captación de las disposiciones e intenciones de los otros individuos, como de las respuestas frente a ellas. Estas habilidades incluyen desde la percepción de las expresiones faciales y otras señales, hasta el procesamiento emocional,

la “teoría de la mente”, la auto-referencia y la memoria. Estudios paleontológicos y comparativos entre primates (53) sugieren que los homínidos desarrollaron una compleja interconectividad cortical en el curso de la evolución a partir de las exigencias de la vida en comunidad. Esto ocurrió especial y principalmente en la conectividad fronto-temporal y fronto-parietal.

A diferencia de lo postulado por Crow, Burns (54) supone que la primera etapa de este cambio evolutivo ocurrió entre 16 y 2 millones de años atrás, cuando los ancestros del ser humano debieron responder a las demandas de los vínculos sociales. Como consecuencia de las limitaciones del crecimiento cerebral en la vida fetal, estos cambios fueron posibles a expensas de un aumento del tiempo de maduración cerebral, con un aumento correlativo de la vulnerabilidad de esta interconectividad a diversas noxas.

TEORÍA DE LA MENTE (TM)

La expresión “teoría de la mente” fue acuñada por Premack y Woodruff en 1978 (55) con relación a la capacidad de “engaño” (*deception*) de los chimpancés. En lo fundamental, se refiere a la asunción por parte de un individuo de que los otros individuos poseen una “mente”, es decir, que poseen y desarrollan “estados mentales” que permiten la comunicación y la interacción social. En el caso del ser humano esta capacidad se adquiere alrededor de los 4 años de edad. Los estudios de imágenes cerebrales funcionales muestran que en personas sanas, durante la realización de actividades como atribuciones mentales, detección de la mirada y atribución de intenciones, la activación cerebral incluye principalmente a la corteza pre-frontal izquierda, la corteza órbita-frontal y la corteza temporal izquierda (56). En pacientes E numerosos estudios psicométricos han mostrado anomalías en su habilidad para atribuir estados mentales e intenciones a otras personas. Pero además, estos pacientes han demostrado deterioro en otros factores relacionados con la “cognición social”, por ejemplo en la percepción de las expresiones emocionales del rostro, corroboradas por una reducida actividad en la corteza pre-frontal para las expresiones de enojo, y de la amígdala para expresiones faciales de miedo, felicidad y tristeza, comparado con controles normales (52).

Las bases neurales del cerebro social parecen corresponder a una red distribuida que incluye estructuras como la corteza pre-frontal dorso lateral, la corteza órbita-frontal, la corteza cingulada anterior, la corteza temporal superior medial, la amígdala, la corteza de asociación parietal y visual y las conexiones córtico-corticales y córtico-subcorticales entre estas regiones.

LAS HIPÓTESIS DE LA “DESCONECTIVIDAD” EN LA ESQUIZOFRENIA

A la luz de lo someramente señalado, parece coherente hoy intentar precisar qué aspectos de este “cerebro social” estarían en déficit en los pacientes esquizofrénicos. En los últimos años, estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) durante tareas de fluidez verbal han llevado a pensar en términos de una “desconectividad funcional” en la esquizofrenia. Uno de los principales investigadores en esta área K.J. Friston (57), define la conectividad funcional como la correlación temporal entre eventos neurofisiológicos espacialmente remotos. Estudios recientes demuestran que la activación de las conexiones fronto-temporales en tareas verbales y de memoria son anormales en presencia de alucinaciones. En condiciones normales, la activación de la corteza pre-frontal dorso-lateral durante tareas de fluidez verbal se acompaña de una reducción de la actividad en el giro temporal superior, es decir, una correlación pre-frontal y temporal inversa (58). En pacientes E esta correlación está alterada, en el sentido de no mostrar el normal descenso del flujo sanguíneo en la parte superior del lóbulo temporal izquierdo. Esta anomalía y otras en la conectividad de las diversas estructuras que conforman el “cerebro social” refleja para muchos investigadores una amplia falla en las interacciones fronto-temporales y fronto-parietales en la esquizofrenia.

Desde esta hipótesis de una conectividad funcional anormal en la E, es natural intentar encontrar algún correlato estructural para estas anomalías. Sin embargo, examinar la estructura de los tractos de sustancia blanca *in vivo* es muy complejo. De hecho, en la resonancia magnética estándar la resolución para la sustancia blanca es muy baja. La aparición de nuevas metodologías, tales como la resonancia magnética de tensión de difusión (DT-MRI), capaz de medir la movilidad de las moléculas de agua cerebrales *in vivo*, gran parte de las cuales se encuentra en los axones, ha resultado un instrumento muy apropiado para tal propósito. Dentro de los axones, el agua se moviliza principalmente en el sentido de la fibra (*isotropic diffusion*). La desviación de esta dirección puede ser medida por la técnica y se conoce como *fractional anisotropy*. Este parámetro se piensa puede ser muy útil para evaluar la integridad de la fibra blanca. Burns, en 2003 (54), aplicó esta técnica en treinta pacientes esquizofrénicos y treinta controles, evaluando los tractos fascículo uncinado, fascículo arcuato y cíngulo anterior, las principales vías de conexión fronto-temporal y fronto-parietal. Los resultados mostraron significativa reducción de la movilidad en

los fascículos uncinado y arcuato izquierdos en los pacientes esquizofrénicos respecto de los controles. Esta lateralización sugiere para el autor que el tema de la dominancia hemisférica debe ser retomado desde esta nueva perspectiva. Como se comprende, estos estudios son aún incipientes, pero, sumados a los hallazgos de los estudios de imágenes funcionales y psicométricos, aportan sustento a la hipótesis de las alteraciones de la conectividad en los circuitos que conforman el cerebro social en las personas que padecen E.

ESQUIZOFRENIA Y NEURODESARROLLO

Determinado el posible sistema cerebral involucrado y las anomalías estructurales correspondientes, las preguntas recién empiezan. Esto hace justicia a la *prognosis* hipocrática, que se refiere –al unísono– al origen, presentación y destino de las enfermedades (59). Efectivamente, ¿cómo se conjugan los factores genotípicos evolutivos, los procesos de neurogénesis, de migración celular, de arborización, de sinaptogénesis, de mielinización, de apoptosis o “poda” (necesaria para conseguir el entramado neural fino), y los factores ambientales, especialmente aquellos presentes en la vida fetal y peri-natal, para dar lugar a las anomalías señaladas en el “cerebro social”? El lector comprende que responder a todas estas preguntas es actualmente imposible. Para dar una idea de las complejidades de las teorías acerca del neuro-desarrollo, remitimos al lector al “neodarwinismo neuronal” desarrollado por Edelman (11), el que hemos tratado en otras publicaciones (60).

Lo que importa destacar ahora es que, con independencia de los detalles, cualquiera y todos esos procesos pueden estar involucrados. Así, la conectividad anormal puede, por ejemplo, reflejar tanto una reducción de la “poda” de las conexiones anormales o un aumento de la “poda” en las conexiones saludables, o una reducida arborización dendrítica en los lugares “correctos” o un aumento en los lugares “erróneos”, y muchas otras combinaciones. Harrison (61), después de una extensa revisión de la neuropatología de la E, concluye que la evidencia apunta a los procesos tardíos del neurodesarrollo, como la arborización, la sinaptogénesis y la “poda”. No ocurre lo mismo con los procesos de migración neuronal, para los que los datos disponibles son insuficientes. Respecto del momento en el que tales desarreglos se pueden producir, Harrison sostiene que la evidencia apunta al segundo trimestre del embarazo. Durante el primer trimestre los trastornos en la neurogénesis producen defectos estructurales groseros, aunque las displasias craneofaciales, los dermatoglifos anormales y otras alteraciones que se han

encontrado en personas que sufren E, sugieren que el primer trimestre no puede ser ignorado.

No obstante, el hecho de que la mayor parte de los pacientes inicien su enfermedad en la adolescencia, requiere algunas explicaciones adicionales. La composición narrativa de mayor aceptación en la actualidad sostiene que los factores genéticos y ambientales tempranos perturban el neurodesarrollo y generan anomalías en la conectividad cerebral. Pero estas perturbaciones toman la forma de un espectro de severidad, que se expresa también como un abanico de trastornos conductuales y psicológicos menores durante la niñez, o que, sencillamente, no se expresa. Sin embargo, los cambios hormonales y del neurodesarrollo que ocurren en la adolescencia (entre los que se incluyen la sinaptogénesis, la mielinización y la “poda” tardías), permiten que la vulnerabilidad aumente y, en algunos casos, que la enfermedad se exprese.

CEREBRO Y EVOLUCIÓN

La intención de generar una explicación evolucionaria para la E, en este caso del tipo que hemos llamado de segundo orden, tiene como propósito ampliar el campo de comprensión del fenómeno, precisando el sustrato evolutivo sobre el que se monta. La historia evolutiva de los primates muestra que el cerebro ha crecido en tamaño y conectividad. El concepto de *hipermorfosis* consiste en la extensión de las etapas de crecimiento de un órgano, de modo que las etapas que en los ancestros eran adultas, se transforman en pre-adultas en los descendientes. No se trata de un mero “retardo” en el desarrollo sino de un crecimiento más prolongado en cada etapa (62). En el caso del ser humano, se estima que el inicio tardío de la neurogénesis y su mayor duración resultan en una estructura cerebral de mayor complejidad, tanto en tamaño como en conectividad, debido en gran medida a la producción de mayor cantidad de células madres o troncales antes de empezar la producción de neuronas. También es conocido que el período de crecimiento cerebral post-natal de los primates, respecto del pre-natal, se ha ido extendiendo progresivamente, teniendo los humanos el período más prolongado de maduración después del nacimiento, al punto de considerar algunos autores que la infancia y la adolescencia son etapas del desarrollo específicamente humanas.

Intentando una síntesis, se puede sostener que el cerebro social de los homínidos ha evolucionado en parte a través de procesos heterocrónicos, es decir, de cambios en los tiempos de maduración, como la hipermorfosis recién descrita. Burns especula que el patrón

del neuro-desarrollo que caracteriza a la E representa una alteración del proceso heterocrónico normal, en la cual están involucrados genes reguladores que gobiernan el *timing* de ese neuro-desarrollo. La cascada de eventos resultantes interactúa con factores epigenéticos que conducen a anomalías sinápticas y de la “poda” neuronal durante la adolescencia. Los circuitos preferentemente afectados son aquellos de evolución más reciente y comprenden la conectividad de las regiones que componen el “cerebro social”, el que, debido a su lenta maduración, está expuesto a anomalías en la expresión génica y a noxas ambientales.

HIPÓTESIS DE LA DEFICIENCIA DE FACTORES DE CRECIMIENTO GLIAL Y DESESTABILIZACIÓN SINÁPTICA EN LA ESQUIZOFRENIA

Recientemente Moises (63) ha realizado un notable estudio con el fin de sustentar la hipótesis señalada en el subtítulo y que es coherente con los hallazgos mostrados en los apartados anteriores. Parece haber consenso acerca de que el origen de la E depende de una conjunción de factores de vulnerabilidad genética, fenómenos relacionados al neurodesarrollo e influencias ambientales, especialmente tempranas. Todos esos factores cuentan con estudios sugerentes. Además, se ha documentado en grado significativo que la E se relaciona con bajo peso de nacimiento, maduración tardía, corporalidad leptosómica, menor volumen cerebral y aumento del tamaño ventricular. Es posible agregar que el crecimiento y desarrollo neuronal están controlados en gran medida por factores sintetizados en las células de la glía. Estas células, en sus distintas variedades, están lejos de constituir sólo un soporte para las neuronas, según creyó Virchow al descubrirlas en 1856. Además tienen que ver con funciones de reparación neuronal y neurogénesis, con la barrera hematoencefálica, con el aislamiento de las superficies neuronales, con la guía durante las migraciones neuronales, con la función sináptica –al ser parte de la retroalimentación entre las neuronas pre-sinápticas y sus blancos post-sinápticos (mediado por neurotrofinas y neurorregulinas)–, con el metabolismo de neurotransmisores (por ejemplo el glutamato), con las respuestas inmunes, con la formación de mielina, con la nutrición neuronal, con el control de las infecciones virales a través de citoquinas, y muchas más.

Estudios recientes muestran que existe una correlación significativa entre la E y la pérdida de células gliales, la disminución de los genes relacionados con ellas y niveles aumentados de marcadores de su integridad celular, como la proteína S100B (64). Con la fi-

nalidad de afinar una hipótesis para el estudio de las bases moleculares y genéticas de la enfermedad, Moises utiliza lo que se ha denominado "aproximación de sitios convergentes" (*Convergent Loci*, CL) propuesta en los *Proceedings of the National Academy of Science USA*. Este procedimiento consiste en encontrar un acuerdo entre la posición cromosómica de genes susceptibles para una enfermedad y la función de los genes descubiertos en esa posición.

Debido al rol esencial que se atribuye a los factores de crecimiento glial (GGF) en el neurodesarrollo, Moises aplicó la técnica de CL a los datos de 60 estudios de *linkage* en E y los relacionó con los genes vinculados a los GGF. El resultado reveló 41 genes con funciones de ese tipo localizados con un *linkage* potencial o significativo con los sitios encontrados para la E. Mencionamos como ejemplo los genes *neurorregulin 1, 2 y 3*, ubicados en los cromosomas 8, 5 y 10 respectivamente, el del factor de crecimiento epidermal en el cromosoma 4, el del receptor *neurorregulin Erb B3*, en el cromosoma 12, el del receptor *GABA beta2*, en el cromosoma 5, etcétera.

A diferencia de la idea de una mutación única ligada a los cromosomas sexuales, estos resultados apuntan a una participación distribuida en cromosomas como el 1, 2, 8, 10, 13, y 15, al menos.

Estos datos están mucho más cerca de los conceptos actuales acerca de la forma de operar el genoma. La hipótesis que estos hallazgos preliminares permiten sustentar es que la deficiencia en los factores de crecimiento y desarrollo producidos por las células gliales, tales como neurotrofinas y glutamato, conducen a diverso grado de debilidad de la fuerza sináptica. Lo interesante de la hipótesis es que señala la estructura dinámica de una vulnerabilidad. Las células gliales parecen ser el sitio en el que ocurren las interacciones entre los genes y el ambiente en este sector del organismo. Al ser los GGFs parte de los mecanismos complejos de estabilización de las conexiones sinápticas, es esperable que los factores genéticos y ambientales señalados se expresen siguiendo una distribución que sigue una curva normal en las poblaciones humanas. Así, los tiempos de maduración, de desarrollo cerebral, de metabolismo, personalidad, memoria, etcétera, ubicados en un extremo de la curva, quedan expuestos a trastornos evidentes del neurodesarrollo y a la posibilidad de configurar el cuadro clínico de la E.

La hipótesis genómica brevemente reseñada es en realidad parte de una postulación más amplia que señala un descenso de la síntesis proteica cerebral en la E, y que parece ser un denominador común a los diversos resultados de la investigación en este campo (65).

Resta decir que el análisis de los factores evolutivos involucrados en los padecimientos mentales no es una nueva orientación en psiquiatría. A medida que diversos tipos de investigación van abriendo campos de comprensión más amplios, la psiquiatría los va incorporando del mismo modo en que lo hace cualquier disciplina y, especialmente, la medicina. Nadie osaría definirse como un cardiólogo "evolucionario"; aunque no es un misterio que la genómica es hoy un campo ineludible en esa especialidad. Lo mismo ocurre con la medicina dedicada a las enfermedades metabólicas, inmunitarias, a las neoplasias y muchas más.

De la revisión presentada, cabe destacar que las explicaciones evolutivas de la E son principalmente de segundo orden, en el sentido que le hemos dado en estas páginas. Sin embargo, otros sectores de la psicopatología se comprenden mejor con explicaciones evolucionarias de primer orden, como es el caso de los trastornos depresivos, de ansiedad, de la conducta alimentaria, las dependencias químicas, los conflictos de familia, laborales, de pareja, etcétera.

REFERENCIAS

1. Baron-Cohen S. *The Maladapted Mind: Classic Reading in Evolutionary Psychopathology*. Psychology Press, Sussex, UK, 1997
2. McGuire M, Troisi A. *Darwinian Psychiatry*. Oxford University Press, New York, 1998
3. Sanjuán J. *Evolución cerebral y psicopatología*. Ed. Triacastela, Madrid, 2000
4. Stevens A, Price J. *Evolutionary Psychiatry: A New Beginning*. (Second edition) Routledge, London, 2000
5. Polimeni J, Reiss J. Evolutionary Perspectives on Schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 34-39
6. Gluckman D, Hanson M. Living with the Past: Evolution, Development, and Patterns of Disease. *Science* 2004; 305: 1733-1736
7. Nesse R. Proximate and evolutionary studies of anxiety, stress and depression: synergy at the interface. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 1999; 23: 895-903
8. Marx, J. Cellular Warriors at the Battle of the Bulge. *Science* 2003; 299: 846-849
9. Sapag-Hagar, M. *La unidad bioquímica del hombre*. Ed. Universitaria, Santiago, 2003
10. Margulis L, Sagan D. *Acquiring Genomes*. Basic Books, New York, 2002
11. De allí que Margulis y otros objetan la concepción de Dawkins (Dawkins R. *The Selfish Gene*. Oxford University Press, New York, 1986)
12. Guttmacher A, Collins F. Genomic Medicine-A Primer. *N Engl J Med* 2002; 347: 1512-1520
13. Edelman G, Tononi G. Neuronal Darwinism: The Brain as a Selection System. In: Cornwell J (Ed). *Nature's Imagination*. Oxford University Press, 1995
14. Caporale L. *Darwin in the Genome*. McGraw-Hill, New York, 2003
15. Ridley M. *Nature via Nurture*. Harper Collins Publishers, New York, 2003
16. Bleuler E. *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1960

17. Kraepelin E. *Dementia Praecox and Paraphrenia*. Robert E. Krieger Publishing, New York, 1971
18. Ojeda C. *La esquizofrenia clásica*. Ed. Universidad Católica de Chile, Santiago, 1981
19. Silva H. *La esquizofrenia: de Kraepelin al DSM-IV*. Ed. Universidad Católica de Chile, 1993
20. Para una reflexión en detalle ver: Ojeda C. Contribución al problema de los síntomas negativos y positivos en la esquizofrenia. *Rev Psiquiat Clínica* 1993; 30: 113-121
21. Andreasen N. The Diagnosis of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1987; 13: 9-22
22. Gilbert A, Volk D, Lewis D. Molecular Neurobiology. En: Charney D (Editor) *Molecular Neurobiology for the Clinician*. Review of Psychiatry, vol 22. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC, 2003
23. Crow T. Molecular Pathology of Schizophrenia: More than one Dimension of Pathology? *Br Med J* 1980; 280: 66-68
24. Crow T. The two-Syndrome Concept: Origins and Current Status. *Schizophrenia Bulletin*, 1985; 11: 471-486
25. Silva H. Síntomas negativos de esquizofrenia: visión crítica. *Rev Psiquiat Clínica* 1991; 28: 96-106
26. Andreasen N. Negative v. positive Schizophrenia: Definition and Validation. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 784-788
27. Berrios E. Positive and Negative Symptoms and Jackson: A Conceptual History. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 95-97
28. Crow T. Schizophrenia as a Genetic Encephalopathy. *Recent Prog Med* 1990; 81: 738-745
29. De Saussure F. *Curso de lingüística general*. Ed. Losada, Buenos Aires, 1971
30. Chomsky N. *Language and Thought*. Moyer Bell Ed, Rhode Island & London, 1993
31. Crow T. Did Homo Sapiens Speciate on the Y Chromosome? *Psychology* 2000; 11, #1 Language Sex Chromosomes (1)
32. Crow T. Is Schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? *Schizophrenia Res* 1997; 28(2-3): 127-141
33. Crow T. Schizophrenia as failure of hemispheric dominance for language. *Trends Neurosci* 1997; 20(8): 339-343
34. Mayr E. *Systematics and the Origin of Species*. Columbia Univ. Press, New York, 1942
35. Schrödinger E. *What is Life?* Cambridge University Press, Cambridge (UK), Tenth Printed, 2003
36. Para una ampliación ver: Ojeda C. Erwin Schrödinger y el pensamiento acerca de la vida. En: Ojeda C, Ramírez A (Eds.) *El sentimiento de lo humano en la ciencia, la filosofía y las artes: Homenaje al Prof. Félix Schwartzmann T*. Ed. Universitaria, Santiago, 2004
37. Crow T, et al. Relative hand skill predicts academic ability: global deficits at the point of hemispheric indecision. *Neuropsychologia* 1998; 36: 1275-1282
38. Bichakjian B. Language Evolution: Not Sudden, But a Gradual Process. *Psychology* 2000; 11, #116 Language Sex Chromosomes (3)
39. Annett M. No Homo Speciated on Cerebral Dominance. *Psychology* 2000; 11, #20 Language Sex Chromosomes (2)
40. Schneider K. *Katopsicología Clínica*. Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1975
41. Crow T. Schizophrenia as the price that homo sapiens pays for language: a resolution of the central paradox in the origin of the species. *Brain Res Rev* 2000; 31(2-3): 118-129
42. Crow T. A theory of evolutionary origins of psychosis. *Eur Neuropsychopharmacol* 1995; 5(Suppl): 59-63
43. Avila M, Thaker G, Adami H. Genetic epidemiology and schizophrenia: a study of reproductive fitness. *Schizophr Res* 2001; 47: 233-241
44. Berlim M, Mattevi B, Belmonte-de-Abreu P, Crow T. The etiology of schizophrenia and the origin of language: overview of a theory. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 7-14
45. Brüne M. Schizophrenia-an evolutionary enigma? *Neuroscience and Behavioral Reviews* 2004; 28: 41-53
46. Para una ampliación ver: Ward P, Brownlee D. *The Life and Death of Planet Earth*. Times Books, New York, 2002
47. Brunet M, et al. A new hominid from the Upper Miocene of Chad, Central Africa. *Nature* 2002; 418: 145-151
48. Hafner H. The epidemiology of schizophrenia. *Triangle* 1992; 31: 133-154
49. Andreasen N. The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): Conceptual and Theoretical Foundations. *Brit J Psychiatry* 1989; 155(Suppl 7): 49-52
50. Ojeda C. Acercamiento fenomenológico a la despersonalización esquizofrénica. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 1978; 16: 9-13
51. Ojeda C. *Vinculum: Basis for a Biological Understanding of Psychiatry and Psychotherapy* (en proceso editorial).
52. Brothers L. The social brain: a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Concepts in Neuroscience* 1990; 1: 27-51
53. Charlton B. Theory of Mind Delusions and Bizarre Delusions in an Evolutionary Perspective: psychiatry and the social brain. Draft of Book Chapter to be published. In: Brune M, Ribbert H, Schiefenohvel (Eds.) *The Social Brain-Evolution and Pathology*. John Wiley & Sons, Chichester, 2003
54. Burns J. An evolutionary theory of schizophrenia: Cortical connectivity, metarepresentation and the social brain. *Behavioral and Brain Sciences*, Cambridge University Press, (in press), 2003
55. Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a 'theory of mind'? *Behavioral and Brain Sciences* 1978; 4: 515-526
56. Vogely K, et al. Mind reading :neural mechanism of theory of mind and self-perspective. *Neuroimage* 2001; 14: 170-181
57. Friston K, Frith C. Schizophrenia: a disconnection syndrome? *Clinical Neuroscience* 1995; 3: 89-97
58. Frith U. Regional brain activity in chronic schizophrenic patients during performance of a verbal fluency task. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 343-349
59. Vintro E. *Hipócrates y la Nosología Hipocrática*. Ed. Ariel, Barcelona, 1972
60. Ojeda C. *La tercera etapa: Ensayos críticos sobre la psiquiatría contemporánea*. (Cap. VIII). Ed. Cuatro Vientos, Santiago, 2003
61. Harrison P. The neuropathology of schizophrenia: A critical review of the data and their interpretation. *Brain* 1999; 122: 593-624
62. Lock A, Peters C. *Handbook of Human Symbolic Evolution*. Blackwell Publishers Ltd., 1999
63. Moises H, et al. The glial factors deficiency and synaptic destabilization hypothesis of schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2002; 2: 8
64. Lara D, et al. Increased S100B in schizophrenia: a study in medication-free patients. *J Psychiatr Res* 2001; 35: 11-14
65. Moisés H. Human Genome data analyzed by an evolutionary method suggests a decrease in cerebral protein-synthesis rate as cause of schizophrenia and an increase as antipsychotic mechanism. *ArXiv.org e-Print archive* 2001 [http://xxx.arxiv.cornell.edu/abs/cond-mat/00110189]

POSTER

TERAPIA CONDUCTUAL DIALÉCTICA DE M. LINEHAN EN LA REALIDAD CHILENA

(Rev GU 2006; 2; 1: 109-115)

Juan Francisco Labra, Cecilia Brahm, Carolina Montalva¹

La Terapia Conductual Dialéctica (TCD) desarrollada por la psicóloga norteamericana Marsha Linehan (Linehan, 1993) fue diseñada para tratar pacientes suicidas con trastorno límite arrojando alentadores resultados en numerosas investigaciones empíricas realizadas hasta la fecha (Linehan *et al.* 1991, 1992, 1993, 1994, Stanley 1998, Koons, 2001, Low, 2001, Rathus 2002 entre otras). Debido a esto, desde el año 2000 el Grupo TCD-Chile trabaja con la técnica de la Terapia Conductual Dialéctica en el área pública en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Salvador. A continuación se presentan los resultados de los dos últimos grupos de trabajo del año 2004.

QUÉ ES LA TERAPIA CONDUCTUAL DIALÉCTICA: SÍNTESIS

- La TCD es un tratamiento basado en la evidencia, desarrollado originalmente para pacientes suicidas y para-suicidas crónicos con trastorno límite de personalidad. Desde su implementación y dados sus buenos resultados, la TCD se ha adaptado como tratamiento para otros desordenes complejos y difíciles de tratar, como las adicciones, trastornos alimentarios y otros.
- Esta orientación se sustenta en tres vertientes teóricas principales: Las ciencias conductuales, la filosofía zen (técnicas fenomenológicas) y la teoría dialéctica.
- En la técnica se combina terapia individual con terapia grupal de aprendizaje de habilidades, contacto telefónico y farmacoterapia cuando sea necesario.
- En la terapia individual se trabajan principalmente las conductas suicidas, las conductas que interfieren con la terapia y los dilemas dialécticos (la vulnerabilidad emocional y auto-invalidación, las crisis emocionales intensas y la inhibición emocional, la competencia aparente y la pasividad activa).
- En los grupos de aprendizaje de habilidades se enseña y practica *mindfulness* (plenitud mental), efectividad interpersonal, modulación emocional, tolerancia a la angustia y manejo interpersonal.
- La técnica no puede ser aplicada por terapeutas aislados sino por equipos de tratamiento (un equipo de terapeutas trabaja con un grupo de pacientes) y puede ser aprendida por terapeutas experimentados de diversas orientaciones teóricas previas.

¹ Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo de esta investigación fue observar los efectos de la TCD aplicada a pacientes suicidas con trastorno de personalidad límite, en el contexto del área pública, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Salvador. Asimismo, se comparó estos resultados con los obtenidos por pacientes diagnosticados con el mismo trastorno, pero que recibieron el tratamiento habitual que reciben estos pacientes en este centro asistencial, esto es, principalmente farmacoterapia con controles psiquiátricos y terapia psicológica esporádica (según la disponibilidad del centro hospitalario).

METODOLOGÍA

Se seleccionaron dos muestras de 18 mujeres, pacientes del Hospital Salvador, diagnosticadas con trastorno de personalidad límite según los criterios del DSM-IV. El primer grupo participó durante 8 meses de la TCD que comprende una hora de terapia individual y dos horas y media de terapia grupal a la semana. El segundo grupo (grupo control) recibió el tratamiento habitual para este tipo de pacientes en este centro asistencial (principalmente farmacoterapia y terapia psicológica según la disponibilidad del centro).

Ambos grupos fueron evaluados en dos momentos, que correspondió al comienzo y al final del tratamiento. Luego se compararon estadísticamente los resultados obtenidos.

INSTRUMENTO

El instrumento utilizado fue el OQ 45.2, escala de auto-reporte desarrollada por M. J. Lambert (1996) y adaptada a Chile por Von Berger y De la Parra (2002), que ha mostrado alta sensibilidad al cambio terapéutico. Comprende cuatro escalas, una de puntajes totales y tres sub-escalas que evalúan sintomatología psiquiátrica habitual (sintomatología ansiosa, depresiva, stress, desordenes afectivos y de ajuste), dificultad e insatisfacción en las relaciones interpersonales y conflicto en el desempeño del rol social.

RESULTADOS

- a. En el primer momento de evaluación, antes de comenzar el tratamiento TCD, no se observó diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por ambos grupos.
- b. Luego de participar en la terapia TCD, en el grupo objetivo se observó una disminución significativa en todas las variables evaluadas, esto es:
 - Disminución significativa en la sintomatología psiquiátrica habitual.
 - Disminución significativa en la conflictiva de las relaciones interpersonales.
 - Disminución significativa en las dificultades en el desempeño del rol social
 - Disminución significativa en los puntajes totales obtenidos.
- c. En el grupo control, no se observó cambios significativos en los puntajes totales obtenidos.
 - No se observó cambios significativos en la escala de conflictos en las relaciones interpersonales.
 - No se observó cambios significativos en la escala de desempeño del rol social.
 - Sí se observó cambio significativo en la escala de sintomatología psiquiátrica habitual.
- d. Si bien ambos grupos mostraron disminución significativa de la escala de sintomatología, la disminución del grupo que asistió a TCD fue significativamente mayor respecto de la observada en el grupo de control.

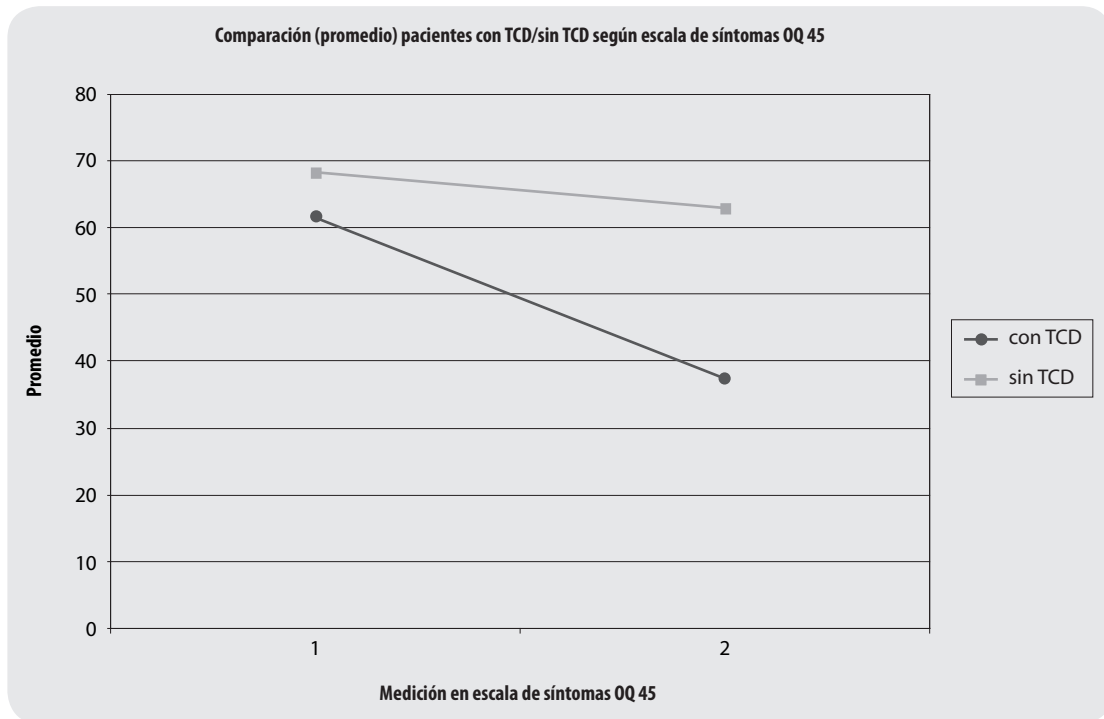
CONCLUSIONES

- a. La TCD es eficaz en tratar todos los síntomas evaluados del trastorno límite, tanto los síntomas psiquiátricos habituales, como el nivel de satisfacción con las relaciones interpersonales y el desempeño del rol social.
- b. La terapia usual que reciben estos pacientes en el servicio público, solo sería efectiva en disminuir los síntomas psiquiátricos habituales, sin tener impacto en la conflictiva asociada a las relaciones interpersonales y desempeño del rol social.
- c. Si bien ambos tratamientos son efectivos en disminuir la sintomatología psiquiátrica, la TCD es significativamente más efectiva en este sentido.
- d. El tratamiento usual estaría orientado a controlar síntomas psiquiátricos específicos, no estimulando en los pacientes, el desarrollo de recursos y habilidades interpersonales y de interacción social.
- e. La TCD, con su énfasis en el desarrollo de habilidades y el aprendizaje de conductas más adaptativas, estimula en los pacientes, no sólo un manejo más efectivo de la sintomatología psiquiátrica habitual, sino además, un mejor desempeño en las relaciones interpersonales y el rol social.
- f. Dado que el trastorno límite comprende síntomas que involucran diferentes áreas de funcionamiento

del individuo (individuales pero también sociales e interpersonales), la TDC impacta en dicho trastorno de forma más integral que el tratamiento usual.

Dados los alentadores resultados obtenidos, actualmente el Grupo TCD-Chile está realizando otras investigaciones asociadas al mismo tema.

RESULTADOS PARA LA ESCALA DE SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA HABITUAL



Variable		media	DS	Z	Sig.
Pacientes con TCD	Antes	61,58	18,34	3,011	0,003 **
	Después	37,40	21,58		
Pacientes sin TCD	Antes	68,13	19,10	2,391	0,017 *
	Después	62,93	18,79		
Pacientes antes	con TCD sin TCD			-1,059	0,290
Pacientes después	con TCD sin TCD			-2,781	0,005 **

DS: Desviación estándar

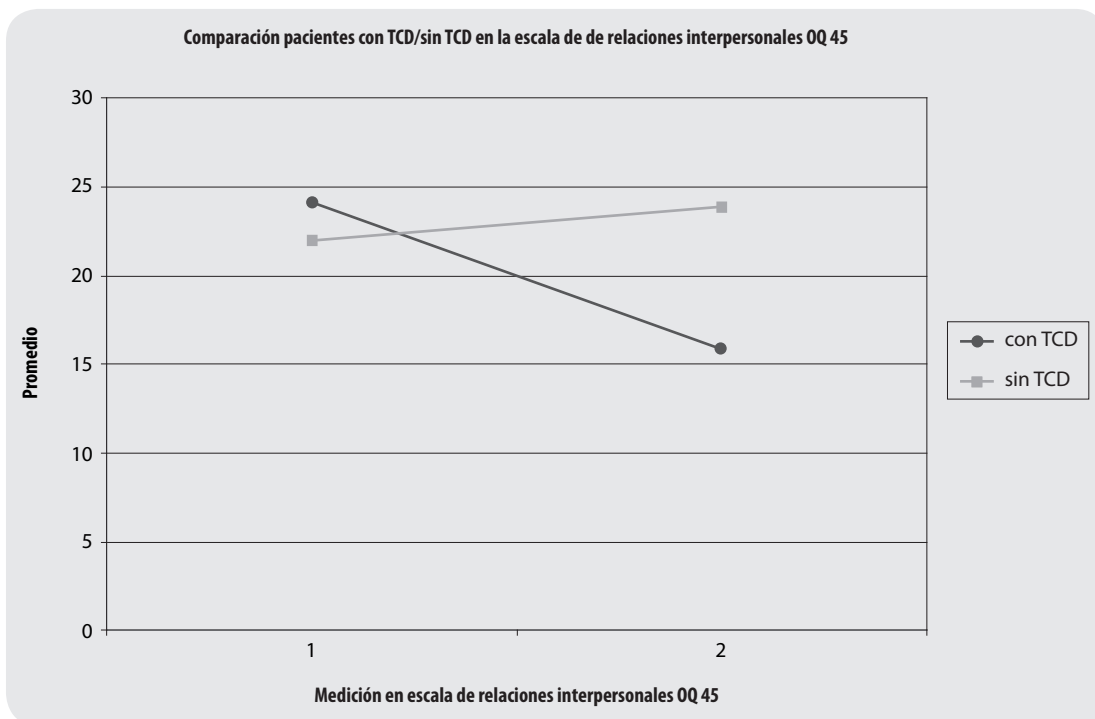
Z: Estadístico obtenido luego del análisis con la prueba no paramétrica para muestras relacionadas de Wilcoxon.

Sig.: Valor de significación asociado al Z obtenido.

* Valor de significación ≤ 0.05 (la diferencia es estadísticamente significativa, con un valor de error menor o igual a 0.05)

** Valor de significación ≤ 0.01 (La diferencia es estadísticamente significativa, con un valor de error menor aún que el anterior, menor o igual a 0.01)

RESULTADOS PARA LA ESCALA DE RELACIONES INTERPERSONALES



Variable		media	DS	Z	Sig.
Pacientes con TCD	Antes	24,20	6,54	3,413	0,001 **
	Después	15,87	6,44		
Pacientes sin TCD	Antes	22,00	7,57	-0,98	0,327
	Después	23,87	6,66		
Pacientes antes	con TCD sin TCD			-0,997	0,319
Pacientes después	con TCD sin TCD			-2,807	0,005 **

DS: Desviación estándar

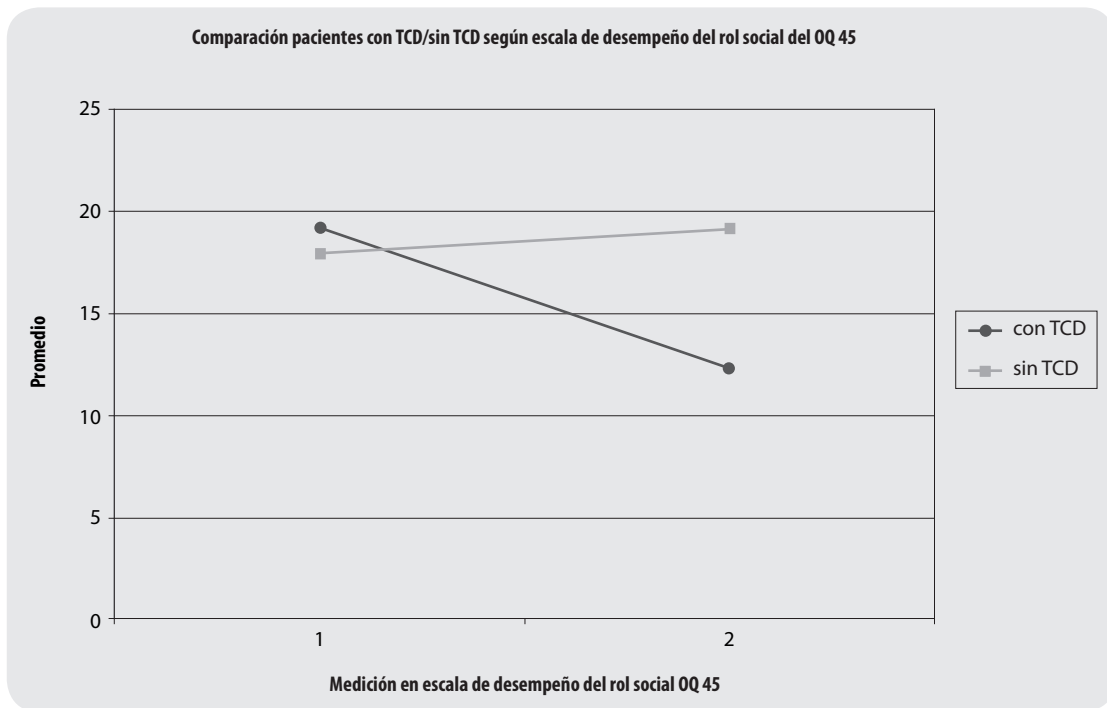
Z: Estadístico obtenido luego del análisis con la prueba no paramétrica para muestras relacionadas de Wilcoxon.

Sig.: Valor de significación asociado al Z obtenido.

* Valor de significación ≤ 0.05 (La diferencia es estadísticamente significativa, con un valor de error menor o igual a 0.05)

** Valor de significación ≤ 0.01 (La diferencia es estadísticamente significativa, con un valor de error menor aún que el anterior, menor o igual a 0.01)

RESULTADOS PARA LA ESCALA DEL DESEMPEÑO DEL ROL SOCIAL



Variable		media	DS	Z	Sig.
Pacientes con TCD	Antes	19,20	5,32	2,761	0,006**
	Después	12,33	6,09		
Pacientes sin TCD	Antes	17,93	6,56	-0,776	0,438
	Después	19,13	8,58		
Pacientes antes	con TCD			-0,978	0,328
	sin TCD				
Pacientes después	con TCD			-1,914	0,05*
	sin TCD				

DS: Desviación estándar

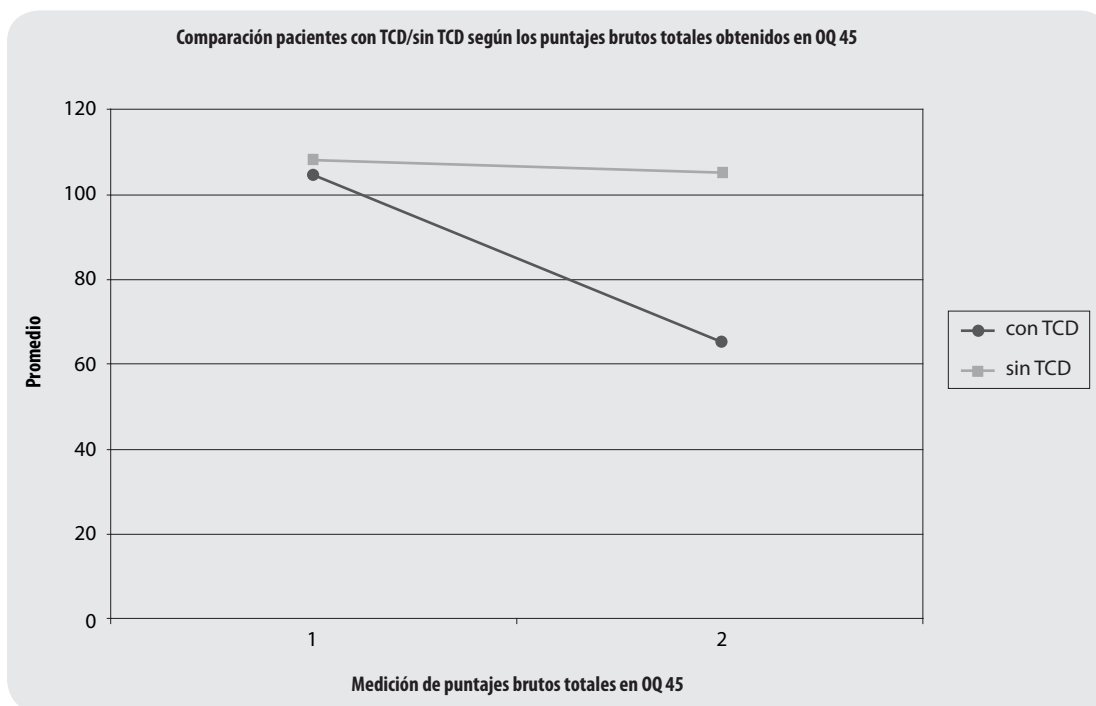
Z: Estadístico obtenido luego del análisis con la prueba no paramétrica para muestras relacionadas de Wilcoxon.

Sig.: Valor de significación asociado al Z obtenido.

* Valor de significación ≤ 0.05 (la diferencia es *estadísticamente significativa*, con un valor de error menor o igual a 0.05)

** Valor de significación ≤ 0.01 (La diferencia es *estadísticamente significativa*, con un valor de error aún que el anterior, menor o igual a 0.01)

RESULTADOS PARA LA ESCALA DE PUNTAJES TOTALES OBTENIDOS



Variable		media	DS	Z	Sig.
Pacientes con TCD	Antes	105,13	26,61	3,237	0,001**
	Después	65,40	33,14		
Pacientes sin TCD	Antes	107,60	29,08	0,283	0,777
	Después	105,27	30,70		
Pacientes antes	con TCD sin TCD			-0,228	0,819
Pacientes después	con TCD sin TCD			-2,78	0,005**

DS: Desviación estándar

Z: Estadístico obtenido luego del análisis con la prueba no paramétrica para muestras relacionadas de Wilcoxon.

Sig.: Valor de significación asociado al Z obtenido.

* Valor de significación ≤ 0.05 (La diferencia es estadísticamente significativa, con un valor de error menor o igual a 0.05)

** Valor de significación ≤ 0.01 (La diferencia es estadísticamente significativa, con un valor de error menor aún que el anterior, menor o igual a 0.01)

REFERENCIAS

1. Koons C, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzales AM, Morse JK. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior therapy* 2001; 32: 371-390
2. Lambert MJ, Hansen NB, Umphress U, Lunnen K, Okiishi J, Burlingame GM, Huefner J, Reisinger C. Administration and scoring manual for the OQ-45.2. American Professional Credentialing Services, Stevenson, MD, 1996
3. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmond D, Heard HL. Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48: 1060-1064
4. Linehan MM. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press, New York, US, 1992
5. Linehan MM, Armstrong HE, Heard HL. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50: 971-974
6. Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151: 1771-1776
7. Linehan MM, Shmidt III H, Dimeff LA, Craft JCh, Kanter J, Comtois K. Dialectical Behavior Therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions* 1999; 8: 279-292
8. Linehan MM, Cochran BN, Kehrer CA. Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. Capítulo 11 de *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (comp. David H. Barlow), The Guilford Press, New York, 2001
9. Linehan MM. *Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Limite*. Editorial Paidós Ibérica, S. A., España, 2003
10. Low G, Jones D, Duggan C, Power M, MacLeod A. The treatment of deliberate self-harm in borderline personality disorder using dialectical behavior therapy: A pilot study in a high security hospital. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 2001; 29: 85-92
11. Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescent. *Suicide and Life Threatening Behavior* 2002; 32: 146-157
12. Stanley B, Ivanoff A, Brodsky B, Oppenheim S, Mann J. Comparison of DBT and "treatment as usual" in Suicidal and Self-Mutilating Behavior. *Proceedings of the 32nd Association for the Advancement of Behavior Therapy Convention*, Washington, DC., 1998
13. Von Bergen A, De la Parra G. OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución de psicoterapia: Adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia Psicológica* 2002; 20(2): 38: 161-176

GACETA UNIVERSITARIA
CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN GRATUITA

Si Ud. aún no se ha inscrito y/o desea inscribir a otro Médico Psiquiatra o Becado de Psiquiatría a la "GACETA UNIVERSITARIA" por favor envíenos los siguientes datos:

Nombre _____

Apellidos _____

Dirección _____
(donde desea le llegue la suscripción)

Comuna _____ **Ciudad** _____

Dirección consulta _____

e-mail _____ **C.I.** _____

Teléfonos consulta _____ **Celular** _____

Envíe este cupón a una de las siguientes opciones:

- C&C Ediciones
Pedro de Valdivia 3474 / 3-B
Ñuñoa - Santiago, Chile
- Fax: (56-2) 269 7517
- E-mail: cyc@consultoriaycapacitacion.cl

GACETA UNIVERSITARIA
CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN GRATUITA

Si Ud. aún no se ha inscrito y/o desea inscribir a otro Médico Psiquiatra o Becado de Psiquiatría a la "GACETA UNIVERSITARIA" por favor envíenos los siguientes datos:

Nombre _____

Apellidos _____

Dirección _____
(donde desea le llegue la suscripción)

Comuna _____ **Ciudad** _____

Dirección consulta _____

e-mail _____ **C.I.** _____

Teléfonos consulta _____ **Celular** _____

Envíe este cupón a una de las siguientes opciones:

- C&C Ediciones
Pedro de Valdivia 3474 / 3-B
Ñuñoa - Santiago, Chile
- Fax: (56-2) 269 7517
- E-mail: cyc@consultoriaycapacitacion.cl