



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA

REVISIONES • INVESTIGACIÓN • TEORÍA

GACETA UNIVERSITARIA

Temas y controversias en Psiquiatría

AÑO 2, VOLUMEN 2, Nº 2 JUNIO 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 periodo 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 ÁLAMOS

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 periodos. 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-ZUIVIC 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

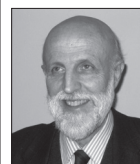
Salud en PIAS

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.

Cursó 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. Contralora psiquiátrica 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 (periodo 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



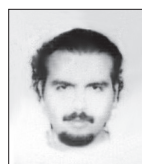
ARTURO ROIZBLATT

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

124 EDITORIAL

124 PSIQUIATRAS EXISTENTES E INEXISTENTES Y LEY DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
César Ojeda

127 ESCRÍBANOS

128 BREVES
Francisco Bustamante

129 NOVEDADES

130 ACADÉMICAS

136 OPINIÓN

136 REFLEXIONES SOBRE EL FALLECIMIENTO Y LOS ESTADOS DE CUASI-MUERTE
Sergio Peña y Lillo

140 COMENTARIO DE LIBROS

140 AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO
Editores: Raul Riquelme Véjar y Edgardo Thumala Piñeiro
Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago, 2005, 464 páginas
Comentarista: Ramón Florenzano

142 IDEA MÉDICA DE PERSONA: LA PERSONA ÉTICA COMO FUNDAMENTO DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y DE LA CONVIVENCIA HUMANA
Autor: Fernando Oyarzún Peña
LOM Ediciones, Santiago, 2005
Comentarista: Julia Acuña

144 CINE

144 NATURALEZA, VERDAD Y APARIENCIA: UNA REFLEXIÓN PSICOLÓGICA A PROPÓSITO DE LA PELÍCULA "EL JUEGO DE LAS LÁGRIMAS" DE NEIL JORDAN
César Ojeda

148 ENTREVISTA DE GACETA UNIVERSITARIA

148 ENRIQUE JADRESIC: PAST-PRESIDENT DE LA SOCIEDAD DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y NEUROCIROLOGÍA (SONEPSYN)

158 RELATO HISTÓRICO

158 MEDICINA PSICOSOMÁTICA EN ALEMANIA: DEL PSICOANÁLISIS A LA MEDICINA BIO-PSICO-SOCIAL
Horst Kächele

164 RELATO CLÍNICO

164 PRESENTACIÓN AL PANEL FINAL DEL SEMINARIO: "APROXIMACIONES MÚLTIPLES A UN CASO CLÍNICO"
CONCLUSIONES: CAMBIO PSÍQUICO: ¿QUÉ Y CÓMO?
Juan Pablo Jiménez

171 PERSPECTIVAS

171 EL PSICOTERAPEUTA COMO NEUROCIÉNTIFICO ¿HACIA UN NUEVO PARADIGMA?
Alberto Botto

178 TEORÍA

178 LA FILOSOFÍA DE HEIDEGGER Y SUS IMPLICACIONES PARA LA PSICOLOGÍA, FREUD Y EL PSICOANÁLISIS EXISTENCIAL
Richard Askay

187 ENSAYO

187 LA ANGUSTIA EN LA FILOSOFÍA DE MARTIN HEIDEGGER: UN MARCO PARA LA COMPRESIÓN PSICOLÓGICA
César Ojeda

192 LA FRACTURA DE LA FRATERNIDAD: NARCISISMO FEMENINO Y MASCULINO: GÉNERO Y (DES)ENCUENTRO
Susana Cubillos y María Montañez

201 REVISIÓN

201 AVANCES EN PERSONALIDADES NARCISISTAS
Ramón Florenzano

208 INVESTIGACIÓN

208 MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS EN PSICOTERAPIA: USO DEL OQ-45.2, UN INSTRUMENTO VALIDADO EN CHILE
Guillermo de la Parra y Alejandra von Bergen

223 TERAPÉUTICA

223 TEATROSALUD Y AUTOCUIDADO: CONCEPTOS, PROPUESTAS, PERSPECTIVAS
Pedro Torres-Godoy y Sabine Romero

PSIQUIATRAS EXISTENTES E INEXISTENTES Y LEY DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

En la entrevista de este número, GU conversa con el Past-President de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN) Dr. Enrique Jadresic. A propósito de la pregunta acerca del bajo número de psiquiatras (235) que son socios de esa corporación de especialistas, respecto de los colegas que ejercen la psiquiatría en Chile, el Dr. Jadresic manifiesta que oficialmente existen alrededor de 650 psiquiatras en el país (registros de CONACEM, de la Universidad de Chile, Ministerio de Salud y del *Mental Health Atlas* de la OMS). Sin embargo, en su afán de llegar a todos los colegas, GU ha colectado una base de datos en la que se cuentan más de 1.000 médicos que ejercen la psiquiatría en el territorio nacional. Esta base se obtuvo a través de una prolongada búsqueda en registros de variada naturaleza, como los de las sociedades de especialistas, universidades y de la industria farmacéutica. Estos colegas reciben regularmente la suscripción gratuita de la revista en sus direcciones privadas, y son el motivo fundamental de la existencia de esta publicación.

La diferencia entre el mundo oficial y el mundo real no es un asunto banal, y el problema de los psiquiatras que no pertenecen a las listas oficiales requiere un análisis cuidadoso. Es fácil pensar que son colegas que ejercen la psiquiatría sin tener la preparación adecuada. Es posible que un porcentaje de ellos esté en esa condición, pero sin duda hay otras razones. Muchos de los colegas inexistentes en la letra oficial sufrieron de las irregularidades que caracterizaron a las instituciones universitarias durante el régimen militar o tuvieron una formación parcial en servicios no universitarios. Del mismo modo, un grupo importante de psiquiatras tuvo completas y exigentes formaciones en el extranjero. Otra cosa es que la mayoría de ellos, al igual que la mayoría de los psiquiatras con formación "oficial" universitaria en Chile, haya decidido no optar a la acreditación sin valor legal de CONACEM (constituido por las Facultades de Medicina, las Sociedades Científicas, el Colegio Médico y la Academia de Medicina del Instituto de Chile).

En un reciente documento de la Academia de Medicina del Instituto de Chile se expresa la justificada preocupación por la actual formación de los médicos especialistas en Chile.¹ De 20.000 médicos chilenos hay sólo 8.383 certificados como especialistas por CONACEM, es decir, el 42%. ¿Significa esto que el 58% restante ejerce la medicina básica? En el caso de la psiquiatría, sólo el 48% de los especialistas reconocidos por las universidades pertenece a CONACEM, y de los psiquiatras existentes, el 31%. En el documento que estamos citando se sostiene que es necesario velar por una formación de "excelencia" para los aspirantes a ser reconocidos como especialistas. En ese punto no hay dos opiniones. El problema es la manera de llevar esto a cabo. El acento de la discusión se pone en los sistemas de acreditación para los programas y centros de formación. Es decir, el corazón del asunto pareciera estar en qué organismo tendrá el poder de acreditar, de modo que el resto de las organizaciones deba ceñirse a sus criterios y programas. La Academia de Medicina lamenta que el 38% de los médicos chilenos acreditados como especialistas por CONACEM no haya tenido una formación con programas específicos, sino sólo un adiestramiento en práctica, lo que en su opinión "dista de ser una formación deseable y suficientemente completa" (p. 38). Esto significa que la Academia de Medicina no concuerda con los criterios de CONACEM (del que es parte), y le niega autoridad y legitimidad al 38% de los médicos acreditados por esa vía. Sin embargo, la realidad de los psiquiatras existentes o inexistentes oficialmente y de la formación de los especialistas no pasa sólo por las instituciones formadoras, por las sociedades de especialistas o por los organismos como CONACEM y sus criterios, sino, fundamentalmente, por un vacío legal

¹ Academia de Medicina del Instituto de Chile: La actual formación de médicos especialistas en Chile. *Rev Med Clin Condes* 2006; 17(1): 35-9.

inaceptable. En Chile nadie es especialista en alguna rama de la medicina, pues no existe una ley de especialidades y, por lo tanto, cualquier médico puede ejercer legalmente la especialidad que estime conveniente, sin más limitaciones que la ética médica general. La falta de reconocimiento legal de las especialidades médicas no es sólo un problema que afecta a los pacientes sino que fundamentalmente atenta contra los derechos ciudadanos de los médicos, pues los priva de la identidad profesional que les corresponde de suyo, con independencia de si pertenecen o no a determinadas instituciones. CONACEM (y las organizaciones que lo componen) en el intento de resolver el problema, ha resultado ser parte de él, al realizar una acreditación profesional vicaria, y en cierto sentido “cómplice” con ese vacío legal. Nada puede ni debe sustituir el reconocimiento legal que les corresponde a los especialistas como un derecho individual. Los especialistas chilenos no tenemos por qué aceptar las obligaciones que demanda el ser tales especialistas y, al mismo tiempo, ejercer al margen de la ley. Y esto no es sólo un asunto de un simple “legalismo” para controlar una supuesta falta de “autodisciplina” en los chilenos, sino esencialmente un asunto de reconocimiento por parte de las autoridades de un país: ser un especialista médico requiere una formación de doce años de instrucción básica y media, siete años de formación médica, y al menos tres de la especialidad correspondiente. Es decir, los especialistas han dedicado 22 años de sus vidas a formarse para ejercer su profesión. De allí que sea ya impostergable exigir que la sociedad chilena reconozca explícitamente las obligaciones, los derechos, las limitaciones y las consecuencias prácticas del ejercicio profesional de los especialistas médicos.

Nos parece que corresponde a las universidades formadoras, inexcusablemente, exigir una legislación coherente en este sentido. No se trata de crear un súper organismo acreditador sino de algo mucho más básico: del reconocimiento legal por parte del Estado de los títulos profesionales de especialistas otorgados por las universidades, del mismo modo en que se reconoce la

profesión de médico. De hecho, si no tienen existencia legal tales títulos, ¿con qué fundamento se puede exigir esa formación a los médicos? ¿Cómo se podría pretender que tal formación universitaria sea un modelo al que deban atenerse las instituciones no universitarias? Si bien es loable que las sociedades profesionales busquen la existencia legal de las especialidades, puesto que la inexistencia de especialistas las transforma de hecho en corporaciones que agrupan lo que no existe, las universidades tienen la obligación de asegurar a sus alumnos, en todos los niveles, un reconocimiento sancionado por ley de los títulos profesionales que otorgan. Basta pensar en lo absurdo que resultaría que las profesiones universitarias de médico, abogado, psicólogo o ingeniero no fueran reconocidas *de jure* por las leyes de un país, y sólo tuvieran existencia *de facto* por el reconocimiento realizado por parte de un súper organismo, compuesto en su mayoría por instituciones no universitarias y, además, no facultado legalmente para tal propósito.

Por lo mismo resulta grato constatar que una iniciativa que impulsamos el año 1997, al final de nuestro periodo como Presidente de SONEPSYN, denominada entonces CONEMED (Convenio Nacional de Especialidades Médicas) y destinada a impulsar una ley de especialidades, se haya concretado en el año recién pasado en SONEPSYN bajo el nombre de ASOCIMED.

Sin embargo, creemos que las universidades formadoras deben asumir su responsabilidad en estas materias, pues les corresponde de manera principal. Las sociedades de especialistas, el Colegio Médico o la Academia de Medicina del Instituto de Chile (candidatos a ese súper organismo contralor), *no forman profesionales ni especialistas* sino que los reciben ya formados, por lo que resulta del todo evidente que esa formación, junto al reconocimiento legal de los títulos correspondientes, sea materia propia e ineludible de las universidades. Todo lo demás vendrá después como consecuencia natural.

CÉSAR OJEDA

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, 1970Es 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

ESCRÍBANOS

Si usted desea dar su opinión, comentar algún artículo o referirse a cualquier aspecto de Gaceta Universitaria, por favor escríbanos a: cojeda@vtr.net



Estimado César:

Estuve mirando el último número de *Gaceta* (Vol 2, N° 1), que tuviste la amabilidad de enviarme, y quedé gratamente sorprendido por su contenido:

1.- En primer lugar, me encantó tu artículo "La Tercera Etapa: La Psiquiatría en la Encrucijada", por la notable síntesis del desarrollo histórico paradigmático de la disciplina, muy iluminadora para un lego como yo, y por el adecuado enfoque que le das a los aspectos biológicos, especialmente los asociados a la evolución de esta tercera etapa que viene. Aunque obviamente se está muy lejos de comprender los fenómenos mentales, y menos aún de poder tratar sus enfermedades, la perspectiva evolucionaria le proporciona una mirada intencional distinta a la búsqueda de hipótesis explicativas de muchos fenómenos sociales y del comportamiento, que ha probado ser muy fructífera, como por lo demás tú mismo te encargas de mostrarlo en el artículo sobre la esquizofrenia.

2.- La selección de libros sobre los que se hacen las reseñas también muestra un sesgo biológico, que me parece un esfuerzo novedoso en la disciplina chilena, muy saludable, por cierto.

3.- Tanto el libro que comentas de Kandel como la conferencia que se reproduce de él, me recordó el año 2001 cuando asistí a un gran seminario organizado por la New York Academy of Science en torno a "The Unity of Knowledge", siguiendo el libro *Consilience* de E.O. Wilson, con especialistas de todas las disciplinas, incluidos Wilson,

Kaufmann, Damasio y el propio Kandel. Su presentación se refirió, por supuesto, a la memoria y la Aplysia. Lo curioso es que en su exposición no se advertía su relación con el psicoanálisis. Más aún, durante la conferencia se armó una gran discusión entre los "científicos duros" y los llamados "humanistas o antropólogos culturales", y Kandel tomó una firme y despiadada postura en contra de los segundos. De modo que su formación psicoanalítica fue una sorpresa surgida de la lectura de *Gaceta*.

Felicitaciones por la revista y por tus contribuciones.

Un abrazo,

Álvaro Fischer*

* Autor de la entrevista a Leda Cosmides.



Dear Cesar:

I would love to receive next GU publications, thanks so much. And I am glad you were able to republish this interview of Dr. Szasz.

Best

Randy Wyatt*

* Autor de la entrevista a Thomas Szasz publicada en el *Journal of Humanistic Psychology*.



Dr. Ojeda, hola.

Quiero felicitarlo por el nivel, la actualidad y la variedad de los contenidos de GU. La

combinación de ensayos, investigación y artículos teóricos sobre diferentes temáticas, incluyendo las neurociencias, resulta estimulante. Me parece un verdadero aporte, en especial para el acercamiento de los psicólogos a los temas actuales que son de relevancia en el campo de la psiquiatría.

Saludos,

André Sassenfeld*

* Autor del Trabajo "El concepto de Selfobjeto y el proceso psicoterapéutico desde la perspectiva de la psicología psicoanalítica del self".



César:

Te quiero felicitar por la excelencia intelectual de los artículos publicados en la *Gaceta Universitaria*. Es un placer leer un artículo bien escrito.

Creo que en nuestro medio carecemos de rigor intelectual y de creatividad por el afán de cumplir con las normas impuestas por la academia.

El mayor logro de la revista es justamente haberse liberado de esa trampa y dejar a los autores en libertad para expresar sus pensamientos.

Las contribuciones se acercan cada vez más al ensayo, un género literario que me parece muy estimulante.

Catalina Scott

Francisco Bustamante¹

MANTENCIÓN DE TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO EN ANCIANOS

Si bien la prevalencia de los trastornos del ánimo disminuye en los mayores de 60 años, éstos presentan una mayor tasa de recurrencia que la población más joven. Por otro lado, son pocos los estudios que han evaluado la eficacia tanto de la farmacoterapia como de la psicoterapia en pacientes ansianos.

Es por ello que el artículo de Reynolds *et al.* propone 2 objetivos: el primero, comparar la eficacia del uso de un antidepresivo y/o psicoterapia en pacientes mayores de 70 años con depresión, y el segundo, evaluar la recaída luego de un seguimiento de 2 años.

De 151 pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo, 116 completaron un periodo de 16 semanas de tratamiento con paroxetina (algunos necesitaron fármacos adicionales) y sesiones semanales de psicoterapia interpersonal. Luego, se les randomizó en 4 grupos para recibir: paroxetina y sesiones de psicoeducación, paroxetina más psicoterapia interpersonal, psicoterapia interpersonal más placebo, o placebo y sesiones de psicoeducación.

Al cabo de 2 años, la recurrencia fue la siguiente:

- Paroxetina más psicoterapia: 35%.
- Paroxetina y psicoeducación: 37%.
- Placebo y psicoterapia: 68%.
- Placebo y psicoeducación: 57%.

Es importante consignar que los pacientes tenían un promedio en el MMSE de Folstein de 27 puntos, el cual no varió significativamente a lo largo del tratamiento.

Respecto a la psicoterapia, los autores postulan que los pacientes de la muestra al tener más edad y una alta comorbilidad no se beneficiarían mayormente con ella.

Finalmente, los investigadores recomiendan un tratamiento farmacológico de mantención en los pacientes mayores de 70 años.

1. Reynolds CF. III, Dew MA, Pollock BG, Mulsant BH, Frank E, *et al.* Maintenance Treatment of Major Depression in Old Age. *N Engl J Med* 2006; 354: 1130-1138

LA VISIÓN DE HOLLYWOOD SOBRE LA PSIQUIATRÍA

Cuando ingresé a primer año de Medicina, la pregunta de rigor que me hacían mis amigos era la siguiente: ¿Has visto muertos? Con el paso de los años ésta cambió por ¿Y en qué te vas a especializar?

Siendo psiquiatra, cuando la gente se entera de mi profesión, es común esperar dos tipos de respuesta: “uyyy qué miedo”; o la más clásica “te apuesto a que ya me estás psicoanalizando” (sic). Ambos tipos obedecen a *mitos urbanos* sobre la psiquiatría y que nos revisten de poderes casi esotéricos para adivinar el pensamiento de las demás personas.

Probablemente muchos de éstos y otros mitos fueron creados y difundidos por el cine, según la revisión de N. M. Gharaibeh, profesor de psiquiatría de la Universidad de Arizona, quien revisó 106 películas americanas sobre la relación psiquiatra/terapeuta-paciente. En el 71,2% de ellas el psiquiatra/terapeuta era hombre, de edad media (50,8%), frecuentemente incompetente (47,5%) pero amistoso (63,6%).

Lo más preocupante es que las películas muestran un traspaso de los límites por parte del psiquiatra/terapeuta en un 44,9%, siendo un 23,7% de carácter sexual (¡casi un cuarto de las películas americanas sobre psiquiatras!).

Por si fuera poco, los distintos tratamientos tampoco son bien evaluados: la psicoterapia sólo tiene buen pronóstico en el 31,4%, los psicofármacos son percibidos casi como anestésicos, y la terapia electroconvulsiva como “una maniobra brutal, dañina y abusiva sin efectos terapéuticos”.

Gharaibeh afirma que este estereotipo negativo del psiquiatra afecta nuestra credibilidad y dificulta que el paciente decida consultar, con el consiguiente aumento del sufrimiento, morbilidad y mortalidad.

Los ingleses parecen haber tomado cartas sobre el asunto a través de la creación de los *Mental Health Media Awards*, donde premian la información correcta y la buena imagen acerca de los temas de salud mental.

1. Gharaibeh NM. The psychiatrist's image in commercially available American movies. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 316-319
2. Mental Health Media Awards website: <http://www.mhmawards.org>

NUEVO MECANISMO DE ACCIÓN DEL LITIO

Si bien todavía no conocemos todas las formas de acción del litio, la revista *Science* del 17 de febrero acaba de publicar un *brief report* que da cuenta de un nuevo mecanismo.

El ciclo circadiano está regulado por el núcleo supraquiasmático en el hipotálamo. El ciclo es iniciado por las proteínas BMAL1 y CLOCK e inhibido por la proteína Rev-erbalfa. Los investigadores demostraron que a dosis terapéuticas de litio ocurre una degradación de Rev-erbalfa y, por lo tanto, una mayor expresión de BMAL1, lo cual es una etapa crítica para la sincronización de la expresión rítmica de las proteínas del reloj interno.

Dado que el trastorno afectivo bipolar presenta un ciclo circadiano alterado, y que el litio es efectivo para su tratamiento –lo cual podría explicarse por su efecto regulador sobre las proteínas del reloj interno– los autores concluyen que podrían sintetizarse fármacos nóveles cuyo objetivo sean estas proteínas y así evitar los efectos adversos del carbonato de litio.

1. Yin L, Wang J, Klein PS, Lazar MA. Nuclear Receptor Rev-erbalfa is a Critical Lithium-Sensitive Component of the Circadian Clock. *Science* 2006; 311: 1002-05

¿EFECTO PROTECTOR DEL COLESTEROL EN LA SALUD MENTAL MASCULINA?

Soy un fanático de los erizos. Mucha gente solía compartir mi afición, hasta que abandonaron su consumo al conocer que son uno de los alimentos más ricos en colesterol (todavía tengo en mi mente la imagen de la palabra “erizos” en el extremo superior de una escala nutricional).

¹ Universidad de Los Andes.

Poco a poco, he observado cómo éste y otros alimentos han desaparecido de los menús locales para ser remplazados por ensaladas, frutas y demás preparados “light” o “fat free”. Si bien esto es bueno para disminuir los altos índices de obesidad de nuestro país, y por consiguiente, la incidencia de enfermedades cardiovasculares, niveles muy bajos de colesterol (<150 mg/dl) pueden ser perjudiciales para la salud mental masculina. Esta afirmación proviene de un grupo de investigadores japoneses quienes siguieron a una cohorte de empleados de una universidad médica por 6 años, evaluando periódicamente su

salud mental con el General Health Questionnaire (GHQ-12), colesterol total y HDL, consumo de alcohol y nicotina, actividad física e índice de masa corporal, entre otras variables. Asombrosamente, sólo los hombres (y no las mujeres) con colesterol menor a 150 mg/dl presentaron un GHQ alterado respecto al grupo control (riesgo relativo de 2,05 (1,10-3,83) con un intervalo de confianza del 95%). No hubo diferencias respecto al HDL.

Estos resultados son consistentes con varios estudios y hallazgos previos. Es más, existiría una posible asociación entre bajo colesterol, depresión y suicidio.

Se postula que este efecto deletéreo sobre la salud mental estaría dado por una disminución de los receptores serotoninérgicos debido al escaso intercambio entre el colesterol de la membrana y el del medio. Al parecer, niveles altos de colesterol potenciarían la función serotoninérgica en hombres. ¿Por qué no en mujeres? Los autores no se aventuran a dar una explicación.

Creo que volveré a comer erizos.

1. Soeda S, Terao T, Iwata N, Abe H, Uchida K, Nakamura J. Mental effect of cholesterol in males: Protective effect? *Journal of Affective Disorders* 2006; 91: 139-144

NOVEDADES

LYRICA DE PFIZER RECIBIÓ APROBACIÓN PARA TRATAMIENTOS DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN EUROPA

- En Europa un número aproximado de 12 millones de pacientes padecen trastorno de ansiedad generalizada, una disfunción psiquiátrica caracterizada por la preocupación y tensión excesivas.
- Experto del Reino Unido: “Nueva opción de tratamiento para una amplia gama de sintomatologías emocionales y físicas”

NUEVA YORK, 27 de marzo - Pfizer Inc dio a conocer hoy que la Comisión Europea aprobó *Lyrica*® (pregabalina) para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en los adultos. Se estima que anualmente alrededor de 12 millones de pacientes de la Unión Europea padecen Trastorno De Ansiedad Generalizada (TAG), que solamente un tercio es diagnosticado correctamente y que un número aún menor, recibe el tratamiento adecuado.

La aprobación de *Lyrica* se sustentó en cinco pruebas clínicas doble ciego randomizadas que involucraban más de 2000

pacientes. La información proveniente de cinco estudios combinados controlados con placebo demuestra que *Lyrica* brinda resultados rápidos y eficacia prolongada en el tratamiento de Trastorno De Ansiedad Generalizada (TAG). Durante la primera semana misma del tratamiento *Lyrica* demostró ser significativamente efectivo al aliviar tanto síntomas emocionales (depresión, pánico) como físicos (cefalea y dolores musculares).

“Trastorno De Ansiedad Generalizada (TAG) es una disfunción más intensa que la ansiedad normal que experimenta la gente afectada por estrés; se trata de una enfermedad crónica debilitante capaz de interrumpir severamente el quehacer normal de un individuo, y aún así, la disfunción no es tratada como corresponde,” expresó el Dr. Stuart Montgomery, Profesor de Psiquiatría, de la Facultad de Medicina Imperial College de la Universidad de Londres. “Con *Lyrica* contamos ahora con una nueva forma de tratamiento para una gran gama de sintomatologías emocionales y físicas provenientes de esta condición prevalente”.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada es un trastorno psiquiátrico común y crónico que se caracteriza por un patrón de preocupación y ansiedad excesivas acerca de diversos eventos o actividades que afecta a un promedio de 5% de personas durante el transcurso de su vida. Entre los síntomas físicos se encuentran: dificultad

para conciliar el sueño y fatiga, y los emocionales incluyen: dificultad para concentrarse, irritabilidad e hiperactividad. Los pacientes más propensos para contraer esta enfermedad son aquellos que se encuentran afectados por enfermedades crónicas médicas asociadas con dolor. En Europa, los costos directos anuales derivados de la atención médica para el tratamiento de Trastorno De Ansiedad Generalizada (TAG), se elevan a \$1,5 mil millones de dólares.

“*Lyrica* representa un tratamiento innovador para los pacientes que padecen ansiedad generalizada,” expresó el Dr. Joseph Feczko, presidente de Desarrollo Global de Pfizer. “El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son primordiales puesto que la ansiedad prolongada aumenta la debilidad y empeora los desenlaces de las enfermedades coexistentes.”

Ente los efectos secundarios más comunes que informaron los pacientes se distinguen: mareo y somnolencia. Los efectos secundarios en su mayoría resultaron ser moderados en intensidad y generalmente relacionados con la dosis administrada.

Tanto en Chile como en los Estados Unidos y Europa, *Lyrica*® (pregabalina) fue aprobada para el tratamiento del dolor neuropático periférico producido por la diabetes, y para el dolor neuropático post-herpético, causado por un virus llamado Herpes Zoster, y para el tratamiento adjunto de crisis parciales de epilepsia.



DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
ESCUELA DE MEDICINA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

DIPLOMADO

BASES BIOLÓGICAS Y EVOLUTIVAS DE LA PSIQUIATRÍA

2006

OBJETIVOS

Se busca generar un espacio de enseñanza y discusión con relación a esta área de vertiginoso desarrollo en la Salud Mental, dando énfasis a la interfase de la investigación básica y sus implicancias clínicas, exponiendo asimismo las fragilidades de los modelos imperantes.

PROFESORES

Profesores del Departamento de Psiquiatría PUC y profesores nacionales invitados para el abordaje de temas específicos.

CONTENIDOS

Módulo I: Bases genéticas y neurobiológicas de la conducta humana, un enfoque evolutivo

Módulo II: Bases biológicas y evolutivas de las enfermedades psiquiátricas

Módulo III: Bases biológicas del tratamiento farmacológico y psicológico

DIRIGIDO A:

Profesionales involucrados en la investigación, cuidado y tratamiento de patologías mentales, principalmente médicos y psicólogos.

REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN

- Ficha de inscripción
- Fotocopia carné de identidad
- Certificado de título (nacional o extranjero)
- Curriculum vitae

PROGRAMACIÓN, DURACIÓN, FECHA Y LUGAR

Fecha de inicio: Todos los viernes desde el 19 / 05 / 2006 hasta el 16/12/2006

Horario: 16:00 a 19:30 hrs

Número de sesiones: 33 sesiones, con frecuencia semanal, de 3 a 4 horas de duración cada una

Número de horas totales: 110 horas

Lugar: Sala Seminario 11. Edificio Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile

VALOR: 40 UF (valor Módulo 15 UF)

Director Curso: Dr. Francisco Aboitiz – Dr. Jaime Santander

Coordinación Administrativa: Claudia Andrade, candrade@med.puc.cl; teléfono: 3543808

Inscripciones: Dirección de Extensión, Facultad de Medicina UC, Lira 44, Primer Piso, Santiago, Chile
Teléfonos: 354 6425 · 354 6430 – Fax: 633 1457 / E-mail: inscrip@med.puc.cl

PATROCINA

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, SONEPSYN (www.sonepsyn.cl)

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

POSTÍTULO

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: CLÍNICA Y TERAPÉUTICA

ORGANIZA: Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso
AUSPICIA: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
FECHA: 09 de junio a 02 de diciembre de 2006
HORARIO: Viernes 14:00 a 19:00 horas y Sábados 09:00 a 14:00 horas. Dos encuentros mensuales
LUGAR: *Laboratorio Andrómaco*, Avda. Libertad 1405 Of. 2002, Viña del Mar y Av. Quilín 5273, Peñalolén, Santiago
Laboratorio Saval, 2 Norte 1187, Piso 3, Viña del Mar
CERTIFICACIÓN: 80% Asistencia
DIRIGIDO A: Interesados con título profesional o grado académico
OBJETIVOS: Adquisición de destrezas en el reconocimiento, prevención y manejo terapéutico de los trastornos de la conducta alimentaria

VALORES

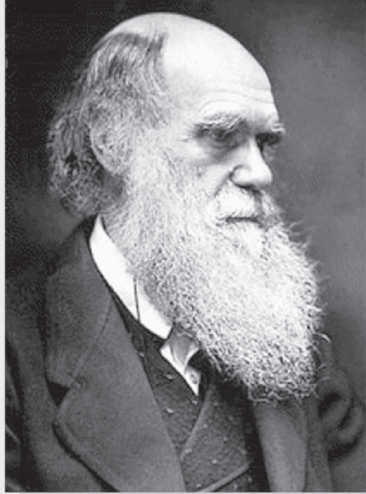
Matrícula: \$ 35.000
Arancel: \$ 665.000
CÓDIGO SENCE
ARANCELES DIFERENCIADOS

DIRECTORES: Dra. Rosa Behar A. y Dr. Gustavo Figueroa C.
INFORMACIONES: Sra. Carmen Maldonado (Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso, Subida Carvallo 200, Playa Ancha, Valparaíso, Fono/Fax: (32-508550), E-mails: catedra.psiquiatria@uv.cl y rositabehar@vtr.net
INSCRIPCIONES: Srta. Aída Moraga (Dirección de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Hontaneda 2653, Valparaíso, Fono: 507330, Fax: (32- 507321)

CONTENIDOS

- MÓDULO CLÍNICA I
- MÓDULO CLÍNICA II
- MÓDULO TERAPÉUTICO
- TALLERES

DOCENTES: Rosa Behar (Psiquiatra)	Gustavo Figueroa (Psiquiatra)
María Isabel Gaete (Psicóloga)	Alejandro Gómez (Psiquiatra)
Verónica Navarro (Ginecóloga)	Reginald Rees (Psiquiatra)
Patricia Rentería (Psiquiatra)	Mónica Sangüesa (Psiquiatra)
María Angélica Soto (Nutricionista)	Patricia Tapia (Psiquiatra)



Simposio
Internacional
*Evolución
y Psiquiatría
Contemporánea*

Director: Enrique Jadresic

Expositores:

- Sergio Gloger • Enrique Jadresic • César Ojeda • Pedro Retamal •
- Julio Sanjuan (España) • Pablo Salinas • Jaime Santander • Hernan Silva •
- Sergio Valdivieso •

Destinado a:

- Psiquiatras • Investigadores en Neurociencias • Psicólogos • Médicos •
- Biólogos • Antropólogos • Otros Profesionales •
- Interesados en el Estudio de la Conducta Humana •

V i e r n e s 7 d e J u l i o 2 0 0 6

Hotel Santiago Park Plaza
Av. Ricardo Lyon 207, Providencia

Médicos Socios SONEPSYN y Becados \$ 30.000

Médicos no socios y otros profesionales \$ 40.000

Inscripciones e Informaciones

Sra. Victoria Merello M.

Fono: 232 9347

E-mail: docencias@123.cl

CUPO LIMITADO

A u s p i c i a n



GDT Psicoterapia Sociedad Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
Society for Psychotherapy Research (SPR), filial chilena

7º CONGRESO CHILENO DE PSICOTERAPIA
PSICOTERAPIA: LOS INGREDIENTES DEL CAMBIO

17, 18, 19 y 20 DE AGOSTO DE 2006

Lugar: Conference Town, Reñaca

Conferencias, talleres experienciales y de formación, simposios y paneles de investigación con prestigiosos invitados nacionales y los siguientes invitados extranjeros:

Bruce E. Wampold. Prof. Department of Counseling Psychology University of Wisconsin. Investigador en factores de eficacia en psicoterapia. Autor de "The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings", en que sustenta un modelo contextual de psicoterapia por sobre una psicoterapia basada en un modelo médico.

Lawrence H. Rockland. Prof. Cornell University. Autor del libro "Supportive Therapy", 2003, con un enfoque clínico de la psicoterapia de apoyo rigurosamente conectado con la teoría psicodinámica.

James Fosshage. New York University, Director National Institute for the Psychotherapies (NYC); Prof. Institute for the Psychoanalytic Study of Subjectivity (NYC) Co-editor de "Dream Interpretation: A Comparative Study", y coautor (con Joseph Lichtenberg y Frank Lachmann) de "Self and Motivational Systems: Toward a Theory of Technique"

Y también noche de boleros, soirée, performances, baile de gala.

Más información en www.sonepsyn.cl/congresopsicoterapia, con la Sra. Victoria Merello, f: 2329347
y a través del e-mail: docencias@123.cl

ESPACIO Y TIEMPO EN EL PENSAMIENTO DE
IGNACIO MATTE BLANCO
*Aplicaciones a la cultura contemporánea
y a las psicopatologías del acto*



**V Encuentro del Grupo
Internacional de Biológica
Agosto 25, 26 y 27, 2006
Santiago de Chile**

EXPOSITORES EXTRANJEROS
IGNACIO GERBER (BRASIL)
RICARDO LOMBARDO (ITALIA)
PIETRO BRIA (ITALIA)
RAMÓN GANZARAÍN. USA
ALESSANDRA GINZBURG (ITALIA)
FIORANGELA ONEROSO (ITALIA)
GABRIELLA PULLI (ITALIA)
TIMONIEMI (FINLANDIA)
MARITA NIEMI (FINLANDIA)
CLAUDIO DURÁN (CANADA)
IAN MORDANT (INGLATERRA)
RICHARD CARVALHO (INGLATERRA)
ALEJANDRO REYES (INGLATERRA)
PAULINA REYES (INGLATERRA)
LAIRIE RYAVEC (USA)
ROSS SKELTON (INGLATERRA)

INSCRIPCIONES:

Profesionales Extranjeros Us\$250
Profesionales (Título anterior 2000)\$100.000
Profesionales (Título posterior 2000)\$45.000
Estudiantes \$20.000

PATROCINIOS:

Sociedad Chilena de Psicoanálisis-Ichpa
Universidad Adolfo Ibañez

Auspicios:

Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.
Asociación Psicoanalítica Chilena.

INSCRIPCIONES:
ICHPA / Holanda 255 Providencia
Teléfonos: 335 3339-232 9113- 334 8294
web: www.ichpa.cl / e-mail: ichpa@terra.cl

MIEMBRO DE:
IFPS International Federation of Psychoanalytic Societies
FLAPPSIP Federación Latinoamericana de Asociaciones de
Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoanálisis





SOCIEDAD CHILENA DE SALUD MENTAL

SEMINARIO ACTUALIZACIONES EN PSIQUIATRÍA

18 DE AGOSTO DE 2006, SANTIAGO

Hotel Marriott
Salón: Torres del Paine G

CONVOCATORIA

La Sociedad Chilena de Salud Mental en su constante preocupación por la formación continua de los especialistas de nuestro país, viene desarrollando un Seminario anual de perfeccionamiento en conjunto con la industria farmacéutica. En la parte teórica está dedicado a las novedades farmacéuticas que nuestra especialidad está permanentemente recibiendo de dicha industria, y además, abordando temas de relevancia diagnóstica, terapéutica y psicoterapéutica en la modalidad de Talleres y Conferencias.

En el presente Seminario de Actualizaciones abordaremos novedades en el diagnóstico y tratamiento del Déficit Atencional en el adulto, la estrategia diagnóstica y terapéutica precoz de la Esquizofrenia, la Bipolaridad y el Trastorno de Pánico, y el diagnóstico diferencial entre Esquizofrenia, Enfermedad Afectiva y Personali-

dad Límite. Además habrá 7 talleres paralelos donde se profundizará sobre los temas tratados en las Conferencias plenarios y se abordarán temas específicos de abordaje psicoterapéutico.

El que varios laboratorios aporten a la realización de este Seminario da la posibilidad de hacerlo en forma gratuita y por invitación conjunta de nuestra Sociedad y los distintos Laboratorios auspiciadores, y a otorgar la necesaria confiabilidad de la independencia entre los temas abordados por los especialistas y dicha industria.

Desde ya les agradecemos el interés en participar y los esperamos en agosto en el Hotel Marriott

Dr. Raúl Riquelme Véjar
Director Seminario

PARTICIPAN:

Dr. Raúl Riquelme, Dr. Claudio Valeria, Dr. Rubén Nachar, Dr. Jorge Cabrera, Dr. Sergio Gloger, Dra. María Eugenia Hurtado, Dra. Karen Alexandrovic, Dr. Alejandro Gómez, Dr. Alex Oksenberg, Dr. Edgardo Thumala

INSCRIPCIÓN GENERAL: \$30.000*

(*) Inscripción sin costo por invitación de los auspiciadores

INFORMACION E INSCRIPCIONES

SOCIEDAD CHILENA DE SALUD MENTAL
Av. La Paz 841, Santiago - Chile
Fonos: 7778051 – 4793461 Fax: 738 2503
E-Mail: info@schilesaludmental.cl / secretaria@schilesaludmental.cl
www.schilesaludmental.cl

PATROCINAN: Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak"
Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile

AUSPICIAN: Eli Lilly de Chile
Laboratorios Andrómaco S.A.
Laboratorios Saval S.A.
Laboratorio Silesia
GlaxoSmithKline

OPINIÓN

REFLEXIONES SOBRE EL FALLECIMIENTO Y LOS ESTADOS DE CUASI-MUERTE

(Rev GU 2006; 2; 2: 136-139)

Sergio Peña y Lillo¹

En un artículo publicado en *Artes y Letras* (15 abril del 2005), relaté los extraños fenómenos llamados de “cuasi-muerte”, también conocidos como “la experiencia del Túnel”, de sujetos que después de haber sobrevivido a graves y casi mortales accidentes, contaban haber tenido curiosos estados beatífico-místicos que habían transformado profundamente sus vidas en un sentido espiritual y religioso.

Pero lo más curioso y lo que motiva este escrito, es que estos desconcertantes “sucesos anímicos” –que se repiten con extraña regularidad y similitud en todos los sujetos– también ocurren en quienes, habiendo sido internados en centros asistenciales, fueron declarados en “muerte clínica”, al no tener signos vitales perceptibles y después de repetidos electroencefalogramas planos que indicaban la existencia de “muerte cerebral”. Ahora, lo increíble, es que estos pacientes pueden “resucitar” al cabo de horas o de días, sin ninguna perturbación de su psiquismo ni secuelas de un supuesto estado de coma post traumático y relatan haber vivido las mismas “experiencias”, lo que demuestra que, a pesar de su aparente fallecimiento, había persistido una “existencia personal subclínica”, desconocida por la medicina y que no detectan los actuales métodos de exploración de la vitalidad biológica.

Estos estados, de los que existían descripciones aisladas desde la antigüedad (como el mito de Er relatado por Platón) despertaron el interés científico sólo después de la revisión de cientos de casos y de sus pro-

pias observaciones, publicados por el Dr. Raymond Moody en su libro “Vida después de la vida” y cuya versión española fue editada en el año 1984 (1). Paralelamente, el doctor Moody tuvo acceso a los milenarios conocimientos orientales, particularmente del budismo tibetano, que no sólo describían estos casos sino que –además– decían poder conocer el “proceso anímico” que ocurría durante este estado de “muerte aparente”. Estos hallazgos me convencieron de la necesidad de revisar y posiblemente reformular algunos de nuestros criterios occidentales sobre la muerte, como también la validez de los exámenes de laboratorio que utilizamos para detectar y comprobar el fallecimiento.

No puedo extenderme en la compleja visión de la muerte que posee el budismo tibetano, y sólo deseo señalar que la diferencia esencial con la medicina occidental radica en que ésta sólo conoce “la muerte biológica” y el consecutivo proceso de “desintegración orgánico corporal”. En el Oriente, en cambio, existe un conocimiento del “proceso de desintegración anímica”, que transcurre en fases durante las cuales se mantiene una “existencia anímica, subliminal”, que desconoce nuestra medicina y que no es captada por sus métodos de exploración biológica, por lo que no se tiene explicación alguna de esa misteriosa mantención del psiquismo en los casos que han “resucitado” después de haber sido considerados en estado de “muerte clínica”. No es nuestro propósito el detallar tampoco la compleja “vida anímica” que se conoce en el budismo tibetano, pero

¹ Profesor de Psiquiatría, Universidad de Chile.

sí dar algunos ejemplos que demuestran la realidad de este curioso fenómeno de cuasi-muerte, en que se mantiene la vida durante un periodo por lo general de cuatro días, después del cual el fallecimiento ya sería irreversible.

Con anterioridad al libro de R. Moody, este fenómeno de cuasi-muerte había sido estudiado por numerosos científicos que comprobaron la realidad de esta “vida anímica sutil” en casos de muerte clínica, como por ejemplo los estudios del Dr. Kenneth Ring (2, 3) y posteriormente de Elizabeth Kubler-Ross (4). Ahora, entre los ejemplos más decisivos vale la pena destacar la investigación efectuada por el Cardiólogo Dr. Fred Shantzer, médico –que siendo escéptico de estos estados– entrevistó a 55 casos diagnosticados como “muerte cerebral” con electroencefalogramas planos de acuerdo a los criterios de la Universidad de Harvard (repetidos con intervalos de 12 y 24 horas), pudiendo comprobar la realidad de este desconcertante fenómeno (5). Del mismo modo, los cardiólogos Michael Sabom y Sarah Kreutziger, utilizando los métodos más rigurosos, llegaron a la misma conclusión (6). Finalmente, el neurobiólogo chileno Francisco Varela (ya fallecido) con un grupo de científicos, mantuvieron un diálogo de una semana con el actual decimocuarto Dalai Lama, publicando sus interesantes conclusiones en 1997 (7). El principal interés de estos diálogos radica en que pudieron conocer los signos que les permiten a los budistas experimentados observar tanto el proceso de mantención como de desintegración de esta “vida mental sutil”, y en cierto modo espiritual, hasta el momento en que se traspasa el límite, entrando en una muerte irreversible. No detallaremos esta curiosa “semiología”, porque es por completo ajena y por lo tanto imposible de utilizar por nuestra medicina clínica (por ejemplo, la vida se mantendría mientras persista la llamada “luz clara” y la muerte se comprueba por la salida a través de las fosas nasales de una luz blanca y roja, etc.). Lo que realmente interesa es saber que es posible comprobar, con estos métodos de “clarividencia meditativa”, la mantención de esta vida sutil aunque los electroencefalogramas sean planos y se determine el estado de “muerte clínica”. Para apreciar la posible contribución y aporte de esta sabiduría milenaria descrita en el famoso “Libro Tibetano de los Muertos” (8, 9) (que fue transcrita en el siglo VIII a. de C., pero cuya edición inglesa sólo apareció en el año 1927) es necesario precisar previamente algunos conceptos básicos de la medicina occidental actual (curiosamente, en su texto paralelo “El Libro Egipcio de los Muertos”, se hacen similares recomendaciones para el tránsito de ultra

tumba, pero salvo vagas alusiones, no se mencionan los estados de “cuasi-muerte” (10).

Desde luego la muerte real e irreversible, cualquiera sea la patología que la origina, obedece a dos fenómenos básicos: 1) *El Paro Cardíaco*, con el cese de la irrigación sanguínea del organismo, y 2) *Daño Masivo encefálico* con desaparición de las funciones del tronco cerebral (particularmente de la respiración espontánea) con muerte del resto del organismo por falta de oxigenación (7). Desde la perspectiva específica de nuestro análisis, es esencial, además, efectuar la diferenciación entre “muerte cerebral” y “muerte encefálica”. La *muerte cerebral* se refiere exclusivamente a la destrucción (real o supuesta) de la corteza cerebral, sustrato de la autoconciencia reflexiva y de la existencia propiamente humana, con mantención del funcionamiento del bulbo raquídeo. La *muerte encefálica*, en cambio, incluye el funcionamiento del tronco cerebral, lo que –entre un conjunto de déficit neurológicos menores– determina la pérdida de la respiración espontánea, con la muerte gradual y progresiva de los diferentes órganos por falta de oxigenación. Además, el encéfalo es el órgano que mantiene la estructura vital del cuerpo, por lo que con su muerte, si no se emplean métodos de reanimación artificial, se inicia el proceso de descomposición orgánica y de rigidez cadavérica, confirmando –a diferencia de la “muerte cerebral”– el fallecimiento definitivo.

Es por eso que hoy día en las unidades de Tratamientos Intensivos sólo se autoriza la extracción de órganos para un trasplante una vez comprobada la “muerte encefálica”, la que se establece por la apnea o inexistencia de respiración espontánea, después de 20 o 30 minutos de haber desconectado el respirador artificial, en cuyo caso sólo se mantienen los métodos de reanimación biológica, en los casos en que ya está prevista la extirpación de órganos para efectuar trasplantes quirúrgicos, debido a que es necesario mantener la adecuada vitalidad de las vísceras que se desea transplantar. Si no existe esta posibilidad o este propósito, el equipo médico está autorizado a desconectar la reanimación artificial, ya que el paciente ha fallecido.

Pero el problema que aquí nos interesa es cuál debe ser la conducta en quienes se estiman como de exclusiva “muerte cerebral”, donde al no existir compromiso del bulbo raquídeo se mantienen las funciones cardiorespiratorias. Desde luego, nos referimos a los pacientes que se encuentran en un centro de tratamientos intensivos. En estos casos existe consenso de que el enfermo –si bien no ha fallecido– sólo conserva una vida vegetativa y es por eso que la familia, si así lo desea, puede mantenerlo en su hogar –lo que ocurre con cierta frecuencia– mediante hidratación y alimentación artificial,

pero esto es ajeno, y aun, contrario al objetivo de la medicina, cuya finalidad es intentar siempre salvar la vida pero no impedir la muerte. Para poder fallecer el organismo debe poner en marcha “mecanismos de muerte”, todos los cuales pueden ser “bloqueados” por los actuales métodos de reanimación biológica. No obstante, si existe “muerte cerebral”, ya no es posible una vida propiamente humana y el papel del médico no puede ser la mantención artificial de un “cadáver”, lo que define el concepto de *distansia* o prolongación ilegítima de una vida concluida, “reverso” igualmente inaceptable de la *eutanasia*, que es acelerar farmacológicamente la muerte de un enfermo terminal. Aunque resulte una paradoja, el hombre tiene derecho a vivir, pero también a morir, y –como decía Rilke– a morir su propia muerte.

No obstante, el asunto no es tan simple, precisamente desde que tenemos conocimiento de los estados de “cuasi-muerte”, que han demostrado cómo los electroencefalogramas planos de doce o veinticuatro horas, al igual que el resto de los “criterios de Harvard”, no pueden asegurar la existencia de una evidente “muerte cerebral”, como tampoco la validez del concepto de “muerte clínica” para asegurar de que ha ocurrido el fallecimiento real, como lo demuestran precisamente los casos de “cuasi-muerte”, donde el sujeto, aparentemente fallecido, como ha ocurrido incluso en nuestro propio país, “resucita” en la morgue de un centro hospitalario. Sin embargo, existen métodos que pueden comprobar con certeza la existencia de una “muerte cerebral” y –por lo mismo– del término de la vida propiamente humana, y que se basan en la continuidad o el cese del flujo circulatorio hacia el cerebro (inyección de sustancias radioactivas en las carótidas y la confirmación de la mantención de irrigación sanguínea mediante angiografía y otros similares). No obstante, pareciera que la decisión actual de que sólo se pueden efectuar extracciones de órganos para trasplantes en casos de “muerte encefálica” los ha hecho innecesarios, trasladando el problema a la comprobación del fallecimiento real. Es aquí donde la medicina actual debe tomar en serio la eventualidad de que la vida humana persista en un “estado sutil” que siendo subclínico no perciben los médicos ni tampoco detectan nuestras actuales técnicas de laboratorio.

Aunque su conocimiento científico y médico –como lo hemos señalado– es reciente, los estados de “cuasi-muerte” ya no pueden ser ignorados. Ahora, su principal importancia está precisamente en las Unidades de Tratamientos Intensivos. Desde luego, por tratarse de estados subclínicos, no se puede apreciar si existe o no respiración espontánea, por lo que pueden ser estimados como casos de “muerte encefálica” no sólo enfermos con “muerte cerebral” sino también sujetos

sanos cuya extraña “existencia espiritual” transcurre en un nivel muy profundo que no perciben nuestros métodos de exploración vital; en una especie de trasfondo ignorado tanto de la vida como de la conciencia.

Ahora, si médicamente resulta imposible detectar estos casos, debieran tomarse en las U.T.I. al menos las siguientes consideraciones: 1) Saber si en el paciente la presunta “muerte encefálica” se originó en una enfermedad o en un accidente, ya que de ser así existiría la obligación de suponer la eventualidad de un estado de “cuasi-muerte”, debiéndose detectar la efectividad del daño mediante Resonancia Magnética como el único modo de descartar con certeza un estado de “cuasi-muerte” y por lo mismo la posibilidad de recuperación completa de un individuo cuyo fallecimiento es sólo aparente y está vivo. En estos casos se debiera continuar con los métodos de reanimación biológica al menos durante un periodo de cuatro días, antes de autorizar la extracción de órganos para un trasplante, manteniendo al menos la hidratación endovenosa y la alimentación por sonda naso-gástrica durante ese periodo, antes de darle a la familia un diagnóstico definitivo.

En los enfermos que fallecen en sus hogares –que son la mayoría– y donde se trata generalmente de una “muerte encefálica” por alguna patología, el médico que certifica el fallecimiento puede comprobar no sólo la apnea –que como hemos visto no es un signo clínico definitivo– sino también la rigidez post mortem y aun el comienzo de la descomposición orgánica que le confirman la realidad del fallecimiento. Ahora, si estos dos últimos elementos no están presentes, la apnea y el paro cardíaco pueden ser sólo clínicamente aparentes y sobre todo, si se tratara de un caso en que la presunta muerte ocurrió en un accidente, salvo lesiones mortales observadas por el médico, éste debiera recomendar el traslado del presunto fallecido a un centro médico o iniciar, en el propio domicilio, una adecuada hidratación endovenosa y alimentación por sonda gástrica, al menos durante los cuatro días que indica el budismo tibetano –ya que es el único criterio no biológico que conocemos– para poder evitar el riesgo inadmisibles de sepultar a un sujeto que no ha fallecido.

Pienso, además, que no debieran desaprovecharse estos casos donde el fallecimiento es aún incierto, ya que es posible que persistiera esa “vida sutil” de los estados de “cuasi-muerte”, que no es posible detectar clínicamente y organizar centros especializados, donde –junto a esos budistas que dicen percibir la mantención de la “existencia anímica subclínica”– poder ahondar el estudio de los pacientes, con el propósito de “afinar” nuestra semiología clínica y perfeccionar nuevos métodos de laboratorio, particularmente para captar la

eventual existencia de un funcionamiento cardiaco y respiratorio que nuestros actuales instrumentos no perciben, ya no sólo para determinar qué enfermos aún pueden recuperarse, sino también para poder conocer la realidad de esas “fases de existencia” previas al fallecimiento irreversible y –tal vez– en un futuro próximo, poder elaborar técnicas de reanimación tardía que actualmente nos son desconocidas.

Es posible que algunos especialistas piensen que estas sugerencias sean exageradas. Si es así, creo que están equivocados. La ciencia contemporánea ya no se escandaliza ante el aparente absurdo, sino que lo investiga. Es esta actitud abierta y sin prejuicios la que hoy día avala –como nunca antes– su credibilidad y su prestigio, y es también en ella donde pienso que radica su inagotable dinamismo y su constante potencialidad de crecimiento.

REFERENCIAS

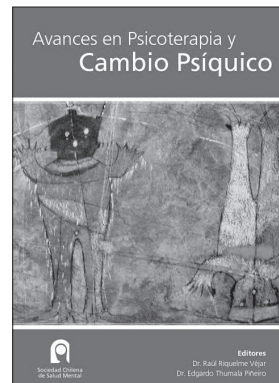
1. Moody R. *Life after Life*. Bantam Books, New York, 1981
2. Ring K. *Life at Death*. Ed. Coward, New York, 1980
3. Ring K. (citado en Grof S. *Más allá de la Muerte*. Ed. Debate S.A., Madrid, 1920)
4. Kübler-Ross E. *On Death and Dying*. Ed. Collier, New York, 1970 (versión Castellana *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Grijalbo, Barcelona, 1993)
5. Shanmker F. (citado en Whitton J. *La Vida entre las Vidas*. Planeta, Bs. As., 1988)
6. Sabom M, Kreutziger S. *Recollections of Death*. Ed. Georgi Books, London, 1982
7. Varela F. *Dormir, Soñar y Morir*. Dolmen, Santiago, 1999.
8. Rimponché S. *El Libro Tibetano de la Vida y de la Muerte*. Urano, Barcelona, 1994
9. Tucci G. *El Libro Tibetano de los Muertos* (Bardo Thödol). Ed. Dé-lalo, Bs. As., 1978
10. Laurent A. *El Libro Egipcio de los Muertos*. Edicomunicaciones S.A., Barcelona, 1998

COMENTARIO DE LIBROS

AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO

Editores: **Raul Riquelme Véjar** y **Edgardo Thumala Piñero**
Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago, 2005, 464 páginas

(Rev GU 2006; 2; 2: 140-141)



Ramón Florenzano¹

Es ésta una interesante panoplia de artículos, en el sentido literal de la palabra panoplia: revisa un armamentario de intervenciones psicoterapéuticas que llevan al cambio psíquico. El tema del cambio activa los imaginarios en esta vuelta de milenio en todos los planos del quehacer: social, gubernamental y también en el de esta ciencia y arte que es la terapia psicológica.

Para hacer esta revisión los editores han invitado a una variada gama de autores tanto chilenos como extranjeros. Entre los últimos las revisiones de Glenn Gabbard, acerca de repensar la acción terapéutica, como el de Jeremy Safran, acerca del uso de la "mindfulness" y la escenificación son destacables, por tratarse de amplias puestas al día de temas que están en la frontera de la especialidad hoy en día.

Entre los artículos nacionales hay para todos los gustos: interesantes artículos sobre investigación en psicoterapias de Mariane Krause y Guillermo de la Parra, ambos en la Universidad Católica de Chile. El primero tiene el mérito de resumir una extensa línea de investigación liderada por la autora donde, usando metodología cualitativa, ha podido ordenar factores y fases del cambio en psicoterapia. El segundo, desde la presentación de dos viñetas clínicas, revisa sistemáticamente los roles de la alianza terapéutica y la transferencia, en una perspectiva actualizada. Lo intersubjetivo y

lo relacional aparecen, explícita o implícitamente como un marco ordenador en ambos artículos, que destacan en último término que la psicoterapia es un *encuentro interpersonal con sentido*, que permite al paciente seguir adelante con un ciclo vital que en el momento de pedir ayuda había llegado a lo que él pensó era un callejón sin salida.

La ordenación de los capítulos que siguen es la habitual clasificación por escuelas y marcos referenciales, aproximación que por clásica no es necesariamente buena. En nuestro medio, Opazo ha tomado la opción alternativa, ya que el ordenar separando el psicoanálisis de otras miradas teóricas aumenta la dificultad para integrar nuestro quehacer. Metafóricamente sería comparable con una cirugía que separara pulmón izquierdo y pulmón derecho, o aurículas y ventrículos: toda intervención intratorácica debe tomar necesariamente en cuenta todos los aparatos y sistemas sobre los que se va a operar. Al hacer terapia hoy, necesariamente usaremos miradas que vienen desde el psicoanálisis, desde el cognitivismo, desde la teoría de sistemas o desde la neurobiología.

La perspectiva psicoanalítica presentada en el libro, como antes mencionamos, tiene un enfoque cargado hacia lo intersubjetivo y relacional, puntos de vista hoy en boga. Lo intrapsíquico termina siendo menos preferenciado que el encuentro interpersonal.

¹ Departamento de Psiquiatría Oriente, Universidad de Chile.

Desde el conciso y denso trabajo de Rafael Parada, donde se enuncian 16 preguntas sobre la epistemología del cambio, pasando por la documentada revisión de Juan Pablo Jiménez centrada en la dialéctica de estrategias monádicas y diádicas en terapia analítica, por la llamada de atención a la necesidad de precisar psicodiagnósticamente las estructuras sobre las cuales realizamos terapia de Ety Rapaport, por las terapias centradas en la díada madre hijo de Irene Dukes, por la ordenación acerca del siempre central uso de los sueños hecha por Raúl Riquelme, por los requerimientos especiales presentados a la terapia de adolescentes, clínicamente bien ilustrada por Bárbara Ortúzar, hasta llegar al uso del arte y la creatividad en forma terapéutica en el trabajo de Daniel Malpartida, la vigencia del psicoanálisis ha sido motivo de controversias recientes: este conjunto de artículos muestra abundantemente la vitalidad del enfoque psicoanalítico al comenzar el siglo XXI.

Se tratan luego las perspectivas grupales, nuevamente con una mirada centralmente analítica, en sendas revisiones de Edgardo Thumala, Silvia González, Manuel Muñoz y Viviana Sosman. Pilar Cubillos se enfoca especialmente en las terapias con niños. Tanto Thumala como González hacen uso de viñetas clínicas para reflexionar sobre técnicas que posibilitan el cambio, mientras que Muñoz y Sosman usan sus descripciones clínicas para mostrar las vicisitudes de la transferencia en el grupo.

Desde una perspectiva sistémica familiar Niels Biedermann reflexiona lúcida y creativamente sobre los conceptos de sintonía y foco, con aportes desde la neurobiología. Su concepto de *Leitaffekt* (Emoción-Guía) es ilustrado clínicamente y luego formalizado matemáticamente. Sergio Bernal ordena el tema de relación

de pareja desde la epistemología de las creencias y sus fundamentos.

Desde una mirada evolucionaria, Ojeda hace una amplia conceptualización sobre la biología del vínculo, mirando al cerebro como una compleja red informacional. El sistema de redes termodinámicas, genómicas e informáticas sería un producto evolutivo, que puede ser modificado interaccionando vincularmente para inducir el cambio. Silva Ibarra se acerca al mismo tema desde la interacción entre farmacoterapias y psicoterapias, y sus potenciales ventajas.

La Sección VI es quizá lo más interesante del libro; los "Otros", no clasificables dentro de la orientación psicoanalítica, preferenciada en esta obra, junto a la sistémica y neurobiológica. Entre los otros aportes cabe mencionar los de Gloria Gramegna sobre la *Gestalt*, los de Marcela Araneda sobre terapias corporales, los de Alejandro Gómez sobre cognitivismo y contratransferencia, para concluir con la experiencia de psiquiatría comunitaria y cambio de Luis Weinstein. En el artículo de cierre de este último es muy notable el ejemplo dado sobre la experiencia de Isla Negra, que ilustra la relación entre cambios en el contexto y cambio individual.

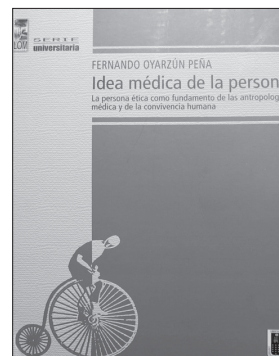
Además de la riqueza conceptual de este texto, un verdadero tratado actualizado sobre psicoterapias, vale la pena mencionar la riqueza humana de las narrativas autobiográficas de varios de los autores: desde el almuerzo con Krishnamurti relatado en el prólogo de Thumala, hasta los relatos de Gramegna y Weinstein, podemos ver cómo las orientaciones conceptuales se encuentran indisolublemente entramadas en las experiencias vitales de los autores. En suma, una obra que será de consulta obligada para todos los profesionales de la salud mental, así como una lectura especialmente formativa para becados y psicólogos en formación.

COMENTARIO DE LIBROS

IDEA MÉDICA DE PERSONA LA PERSONA ÉTICA COMO FUNDAMENTO DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y DE LA CONVIVENCIA HUMANA

Autor: **Fernando Oyarzún Peña**
LOM Ediciones, Santiago, 2005

(Rev GU 2006; 2; 2: 142-143)



Julia Acuña¹

El Dr. Fernando Oyarzún, conocido por su extensa dedicación a la docencia en Medicina, nos ofrece en este libro una síntesis madura de sus desarrollos teóricos en la perspectiva médica antropológica. En general el libro pone en el centro a la persona como actor de la singularidad humana en tanto proceso bi-personal y trans-personal. Como tal, resulta un libro de interés para estudiantes de Medicina, pero también recomendable para que todo médico lo lea y re-lea periódicamente como un medio de re-actualizar el carácter peculiar que es constitutivo de la relación médico-paciente. Más aún, los conceptos expresados por el Dr. Fernando Oyarzún son una valiosa ayuda toda vez que estemos frente a un paciente con el cual nos está costando “encontrarnos” y, por tanto, donde la ayuda solicitada no ha podido ser otorgada de un modo eficaz. En este sentido, resultará cercano para los médicos psiquiatras que han tenido experiencia como psiquiatras de enlace, pues las dificultades subyacentes en un gran número de las interconsultas de este tipo, es la dificultad en el “encuentro” entre el paciente y su médico.

A partir de una comprensión médico-antropológica, el Dr. Fernando Oyarzún nos sumerge en la realidad dialéctica de la persona humana. Con un discurso preciso devela el mundo de la “intersubjetividad”, como sustento del proceso “personalizador”, el que es descrito detalladamente hasta alcanzar su “carácter ético”. En lo medular, el autor plantea que el contenido fundamental y constituyente de “lo personal” es la forma cómo la persona “aprehende” el mundo de significaciones objetivas (externas) y subjetivas (íntimas), que se le presentan en su devenir. Esta conciencia no sería posible sin la presencia de “un otro”. Sería por lo tanto una dinámica dialéctica –de opuestos valorativos– a través de los cuales la persona “cristaliza” y se “perfila” como “diferente de otro”. Este proceso es definido por el autor como “significación estimativo-valorativa”. Este concepto, central en el libro, no logra ser expuesto de modo suficientemente claro, sobre todo para personas no introducidas en temas afines filosóficos. Tener presente esta realidad dialéctica (realidad entre paréntesis de Maturana y Varela), en permanente co-construcción, restituye el carácter concreto de cada encuentro personal, donde las

¹ Departamento Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

abstracciones no pueden ser sino reduccionistas, pues los conceptos y las ideas se apartan de lo real y transitan en ese mundo "abstracto". Al respecto, el autor sostiene que tanto la psicología como el psicoanálisis tendrían este carácter reduccionista, el que sería superado por la perspectiva gestáltica y por el enfoque sistémico.

En la I Parte el autor desarrolla en extenso la forma de constituirse la persona desde la perspectiva fenomenológica-antropológica, la que se desarrolla a lo largo del libro, presentándola en las otras partes con algunos énfasis particulares.

En esta obra se destaca el carácter ético que es constitutivo del encuentro personalizador propio del encuentro médico-paciente, en tanto consiste en una donación recíproca de uno hacia el otro y vice-versa, donde se busca el bien y se evita el mal, en el otro y en sí. A propósito de este punto, y siguiendo al autor, pareciera oportuno cambiar el énfasis que siempre se ha dado a este encuentro al nombrarlo como "encuentro (relación) médico-paciente". Deberíamos más bien decir "encuentro paciente-médico", acentuando así que es el paciente quien se expone a través de sus significaciones estimativas-valorativas y que son el motivo de tal encuentro. Se trata de una ética concreta "corporeizada", la que no puede ser sino estética, puesto que es la forma aparente (que se muestra a través del cuerpo) de la persona-ética que participa en el encuentro. Este encuentro ético/estético tendría así un carácter configurador mutuo como resultado irrenunciable del encuentro personal genuino. Así, el médico tiene un valor en todo similar al paciente en cuanto comparte las características básicas de ser personas.

Si bien se sabe que el autor ha mantenido un claro interés en la perspectiva médico antropológica de su práctica clínica y docente, cuando plantea como sinónimos "idea médica de persona" o "persona ética", parece restringir este último concepto. Pareciera más pertinente describir al primero como una forma particular del segundo, pues "persona ética" sería toda aquella capaz de desplegar un encuentro personal, por definición del autor, proceso personalizante. Este carácter genuino del ser humano no tendría por qué restringirse al encuentro paciente-médico, sino que tendría más bien un carácter universal. Tal vez esa consideración reforzaría de modo consistente el título del libro: "La persona ética como fundamento de las antropologías médicas y de la convivencia humana".

Si el lector ha superado la comprensión del concepto "significación estimativo-valorativa", se le hará especialmente interesante y claro que el autor presenta una propuesta nosológica, en la cual logra restituir al enfermar su carácter único en tanto proceso; esto es, un proceso en todo similar para cualquier forma de

enfermar. Su propuesta plantea que, como parte del proceso dialéctico personalizante/despersonalizante, resultaría la dialéctica normalidad/anormalidad. La enfermedad se presenta como resultado de un proceso personalizador anormal, donde predominan las polaridades negativas de múltiples dialécticas, las cuales serían predominantemente no integradas, disociadas del proceso central de conciencia personal. En este proceso de significación de estimaciones subjetivas valorativas se alcanzaría la integración de polaridades contrarias. Por lo tanto, en lo anormal se produce una ruptura no integradora con las consecuentes extrapolaciones significativas negativas totalizadoras que concentran (crepuscularizan) la conciencia personal (ser enfermo). Tal proceso subyacente al enfermar logra, en la perspectiva del autor, una comunidad entre un paciente "somático", como en uno "psicopático" o "esquizofrénico", re-integrando cabalmente a toda la medicina en una realidad básica común. A través de este proceso rector el autor muestra las diferentes formas del enfermar humano: el paciente somático, psicopático, neurótico, psicopático, depresivo y esquizofrénico, proponiendo al médico un acercamiento peculiar, a través del cual logre restituir el mundo de significaciones que se han detenido y rigidizado en la enfermedad. A través de ejemplos claros y didácticos, el Dr. Oyarzún muestra las trampas en las cuales se suele estancar el proceso de ayuda, y cómo es posible proponer alternativas que introduzcan movimiento, mediante el cual la persona pueda recuperar su dialéctica personalizante "normal". A través de los ejemplos el autor permite a los médicos revisar sus propias prácticas en tanto personalizadoras o despersonalizadoras. Ofrece en la misma perspectiva una posibilidad de buscar un acoplamiento (en el sentido de Maturana y Varela) del modo de configurarse mutuamente.

Finalmente, unas palabras respecto de la crisis cultural contemporánea, planteada por el Dr. Oyarzún como una crisis de convivencia. Consistiría en que habría una conciencia del otro inadecuada, y donde participarían personajes rígidos y egocéntricos. En palabras de Benjamin, el autor señala: "lo estético es el resplandor de lo ético", sentencia que adquiere realidad en el lenguaje cotidiano cuando se usan como sinónimos "buena persona" y "bella persona". En este sentido el autor plantea que habría un debilitamiento de la conciencia estética, donde el hombre se desenvuelve en un plano predominantemente genérico y abstracto. La crisis se mostraría en la falta de encuentro, en la falta de respeto a la dignidad del otro en tanto igual, y donde no se valoriza la presencia expresiva de la persona, elemento estético, con lo cual se resta riqueza al encuentro y, por lo tanto, se limitan las posibilidades creadoras de un encuentro humano-personal más genuino.

CINE

NATURALEZA, VERDAD Y APARIENCIA¹

UNA REFLEXIÓN PSICOLÓGICA A PROPÓSITO DE LA PELÍCULA “EL JUEGO DE LAS LÁGRIMAS” DE NEIL JORDAN

(Rev GU 2006; 2; 2: 144-147)

César Ojeda²

Como es conocido, *The Crying Game* es una creación del escritor y director irlandés Neil Jordan. Fue producida en 1992, y contó con la elogiada actuación de Forest Whitaker, Miranda Richardson, Stephen Rea y Jaye Davidson, entre otros.

La historia de la película puede brevemente describirse así: Un pequeño grupo de “combatientes” del IRA secuestra a Jody, un soldado británico en servicio en Irlanda del Norte. Lo amenazan con matarlo si los británicos no liberan a uno de los miembros de su grupo, al que mantienen prisionero. Uno de los “combatientes”, Fergus, intenta disminuir el sufrimiento que sabe Jody experimenta al estar inmovilizado y encapuchado. Esto es recibido por Jody con agradecimiento, pero al mismo tiempo le da pie para entablar un diálogo con su captor. A medida que pasan las horas se establece una curiosa afinidad entre ambos. Sabiendo que los británicos no accederán a las demandas de los terroristas, Jody comprende que su muerte es prácticamente segura. Muestra entonces a Fergus una foto de su novia, le indica cómo encontrarla, y le pide que la proteja si él no logra sobrevivir.

Los eventos se precipitan. A la madrugada siguiente Fergus debe ajusticiar a Jody, pues las fuerzas inglesas, como se esperaba, no acceden a las demandas del IRA. Lo interna en el bosque colindante, y Jody intenta

escapar y corre, diciéndole: “Tú no me matarás por la espalda”. Efectivamente, Fergus le apunta con su revólver, pero titubea. En ese momento Jody ha salido bruscamente a un camino en medio del bosque, en el que es violentamente arrollado por dos carros blindados ingleses que aparecen sorpresivamente. Jody ha muerto. Fergus escapa, mientras el refugio de los terroristas es implacablemente atacado desde el aire y desde tierra por las fuerzas inglesas.

La secuencia fílmica se quiebra aquí, y vemos a Fergus dejar Irlanda y viajar a refugiarse en Londres, donde empieza a trabajar de obrero bajo un nombre falso. Sin embargo, el recuerdo de Jody lo persigue, junto a la promesa que le hizo de proteger a Dil, su novia. La busca, y la encuentra en la peluquería en la que trabaja. Entra como cliente pidiendo un corte de pelo. La escena, a media luz, se llena de sensualidad. Dil es una mujer hermosa, profundamente cálida y tierna, de movimientos pausados y delicados. Posteriormente Fergus la busca en el bar “Le Metró” que Dil frecuenta, y finalmente se inicia un romance entre ambos. El departamento de Dil muestra varias fotos de Jody, y Fergus no se atreve a confesarle que él fue uno de los captores y en parte responsable de su muerte.

Un nuevo quiebre —esta vez fundamental— se produce cuando Dil se desnuda y exhibe su cuerpo a Fer-

¹ Conferencia presentada en el ciclo: “Cine y psicoanálisis: identidad sexual en conflicto”. Asociación Psicoanalítica Chilena. Centro de Extensión de la Universidad Católica, Santiago, 4 de diciembre de 2004.

² Profesor Agregado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

gus: ella no es ella, sino él. Dil es hombre. Fergus se descompone, vomita, y quiere terminar inmediatamente la relación que ha iniciado. Pero, en ese momento de la narración, reaparecen los cabecillas del grupo terrorista y lo obligan a aceptar una última y arriesgada misión aprovechando su condición de anonimato. El desenlace se aproxima. Fergus le cuenta a Dil la verdadera historia. Entonces Dil se las ingenia para inmovilizar a Fergus, amarrándolo en la cama mientras duerme, impidiéndole acudir a la misión que le han encomendado. Los terroristas que lo esperan, con el plan desarticulado, asesinan impulsivamente al Juez que era la víctima elegida, y en ese acto los guardespaldas del Juez dan muerte a uno de ellos. Jude, la otra cabecilla, sobrevive y acude a vengar a su compañero en la persona de Dil. Pero Dil la espera y le da muerte, vengando así la muerte de Jody.

Fergus protege a Dil, simulando que él fue el asesino de Jude y es detenido y condenado a prisión. Dil, desde entonces, lo visita regularmente, expresándole su amor de manera paciente y acogedora.

LECTURAS MÚLTIPLES

Lo narrado es la secuencia gruesa, pero no es la única lectura posible, y ni siquiera la más importante. A propósito de ella, el director está desarrollando una historia de amor, de identidad sexual, de lealtad, y varias más. Por ejemplo, el espectador puede notar el curioso papel de los genitales masculinos en el desarrollo del film. En las primeras escenas Jody es seducido por Jude en un parque de diversiones, con la finalidad de secuestrarlo. Pensando que es una conquista, Jody, muy excitado, desea llevarla a algún rincón. Pero siente entonces necesidad de orinar, y temiendo que Jude escape, lo hace teniendo en una mano su pene, y en la otra la mano de Jude. Ya en cautiverio, Jody necesita orinar, pero está esposado, de modo que esta vez su pene es sostenido por Fergus, quien irónicamente ante el agradecimiento de Jody, le dice: “fue un placer”. Ambos ríen. Pero además, Jody encamina a Fergus hacia Dil, quien tiene para este último algo inesperado: pene.

Sin embargo, no tomará ese derrotero nuestra interpretación. En el trasfondo de lo dicho está el tema de la identidad sexual: Dil es transexual, es decir, una mujer con cuerpo de hombre, cuerpo que rechaza y siente como impropio, y que –por así decirlo– “repara” mediante el maquillaje y la vestimenta. No es propiamente un travesti. Se denomina travesti a una persona, generalmente homosexual y hombre, que atrae a otros hombres “aparentando” ser mujer, pero que ama su cuerpo y sus genitales. Sobre la base del tema de la

identidad sexual, pensamos que el contenido más radical que nos ofrece el director Neil Jordan es la sutil relación que hay entre el “aparecer” y el “ser”; entre lo que las cosas parecen y su verdadera naturaleza.

La historia que anuda éstos y otros aspectos del film es aquella del escorpión y la rana. Para quienes no la recuerden, consiste en lo siguiente. El escorpión –que no sabe nadar– debe cruzar el río. Le pide entonces a la rana que lo transporte hasta la otra orilla. La rana se niega, diciéndole: “no puedo hacerlo, tú me picarías”. El escorpión replica: “Cómo voy a picarte; si lo hago, moriremos los dos”. La rana accede, pues el argumento del escorpión le parece irrefutable. Con el escorpión en la espalda, la rana emprende la travesía. En la mitad del río siente un fuerte dolor: el escorpión la ha picado. Perpleja y moribunda, la rana le pregunta: “¿Por qué lo hiciste?” El escorpión, ahogándose, le responde: “Lo siento: está en mi naturaleza, no pude evitarlo”.

Hay algo conmovedor en esta historia. Pero, sabemos, las historias de engaños no conmueven. A lo más desagradan o enrabian. ¿Qué hay entonces en esta historia que nos conmueve? Pues, *justamente*, que no se trata de un engaño. El escorpión, sinceramente, cree que no picará a la rana, y la rana, sinceramente, *le* cree al escorpión. Pero la voluntad y la convicción consciente no bastan para torcer la naturaleza de cada quien. Hay aquí un *fatum*, una destinación. El escorpión parece un ser razonable en ese momento, pero no es esa “razón” la que en definitiva determina su conducta. Esta destinación coloca a *The Craying Game* en el terreno de la tragedia griega, es decir, de aquella que surgió en el siglo de Pericles como un género que continúa conmoviendo a la humanidad hasta hoy (piénsese en Sófocles y la tragedia Edipo Rey). En la tragedia griega el oráculo, como el de Delfos, expresaba la voluntad del dios Apolo, y era infalible. La profecía del Oráculo, a pesar de todos los esfuerzos de los héroes trágicos, siempre se cumple: efectivamente, Edipo mata a su padre, se casa con su madre y tiene cuatro hijos con ella. A diferencia de la tragedia clásica, en nuestra historia no hay un oráculo que exprese la voluntad de un dios. ¿Dónde entonces está la destinación? Está en la “naturaleza”. Es la naturaleza la que no se puede evitar.

Debemos por lo tanto preguntarnos qué estamos diciendo con la palabra “naturaleza”.

NATURALEZA Y VERDAD

Los griegos tenían una palabra para expresar la idea de naturaleza: *physis*. *Physis* es aquello de lo que el hombre no dispone, de aquello que, como la floración en primavera, o las mareas, o el firmamento, acontecen

por sí mismas. Pero la *physis* incluye también a nuestro cuerpo, aquel que tiene los átomos que ya estaban presentes en los inicios del Universo. De este concepto griego derivan dos palabras contemporáneas básicas destinadas a comprender la naturaleza: “física” y “fisiología”. Una referida a la materia y la otra al operar de la vida. En cambio, lo que el hombre hace y produce no es *physis* sino *poiesis*. Ejemplar de la *poiesis* es la creación artesanal, que, al decir de Hiedegger “trae algo a presencia”, es decir, que hace surgir lo que antes no estaba. La copa ceremonial no existe hasta que un artesano la crea a partir de materiales a su disposición. En palabras de Platón, la *poiesis*, esa creación humana, hace pasar lo no-ente, a ente.

Sin embargo, aparte de referirse a aquello que no es obra humana y que está libre de todo artificio, la palabra naturaleza en castellano también indica lo mismo que la palabra esencia: aquello que hace que las cosas sean lo que son, que una golondrina sea una verdadera golondrina y que una mujer, una verdadera mujer. También podríamos decir: la naturaleza de las cosas es la *verdad* de ellas. Veremos cómo estos dos sentidos de la palabra naturaleza se entrecruzan en el film que analizamos.

Tomando el término en su segunda acepción, es decir, naturaleza como esencia y verdad, ¿cuál es la naturaleza, la verdad, de los personajes de la película que comentamos? ¿Cuál es la naturaleza de Dil? La respuesta parece sencilla: Dil es un hombre que aparenta ser mujer. Pero, ¿es tan simple? ¿No podría ser al revés: una mujer que está atrapada y oculta bajo un cuerpo masculino? Vestirse, sentir, amar y vivir como mujer, ¿oculta al hombre o revela a la mujer? ¿Es acaso la esencia de Dil masculina? ¿Es ésa su verdad? Y, ¿cuál es la naturaleza de Fergus? Al principio parece un duro “combatiente” del IRA, capaz de matar, de justificar los actos más violentos en un concepto ideológico del deber. Pero, ¿es ésa su esencia? A medida que lo conocemos y que él se muestra, surge un hombre bondadoso, tolerante y capaz de ponerse en el lugar del otro. A su vez, ¿no parece al inicio de la obra que Jody –ese grandote de color oscuro– está forzando a Jude –esa bella rubia de rasgos finos– y que incluso podría secuestrarla o ultrajarla?

Efectivamente, los personajes se van desnudando a lo largo de las escenas, y va quedando a la luz su verdadera naturaleza. Pero este desnudarse no es sólo mostrar el cuerpo sino algo de mayor profundidad.

Jody, Fergus y Dil, al principio parecen ser lo que *no son*, del mismo modo en que un billete falso tiene la apariencia de uno verdadero: parece verdadero, pero no lo es. Podríamos decir entonces que la apariencia oculta la verdad. Es curioso, porque en griego “verdad” se

dice *alétheia*, palabra que literalmente significa sin (*a*) olvido (*lethe*), de allí que sacar a luz la verdad sea como una especie de rescate del olvido, un poner las cosas al desnudo, desocultándolas, haciéndolas comparecer ante nuestros ojos sin velos ni camuflajes, tal como son. Entonces para los griegos, si la verdad se oculta es porque la hemos sepultado bajo una capa de olvido. Por eso, la verdad –no sólo la histórica, sino también la personal– necesita del recuerdo. Bien lo sabemos las personas que ejercemos el oficio de psicoterapeutas.

LA NATURALEZA COMO VERDAD Y LA NATURALEZA COMO CUERPO

La verdadera naturaleza del Jorobado de Notre Dame, ¿es jorobada? La verdad de lo que somos, ¿está en el cuerpo? ¿Nos define el cuerpo? El cuerpo –qué duda cabe– nos constituye, es lo que hace de nuestra existencia algo fáctico. Sin embargo, tal “facticidad” es algo que está fuera de nuestra libertad y de nuestras opciones. En ese sentido el cuerpo es *physis*, y como tal, meramente acontece que seamos el cuerpo que somos. También podemos decirlo de otro modo: el cuerpo nos posibilita, pero a la vez nos limita. El jorobado de Notre Dame hubiese querido tener otro cuerpo para poder amar y ser amado sin despertar miedo o repugnancia. Pero no deseaba ser “incorpóreo”, sino tener un cuerpo que se pareciera y diera cuenta de lo que él sentía como su verdadera naturaleza.

Los seres humanos tenemos una relación ambigua con nuestro cuerpo. Desde luego el envejecimiento, las deformidades o las enfermedades limitantes no son aceptadas por la mayoría de las personas. Como si lo más verdadero de nosotros mismos, de pronto o siempre, no coincidiera con el cuerpo que somos. Una cosa es saber que se está frente –por ejemplo– al inevitable envejecimiento, y otra muy distinta es aceptarlo. No recuerdo en qué lugar lo leí o de quién lo escuché o si lo imaginé, pero sí recuerdo que un hombre señalaba lo siguiente: “De pronto veo a un anciano medio encorvado mirarme de soslayo desde la vitrina de la tienda de zapatos. Se le ve cansado, con un gesto amargo y resignado, y me saluda con la mano al saludarlo yo. No sé quién es. No lo reconozco, pero fugazmente alcanzo a sorprender su mirada perpleja. Me doy cuenta entonces que él tampoco me reconoce”.

El cuerpo nos da la vida, pero también nos mata. Nos permite y nos impide ser, nos muestra y nos oculta. Dil, como todas las personas que presentan esa curiosa condición transexual, no se reconoce en su cuerpo, y estaría dispuesto a ser emasculado y castrado. Como se comprende, hay en Dil una brutal tensión entre su

naturaleza como verdad y su naturaleza como *physis*, tensión que en algún grado y en algún momento de la vida, está presente en todo ser humano.

Deseo terminar estas breves reflexiones señalando lo siguiente: alguien podría pensar que la verdadera naturaleza sexual de los seres humanos está en sus cromosomas, y que si se es cromosómico hombre o mujer, eso es definitivo y determinante. Sin embar-

go, la naturaleza siempre nos sorprende: una de cada 20.000 mujeres tienen cromosomas sexuales XY, es decir, masculinos; y uno de cada 20.000 hombres tiene cromosomas sexuales XX, es decir, femeninos. Pero son mujeres y hombres sin ninguna ambigüedad corporal o psíquica.

Muchas gracias

ENTREVISTA DE GACETA UNIVERSITARIA

ENRIQUE JADRESIC: PAST-PRESIDENT DE LA SOCIEDAD DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y NEUROCIROLOGÍA (SONEPSYN)

(Rev GU 2006; 2; 2: 148-157)

El Dr. Enrique Jadresic, psiquiatra clínico, docente e investigador, es Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y se especializó en el Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres. Aparte de una fructífera e incondicional actividad destinada a servir a los colegas a través de SONEPSYN, como especialista se ha dedicado preferentemente a los temas relacionados con la psiquiatría de la mujer y, en especial, a los trastornos emocionales perinatales.¹ En la Clínica Psiquiátrica Universitaria (Universidad de Chile) fue Jefe de la Unidad de Hospitalización de Mujeres y Subdirector Clínico, y como representante de la psiquiatría y la salud mental, fue miembro de los grupos de Estudio de Medicina del Fondo Nacional para el Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT). Ha presentado trabajos en Europa, América y África y es autor o co-autor de más de 50 trabajos publicados en revistas científicas, nacionales e internacionales. Ha escrito varios capítulos en textos de Psiquiatría y Ginecología y Obstetricia. Es editor, en conjunto con el Dr. Eduardo Correa, del libro "Psicopatología de la Mujer".² Es, además, miembro de los comités editoriales de la *Revista Médica de Chile* y de la *Revista World Psychiatry* de la Asociación Mundial de Psiquiatría. En paralelo con su actividad psiquiátrica, es Diplomado en Arte de la Pontificia Universidad Católica de Chile (2002) y ha desarrollado diversas iniciativas procurando vincular la psiquiatría y las artes visuales. Para GU es un honor haber conversado abierta y francamente con Enrique Jadresic a propósito de su reciente cargo de Presidente de SONEPSYN.

GU: *Usted acaba de terminar su periodo como Presidente de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Como su nombre lo indica, se trata de una asociación de profesionales que agrupa a es-*

pecialistas de esas tres ramas de la medicina. SONEPSYN es una organización que ha impulsado fuertemente a la psiquiatría en nuestro país desde hace más de medio siglo. Sin embargo, actualmente cuenta con poco más de

¹ E. Jadresic es docente de los programas de formación de especialistas de Psiquiatría y Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Chile

² Ver Comentario de libros en GU 1; 2; 2005

doscientos socios psiquiatras. Eso representa menos del 20% de los psiquiatras que trabajan en Chile.³ En su opinión, ¿a qué se debe esta situación? ¿Puede, con esta baja representatividad, aparecer SONEPSYN como la voz autorizada de los psiquiatras de Chile?

R: En primer lugar, las cifras que se mencionan son inexactas, ya que, según documentos oficiales el número total de psiquiatras en el país es de alrededor de 600 (Ministerio de Salud, 2003) o 650 (*Mental Health Atlas* de la OMS, 2005), incluyendo los psiquiatras infantiles.

Recientemente me di a la tarea de sumar al listado de especialistas en psiquiatría de adultos reconocidos por CONACEM (311 desde 1984 hasta la fecha) los especialistas de adultos acreditados por la Universidad de Chile que no están en CONACEM (235 desde 1959 hasta la fecha) y los especialistas en psiquiatría infantil (74 según cifras oficiales de CONACEM del año 2005), pudiendo determinar que la cifra total de especialistas llega sólo a 620. A eso agreguemos un número muy menor de especialistas que han sido formados en la Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Santiago, Universidad de Valparaíso y Universidad de Los Andes en los últimos años (no llegan a la treintena) y tendremos que el número de especialistas en el país, aun sin excluir a los fallecidos, es inferior a 650.

De tal manera que —a pesar de haber otras tres sociedades científicas a las que pueden acceder los psiquiatras— una cifra cercana al 40% de los especialistas nacionales pertenece a SONEPSYN. Es un mérito no menor si consideramos, además, otros hechos. Por ejemplo, que se trata de una sociedad científica que agrupa a otras dos especialidades cuyos intereses no necesariamente coinciden con los nuestros. Sin ir más lejos, a la Sociedad de Cirujanos de Chile pertenece sólo el 50% de los especialistas del ramo, aun tratándose de una sociedad que reúne a una sola especialidad.

Al contrario de lo que se pudiera concluir de sus palabras, si consideramos que estamos viviendo una época de individualismo extremo, en que la gente privilegia la satisfacción de proyectos personales y evita las afiliaciones, en que nadie quiere pertenecer a nada, en que muy poco se hace sin fines de lucro, es alentador constatar que últimamente estamos creciendo a un ritmo de alrededor de 30 nuevos socios por año, la mitad de los cuales son psiquiatras. A esto hay que

añadir la capacidad de convocatoria que ha mostrado SONEPSYN no sólo para congregarse a los especialistas en actividades que se desarrollan durante el año (en 2005 reunimos casi 700 asistentes en nuestras actividades presenciales de psiquiatría), sino también durante su tradicional congreso anual. En el congreso de Iquique de 2004 tuvimos 980 asistentes y en 2005, en Pucón, más de 1.100. En ambos eventos el 60-70% de la audiencia estuvo constituido por psiquiatras o colegas que asistieron a las actividades de psiquiatría.

Pero más allá de las cifras, SONEPSYN nunca ha pretendido constituirse en la voz autorizada de los psiquiatras de Chile. Además, siempre hemos privilegiado la calidad por sobre la cantidad y lo científico por sobre lo gremial.

El peso específico de una sociedad científica lo dan la calidad de sus miembros, la calidad de los trabajos que se presentan y discuten en su seno, las publicaciones que se generan, las actividades docentes y de divulgación que se desarrollan en el ámbito de la especialidad y no el número de socios. Hoy en día la gran mayoría de las sociedades científicas de más prestigio en el mundo entienden así su misión.

Al igual como le ha ocurrido a otras sociedades científicas nacionales, algunos colegas han cuestionado el rigor con que se accede a ser miembro titular de SONEPSYN, específicamente la exigencia de presentar un trabajo de ingreso. Pese a que en los últimos años se han flexibilizado los requisitos de incorporación, pensamos que suprimir la exigencia de tener que hacer una contribución científica podría terminar transformando a SONEPSYN en una sociedad mediocre, como ha ocurrido con algunas sociedades científicas internacionales. ¿Es esto lo que queremos para nuestra sociedad y para nuestra especialidad?

No renunciar a la calidad no significa ignorar lo gremial, entendido como el ocuparse del bienestar profesional y económico de nuestros asociados. En este sentido, hemos continuado aportando en materias como el conflicto de intereses, acceso a publicaciones científicas, becas para nuestros socios (hasta el momento tres psiquiatras jóvenes han concurrido a congresos en Italia, Egipto y Latinoamérica, y recientemente estamos llamando a concurso para hacer estadías de perfeccionamiento en la Clínica Mayo). Asimismo, estamos prestando ayuda a la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) en una investigación que busca determinar el perfil y necesidades de los psiquiatras de la región.

Si nos hemos mantenido como un referente indiscutible en la especialidad, aun en lo gremial, y a pesar de la legítima opción que los psiquiatras nacionales tienen de incorporarse o crear nuevas agrupaciones si-

³ Cifra obtenida a partir de los 207 miembros psiquiatras que pertenecían a SONEPSYN a principios del 2005, en relación con los aproximadamente 1.100 médicos que ejercen la psiquiatría en Chile. La entrevista se realizó a fines del 2005 (N.del E.).

milares a la nuestra, es porque los sucesivos directorios han sido eficientes en la tarea de colaborar al progreso de la psiquiatría nacional, lo que es reconocido por los colegas y las autoridades.

En el plano local, SONEPSYN es llamada permanentemente a opinar sobre temas que atañen a nuestra especialidad. Desde jueces de la República que procesan a ex mandatarios, hasta particulares que desean consultar a expertos, pasando por parlamentarios, dirigentes del Colegio Médico, autoridades del Ministerio de Salud o periodistas, recurren a nuestra sociedad. A su vez, en los últimos años SONEPSYN ha impulsado una variedad de otras iniciativas, tales como la creación de ASOCIMED o, más recientemente, la instauración de una semana de la depresión, declaraciones relativas a temas contingentes como la desigualdad social y la salud mental; o la nueva ley de control del tabaco, actividades culturales, etc.

Este trabajo mantenido es no sólo reconocido por las otras sociedades científicas nacionales sino también por autoridades de salud en el extranjero. Así, en 2004 especialistas chilenos de SONEPSYN fueron los únicos invitados extranjeros a exponer en la reunión anual de la Asociación Americana de Psiquiatras Hispánicos, la que se verificó en Nueva York. En 2005, en tanto, la Asociación Mundial de Psiquiatría encomendó a nuestra sociedad representarla en la Asamblea Médica Mundial.

No se trata de caer en la autocomplacencia, pero es bueno recalcar hechos que, entre otros, indican que vamos en la dirección correcta, los cuales apuntan a un trabajo meritorio, no sólo de SONEPSYN sino también de las universidades y de las otras instancias que se abocan al progreso de nuestras especialidades. El año pasado asistía en representación de SONEPSYN al congreso de APAL realizado en Uruguay cuando –para mi sorpresa– dos altas autoridades de la psiquiatría mundial, ambos latinoamericanos, me expresaron –en oportunidades distintas y sin mediar pregunta mía alguna– que en su opinión la psiquiatría chilena era, ellos no tenían duda, la mejor de Latinoamérica. Lo menciono para ilustrar la positiva opinión que tienen nuestros vecinos acerca del quehacer psiquiátrico nacional pero también para graficar otro progreso, esta vez más reciente, que ha alcanzado la psiquiatría chilena. Me refiero al hecho de estar superando creciente y muy exitosamente la *insularidad* que la caracterizó durante mucho tiempo, en especial durante la dictadura militar. Es cierto que la actual globalización facilita nuestra participación en foros internacionales, pero no se puede desconocer el esfuerzo especial desplegado por los últimos directorios de SONEPSYN para aumen-

tar y mejorar la visibilidad de nuestros especialistas en las ligas mayores.

En todo caso, para poner las cosas en perspectiva, se debe subrayar que las otras especialidades de SONEPSYN también se han destacado en el ámbito internacional en los últimos años. Así, por ejemplo, la neurología nacional, representada por nuestro actual presidente, Dr. Renato Verdugo y el Dr. Francisco Soto, tuvo un sobresaliente desempeño en el *Tournament of the Mind*, realizado en 2005 en el Congreso Mundial de Neurología. Pese a ser sólo una dupla, en esta competencia académica dichos colegas obtuvieron el séptimo lugar entre treinta países participantes, resultando holgadamente los mejores de Latinoamérica, superando, además, a profesionales de otros países, entre ellos España y Estados Unidos.

GU: *Generalmente los socios de SONEPSYN participan muy poco en la elección tanto del presidente como de los directores, al punto de que estas autoridades aparecen más bien designadas por acuerdo entre los mismos directores. ¿Le parece normal que un presidente o un director pueda ser elegido con el voto de un pequeño porcentaje de los socios? ¿Cómo explica esta situación? ¿Se trata de apatía de los socios? Tal como sugeríamos en la pregunta anterior, ¿no implica lo señalado una falta de liderazgo de la Sociedad, no sólo entre los psiquiatras en general sino entre sus propios socios?*

R: Si bien es cierto que tradicionalmente la participación de los socios en las elecciones de las autoridades de SONEPSYN es baja –en 2005 en la elección de presidente votaron 96 socios de 435 (22%)– la situación es mucho más compleja y admite mucho más explicaciones de las que se sugieren. Se debe recordar, por ejemplo, que sólo pueden votar los socios con sus cuotas al día, lo cual inhibe de votar, por desgracia, a un número considerable de colegas; y ya hemos hablado del endémico mal de la sociedad chilena consistente en la carencia de autodisciplina, a lo que yo agregaría la tendencia a centrarse en los derechos mucho más que en los deberes. Enseguida, dado que este año correspondía elegir a un presidente neurólogo, es probable que entre los psiquiatras y neurocirujanos menos informados o menos comprometidos con la sociedad el interés por votar haya sido menor. Pero también son válidas otras hipótesis. Una de ellas es que simplemente los socios que se abstienen de votar están avalando lo que se hace, ya que se sienten interpretados con las gestiones de los sucesivos directores. Dicha interpretación es consistente con el hecho de que la mayoría de los socios percibe a nuestra sociedad como lo que ella es, una sociedad científica mucho más que gremial, con problemas, pero

que en definitiva les aporta desde el punto de vista científico y de la convivencia entre pares.

Además, después de mucho tiempo, este año tuvimos dos candidaturas para presidente, lo cual estimo tenderá a suceder mucho más a menudo en el futuro, tanto en las elecciones de presidente como de directores, dado el crecimiento importante que ha tenido nuestra sociedad en el último tiempo –en la actualidad contamos con 435 socios– y a que ello conlleva que diversos grupos con representación al interior de SONEPSYN quieran, como es natural, tener a alguno de sus miembros en el directorio.

Tal vez hay algún grado de apatía por participar en la elección de autoridades, pero es claro el enorme interés por participar en las actividades que realizamos. Al contrario de lo que se propone, SONEPSYN tiene liderazgo no sólo entre sus socios sino también entre los psiquiatras en general e incluso entre médicos de otras especialidades que perciben a nuestra sociedad como una de las sociedades “grandes”. Veamos algunos hechos. SONEPSYN es una sociedad pluralista, con espacio para la convergencia, también el disenso, pero dentro de un espacio común de respeto en torno al cual se reúnen neurólogos, psiquiatras y neurocirujanos de muy distintas procedencias e intereses. La diversidad de Grupos de Trabajo que tenemos –hoy más de 20 cuando hace un lustro eran sólo 10– nos enriquece y abre la posibilidad de la interacción y un trabajo colaborativo insospechado. Enseguida, mientras en la década de 1990 el número de comunicaciones libres presentadas a nuestros congresos anuales en psiquiatría fluctuaba en torno a las 60, en la actualidad esa cifra oscila entre 110 y 120. Después, cabe mencionar la variedad de aproximaciones a la psiquiatría que están representadas, entre ellas la psiquiatría clínica, la psiquiatría biológica, las diversas formas de psicoterapia (este año el VI Encuentro Psicoterapéutico realizado en la VI Región reunió a 185 asistentes), las adicciones, la psiquiatría forense, etc.

Con respecto a las necesidades de los psiquiatras jóvenes, fue un tema en el que me involucré personalmente durante mi gestión. Entre otras iniciativas, la mayor participación de colegas jóvenes se tradujo en la realización de una Reunión Internacional de Psiquiatras Jóvenes que se verificó en nuestro 60º Congreso Anual, a la que asistieron representantes de siete países de Latinoamérica.

En el plano de la relación con otras sociedades, se debe mencionar que un ex presidente de SONEPSYN es el vice-presidente de ASOCIMED. Entre otras labores, le cupo liderar la coordinación y unificación del proceso de confección de las Guías de Práctica Clínica (GPC) a

nivel nacional. En el plano de reflexión en torno a los aspectos éticos, socios de la Sociedad de Radiología y de la Sociedad de Neurología, lo mismo que colegas de países vecinos, nos han señalado lo mucho más avanzados que estamos en estas materias, en comparación a ellos.

En lo que concierne al año 2006, en psiquiatría desarrollaremos, salvo enero, febrero y diciembre, actividades científicas todos los meses.

En resumen, con excepción del tema de la participación de los socios en las elecciones que, repito, admito muchas lecturas, creo que los indicadores evidencian que nuestra sociedad –pese a sus 73 años de vida– da muestras de una sorprendente vitalidad y un liderazgo natural, resultado de un trabajo sostenido de buena calidad. A diferencia de lo que se sugiere, creo que en el futuro los problemas y desafíos se relacionarán principalmente con lo acelerado de nuestro crecimiento y la multiplicidad de tareas que continuaremos emprendiendo. Por una parte, porque mantener el nivel de excelencia cuando una institución crece exige cada vez mayor profesionalización y, por otra, porque los cargos del directorio representan un importante sacrificio para quienes los asumen, en términos de postergar a la familia, hacer esfuerzos por no descuidar la consulta privada o posponer otros intereses personales.

En todo caso, la sociedad será lo que los socios determinen y de allí que coincido en la necesidad de que los asociados participen más en la elección de sus autoridades. Dado el crecimiento corporativo, ello será decisivo para mantener el nivel de excelencia en años futuros.

GU: *En Chile no existe una ley de especialidades médicas. Esto significa en la práctica que nadie es legalmente especialista, y por lo mismo, que los médicos pueden ejercer cualquier especialidad, estén o no preparados para ello. Organismos como CONACEM han intentado realizar una acreditación “moral”, es decir, sin valor legal. Hasta hace poco tiempo, los que más se oponían a la creación de una legislación en este sentido eran los mismos organismos médicos, como las Universidades formadoras, el Ministerio de Salud y el Colegio Médico. El argumento fundamental consistía en que una ley en este sentido generaría monopolios de especialistas, que podrían ejercer un poder incontrolable sobre el ejercicio de la medicina general y la formación de nuevos especialistas. ¿Qué opinión le merece lo señalado, desde la perspectiva de la Sociedad de especialistas que usted ha presidido durante los dos últimos años?*

R: A menudo alusiones a nuestra sociedad, provenientes de su seno interno o bien externas, destacan como

un hecho distintivo de nuestra corporación el cobijar simultáneamente a tres especialidades. Esta característica institucional explica tal vez la constatación de que, históricamente, una parte importante de los esfuerzos corporativos ha procurado favorecer el encuentro con médicos de otras especialidades. Fruto de estos encuentros es, como se señaló, el nacimiento de ASOCI-MED. Lo menciono porque se trata de la institución que en 2003 envió a todas las sociedades científicas una encuesta referida a la posible implementación de una Ley de Especialidades Médicas en nuestro país, a cuya respuesta contribuí personalmente. En el documento que elaboramos entonces está contenida la opinión de SONEPSYN.

En suma, SONEPSYN cree que es necesaria una Ley de Especialidades Médicas. Las razones son diversas. Nos parece que una cultura organizada debería tener una definición y reglamentación básica acerca de quién es o no especialista en determinada disciplina médica. No es posible que el ciudadano común se encuentre expuesto a la posibilidad de recibir un tratamiento especializado (cirugía, psicoterapia, examen ginecológico o craneotomía) practicado por un no especialista. No debiera ser el mercado –como está ocurriendo en la actualidad– quien deba regular esto. Por otra parte, la idiosincrasia nacional es legalista, valorándose muy poco el autocontrol y la autodisciplina. La sociedad chilena requiere de controles externos. Es poco realista pensar que, como sucede en otros países, los médicos voluntariamente van a someterse a evaluaciones que le aseguran a la comunidad el control de calidad.

Si bien lo ideal es que la formación de especialistas se realice en las universidades, la experiencia nacional y extranjera ha mostrado que es posible que programas desarrollados en centros asistenciales no universitarios calificados alcancen alto nivel de calidad, en la medida que junto al adiestramiento técnico se entregue al médico una formación rigurosa y un estilo de trabajo que le sirva para toda su vida profesional. Cabe señalar que de los más de 8.000 médicos certificados por CONACEM, el 38% se ha capacitado por adiestramiento en la práctica sin un programa formal. Esto, por cierto, no es una formación deseable ni completa ya que, además de carecerse del enriquecedor ambiente universitario, se trata muchas veces de programas informales, sin jornada completa y dedicación exclusiva. De allí que la labor que ha venido realizando CONACEM durante los últimos veinte años sea extremadamente valiosa.

Nuestra sociedad estima que por ahora lo pertinente es la introducción de un marco legal flexible que pudiera, por ejemplo, circunscribirse a definir por ley el

o los organismos que pueden certificar la condición de especialista. Debido a que las sociedades médicas tienden a ser percibidas como centradas en defender sólo o principalmente los intereses de sus asociados, pienso que es más realista y tendría más acogida que fuera una entidad como CONACEM, o las Facultades de Medicina adscritas a ASOFAMECH, o ambas, la que reconociera a los especialistas.

Se debe tener presente que sólo 7 de las 17 Facultades de Medicina están adscritas a ASOFAMECH, de tal manera que una eventual ley debería, tal vez, dejar abierta la posibilidad de que los especialistas que egresen de las Facultades de Medicina no adscritas a ASOFAMECH puedan dar el examen de especialista en CONACEM, o una instancia similar, ya que en definitiva lo que más importa es acreditar profesionales más que centros formadores. Ello no implica subestimar la utilidad de implementar un mecanismo acreditador de programas de formación de especialistas para reconocer como especialistas sólo a quienes hayan aprobado programas acreditados. Sería, naturalmente, lo ideal.

La política actual de CONACEM de otorgar la calidad de especialista “automáticamente” a los certificados por las universidades cuyas facultades de medicina están adscritas a ASOFAMECH es una buena política. No obstante –pensando en la proliferación de universidades privadas, que conducirá en el futuro a un incremento en la demanda por programas de formación–, se debería reevaluar la política actual de conceder la condición de especialista a alguien que, habiendo hecho una formación en un centro no acreditado, rinda exitosamente un examen ante una instancia autónoma como CONACEM. Hay argumentos a favor y en contra de esto último.

Como sea, SONEPSYN coincide con la Academia de Medicina en cuanto a que la rigurosidad y calidad de la formación de especialistas se ha deteriorado con el transcurso del tiempo. En un número anterior de GU explicitamos nuestra preocupación por el cierto descuido que observamos en el tema de la calidad. Hicimos ver, por una parte, que el gobierno debe poner adecuados incentivos para que los médicos y especialistas se mantengan en la salud pública y, por otra, señalamos que, frente al creciente número de egresados de las escuelas de medicina, la acreditación constituye la única garantía objetiva para certificar instituciones y profesionales.

GU: La formación continua de los especialistas psiquiatras es una necesidad en la que todos concuerdan. Sin embargo, en los últimos años ha habido una sobreoferta de cursos del más variado tipo, y SONEPSYN en el 2005 ha

realizado un Programa de Educación Médica Continua, en el que, por así decirlo, ha tocado en un año casi todos los temas de la psiquiatría. Sin embargo, estos cursos están abiertos a todo tipo de asistentes, incluidos médicos de otras especialidades, otros profesionales de la salud y becados. Por eso, la mayor parte de los asistentes no son especialistas en sentido estricto, de manera que el nivel de los cursos ha debido ser más bien “estándar”. ¿Qué ocurre con la oferta para los especialistas propiamente tales? ¿No son ellos los que debieran tener oportunidades de desarrollo, intercambio y discusión, lo que implicaría programas continuos y orgánicos de mucha mayor complejidad y la revisión participativa de los puntos críticos del conocimiento actual en psiquiatría?

R: Como se da a conocer en la Cuenta Anual, disponible en la página web institucional desde mediados de noviembre de 2005, en psiquiatría SONEPSYN desarrolló durante el año cinco cursos y/o encuentros científicos de EMC. Todos ellos estuvieron destinados a especialistas propiamente tales, procuraron alcanzar un óptimo nivel académico e incluyeron, además, revisiones críticas de la literatura reciente, como asimismo espacio para la discusión en mesas redondas e interacción con el expositor. Empero, debe hacerse la distinción entre los cursos que se efectúan en Santiago (en 2005 se trató de un curso que duró cinco meses y contempló 85 expositores) y los cursos que se hacen en regiones (fueron cuatro en 2005). El curso de Santiago, al que hago mención, si bien vasto, permitió profundizar dada su extensión. Cada sesión tuvo entre 55 y 80 personas aproximadamente y los asistentes fueron psiquiatras ya formados y becarios de la especialidad, en igual proporción. Dicho curso no puede ser catalogado de “estándar”. Ahora bien, en cuanto a los contenidos, el que durante el año pasado no se hayan abordado ciertos temas, tal vez más complejos, no significa que ello no pueda ocurrir durante el actual o en años venideros. En efecto, durante el 2006 se realizarán, entre otros, cursos acerca de adolescencia y psicogeriatría, temáticas que quizás pueden ser consideradas más específicas y complejas. El plan que tenemos es desarrollar un programa de capacitación continua permanente que cada tres años permita una actualización de los grandes temas de la psiquiatría, al que el especialista formado pueda acceder en cualquier momento ya que la rotación se va a ir repitiendo en el tiempo. En lo que respecta a los cursos en regiones, se debe tener presente que debido a que allí la oferta académica es escasa, muchas veces asisten no especialistas; en consecuencia, se trata de cursos que si bien no permiten profundizar mucho, son enriquecedores desde la perspectiva de conocer las realidades regionales.

Intuyo, en todo caso, que usted apunta principalmente a reuniones de expertos altamente calificados en un tema, con necesidades de compartir en grupos pequeños para discutir temas de interés común. Pues bien, desde esa perspectiva SONEPSYN hace ya muchos años ha venido dando cabida a esas inquietudes a través de sus Grupos de Trabajo, abiertos no sólo a los socios, los cuales para justificar su existencia deben cumplir una serie de requisitos, entre ellos congregarse a sus miembros en reuniones científicas periódicas.

GU: Si bien la psicoterapia nació de la medicina, durante el auge de la llamada psiquiatría biológica los psiquiatras parecieron abandonar el campo de la psicoterapia en favor de los psicólogos. Por otra parte, hace algunos años, SONEPSYN y la Sociedad de Psicología Clínica acordaron que el entrenamiento como psicoterapeuta debiera ser un entrenamiento formal, posterior a la formación como especialista, sea como psiquiatra o como psicólogo clínico. La Sociedad de Psicología Clínica formó una comisión nacional de acreditación de psicoterapeutas que certifica que el psicólogo tiene el entrenamiento mínimo para ejercer como psicoterapeuta. SONEPSYN, sin embargo, hasta el momento se ha negado a establecer una comisión semejante, esto es, que certifique a los psiquiatras psicoterapeutas. ¿Qué opina al respecto? ¿Por qué esta situación?

R: La primera aseveración es discutible. En Chile, por ejemplo, los programas de formación que se realizan en el Hospital del Salvador y del Instituto Psiquiátrico “José Horwitz Barak” tradicionalmente han tenido un claro énfasis psicoterapéutico y ya desde hace bastantes años los programas de formación de la mayoría –si no todas– de las universidades nacionales que adiestran psiquiatras incluyen, aunque con matices y en distinto grado, módulos en psicoterapia.

Coincido, no obstante, en que idealmente la formación del psicoterapeuta debiera ceñirse a un entrenamiento formal, posterior a la formación como psiquiatra o psicólogo clínico, toda vez que la especialización como psicoterapeuta está fuera de los objetivos de los programas de formación en psiquiatría.

Ahora bien, no es efectivo que SONEPSYN se haya negado a establecer una comisión de acreditación de psicoterapeutas, toda vez que ni siquiera ha habido una petición en tal sentido.⁴ Esto me consta desde al me-

⁴ El documento fue firmado por representantes de SONEPSYN y del Colegio de Psicólogos de Chile, a principios de la década de los 90. Desgraciadamente, al parecer no existe copia del documento en los archivos de SONEPSYN (N. del E.)

nos el año 1997 ya que desde entonces todos los años (salvo en 2001) he desempeñado cargos en sucesivos directorios de la corporación. Ignoro si las autoridades anteriores se opusieron a tal medida pero lo estimo improbable.

En la actualidad el Grupo de Trabajo de Psicoterapia es uno de los más activos de la sociedad y el tradicional Encuentro Psicoterapéutico constituye, después del congreso anual, la segunda actividad más importante y concurrida de SONEPSYN. Por cierto, si el Grupo de Trabajo de Psicoterapia, o cualquier socio, hace la propuesta de crear una instancia de acreditación, lo que corresponde es someter la proposición a consideración del directorio y de los expertos que éste estime apropiados; no veo razones que pudieran obstaculizar la iniciativa si ésta es seria y está bien fundamentada.

SONEPSYN entiende que la psiquiatría realiza sus actividades profesionales en el marco de una amplia variedad de intervenciones técnicas, que van desde aquellas de carácter interpersonal, como es el caso de las psicoterapias, hasta procedimientos terapéuticos biológicos, como la psicofarmacología, la fototerapia, etc. Aun tratándose la nuestra de una sociedad muy cercana a la medicina (debido a su carácter tripartito con otras especialidades médicas), no es casualidad que, de las cuatro sociedades científicas tradicionales a que pueden acceder los psiquiatras (SOPNIA, Sociedad Chilena de Psiquiatría Biológica, Sociedad Chilena de Salud Mental y SONEPSYN) la nuestra sea la que acoge al mayor número de psicoterapeutas. Nos asiste la convicción de que la psicoterapia constituye un ingrediente fundamental del quehacer psiquiátrico y los psiquiatras del directorio hemos actuado en concordancia, ayudando, por una parte, a las actividades relacionadas con la psicoterapia y, por otra, haciéndoles ver a nuestros colegas neurólogos y neurocirujanos la importancia de evitar que suceda lo que usted, justamente, mencionaba, es decir, que la psiquiatría renuncie al campo de la psicoterapia, dejándole ese ámbito del quehacer clínico a otros profesionales. Nuestro accionar, en tal sentido, no sólo se ha limitado a trabajar el tema al interior de SONEPSYN. En 2003 colaboramos con el Ministerio de Salud en el desarrollo del Programa Académico Referencial para la Formación de Especialistas en Psiquiatría, uno de cuyos aspectos es el adiestramiento en psicoterapia.

GU: *Pasando a otro tema. En los últimos años usted ha concentrado su trabajo profesional en lo que se ha denominado "psicopatología de la mujer". GU publicó un comentario del extenso libro que, con ese mismo título, usted editó junto al Dr. Eduardo Correa, y que fue publica-*

do por la Editorial Mediterráneo. Como en ese comentario se sostiene, no parece existir una psicopatología propia de la mujer, pues la mayor parte de los cuadros clínicos –con excepción de las "disorexias"–, como tales, no difieren clínicamente de la manera en que se presentan en los varones. Otra cosa es que los cuadros psiquiátricos frecuentemente surjan en la mujer con relación a etapas del ciclo reproductivo, o en relación con los conflictos de género. Tomado esto en consideración, ¿cómo entiende usted el concepto de "psicopatología de la mujer"?

R: Entiendo como "psicopatología de la mujer" a la patología psíquica exclusiva o predominantemente femenina, de la misma manera que uno podría hablar de "psicopatología del varón" para referirse a las perturbaciones psicopatológicas que se dan principal o únicamente en el hombre. No es más que eso.

Pues bien, comprendo que para algunos la denominación "psicopatología de la mujer" pueda resultar ambigua, elusiva o susceptible de ser interpretada de diversas maneras, como que las alteraciones psicopatológicas de las mujeres son necesaria y radicalmente distintas a las de los hombres (en ese sentido, para evitar inducir a error, tal vez debería hablarse de "psicopatología en la mujer"; o, en un sentido restringido, como que el concepto incluye sólo la patología vinculada al ciclo menstrual, el proceso grávido/puerperal y el climaterio; o, aun más, podría sostenerse que hay una atención prejuiciada en la psicopatología femenina, a la vez que un silenciamiento u omisión de los aspectos psicopatológicos que atañen al hombre.

Ni el Dr. Correa ni yo tenemos una preferencia especial por la denominación "psicopatología de la mujer" y, en efecto, consideramos otras opciones antes de publicar este segundo libro, tales como aludir en el título al concepto de salud mental y/o sus alteraciones, como lo hizo la Sección de Salud Mental de la Mujer de la Asociación Mundial de Psiquiatría –que se aboca a los mismos temas que nosotros– al optar por ese nombre cuando se creó. Sin embargo, debido a que la mayor parte de nuestro trabajo se ha centrado en los cuadros psicopatológicos que se presentan en la mujer, y no tanto en la salud mental femenina en general, es que escogimos mantener el título de la primera edición. Adicionalmente, influyó que la casa editorial que publicó el texto nos hizo ver el valor agregado, desde el punto de vista del prestigio editorial, que alcanzan los textos que cuentan con nuevas ediciones.

Pero más allá de las denominaciones, lo que nos interesa es la psiquiatría, de la mujer y del hombre, que se ocupa de las diferencias entre ellos, miradas desde el punto de vista del *sexo*, el cual está determinado biológicamente y es inmutable, y el *género*, que como sabe-

mos está determinado social y culturalmente y puede ser influido por la cultura y las actitudes sociales.

Para entender nuestra motivación, tal vez sea oportuno señalar que los editores del libro pertenecemos a una generación de psiquiatras, formados en los años 1980, cuando la perspectiva de sexo y género casi no existía en la psiquiatría mundial y tampoco en Chile. Esto sin desconocer, por cierto, que ya desde mucho antes de Freud a menudo la atención de los especialistas se había centrado en la mujer y que por siglos la relación entre los trastornos mentales y la función reproductiva ha fascinado a los pensadores científicos. Pero, sin duda, el tema de la patología psíquica exclusivamente o predominantemente femenina, como ámbito específico de estudio, no era –a juzgar, por ejemplo, por su ausencia en el currículo médico– un capítulo relevante ni de la psiquiatría ni de la medicina de la década de 1980. En Chile, específicamente, es probable que haya influido en esta ausencia de preocupación por los temas de salud mental femeninos el hecho de que –en buena medida comprensiblemente– la atención de los profesionales de la salud estaba todavía muy focalizada en otros problemas, tales como la desnutrición, las enfermedades infectocontagiosas y otras dolencias físicas.

Pero junto a los cambios que ha experimentado el orden mundial, hoy globalizado, también han cambiado las prioridades de la medicina y en todo el mundo cada vez más los profesionales de la salud prestan atención a los temas de salud mental como a las perspectivas de género. No podía ser de otra manera si consideramos que entre las diez principales causas de discapacidad en el mundo, cinco son de naturaleza psiquiátrica.

Para ilustrar el creciente interés por los temas de género, cabe considerar, por ejemplo, que en la reunión anual de la *American Psychiatric Association* efectuada en 1987 hubo sólo uno o dos simposios dedicados al tema de la mujer. Tan sólo diez años después, en la reunión anual de 1997, se realizaron no menos de 17 o 18 simposios alusivos al tema. En la misma dirección, en la actualidad miembros de la Asociación Mundial de Psiquiatría, entre los que nos encontramos, están promoviendo la creación, dentro de la organización, de una sección dedicada a estudiar la salud mental masculina desde la perspectiva de género.

Vale la pena preguntarse, ¿por qué es necesaria hacer esta distinción de género en el ámbito de la salud mental y la psiquiatría?

Por varios motivos. En primer lugar porque es un hecho que en el ámbito de la salud mental los problemas que aquejan a la población femenina son, en buena medida, distintos de aquellos que afectan a la

población masculina. Así, las mujeres se deprimen más. Los hombres sufren más de esquizofrenia. La ansiedad afecta en mayor grado a las mujeres. Las conductas antisociales son más frecuentes entre los hombres. El alcoholismo y las drogas también se observan más comúnmente en los hombres. Los trastornos de la conducta alimentaria se dan más en las mujeres. Aun en el tema del suicidio el género es relevante; las mujeres hacen más intentos pero las tasas de suicidio son más altas en los varones.

Enseguida, la neurobiología de hombres y mujeres es distinta. Se sabe que los cerebros masculinos son más grandes, mientras que los femeninos tienen más neuronas y más conexiones entre los hemisferios cerebrales. A su vez, se ha descubierto que las hormonas sexuales afectan la respuesta al estrés de modo diferente. Así, los estrógenos deben estar en cierto rango para que se logre el equilibrio emocional ya que el exceso y el déficit interfieren con la respuesta al estrés. Por su parte, según un estudio publicado en mayo de 2005 en la revista *Neuropsychopharmacology*, la testosterona puede proteger contra el estrés y la depresión atenuando la reactividad del eje hipotálamo-hipófisis adrenal.

Asimismo, las experiencias de vida de las mujeres difieren de las de los hombres de muchas maneras, sufriendo más a menudo situaciones de menoscabo y carencia de poder en las relaciones interpersonales, laborales, económicas, sociales, profesionales y políticas. La influencia del ambiente, por cierto, es también considerable. China, por ejemplo, es uno de los pocos países del mundo en que mueren más mujeres que hombres por suicidio y, en este caso, ello obedece a razones de orden social y cultural y no biológico.

Por último, la distinción de género es necesaria para poder implementar terapéuticas más eficaces tanto para las mujeres como para los varones. No sólo las funciones cerebrales difieren según el género sino que muchos aspectos de nuestra fisiología. La forma en que metabolizamos el alcohol y las drogas, las respuestas a los diversos tipos de medicamentos son, por ejemplo, diferentes.

GU: Finalmente, queremos preguntarle por las relaciones entre arte y psicopatología. Usted ha impulsado varios concursos y exposiciones de pintura a propósito de este tema. Es conocido que numerosos y connotados artistas han padecido algún trastorno psiquiátrico, como Van Gogh en la pintura, Balzac en la literatura, Strindberg en el teatro, por citar tan sólo algunos casos. Por su parte, psiquiatras de la altura de Karl Jaspers y muchos otros han escrito obras que intentan establecer la relación entre

“genio y locura”. ¿Concibe usted alguna relación específica entre el mundo del arte y el mundo de la psicopatología?

R: Independientemente del interés personal que tengo por los temas vinculados al arte, deseo destacar el decidido acercamiento que SONEPSYN, como institución, ha mostrado al campo artístico y cultural durante la última década. Pienso que los médicos, en especial los psiquiatras, siempre han tenido una innegable vocación por el humanismo, el arte y la cultura. Lo que ha hecho SONEPSYN es simplemente canalizar dichas inquietudes y hacerlas visibles, a través de organizar proyectos relacionados con las artes visuales, la narrativa, la poesía o el cine. Ha sido valioso comprobar la participación de colegas ajenos a estos temas, ya que la experiencia del arte permite acceder a un tipo de conocimiento distinto al que como médicos estamos acostumbrados. El arte, usando medios y símbolos del mundo conocido, nos abre al mundo de lo desconocido.

Ahora bien, en lo que respecta a las relaciones entre arte y psicopatología, se trata de un tema que ha cautivado a los filósofos, a los clínicos y a los investigadores durante siglos. En tanto psiquiatras, a nuestra disciplina tradicionalmente le ha interesado el sujeto que se expresa artísticamente más como enfermo que como creador. No obstante, en la actualidad el tema se está abordando no sólo desde la perspectiva psiquiátrica sino también desde el punto de vista de los expertos en arte, de la historiometría –disciplina que somete los datos históricos a análisis objetivos y cuantitativos–, y de la psicología, resultando especialmente interesante y novedoso el enfoque de la psicología evolucionaria.

Pareciera ser que la noción prevalente es la de una asociación positiva entre psicopatología y creatividad. Pero, ¿cuál es la evidencia científica que respalda dicha aseveración?

Entre los hallazgos que muestra la literatura científica en las últimas décadas, está la constatación de que la frecuencia e intensidad de diversos síntomas psicopatológicos es más alta en grandes creadores que en la población general. Aunque la magnitud de la diferencia va a depender de las definiciones usadas, una estimación razonable plantea que los individuos altamente creativos tienen casi el doble de probabilidad de sufrir un trastorno mental, respecto de sujetos comparables no creativos. Asimismo, el síntoma encontrado más a menudo es la depresión, junto al alcoholismo y el suicidio. Luego, en promedio, a mayor genio creativo mayor es la probabilidad de psicopatología, tanto desde el punto de vista de la frecuencia como de la intensidad. Enseguida, la frecuencia y la intensidad de los síntomas dependen del ámbito creativo de que se trate. Por ejemplo, la psicopatología es mayor entre los creadores del

campo artístico que entre los creadores provenientes del área científica. Así, de acuerdo a un estudio, el 87% de una serie de poetas famosos presentaba psicopatología mientras en un grupo de científicos eminentes ello ocurría sólo en el 28%, cifra que se acerca bastante al nivel de psicopatología basal de la población general. A su vez, se ha visto que los clanes familiares en los que aparecen los creadores más ilustres se caracterizan por tener psicopatología más frecuente y severa.

Desde el punto de vista del estudio de la personalidad, una serie de estudios clásicos efectuados a partir de las décadas de 1950 y 1960 mostró que, entre otros, los siguientes rasgos caracterizan a la personalidad creadora: disposición a vivir experiencias; preferencia por la complejidad, tolerancia a la ambigüedad; independencia de pensamiento y acción; autoconfianza; valor y alta motivación; inconventionalidad; inestabilidad emocional combinada con un yo fuerte y flexible. La inestabilidad emocional se explicaría por el aumento de la sensibilidad emocional.

Particularmente iluminadores para el esclarecimiento de la relación específica entre el mundo del arte y el mundo de la psicopatología son los resultados de algunas investigaciones empíricas, tanto cualitativas como cuantitativas, más recientes. Ellos revelan que si bien los individuos creativos tienden a presentar peculiaridades psicológicas, o incluso fenómenos que podríamos denominar psicopatológicos, rara vez se trata de enfermedades propiamente tales. Los hallazgos de la psicometría, en este sentido, muestran que los sujetos altamente creativos suelen presentar puntajes altos para diversos síntomas psicopatológicos, pero nunca tan altos como para hablar de patología en un sentido estricto (siguiendo la terminología de los estudios cuantitativos, se diría que el puntaje no sobrepasaría el punto de corte o nivel umbral). Esto no hace sino reafirmar la vigencia del aserto de Aristóteles en cuanto a la necesidad de diferenciar la melancolía a que está expuesto el genio, según él atribuible al predominio de la “bilis negra” sobre los otros humores, de lo que hoy vendría a ser la enfermedad depresiva propiamente tal. La precisión de Aristóteles incluso le llevó a sostener que, si bien se trataba de fenómenos distintos, cabía la posibilidad de que la melancolía del genio se transformara en enfermedad.

En Alemania, Hubertus Tellenbach tomó la distinción aristotélica, pudiendo demostrar que muchos genios de la literatura universal, como los poetas Von Kleist y Baudelaire, sufrieron de periodos de profunda melancolía, estado que también aparece descrito en personajes de la literatura, como *Hamlet* de Shakespeare y *Werther* de Goethe. En nuestro medio, Otto Dörr ha

trabajado este tema elocuentemente en relación al filósofo Sören Kierkegaard y el poeta Rainer Maria Rilke.

Según la perspectiva evolutiva, se podría plantear que los niveles moderados de sintomatología, a menudo presentes en los artistas, pudiesen ser adaptativos desde el punto de vista de la conducta creadora.

Además, es interesante constatar que los individuos creativos alcanzan puntajes altos en los atributos que pueden atenuar los efectos de los síntomas psicopatológicos. Como ya señalamos, los creadores suelen tener un yo fuerte y, también, niveles altos de autosuficiencia. En acuerdo con esto, se ha afirmado que pueden ejercer un control meta-cognitivo sobre sus síntomas, sacándole provecho, por ejemplo, a los pensamientos bizarros, en vez de sucumbir a ellos. Adicionalmente, la capacidad de explotar ideas poco comunes se beneficia de la inteligencia. Pese a que en los niveles altos de la curva de distribución de la inteligencia ésta no correla-

ción con la creatividad, se requiere de un cierto nivel mínimo de inteligencia para descollar en el ámbito de la creación.

En suma, se puede decir que si bien creatividad y psicopatología están conectadas, no se trata de fenómenos inextricablemente unidos. En mi opinión, constituye un prejuicio –por desgracia bastante corriente de oír– sostener que la psicopatología es casi una condición *sine qua non* para el despliegue del potencial creativo. En efecto, varios indicadores de padecimiento psíquico se asocian negativamente a la capacidad creativa. Finalmente, pocos individuos creativos pueden ser considerados realmente enfermos mentales.

GU: A nombre de los lectores le agradecemos haber participado en esta entrevista, y le insistimos que GU siempre estará abierta a los trabajos o puntos de vista que usted desee publicar.

RELATO HISTÓRICO

MEDICINA PSICOSOMÁTICA EN ALEMANIA: DEL PSICOANÁLISIS A LA MEDICINA BIO-PSICO-SOCIAL¹

(Rev GU 2006; 2; 2: 158-163)

Horst Kächele²

La medicina psicosomática entiende la enfermedad como una interfase de alteraciones biológicas que interactúan con el entorno subjetivo que consiste en el mundo intrapsíquico y social. La psicoterapia en muchas formas es la herramienta del tratamiento psicosomático, la que puede tener lugar en diversos settings.

HISTORIA I: IDEAS

El campo de la Medicina Psicosomática y la Psicoterapia en Alemania se desarrolló después de la II guerra mundial. Se inspiró en dos raíces: las ideas antropológicas - holísticas del siglo XIX en el campo de Medicina Interna (G. von Bergmann) y la reconstrucción del psicoanálisis. Y fue potenciada por el abierto rechazo por mucho tiempo de la psiquiatría alemana a las ideas psicoanalíticas (Jaspers, Schneider). El concepto de medicina psicosomática en oposición a la psiquiatría orientada a la biología estuvo conectado desde el principio a la implementación de la psicoterapia como su herramienta principal.

HISTORIA II: INSTITUCIONES

Es fácil nombrar algunas instituciones que tomaron el liderazgo. El departamento de Medicina General y Psicosomática de Heidelberg, dirigido por Paul Christian;

el Departamento de Psicosomática y Psicoterapia de Freiburg, dirigido por Helmut Enke y el Departamento de Psicosomática de Hamburgo dirigido por Adolf Ernst Meyer fueron las tres instituciones que marcaron la huella. Es notable que en cada caso estas instituciones fueron iniciadas por profesores jefes de Medicina Interna (Heidelberg - Freiburg - Hamburgo). Una fuerza adicional provino del Hospital Psicosomático de Heidelberg dirigido por Alexander Mitscherlich, que era financiado por las fundaciones Rockefeller y Ford. El rol de Mitscherlich en la revitalización académica del psicoanálisis es difícil no sobreestimar.

HISTORIA III: LEGALIZACIÓN

En 1967 Thure von Uexküll, profesor de Medicina Interna de Giessen, impulsó la implementación de la medicina psicosomática como una materia en sí, junto a la introducción de la psicología médica y sociología médica en el currículum de enseñanza de las facultades

¹ Conferencia presentada con motivo de la presentación oficial de la Gaceta Universitaria en la Facultad de Medicina. Traducción desde el inglés al castellano a cargo de María Eugenia Legües.

² Departamento de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, Universidad de Ulm.

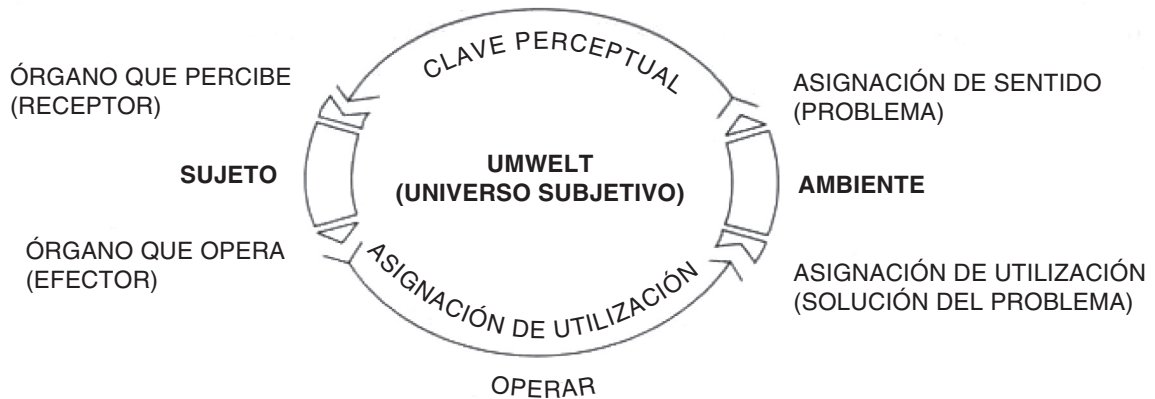


Figura 1

de medicina de Alemania. Así, cada facultad tuvo que establecer facilidades de enseñanza e investigación que en varios grados implantaron este campo hasta entonces externo, a una base institucional segura.

Thure von Uexküll –uno de los entonces profesores fundadores de la Universidad de Ulm en 1967– llegó a ser la figura más prominente en la medicina psicosomática alemana. En los años siguientes, financiado por su staff académico, Von Uexküll estableció el Colegio Alemán de Medicina Psicosomática y publicó en 1970 la primera edición de un texto que llegó a ser la verdadera biblia de la medicina psicosomática alemana. En 2003 apareció la 6ª edición que nuevamente describe “modelos de pensamiento médico y acción”. La “Teoría de la Medicina Humana” de Uexküll formula un contraste definitivo con la medicina meramente animal y

este concepto va más allá que las ideas psicoanalíticas de Alexander y su entorno psicoanalítico. Similares ideas fueron expuestas por “El Desarrollo Psicológico en la Salud y la Enfermedad” de Engel (1962) y “La Psicobiología y la Enfermedad Humana” de Weiner (1977).

EL AMBIENTE – EL UNIVERSO SUBJETIVO

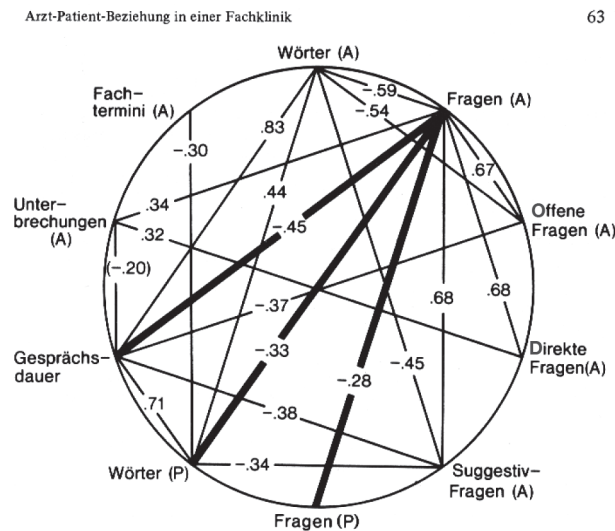
El padre de Thure von Uexküll fue el biólogo Jacob von Uexküll, que en 1936 concibió el rol del ambiente para todos los organismos vivos usando el concepto del círculo funcional:

Cada organismo vivo, por su órgano de percepción (receptor), asigna significado a una clave percibida, de manera que genera un universo subjetivo que lo lleva



Figura 2

Figura 3
PROPIEDADES ESTRUCTURALES DE LAS RONDAS DE VISITA DIARIAS: DURACIÓN PROMEDIO 3,5 MINUTOS (EN KÖHLE 1982)



a soluciones específicas de un problema, utilizando el significado que esta clave tiene para el organismo.

Este concepto de asignar significado fue tomado por el hijo, Thure von Uexküll, quien estuvo por muchos años muy conectado con el campo de la semiótica creando el concepto de círculo situacional.

El inevitable proceso de semiotización, es decir, el asumir significado a cualquier situación, el probar el significado de esta situación y finalmente el asignar un significado para el individuo en la situación, radicaliza las ideas psicoanalíticas en la medicina psicosomática. Cualquiera sea la condición somática iniciadora, el ser humano le asigna un significado. Por lo tanto, toda enfermedad humana está ligada –necesariamente– a ser significativa para el paciente y Thure von Uexküll –como G. Engel y H. Weiner– concibe todas las enfermedades dentro de un *marco Bio-Psico-Social*.

Por esta idea la distinción anterior de enfermedades psicosomáticas y no-psicosomáticas fue considerada obsoleta y en adelante no viable. El grado de semiotización de un evento somático podía ser pequeño o grande; esto estaría determinado por la biografía de la persona y por su necesidad de humanizar los cambios corporalmente. Así, se puede describir el concepto de círculo situacional para cualquier situación médica, o cualquier interacción entre paciente y médico: *situación problema – asignación de significado – utilización del significado*.

Este concepto pavimentó el camino para la aceptación ampliamente extendida de una aproximación psicosomática verdaderamente holística a todas las

condiciones médicas, sólo y únicamente si ambos participantes de la transacción desean aceptar la dimensión humana de las condiciones médicas, incluyendo la perspectiva psicodinámica –a la cual contribuyó la idea de Freud de “Nachträglichkeit” que en realidad describe un proceso de asignar significado adicional a un evento previo. Y se agrega a los cambios corporales de los puntos de vista social y ambiental (Adler *et al.* 1976).

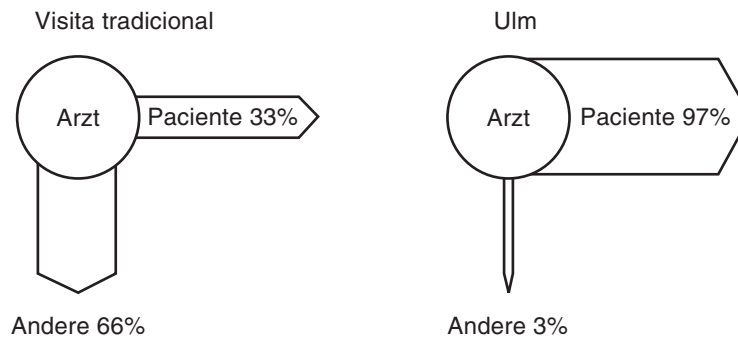
El psicoanálisis y la medicina bio-social entrelazándose fueron los dos componentes responsables de construir la Medicina Psicosomática Alemana como un campo en sí mismo. La Medicina Interna aportó las bases institucionales para el cuidado del paciente hospitalizado; el Psicoanálisis aportó las herramientas terapéuticas para el cuidado del paciente ambulatorio. Esto resultó ser un matrimonio feliz; por ejemplo, la universidad de Ulm recientemente fundada en 1967, estableció dos jefaturas:

- Departamento de Medicina Interna y Psicosomática (Prof. Th. von Uexküll)
- Departamento de Psicoterapia (Prof. H. Tomä) cooperando en la enseñanza y entrenamiento de la medicina psicosomática.

PSICOSOMÁTICA EXPERIMENTAL VERSUS INTERACCIÓN DOCTOR-PACIENTE

En contraste a la medicina anglo-americana, donde el trabajo experimental y de laboratorio dominaba el

Figura 4
RELACIONES DE PODER EN LAS RONDAS DE VISITA (EN KÖHLE 1982)



campo (desde el trabajo de Cannon sobre los cambios corporales en el dolor, hambre, miedo y furia, 1929) la solución alemana se enfocó desde fuera en la relación doctor-paciente lo que se llamó “Interacción Psicossomática” y en las evaluaciones de los tratamientos como eran practicados normalmente (en contraste a los estudios de tratamiento experimentales).

Como consecuencia de esta aproximación, las rondas diarias de visita llegaron a ser un campo preferido de investigación: “En la práctica psicossomática-holística el diagnóstico y tratamiento dependen críticamente de un diálogo intenso entre el médico y el paciente. Es importante entender el origen de la enfermedad y sus consecuencias influenciadas subjetivamente como parte de la historia del paciente. Uno debe comprender la “realidad individual del paciente” escribió Von Uexküll (1982) en su prefacio a un libro que resumió muchos estudios en este campo.

La pregunta “Quién habla a quién acerca de qué” llevó a una investigación sistemática de aspectos de conversación de la ronda de visita que dominaba el campo de la psicossomática alemana en los ochenta. No se le dio importancia al trabajo experimental: no se apreció la psicofisiología de las ratas (“respuesta cardiovascular al “stress” mental agudo en ratas hipertensas espontáneas”).

En la misma corriente, los estudios analizaban las relaciones de poder en las rondas de visita. La distribución de la dirección de la conversación muestra que en las visitas tradicionales el doctor habla principalmente al grupo de médicos; en el modelo de visita en Ulm, el doctor habla exclusivamente al paciente. La información médica se intercambia fuera de la pieza del paciente.

Estos hallazgos a partir del Programa Colaborativo de Investigación “Procesos psicoterapéuticos” Ulm

1980-1989 caracterizan la atención especial dada a la psicossomática diaria en Alemania. La medicina Psicossomática y la Psicoterapia trabajaron juntas en un esfuerzo por implementar los aspectos psicoterapéuticos en los mundos de los pacientes clínicos hospitalizados.

CONSULTA PSICOSOMÁTICA Y SERVICIOS RELACIONADOS

Esta colaboración exitosa llevó a un aumento en la atención de problemas psicossomáticos en los pacientes de la Medicina Interna General. Los siguientes datos fueron obtenidos en Ulm:

- Factores psicossociales de significado considerable para la patogénesis 30,1%
- Dificultades en procesar la enfermedad 32,5%
- Dificultades severas en cumplir 7,3%
- Síndromes reactivos, psicosis funcionales 7,3%
- Sin problemas psicossomáticos 14,6%
- Sin categorización clara 8,2%

El campo de la psicossomática aplicada creó servicios de rutina que han sido establecidos en muchos hospitales a través del país. El departamento de medicina psicossomática y psicoterapia de Ulm proporciona actualmente tratamiento completo psicossomático para 7 pacientes hospitalizados dentro del Hospital Médico. Proporciona servicios de consulta psicossomática para los pacientes del Hospital Médico; aproximadamente un 10% de todos los pacientes. Un servicio anexo especial de psicossomática para todos los pacientes con trasplante de médula ósea en el departamento de hematología y oncología existe hace más de 20 años y

ha llegado a ser también un setting importante de investigación (Grulke *et al.* 2005).

Se ofrece un servicio de consulta psicosomática para pacientes del Hospital Ginecológico (aproximadamente el 15% de todos los pacientes). Los servicios de consulta psicosomática demandados por cualquier paciente de las otras disciplinas cubre menos de 1% de todos los pacientes, lo cual subraya la necesidad de la presencia diaria de staff calificado en cualquiera disciplina médica.

LA RELACIÓN DE LA PSICOTERAPIA Y LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Aunque Freud no fue amigo de la psicosomática, pioneros tempranos usando las ideas psicoanalíticas como Alexander (1950) probaron los límites de las intervenciones psicoanalíticas. En Alemania, entre muchos otros, el Hospital Psicosomático de Heidelberg se enfocó en las clásicas siete “vacas sagradas” en los años cincuenta y sesenta usando las terapias psicoanalíticas. La aceptación de la psicoterapia fue mucho más distante que las tempranas evidencias de la psicoterapia psicoanalítica por el primer estudio aparecido post-guerra en una muestra grande de la Compañía de Seguros General Local (AOK) en Berlín. Este estudio de resultado retrospectivo (Dührssen & Jorswieck 1965) comparó una muestra grande (N > 1000 pacientes) de pacientes neuróticos tratados con una muestra control de no tratados de las filas de la compañía de seguros:

AUSENTISMO LABORAL EN CINCO AÑOS (Días en promedio)

Personas normales: 11 días
 Pacientes neuróticos: 22 días antes de la psicoterapia
 Pacientes neuróticos: 5 días después de la psicoterapia
 NB: Promedio de número de sesiones 100

Basados en este estudio y en intensas campañas políticas para la “Psicoterapia del paciente no hospitalizado” las compañías de seguro legisladas por el estado introdujeron un sistema de revisión de pares desde 1967 para dar psicoterapia para todos. Al principio las formas de psicoterapia acreditadas por la administración eran sólo psicoterapias psicodinámicas y terapia psicoanalítica. Diez años más tarde se agregó la psicoterapia cognitivo-conductual. Este sistema funcionó sin dificultades por más de veinte años. El introducir psicólogos psicoterapeutas como un grupo profesional independiente en el sistema médico a

comienzo de los años noventa trajo un cambio. Ahora un directorio para los estándares científicos tiene que examinar si se pueden incluir nuevas formas de psicoterapia en el sistema, asumiendo que ellas se agregan a la calidad de los tratamientos existentes. Dados los fuertes hallazgos de la investigación en psicoterapia comparativa, esto no es un impedimento fácil para los tratamientos nuevos. Sólo recientemente fue aprobada la “Psicoterapia centrada en el cliente” pero aún no admitida en el sistema, y otras formas de psicoterapia están en revisión.

Actualmente el sistema de psicoterapia alemana del paciente no hospitalizado comprende psicoterapeutas médicos (30%) y psicólogos (70%). El cuerpo médico y de psicólogos son responsables del control regional de admisión de psicoterapeutas. La densidad de psicoterapeutas varía considerablemente, y especialmente en la Alemania del Este la situación no es todavía satisfactoria.

La duración de las terapias psicodinámicas y cognitivo-conductuales se extiende entre 25 y 50 sesiones (máximo 100), la terapia psicoanalítica hasta 240 (máximo 300) sesiones, en promedio dos tercios de los tratamientos psicodinámicos y cognitivo-conductuales duran hasta cincuenta sesiones. El número de pacientes en el país tratados en este sistema de pacientes no hospitalizados actualmente es:

180.000 terapias psicodinámicas
 40.000 terapias psicoanalíticas
 120.000 terapias cognitivo-conductuales

(por año para una población de 80 millones de personas cubiertas por el seguro).

EL SISTEMA DE PSICOTERAPIA DE PACIENTE HOSPITALIZADO

La implementación de un sistema de tratamiento de paciente hospitalizado es un hecho único en el campo de la medicina psicosomática y psicoterapia en Alemania. El número total de Hospitales Agudos y Clínicas de Rehabilitación comprende 101 instituciones, de las cuales el 80% está orientado a la terapia psicodinámica y 20% a la cognitiva-conductual.

La principal ventaja de este sistema es que sirve para parte de la población que no contacta fácilmente a alguien que practica la psicoterapia. (Schepank & Tress 1988; Kächele *et al.* 1999). La mayoría de esos hospitales están cubiertos por un sistema de rehabilitación que está disponible para cualquiera que necesite asegurar su capacidad de trabajar.

En el contexto de la rehabilitación médica, si los factores psicológicos juegan un rol significativo para la condición de incapacidad psíquica y si por tal tratamiento la reintegración al campo laboral puede lograrse, entonces existe indicación para:

- Desórdenes psiconeuróticos (desórdenes de ansiedad, desórdenes de la alimentación, depresión mayor y distimia, desórdenes somatomorfos)
- Desórdenes con factores psicológicos (neurodermatitis, enfermedad de Crohn, diabetes comórbida con desorden psicológico, desórdenes de dolor crónico, etc.)
- Sin embargo no se admiten desórdenes psicóticos.

Lo que puede venir como sorpresa son los fuertes hallazgos de que esta forma de psicoterapia del paciente hospitalizado no sólo es efectiva (Zielke 1999a), sino que es costo-efectiva (Zielke 1999b).

REFERENCIAS

1. Adler R, Hermann J, Schäfer N, Schmidt T, Schonecke O, Von Uexküll T. A context study of psychological conditions prior to shifts in blood pressure. *Psychosomatics and Psychotherapy* 1976; 27: 198-204
2. Adler RH, Hermann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, Von Uexküll T, Wesiack W (Hrsg). *Psychosomatische Medizin*. 6 Aufl. Urban & Fischer, München Wien Baltimore, 2003
3. Alexander F. *Psychosomatic medicine. Its principles and application*. Allen & Unwin, London, 1950
4. Cannon WB. *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. Appleton, New York, 1920
5. Dührssen AM, Jorswieck E. Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt* 1965; 36: 166-169
6. Grulke N, Bailer H, et al. Patients confronted with a life-threatening situation: the importance of defense mechanism in patients facing bone marrow transplantation. In: Hentschel U, Smith GJW, Draguns JG, Ehlers W (Eds). *Defense mechanisms. Theoretical, research and clinical perspectives*. Elsevier, Amsterdam, 2004, pp. 521-534
7. Kächele H, Richter R, Thomä H, Meyer AE. Psychotherapy Services in the Federal Republic of Germany. In: Miller N, Magruder K (Eds). *Cost-effectiveness of Psychotherapy: A guide for practitioners, researchers, and policymakers*. Oxford University Press, Oxford, 1999, S 334-344
8. Köhle K, Raspe HH (Hrsg). *Das Gespräch während der Visite. Empirische Untersuchungen*. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, 1982
9. Schepank H, Tress W (Hrsg). *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 1988
10. Von Uexküll T (Hrsg). *Psychosomatische Medizin*. 1 Aufl. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, 1970
11. Von Uexküll T. Die Zeichenlehre Jacob Von Uexkülls. In: Krampen M et al. (Hrsg). *Die Welt als Zeichen*. Severin und Siedler, Köln, 1981, S 233-280
12. Zielke M. *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. Psychologie Verlagsunion-Beltz, Weinheim, 1999a
13. Zielke M. Kosten-Nutzen Aspekte in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Psychother Psych Med* 1999b; 49: 361-367

RELATO CLÍNICO

PRESENTACIÓN AL PANEL FINAL DEL SEMINARIO: “APROXIMACIONES MÚLTIPLES A UN CASO CLÍNICO” CONCLUSIONES: CAMBIO PSÍQUICO: ¿QUÉ Y CÓMO?

MULTIPLE APPROACHES TO A “CLINICAL CASE TRACK”: CONCLUSIONS. PSYCHIC CHANGE: WHAT AND HOW?

(Rev GU 2006; 2; 2: 164-170)

Juan Pablo Jiménez¹

Sábado, marzo 13, 2004, 5-7 p.m. 43^{er} Congreso Psicoanalítico Internacional (IPA), New Orleans

Acto Primero. (20 de febrero. Estoy en medio de mis vacaciones de verano, sentado frente al laptop. Por la ventana veo el Pacífico Sur. El día es hermoso, el mar refleja un azul intenso. Junto al ruido de las olas me acompañan, lejanas, las voces y risas gozosas de mis dos pequeños nietos. Después de revisar una vez más los documentos que Thomä envió sobre el caso Amalia, más algunos otros, como los comentarios recogidos por Rómulo Lander después de la discusión que sobre este caso organizó en Caracas y la introducción de Daniel Widlocher al panel que él dirigirá, me dispongo a poner por escrito lo que he venido pensando los últimos meses. Leo lo que resultó en esa ocasión).

Esta no es una presentación habitual a un congreso psicoanalítico. Hemos estado acostumbrados a preparar con anticipación nuestras presentaciones, de modo de aclarar nuestras ideas y así disponernos a la discusión de ellas. Esta vez, sin embargo, la situación es diferente. Se nos ha pedido a un grupo de colegas

que, más que exponer nuestras propias ideas sobre qué y cómo cambió en el caso de Amalia, presentado por Helmut Thomä y Horst Kächele, hagamos un resumen de los muchos paneles que discutieron el material y presentemos, a partir de ese resumen, las conclusiones que nos parezcan más apropiadas. Esto significa que no

¹ Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

pudimos llegar con la tarea totalmente hecha, sino que hemos debido trabajar arduamente durante estos días de congreso. Sin embargo, sabemos que no hay resumen ni comentario que esté libre de sesgo. Por lo tanto, en las semanas antes del congreso, y después de leer cuidadosamente la presentación de Helmut Thomä, escribí algunas ideas que tienen por objetivo hacer explícita la perspectiva desde la cual he tratado de hacer el trabajo encomendado.

A diferencia de los colegas que me acompañan esta tarde, para mí hay algunas facetas que agregan complejidad a la tarea. En 1985, después de haber terminado mi training analítico en Chile, viajé a Alemania con una beca de la Fundación Alexander von Humboldt, al Departamento de Psicoterapia de la Universidad de Ulm, para llevar a cabo un proyecto de investigación empírica sobre proceso psicoanalítico. Los resultados de esa investigación forman parte de los trabajos que estos meses se han podido bajar desde la página Web del congreso. La estadía en Ulm, que inicialmente debía durar 1 año, se prolongó por 5, lo que me permitió conocer en profundidad a Helmut Thomä y a Horst Kächele, como personas y como psicoanalistas, y desarrollar con ellos una firme amistad y una colaboración intelectual que dura hasta el presente. Mi conocimiento de las ideas psicoanalíticas de Thomä y Kächele se enriqueció enormemente a lo largo del trabajo de traducción al español –que realicé con mi mujer– del libro en dos volúmenes sobre teoría y práctica de psicoanálisis, del que también soy uno de sus autores secundarios. Pero hay algo más: el material sobre el cual realicé mi trabajo doctoral fue, precisamente, el caso Amalia. Se entiende entonces que hayan sido muchos y variados los sentimientos que han acompañado la expectativa de esta presentación.

Para aclarar algo más del punto de vista desde el cual me enfrento a la tarea es inevitable ahondar sobre el contexto personal. Lo primero que quisiera es relatar algo sobre el primer encuentro con Amalia y su analista y el impacto que tuvo esa investigación empírica de proceso sobre mi manera de concebir la teoría y la práctica del psicoanálisis, impacto que después de 20 años sigue siendo significativo. En la fase preparatoria de mi investigación sobre Amalia pasé meses escuchando las grabaciones de las sesiones de análisis de ella. Me familiaricé con el estilo coloquial de Thomä, con su particular estilo de intervenir, sus titubeos y vacilaciones, su manera poco autoritaria de proponer las interpretaciones. Fue una experiencia aleccionadora. Muchas veces me pregunté cómo era posible que alguien analizara de una manera tan diferente a la que yo suponía era la regla. Frecuentemente

me decía: ¿Por qué no interpreta esto o aquello? o ¿de dónde sacó esa idea? Mi training en Chile había sido marcadamente kleiniano y pensaba, al igual que Etchegoyen, quien, en su libro de técnica, escribe que “la tarea del analista consiste, en buena medida, en detectar, analizar y resolver la angustia de separación ... y las interpretaciones que tienden a resolver estos conflictos son decisivas para la marcha del análisis”.² En esto, Etchegoyen sigue de cerca a su maestro Meltzer quien, en 1967, afirmó que la interpretación de las ansiedades relacionadas con la separación del analista son “el motor del análisis”. Pero Thomä parecía no darle demasiada importancia a tales intervenciones. Al realizar la investigación con metodología empírica, y buscando probar la hipótesis de que la evolución de la reacción transferencial de Amalia a las interrupciones del tratamiento es un indicador del cambio estructural alcanzado por la paciente a lo largo del proceso, me encontré con la sorpresa que la reacción a las interrupciones había sido escasamente interpretada, y en todo caso de manera no sistemática, pero que, a pesar de ello, esta reacción transferencial sí había evolucionado como lo predice el modelo hermenéutico de “pérdida-separación”, en sus diversas formulaciones, propias de las diferentes escuelas de pensamiento psicoanalítico.

Esta experiencia me mostró, de manera convincente, que las teorías simples y monocausales acerca de cómo y por qué se produce el cambio en psicoanálisis pueden ser intelectualmente muy atractivas, pero son probablemente inexactas y no hacen justicia a la complejidad de los fenómenos de proceso. Dejé entonces de sentirme “kleiniano” y me entregué a las complejidades que significa definirse como un psicoanalista pluralista. Prefiero decir pluralista y no ecléctico, porque en español eclecticismo tiene un sentido peyorativo, aun cuando creo que en psicoanálisis más que pluralismo existe actualmente una mera pluralidad o, peor aún, fragmentación teórica, pues carecemos de una metodología que se aplique sistemáticamente a la confrontación de las diferentes teorías y posiciones. En psicoanálisis, las distintas ideas rara vez entran en un contacto verdadero de modo de poder discernir la parte de verdad que cada una contiene, las teorías más bien parecen yuxtaponerse sin modificarse o, cuando sí se tocan, suelen mezclarse de manera idiosincrática y caprichosa. A mi modo de ver, un psi-

² Etchegoyen R. Horacio. Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, p.528.

coanalista pluralista es aquel que en su trabajo clínico integra aspectos plausibles de distintos orígenes, pero intentando –con una actitud reflexiva– mantener la coherencia, lo que de ninguna manera es tarea fácil. Al contrario, la impresión es que es más “aliviado” reconocerse como ortodoxo, aun cuando esto no sea más que una ilusión.

Por cierto, mi trabajo universitario de los últimos 15 años, últimamente como director de un departamento de psiquiatría donde conviven diferentes orientaciones, más allá de la psicodinámica, ha colocado desafíos aún más difíciles a mi capacidad de integración. Como psicoanalista que trabaja en la frontera, muchas de mis convicciones se han visto desafiadas por la clínica de pacientes severamente perturbados, y por los resultados de la investigación en neurociencia y en proceso y resultados en psicoterapia. Es conocido el hecho que la investigación no ha podido establecer diferencias significativas en los resultados de los distintos enfoques psicoterapéuticos y que los llamados factores comunes dan cuenta de al menos un 70% de la varianza de los resultados en psicoterapia. De acuerdo con los análisis más recientes, no más de un 8% de la varianza es explicada por intervenciones específicas, las que probablemente juegan un rol en los pacientes más graves.³ Traduciendo estos resultados a la clínica psicoanalítica, esto significa que, en contra de lo que podríamos llamar la “investidura narcisista de nuestras teorías y técnicas”, son los pacientes quienes hacen la mayor contribución al éxito de los tratamientos. Lo crucial para el destino de la cura parece ser la disposición y la capacidad del paciente para sacar lo mejor de su analista, ¡a veces hasta a pesar de sus errores! Al contrario, los pacientes más graves suelen hacer lo contrario, esto es, sacar lo peor de sus terapeutas; en estos casos la técnica usada cobra una importancia crucial. Además, como en diversas investigaciones lo probó Enrico Jones, recientemente fallecido, en este campo los nombres de marca suelen ser engañosos, pues los tratamientos psicodinámicos, incluyen conjuntos diversos de intervenciones, donde los terapeutas, además de aplicar estrategias consideradas como de naturaleza psicodinámica, en medida significativa también aplican intervenciones técnicas que habitualmente se asocian con otros enfoques, por ejemplo el cognitivo-conductual. En otras palabras, Jones mostró que existe una sobreposición significativa en la manera cómo terapeutas de distintas orientacio-

nes conducen los tratamientos, entre modelos teóricos que se asume corresponden a estrategias de intervención diferentes. Algo semejante puede colegirse de la idea, introducida en psicoanálisis por Joe Sandler, sobre el rol de las teorías implícitas que el analista pone en juego preconscientemente y que pueden alejarse de manera variable de las teorías que oficialmente se sustentan.

Con todo esto, quiero poner sobre la mesa un cierto escepticismo que me asalta cada vez que asisto a reuniones psicoanalíticas en las que se discute material clínico.

Hace varios meses Thomä nos envió a los participantes de este panel su escrito, del cual presentó un extracto el pasado jueves. Sobre la base de ese texto, y también del conocimiento que tengo de él, creo que su presentación esconde implícitamente un temor y una predicción sobre lo que debía suceder en los paneles subsiguientes que tomaron como punto de partida el material de Amalia. En la primera parte de su presentación Thomä nos advierte que su experiencia le enseña “that isolated microanalytic descriptions of reports about sessions, especially if they are just audio-taped and not annotated upon, do not lead to very fruitful discussions... The lack of consensus between analysts is often a result of the failure to take the colleague’s points of view seriously before thinking about alternatives.” La imposibilidad del consenso en psicoanálisis –y con ello la fragmentación o pseudo-pluralismo– tendría su origen en la falta de un marco de referencia previo que sea aceptado por todos los discutidores. Precisamente, es la carencia de este marco de referencia lo que pretende ser remediado a través de la construcción de metodologías de investigación clínica, conceptual y empírica en psicoanálisis. En su presentación, Thomä se esforzó en entregar antecedentes sobre su posición epistemológica y metodológica general y, en particular, sobre los problemas de los estudios de caso único y de los informes de tratamiento. También nos ofreció información sobre lo que él pensó al intervenir, mediante las “considerations” intercaladas en el transcripto. La falta de información sobre lo que sintió durante la sesión, es decir, sobre lo que podríamos llamar el campo de su contratransferencia –algo que probablemente muchos, entre los que me cuento, habrán echado de menos–, la justifica con su rechazo a lo que él llama el “contemporary countertransference subjectivism”, afirmación que no discutiré en este momento.

El temor que, sospecho, abriga Thomä frente a la discusión del material de Amalia es, precisamente, que sus puntos de vista no sean tomados en serio y que los distintos discutidores se abalancen a criticar sus inter-

³ Bruce E Wampold. *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. New Jersey: Erlbaum, 2001

venciones desde las teorías del cambio que cada uno privilegia y que, de este modo, no se discuta la presentación en sus propios términos, es decir, teniendo en la mira su coherencia interna. De acuerdo con su planteamiento epistemológico, la información sobre el marco de referencia constituye el contexto imprescindible para entender el texto. La predicción de la que hablo surge entonces naturalmente: Si entre los discutidores no existe una metodología o una disciplina compartida de discusión, como probablemente es el caso, entonces los resultados de este esfuerzo de intercambio entre analistas, ideado para el congreso por mi amigo Ricardo Bernardi, no tendrá por efecto otra cosa que demostrar, una vez más, la necesidad urgente de acordar metodologías que posibiliten controversias genuinas, es decir, discusiones donde las diferencias no se pretenda allanar con soluciones fáciles, como es la descalificación de la técnica del otro como no psicoanalítica o, en el otro extremo, con el planteamiento apaciguador de que todos estamos hablando de lo mismo –el famoso “common ground”–, aun cuando usemos metáforas diferentes.

Acto Segundo. Cambio de escenario. (Son las 7 de la mañana de hoy día, sábado 13 de marzo. Desperté hace más de dos horas con la cabeza llena de ideas que revolotean de manera desordenada. Con ellas se mezclan impresiones y emociones diversas, aún resuena en mis oídos la música de jazz escuchada anoche. Una cierta ansiedad me incita a sentarme frente al laptop para terminar la tarea encomendada. Mientras mi mujer duerme, escribo lo siguiente).

Primero quiero dar algunos datos, mínimos, sobre el desarrollo del clinical track. Además de éste, se realizaron 4 paneles. En el primero, después de una breve introducción hecha por Kächele, Thomä presentó el caso de una manera mucho más resumida que el documento que nos había mandado previamente. En ese panel se discutieron básicamente cuestiones metodológicas. En el segundo, la idea era discutir el material desde el punto de vista del pluralismo existente actualmente en psicoanálisis. El tercer panel se abocó a lo que llamaría la lectura francesa del material clínico. El cuarto intentó una lectura jungiana. A este último no pude asistir porque, como les habrá pasado a muchos, tuve una actividad simultánea que no podía dejar de lado. Gentilmente, Marcio Giovanetti me facilitó un resumen de los trabajos que allí se presentaron, material que temo no alcanzaré a integrar en estas conclusiones. Aquí surge una primera dificultad que enfrentamos a lo largo de estos paneles, que tiene que ver con la estructura

misma del congreso. Durante la discusión algunos hicieron notar el hecho que muchos de los que asistieron a los distintos paneles no conocían el material original aportado por Thomä, pues por diferentes razones no habían asistido a su presentación. Esto probablemente creó condiciones en la audiencia que dificultó escuchar los debates desde el punto de vista de la impresión particular que el material produce en cada uno de los que escuchan su presentación. Sin embargo, esta situación tuvo el efecto de dirigir el debate en otra dirección. Desde muy temprano quedó claro que la discusión se desarrollaría entre Thomä y los panelistas, donde los demás seríamos mucho más espectadores que participantes activos. Thomä escuchó atentamente desde la primera fila, y fue notorio cómo los panelistas lo miraban a él mientras hablaban. Thomä no se inhibió en intervenir y respondió preguntas, hizo aclaraciones y entró francamente en la discusión. Con esto se generó un ambiente intenso y por momentos emocionante. Así, la cuestión, planteada abiertamente, de si existía o no una comunidad psicoanalítica, a pesar de las reconocidas divergencias y dificultades de comunicación, fue respondida positivamente cuando Thomä, interpretando a muchos, dijo que se sentía cómodo en el debate, “at home” fueron sus palabras, escuchando los planteamientos de los colegas franceses, a pesar de lo ajenos que ellos sonaban. No puedo dejar de destacar que los panelistas mostraron en todo momento una disposición positiva hacia el material y su autor. La discusión fue respetuosa y, más aún, cariñosa, lo que no impidió que aparecieran las divergencias. Esto es importante pues el riesgo era caer en una suerte de supervisión pública donde, de regla, el supervisor se coloca en una posición superior y critica la técnica del presentador. Sólo una vez sucedió que un panelista mostró su perplejidad frente a la técnica usada por Thomä de una manera que, aun cuando respetuosamente, descalificaba por errónea, lo que llamó la “incapacidad de sostener la transferencia” que se manifestaba en el material de la sesión.

Pero es imposible discutir en detalle todas las variadas y ricas presentaciones que cada panelista nos ofreció en estos días. Por eso, en lo que sigue trataré de resumir el debate general, a través de los distintos paneles, siguiendo ciertas dimensiones generales, que creo atravesaron toda la discusión.

¿QUÉ ES UN MATERIAL CLÍNICO?

Es claro que cuando se trata de presentar material de análisis, donde existen cientos de sesiones, surge la pregunta de cómo reducir la complejidad de una manera que sea a la vez comprensible y que no introduzca

demasiada distorsión. En este sentido, podríamos preguntarnos si habría hecho alguna diferencia que la sesión no hubiera sido editada de la manera como lo fue si, por ejemplo, hubiéramos escuchado directamente la grabación, o se nos hubiera presentado otra sesión, por ejemplo, la primera o la última del tratamiento. ¿Qué es el material? ¿Cuáles son los datos: lo que el paciente dice o lo que el analista piensa que el paciente quiere decir? Es claro que Thomä aportó datos contextuales con la intención de al menos facilitar la comprensión de lo que él piensa sucedió en la sesión, pero la pregunta, si bien permaneció abierta en el debate, tiene una importancia crucial a la hora de definir el estatuto científico del psicoanálisis. A los datos científicos se les pide que sean públicos. Un ejemplo ayuda para entender el punto. En el Small Discussion Group sobre Depresión, Sidney Blatt presentó el reanálisis que hizo de los datos del estudio colaborativo sobre el tratamiento de la depresión realizado por Elkin en el NIMH de Estados Unidos. Contó que después de pagar algo más de US\$ 300, tuvo acceso a los datos originales y los reinterpretó, modificando de alguna manera las conclusiones del estudio original. ¿Podemos imaginarnos una situación semejante en psicoanálisis? Por otra parte, cuando un analista presenta material y extrae conclusiones, ¿está demostrando sus hipótesis o sólo ilustrando sus teorías las que, en este caso, no pasarían de ser sólo metáforas? En su presentación, Daniel Widlocher planteó que "a written case is not a clinical fact. It is used as kind of fiction which may be listened to otherwise. By exposing his or her own "listening"; the discussant proposes a new fiction". Me pregunto si con esta afirmación no estamos alejando al psicoanálisis del campo de la ciencia y lo acercamos al terreno, precisamente, de la ciencia ficción. En todo caso, sin que nadie pretendiera responder definitivamente estas preguntas, hubo un cierto consenso en que hay maneras de argumentar y de sustentar las hipótesis de modo de hacerlas más plausibles.

¿CÓMO DISCUTIR UN MATERIAL CLÍNICO?

Quizás ésta sea la pregunta más interesante en todo el track, pues creo que cada panelista se la tuvo que plantear previamente y darle una respuesta personal. En general, las aproximaciones trataron de guardar un equilibrio óptimo entre mirar el material desde la propia teoría e intentar acercarse a él desde su lógica interna, desde la coherencia existente entre la teoría que Thomä ofreció en su introducción y el desarrollo de la sesión según lo entendió cada panelista. En otras palabras, la mayoría trató de evitar, y creo que con éxito, la

tentación de supervisar públicamente el material. Me parece interesante destacar que discutir el material en sus propios términos supone un acercamiento empático, una suspensión temporal del juicio crítico para entender al autor, primero, en lo que él quiso decir. Esto es lo que sugiere el antiguo dictum escolástico, "credo ut intelligam", es decir, para entender a otro, primero debo creer en él: el primer momento del entendimiento encierra un acto de amor. Claro que el segundo dictum dice "intelligo ut credam", esto es, para creer en alguien también debo entender y para hacerlo, necesariamente debo recurrir a mis propias teorías y compararlas con las del autor en cuestión. Así, se forma un círculo de retroalimentación cognitivo emocional, de identificación y de desidentificación. Este círculo se mantuvo en movimiento durante los debates e impidió que se descalificara a Thomä, por ejemplo, por no hacer psicoanálisis sino simple psicoterapia. (Helmut, puedes estar tranquilo, tu temor de no ser tomado en serio, si es que existió y no fue sólo una mala interpretación mía, no llegó a ser realidad, sí fuiste tomado en serio.) Esa experiencia es para mí extraordinariamente importante, pues muestra que en la IPA las cosas han cambiado de manera notoria. No hace muchos congresos se discutió seriamente la utilidad de seguir presentando materiales clínicos cuya discusión no hacía más que ahondar las diferencias entre las distintas posiciones, trayendo consigo una pesada y desagradable atmósfera de no entendimiento y agresión. Creo que entienden a qué me estoy refiriendo. Pero esta vez también hubo otras dimensiones que aparecieron en la discusión del material. En el panel del psicoanálisis francés se trató de utilizar el material para establecer diálogos simultáneos entre la aproximación lacaniana y freudiana en el psicoanálisis francés, y entre el psicoanálisis francés y el norteamericano. En este sentido, se desplegó simultáneamente un debate comparativo entre teorías de la patogenia de distintos orígenes, por ejemplo a propósito del concepto de envidia del pene. Este debate paralelo inevitablemente alejó la discusión del material agregando una dificultad adicional de entendimiento a quienes seguíamos el debate.

LA RELACIÓN DE LA TEORÍA CON LA PRÁCTICA EN PSICOANÁLISIS

Es decir, el problema de la técnica de tratamiento. Se supone que esta cuestión es la central en este panel de conclusiones, pues su título dice "qué y cómo cambió en el caso Amalia". Por cierto, es aquí donde encuentro las mayores dificultades para ofrecer a Uds. un comentario suficientemente elaborado que haga justicia a la

riqueza del debate. Tengo la sensación de que simplemente no estaré a la altura. A mi entender, esta cuestión está en el centro de la discusión moderna sobre el carácter científico del psicoanálisis, y de la crisis del consenso al interior del movimiento psicoanalítico. Por años la discusión psicoanalítica pública pareció partir de la base que la técnica era deducible desde la teoría. Sin embargo, la proliferación de teorías y la impresión de que los pacientes se mejoraban importando poco la teoría de sus analistas, ha llevado a poner en duda el carácter biunívoco de la relación entre teoría y práctica en psicoanálisis. Alain Vanier, en su discusión del caso desde un punto de vista lacaniano, se preguntó al final, de manera simpática, sobre si acaso tenía finalmente alguna importancia toda la teoría que había elaborado a la hora del despliegue efectivo de la cura en Amalia. O sea, la pregunta puesta de manera directa: ¿Por qué el análisis funciona —y creemos que sí funciona—, a pesar de las enormes diferencias teóricas y de aproximaciones técnicas que hacen del psicoanálisis actual un abanico de diversidades? Otros colegas afirmaron, siguiendo a Lacan, que el análisis cura a pesar del analista. ¿Qué significa esto? ¿Cómo entenderlo? ¿Cuál es entonces el estatus de nuestras teorías? ¿Para qué tanto esfuerzo y tanta exhuberancia? En todo caso, una cuestión preliminar. Reconocer la realidad de la ruptura entre la teoría y la práctica, aun cuando nos enfrenta a problemas epistemológicos y metodológicos gigantes, ha significado que finalmente nos hemos liberado del dogmatismo que parecía ser la regla durante décadas pasadas. El dogmatismo sólo podía ser sostenido por una estructura autoritaria en las instituciones analíticas. En este punto, quiero hacer un comentario sobre algunos efectos problemáticos de la institución del análisis didáctico. Daniel Widlocher, de una manera que todos apreciamos, por su honestidad, nos dijo que para él el panel sobre el psicoanálisis francés, en especial la discusión sobre Lacan, era particularmente importante. Contó que, como ex analizado de Lacan, sólo desde hace pocos años se siente con la suficiente distancia para pensar sobre el impacto de Lacan y de sus teorías sobre él. En el pasillo comentamos con Thomä si esto no era un problema general de los análisis didácticos, es decir, la dificultad de los analizados de realmente poder pensar de manera creativa e independiente de sus propios analistas.

¿QUÉ PODEMOS DECIR ACERCA DE QUÉ Y CÓMO CAMBIÓ EN EL CASO AMALIA?

Aquí me pareció que hubo consenso en que la sesión presentada muestra lo que habitualmente llamamos un

proceso psicoanalítico en marcha. De diversas maneras se destacó que la sesión muestra dos movimientos dialécticamente relacionados. El primero es el movimiento hacia el entendimiento mutuo. Amalia hace esfuerzos por entender y trabajar con las interpretaciones de su analista y, a su vez, su analista toma las comunicaciones de Amalia, intenta comprenderlas. Pero aquí se produce una ruptura y es que, al tomar las comunicaciones de la paciente, Thomä las inserta en otro contexto, en un nuevo contexto. Aquí la paciente no se siente entendida. Este hecho, observado por casi todos, planteó un problema que tiene que ver con el concepto técnico de abstinencia, con la idea de “sostener la transferencia”. Es el antiguo debate entre interpretación y experiencia emocional. Alguien dijo que la técnica de Thomä mostraba una integración entre Strachey y Loewald, es decir, un trabajo interpretativo que de alguna manera se continúa con la construcción de una experiencia emocional intersubjetiva nueva que posibilita el cambio. Este cambio de registro constituye entonces el segundo movimiento, de no entendimiento. Sin embargo, como también se planteó, Thomä parece estar totalmente consciente de esto y del carácter conjetural de sus interpretaciones y está dispuesto a reconocer sus eventuales errores, y de hecho, lo hace en la sesión. Además, durante la discusión, derechamente planteó que él creía que ése era precisamente el efecto curativo. Creo que esto le da un carácter relacional a la técnica de Thomä. Desde el punto de vista ventajoso que me da el mayor conocimiento que tengo de él, puedo decir que aquí veo una línea genealógica que se remonta hasta Ferenczi, no en vano Thomä se analizó con Balint, aun cuando sea posible establecer las diferencias con este último. El trabajo analítico que Thomä nos muestra tiene mucho de lo que se ha llamado una técnica activa. Es curioso, pero aquí se produce una paradoja. Alguien me comentó estos días que la técnica de Thomä en el caso Amalia no era democrática pues intervenía demasiado trayendo nuevos significados que no estaban en el material de la paciente. Sin embargo, y aquí la paradoja, mi sensación es la contraria. El hecho de que Thomä coloque las asociaciones de Amalia en un contexto diferente, más benigno y que a pesar de los desencuentros ésta sea capaz de asimilarlos y finalmente hacerlos suyos y que, simultáneamente, Thomä reconozca que hace eso y esté dispuesto a corregir sus inevitables errores, creo que le da precisamente una cualidad que, sin dejar de sostener permanentemente a Amalia, le da acceso a pensar de una manera finalmente independiente y a reconocer que su analista no es omnisciente. Sé que para Thomä una técnica que se limite sólo a “sostener la transferencia” corre el grave riesgo de crear condicio-

nes de retraumatización de los pacientes, de reproducir el abandono traumático originario. En este punto se produjo un debate en clave lacaniana acerca del Sujeto Supuesto Saber y la cuestión de si trabajar en el registro imaginario y/o simbólico. En este sentido concuerdo con Daniel Widlocher, quien planteó que los analistas, y éstas son mis palabras no las suyas, debemos desplegar el registro imaginario hasta sus últimas consecuencias, dejando el acceso al nivel simbólico como un logro del paciente. En este sentido, si entiendo bien, finalmente Amalia cambió porque pudo entrar imaginariamente en la idealizada cabeza de su analista, también porque su analista creó condiciones para que esto sucediera sin ser destruido en el intento, para terminar descubriendo que en su interior no estaba aquello que ella deseaba tan fervientemente. Vino así la desilusión y con ello el crecimiento mental.

Para terminar, quiero agregar una última impresión. Me llamó mucho la atención la enorme discrepancia existente en los debates entre la exhuberancia de las teorías aportadas por los distintos panelistas y la poca atención dedicada al análisis más en detalle de la sesión y de la técnica empleada. Por momentos, las intervenciones subían a las mayores alturas metapsicológicas y

en esa misma medida se alejaban de la concreta realidad de la interacción entre Amalia y su analista. Finalmente, quiero expresar mi alegría y agradecimiento por haber tenido el privilegio de participar en este apasionante juego de repasar las discusiones anteriores y de simultáneamente formar parte de un justo reconocimiento a la obra de un psicoanalista como Helmut Thomä quien, a lo largo de 50 años ha construido un legado sólido, de libertad y de disciplina reflexiva, que generosamente ha ofrecido a muchas generaciones de psicoanalistas, entre los cuales me cuento. He sido testigo de que este largo camino recorrido lo llevó a momentos de doloroso asilamiento, durante los cuales se sostuvo gracias a su amor a la verdad y al psicoanálisis. Pero lo que más aprecio en él y que probablemente es aquello que a los 83 años lo mantiene tan joven, es su indomable espíritu de pensador independiente, alguien que nunca ha evitado llevar las controversias hasta el final. Como lo experimentó Amalia, Helmut es alguien capaz de sostener a "kind of a fight to a finish" sosteniendo en una mano el cuchillo de la agudeza intelectual, y manteniendo la otra mano abierta, siempre dispuesta a entregar el soporte necesario para continuar la lucha. Gracias, Helmut, y gracias a todos por su atención.⁴

⁴ El 6 de mayo de este año, el mismo día en que se celebraron los 150 años desde el nacimiento de Sigmund Freud, Helmut Thomä cumplió 85 años de edad. Con motivo de ello, la Universidad de Leipzig le otorgó el título de Dr. Honoris Causa. En plena actividad intelectual, el prof. Thomä es considerado actualmente como el psiquiatra psicoanalista más influyente de habla alemana (N. del E).

PERSPECTIVAS

EL PSICOTERAPEUTA COMO NEUROCIENTÍFICO ¿HACIA UN NUEVO PARADIGMA?

(Rev GU 2006; 2; 2: 171-177)

Alberto Botto¹

El desarrollo del conocimiento neurocientífico ha permitido la exploración de diversas áreas de especial interés para la psicoterapia, tales como la memoria, el aprendizaje y los sustratos biológicos de las emociones, el apego y la intersubjetividad (1-3). El estudio de los sistemas emocionales desde una perspectiva integradora entre cerebro, mente y conducta ha dado paso a la elaboración de una *neurociencia afectiva* a partir de la cual se ha intentado comprender ciertos fenómenos psicopatológicos como la angustia, la depresión, la esquizofrenia o el autismo (4). Por lo tanto, es posible que a corto plazo sea necesario plantear una *psicoterapia neurobiológicamente informada* (5) que refleje la naturaleza dinámica de la interacción entre los genes y el ambiente.

Hoy en día se sabe que el cerebro es un sistema en constante actividad basado en redes neuronales capaces de organizarse en estructuras funcionales más complejas (6, 7). En ese sentido, procesos como la neurogénesis y la plasticidad neuronal son actualmente objetivo de múltiples investigaciones (8-10). Sin embargo, dichas funciones sólo pueden entenderse en el contexto de una relación permanente entre naturaleza (genes), ambiente e influencias del desarrollo (11). El modo en que ocurre dicha interacción ha sido estudiado en diversos modelos animales. Kandel (12) demostró, en una serie de innovadores experimentos con el caracol marino *Aplysia californica*, cómo las conexiones sinápticas pueden ser modificadas por la regulación de la expresión génica a través del aprendizaje desde el ambiente. Siguiendo este modelo, el autor plantea

que la psicoterapia produciría cambios similares en las sinapsis y enumera cinco principios básicos (13) que se resumen a continuación: 1. Todos los procesos mentales, incluso los más complejos, derivan de operaciones cerebrales. 2. Los genes y sus productos (las proteínas) son determinantes en el patrón de conexiones entre las neuronas y ejercen un control significativo sobre el comportamiento (normal y patológico). 3. La alteración genética por sí misma no explica el origen de las enfermedades mentales. También contribuyen factores sociales (ambientales) y del desarrollo. Dichos factores (incluido el aprendizaje) son capaces de modificar la expresión génica y, por lo tanto, la función de las células nerviosas. 4. Los cambios en la expresión génica inducidos por el aprendizaje ocasionan cambios en el patrón de conexiones neuronales. 5. Dado que la psi-

¹ Departamento Psiquiatría Oriente Universidad de Chile.

coterapia es efectiva y produce cambios conductuales perdurables es probable que, tal como ocurre con el aprendizaje, ocasione cambios en la expresión génica que modifiquen las conexiones sinápticas y la estructura cerebral.

Por lo tanto, si la psicoterapia es conceptualizada como un tipo de aprendizaje entonces es esperable que a través de un efecto neurobiológico sea capaz de modificar la expresión génica y, en consecuencia, las conexiones sinápticas, redes neuronales y estructuras cerebrales.

NEUROANATOMÍA DEL CEREBRO EMOCIONAL: EL SISTEMA LÍMBICO

En la década de 1970 el neurocientífico Paul McLean elaboró un modelo del desarrollo cerebral humano basado en la conservación de estructuras evolutivamente más primitivas a través de su modificación hacia nuevas y más complejas funciones (4,14). De esta manera describió el cerebro humano como un sistema filogenético constituido por tres partes que reflejarían nuestra relación con los reptiles y los mamíferos inferiores. El núcleo de esta estructura estaría dado por el *cerebro reptiliano* (ganglios basales), responsable de la activación, alerta, homeostasis, y tendencias instintivas básicas como la dominancia, sexualidad y exploración, todas relacionadas con la sobrevivencia. Sobre éste se desarrollaría el *cerebro paleomamífero* que correspondería al sistema límbico y que estaría relacionado con los procesos de memoria, aprendizaje y emociones, en interacción con sistemas motivacionales innatos responsables de la formación de vínculos y el apego. Finalmente, la última capa correspondería al *cerebro neomamífero*, conformado por la corteza cerebral y una porción del cuerpo caloso y se asociaría con las funciones cognitivas superiores, el pensamiento consciente y la comunicación verbal.

Aunque el concepto de "sistema límbico" fue desarrollado previamente por el propio McLean en 1952, hasta hoy su definición es fuente de controversia. En términos generales, se conoce como sistema límbico a una serie de estructuras dentro de las que se incluyen las circunvoluciones del cuerpo caloso e hipocampo (que en conjunto forman la *corteza límbica*), la formación del hipocampo (constituida por el hipocampo, la circunvolución dentada y el complejo subicular), el cuerpo amigdaliano, el área septal, los cuerpos mamilares, hipotálamo y ciertas áreas talámicas (núcleo talámico anterior) y corticales relacionadas. Sus principales funciones se relacionan con el control de las emociones, la memoria y la conducta. Así, además de proveer

un control sobre el comportamiento elaborado por el *cerebro reptiliano*, el sistema límbico contribuye a generar las emociones básicas que median las conductas sociales como los cuidados maternos, el estrés de separación y los diversos patrones de apego (4).

MEMORIA Y PLASTICIDAD NEURONAL

El desarrollo del cerebro humano es un proceso altamente dinámico que persiste durante toda la vida. La multiplicidad de fenómenos que ocurren desde antes del nacimiento hace de las neuronas y sus sinapsis estructuras plásticas, maleables y modificables. Eventos como la mielinización, la sinaptogénesis o la arborización dendrítica y axonal ocurren hasta el final de la vida adulta (15).

La mayoría de las neuronas está formada hacia el término del segundo trimestre de la vida prenatal. La migración neuronal se inicia luego de algunas semanas después de la concepción y se completa después del nacimiento. A pesar de que el desarrollo del cerebro es más dinámico en la vida intrauterina que en etapas posteriores, ciertos fenómenos persisten durante toda la vida. Al contrario de lo que se pensaba, reportes recientes han demostrado que la neurogénesis puede ocurrir durante el periodo postnatal (9,16) junto a otros fenómenos como la necrosis y la apoptosis (muerte celular programada). De hecho, más del 90% de las neuronas originadas en la vida fetal son eliminadas luego del nacimiento, mientras otras son continuamente modificadas a través del control genético sobre factores de crecimiento como ocurre en el proceso de poda (pruning) dendrítica (17).

Todos estos fenómenos están regulados por una intrincada maquinaria biológica de factores neurotróficos (factor de crecimiento neuronal, factores proapoptóticos y antiapoptóticos, factor neurotrófico glial, neurotrofinas, etc.) que pueden actuar modificando la estructura y función neuronal, gatillando la muerte celular o favoreciendo el fenómeno de neuroprotección. Por otra parte, una serie de sustancias (distintas a los neurotransmisores) como las moléculas de adhesión (PSA-NCAM, NCAM, integrinas, lamininas, tensinas, proteoglicanos, etc.) participan en otros procesos como la migración celular. Las neurotrofinas no sólo regulan la selección neuronal sino también el desarrollo del axón y de las arborizaciones dendríticas en términos de cuál será su destino y con qué conexiones se integrarán para formar las redes neuronales y luego las estructuras funcionales del cerebro.

Se estima que en el cerebro humano existirían cerca de 100 mil millones de neuronas con capacidad

para establecer más de 100 billones de sinapsis. Este proceso puede ser descrito en base a tres dimensiones: espacio, tiempo y función (15). En toda sinapsis existe un espacio sináptico donde se efectúa el complejo dinamismo entre neurotransmisores, receptores, bombas de recaptación y sistemas enzimáticos de metabolización. El espacio sináptico, sin embargo, puede carecer de límites precisos, como se ve en ciertos casos de neurotransmisión a distancia por difusión del neurotransmisor a través del intersticio. En relación al tiempo de la neurotransmisión es posible reconocer dos tipos de mecanismos: los de inicio inmediato (como se ve en la neurotransmisión asociada a canales iónicos, por ejemplo GABA o glutamato) y los de inicio tardío (neurotransmisores que interactúan con receptores de membrana asociados al sistema de proteína G como la serotonina y la dopamina). Estos últimos se han denominado neuromoduladores. La tercera dimensión sináptica (función) se relaciona con todos los eventos moleculares y celulares que ocurren en respuesta a la acción del neurotransmisor. En ese sentido se han descrito fenómenos presinápticos (síntesis, transporte y liberación del neurotransmisor) y postsinápticos (unión al receptor, acción sobre canales iónicos, primeros mensajeros, segundos mensajeros, síntesis de DNA, etc.).

El mayor número de sinapsis (más que en cualquier otra etapa de la vida) se encuentra presente en el cerebro a la edad de 6 años. Durante los siguientes 5-10 años y en la adolescencia son removidas sistemáticamente alrededor de la mitad de las conexiones presentes en etapas anteriores por medio de la poda neural. Este proceso está determinado y regulado genéticamente para que se seleccionen las redes neuronales más útiles en términos adaptativos y se eliminen las menos necesarias para el desarrollo. Sin embargo, una inadecuada selección puede dar origen a trastornos del neurodesarrollo como la esquizofrenia o el trastorno por déficit atencional e hiperactividad (18,19).

La neurobiología molecular ha demostrado que el material genético de la neurona es responsable de la producción de proteínas, receptores y neurotransmisores, los que pueden ser regulados por distintas circunstancias. A lo largo de la vida las neuronas están en forma permanente en un proceso dinámico de modificación de sus conexiones sinápticas en respuesta al aprendizaje, experiencias de vida, programación genética, drogas y enfermedades (20).

En términos generales los fenómenos de plasticidad sináptica pueden ser clasificados en tres formas (1): 1. Potenciación a Largo Plazo (Long-term potentiation, LTP) mediada por la activación del receptor N-metil-D-aspartato (NMDA); 2. Potenciación a Largo Plazo me-

diada por la activación de los canales de calcio voltaje-dependientes, y 3. Depresión a Largo Plazo (Long-term depression, LTD) mediada por el receptor NMDA.

En la actualidad la LTP podría corresponder al mejor modelo de memoria existente (21). De especial importancia es la distinción establecida por la neurociencia cognitiva entre los sistemas de memoria implícito y explícito ya que ambos tendrían una función y un sustrato biológico específicos. Mientras la memoria explícita se relaciona con hechos y eventos que pueden ser recordados conscientemente, la implícita se asocia con información inconsciente sobre habilidades, conductas y emociones basadas en patrones relacionales establecidos en la infancia. La primera tendría su sustrato en el sistema límbico (especialmente en el hipocampo) y la segunda en los ganglios basales, cerebelo y amígdala. La existencia de una memoria implícita daría cuenta de los fenómenos inconscientes basados en patrones vinculares y relaciones de apego que luego pudieran devenir en conductas desadaptativas o cuadros psicopatológicos más definidos. Estos mismos patrones se reeditarían en la relación terapéutica y podrían ser la base de la transferencia (14).

NEUROBIOLOGÍA Y ESTRÉS

En 1992, Post (22) describió la manera en que el estrés psicosocial incide en el desarrollo de episodios afectivos, especialmente durante las primeras fases de la enfermedad, analogándolo al modelo del *kindling*. En éste se plantea que fenómenos inicialmente gatillados por un estímulo externo supraumbrales, luego de un tiempo aparecen con estímulos subumbrales y, finalmente, en forma espontánea.

Los eventos estresantes son capaces de inducir el proto-oncogen c-fos en diversas áreas cerebrales como el hipocampo y la amígdala. Este fenómeno suele ocurrir en forma relativamente temprana (minutos-horas) y ser el paso inicial de una serie de cascadas neurobiológicas cuyas consecuencias estarán asociadas con cambios a largo plazo. Pareciera que la inducción de c-fos desencadenaría la inducción o supresión de una variedad de factores como péptidos, neurotransmisores, factores de crecimiento, receptores y proteínas, los que generarían modificaciones a largo plazo en la estructura y función sináptica, asociados a cambios en ciertas sustancias y hormonas como la somatostatina, el factor liberador de tirotrófina (TRH), encefalinas, y la hormona liberadora de corticotrofina (CRH). Es importante destacar que en este proceso existiría una secuencia temporal dada por eventos inmediatos (milisegundos) como la liberación de neurotransmisores, mediatos (segundos-horas)

como la acción de segundos mensajeros, activación de c-fos y otros factores de transcripción, y tardíos (días-meses-años) como cambios en la plasticidad y modificaciones estructurales de las redes neurales.

Basados en estas observaciones es posible delinear la manera en que el estrés psicosocial es capaz de ocasionar cambios a largo plazo en el organismo. Diversos factores influyen en este fenómeno, como el tipo, calidad, intensidad y duración del estresor. En ese sentido eventos adversos relacionados con pérdida y separación se han asociado al desarrollo de cuadros depresivos y a su recurrencia. Así, cada episodio afectivo aumentaría la vulnerabilidad a desarrollar otro, incluso en ausencia del estresor (22-24).

Por otra parte, como lo demostró Kandel (12, 21) las respuestas a largo plazo frente al estrés pueden ser traducidas no sólo en procesos bioquímicos sino también en cambios estructurales (microanatómicos). Diversos estresores son capaces de producir una *down-regulation* en la expresión de factores neurotróficos, en especial del Factor Neurotrófico Cerebral (FNT), aumentando la vulnerabilidad neuronal y disminuyendo la proliferación celular, por ejemplo, en el hipocampo (25, 26). Además, alteran el balance dinámico entre aumento y disminución de la conectividad sináptica, favoreciendo la LTD. En ese sentido, existiría una compleja relación entre la actividad sináptica pasada y actual, la que controlaría las propiedades plásticas de las redes neurales (la denominada *metaplasticidad*, es decir, la capacidad de cambio de la propia plasticidad). En estos procesos los niveles de calcio intracelular, regulados por receptores excitatorios (glutamato), tendrían un importante papel. Así, la LTD se asociaría con bajos niveles de calcio, la LTP con altos niveles y, finalmente la excitotoxicidad celular con muy altos niveles de calcio. En ese sentido, existiría un *continuum* desde la función celular normal, pasando por la disfunción celular hasta llegar a la muerte celular (15, 25).

En la regulación de estos fenómenos participan diversos sistemas, donde la función endocrina es fundamental. Así, se piensa que los glucocorticoides (cuya síntesis aumenta en situaciones de estrés) podrían tener algún efecto sobre el hipocampo y los mecanismos de plasticidad, aunque los estudios no son completamente concluyentes (27, 28). Sin embargo, en ratas es posible que niveles elevados de corticosterona bloqueen la inducción de LTP y faciliten la de LTD, además de disminuir la expresión de FNC (25).

Como se mencionó, cualquier cambio en la conducta, cogniciones o emociones requiere de una variedad de procesos relacionados con la neuroplasticidad. En ese sentido todo tratamiento que busque una modi-

ficación en estas áreas deberá actuar sobre la dinámica del funcionamiento cerebral. Continuando con el modelo de la memoria, se ha planteado que la psicoterapia constituiría una nueva relación de apego cuya finalidad sería regular la homeostasis afectiva y reestructurar los patrones desadaptativos actuando sobre la estructura neural del sistema implícito (1, 2, 14). En ese sentido, la psicoterapia actuaría creando un ambiente propicio para el aprendizaje y el cambio (29). Adicionalmente esta perspectiva enfatizaría la importancia de la relación terapéutica como vehículo de cambio. No hay que olvidar que, como apunta Gabbard (30), los principios psicoterapéuticos son esenciales para cualquier relación médico-paciente.

LOS EFECTOS NEUROBIOLÓGICOS DE LA PSICOTERAPIA

Los análisis por neuroimágenes han permitido observar y caracterizar los cambios cerebrales tanto funcionales como anatómicos que ocurren luego de alguna intervención terapéutica. Aunque la mayoría de los estudios se han desarrollado especialmente en el campo de la psicofarmacología, en el último tiempo el análisis de los efectos neurobiológicos de la psicoterapia ha despertado el interés de clínicos e investigadores (3, 31).

A pesar de que la metodología utilizada aún es heterogénea y dificulta los análisis comparativos (por ejemplo al intentar estandarizar cada tipo de tratamiento), actualmente existe evidencia empírica sobre los efectos neurobiológicos de la psicoterapia.

La mayoría de los estudios han sido efectuados en pacientes con diagnósticos de T. Obsesivo-Compulsivo (TOC), Fobias y Depresión, utilizando Psicoterapia Conductual (PC), Psicoterapia Cognitivo-Conductual (PCC) y Psicoterapia Interpersonal (PIP). Las técnicas de neuroimagen empleadas han sido diversas. En general, éstas proporcionan índices de actividad cerebral medida a través del metabolismo de la glucosa o del Flujo Sanguíneo Cerebral (FSC). Aunque la relación entre el metabolismo de la glucosa o el FSC y la actividad neuronal permanecen en controversia, los términos "actividad cerebral", "actividad metabólica" o "actividad hemodinámica" suelen ser utilizados indistintamente como sinónimos. Las técnicas ocupadas con mayor frecuencia incluyen la Resonancia Magnética Funcional (RMF), la Tomografía por Emisión de Positrones (PET), y la Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Simple (SPECT) (31).

Los primeros estudios por neuroimágenes que evaluaron los efectos de la psicoterapia fueron desarrollados por Baxter *et al.* (32) y Schwartz *et al.* (33) a partir

de 1992. Dichos autores demostraron que tanto la psicoterapia (conductual) como la fluoxetina produjeron una disminución del metabolismo de la glucosa en el núcleo caudado derecho en pacientes con diagnóstico de TOC.

Furmark *et al.* (34) reportó una mejoría sintomática asociada con una disminución del flujo sanguíneo cerebral en la amígdala, hipocampo, corteza periamigdalina y parahipocampal en pacientes con diagnóstico de fobia social tratados con citalopram o PCC.

En un estudio de 28 pacientes con diagnóstico de depresión mayor Martín *et al.* (35) comparó los efectos de la PIP y la venlafaxina sobre el FSC utilizando SPECT. En ambos grupos de pacientes se observó una mejoría clínica asociada a un aumento del FSC en los ganglios basales derechos. Sin embargo, el grupo tratado con IPT mostró, además, un incremento de la actividad en la región posterior del cíngulo derecho. Siguiendo con el análisis de la PIP, Brody *et al.* (36) comparó sus efectos con paroxetina a través de PET, encontrando una disminución del metabolismo cortical prefrontal dorsal y ventral asociado a un incremento en las regiones límbicas y paralímbicas.

Por su parte Van der Kolk (37) demostró un aumento del metabolismo prefrontal y una disminución de la activación del sistema límbico medido con SPECT en pacientes con diagnóstico de T. por Estrés Postraumático tratados con Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR).

Un interesante estudio fue desarrollado por Goldapple *et al.* (38), quien utilizando PET en pacientes con depresión tratados con PCC o paroxetina observó que, siendo ambas estrategias eficaces, actuaron en distintas regiones cerebrales. Mientras la PCC se asoció con una disminución del metabolismo en regiones frontales (especialmente prefrontales) y un aumento del metabolismo en el sistema límbico (hipocampo, giro hipocámpico y giro cingulado dorsal), la paroxetina mostró el efecto opuesto. Este fenómeno sugeriría la existencia de un objetivo de acción diferente para cada tipo de tratamiento. Así, la PCC estaría basada en mecanismos "top-down" corticales (*de arriba hacia abajo*) y la farmacoterapia en mecanismos "bottom-up" subcorticales (*de abajo hacia arriba*) Esto significa que la primera tendría su foco primario en la modificación de cogniciones disfuncionales (en un nivel *alto*, es decir, cortical) y luego en el control de los síntomas emocionales, vegetativos y psicomotores (en un nivel *bajo*, es decir, sistema límbico y ganglios basales); mientras la segunda actuaría del modo inverso. De esta manera es posible entender el cerebro como un órgano en constante transformación, cuya organización en redes neuronales

opera en múltiples niveles y direcciones. Visto desde esta perspectiva, la transformación vía "top-down" implicaría el paso desde la experiencia cognitiva y subjetiva hacia el nivel neuroquímico y la "bottom-up" el paso desde la función neuroquímica subcortical (objetivo de los fármacos) hacia un cambio en la experiencia anímica subjetiva y la cognición.

Algo similar fue reportado por Mayberg *et al.* (39). Al estudiar la neuroanatomía funcional del efecto placebo en pacientes depresivos (medida a través de cambios en el metabolismo de la glucosa cerebral), el autor observó que dicho efecto comprometió especialmente áreas corticales mientras que la fluoxetina actuó en áreas límbico-subcorticales. De esta manera sería posible entender la transformación de procesos psicológicos en biológicos y viceversa.

Finalmente, Joffe *et al.* reportó que la PCC tendría un efecto similar al de los antidepresivos en el eje tiroideo (40).

Aunque no existe evidencia directa de que la psicoterapia estimule la plasticidad cerebral, sí es posible hipotetizar dicho mecanismo por muchas razones. El aprendizaje procedural en psicoterapia podría influir sobre la estructura y función del cerebro modificando la plasticidad sináptica y la expresión génica (12). Habría evidencia que esta última podría ser regulada por experiencias emocionales, por ejemplo a través de la activación de la expresión de genes tempranos promotores del crecimiento y maduración neural (5). Se ha postulado que, durante la psicoterapia, el proceso de exploración y aprendizaje incrementaría la formación de sinapsis, lo cual ha sido demostrado en modelos animales. Diversas observaciones en ratas han evidenciado que la estimulación ambiental se asocia con un aumento del peso cerebral, número de células gliales, número de sinapsis, densidad dendrítica, cuerpos neuronales y tamaño nuclear (1, 17, 29).

Quizás uno de los temas más interesantes en el estudio de la neurobiología de la psicoterapia sea el efecto diferencial de los distintos tipos de psicoterapia. Pareciera que el impacto cerebral varía según las características de cada intervención. Así, por ejemplo, la psicoterapia conductual tendría un efecto especialmente importante en áreas como la amígdala, los ganglios basales y el hipocampo, cuya función se asocia con el aprendizaje, la memoria y las conductas motoras. Por su parte, la psicoterapia cognitiva tendría su foco en el reconocimiento y modificación de distorsiones en los esquemas cognitivos relacionados con el funcionamiento de la neocorteza, específicamente del área frontal. Finalmente la psicoterapia dinámica tendría como objetivo la elaboración de representaciones

internalizadas desadaptativas organizadas en torno a afectos, pensamientos y conductas cuyos sustratos neurobiológicos se encontrarían en áreas subcorticales y en complejos circuitos que involucrarían la lateralización de los hemisferios cerebrales (1, 2, 6, 7, 14, 29).

CONCLUSIONES

Pareciera que la distinción dualista entre tratamientos “psicológicos” y “somáticos” ya no cuenta con un fundamento conceptual ni empírico.

Hoy en día las enfermedades mentales sólo pueden ser entendidas desde una perspectiva integradora donde se incluyan al menos estos cuatro elementos: 1. La vulnerabilidad genética para la expresión de una enfermedad; 2. La presencia de estresores o eventos vitales adversos; 3. Las características propias de la personalidad del individuo, estrategias de enfrentamiento y soporte social; y 4. Otras influencias ambientales para la persona o su genoma (como virus, toxinas u otras enfermedades). Según este modelo los fenómenos psicopatológicos estarían determinados por la interacción (en distintas proporciones) de los mencionados elementos. Así, un mínimo estresor que actúe sobre un genoma altamente vulnerable (biológicamente determinado) será capaz de desencadenar un proceso patológico como la esquizofrenia. Por el contrario, un estresor muy intenso podrá dar origen a un trastorno de estrés post-traumático incluso en alguien que presente una escasa vulnerabilidad biológica en su DNA (11, 15).

Aunque aún permanece en el campo de las posibilidades, a futuro, los modelos neurobiológicos podrían ser útiles en el diseño de intervenciones psicoterapéuticas específicas. Así como la actividad del giro cingulado anterior en pacientes depresivos sería un factor predictor en la respuesta a inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, desde un punto de vista psicoterapéutico podría ser importante contar con una evaluación neurobiológica (anatómica y/o funcional) con la finalidad de decidir qué tipo de psicoterapia sería mejor para cada paciente (2). Desde un punto de vista clínico los hallazgos neurocientíficos han permitido realizar un análisis diferencial de los correlatos neuroanatómicos de los elementos constituyentes de ciertos cuadros, como el síndrome depresivo, y se espera contar con estudios más detallados que permitan definir las redes neuronales y los sistemas neurotransmisores específicos que se asocian con una determinada manifestación psicopatológica (41).

Para algunos el impacto de la neurociencia ha sido de tal magnitud que en poco tiempo será necesario rediseñar los planes de entrenamiento para neurólogos y

psiquiatras (18) donde el acercamiento entre biología y psicoterapia permita enriquecer ambas disciplinas. Para Kandel (29) en los próximos años los principales avances provendrán de la identificación (y caracterización en modelos animales) de los genes que hacen a las personas vulnerables a desarrollar diversas enfermedades mentales. Una segunda prioridad será el desarrollo de una nueva neuropatología psiquiátrica, basada en el reconocimiento de moléculas específicas en regiones específicas del cerebro que otorguen una vulnerabilidad para una enfermedad particular. Finalmente, el desarrollo tecnológico permitirá contar con neuroimágenes cada vez más especializadas y, por lo tanto, capaces de medir en distintos niveles los cambios anatómicos del cerebro de los pacientes antes y después de los tratamientos.

Una visión integradora de la enfermedad mental no sólo posibilitará una mejor comprensión de cada paciente sino que además permitirá elegir qué tratamiento (y específicamente qué tipo de psicoterapia) será más efectivo para ese paciente en particular.

En conclusión, es posible plantear que toda psicoterapia correspondería a una neuropsicoterapia ya que, de una u otra forma, su acción modificará estructuras y funciones cerebrales. A pesar de lo anterior, no es posible reducir su efecto a un plano puramente biológico. Todo cambio psicoterapéutico se da en el contexto de una relación intersubjetiva y es en ese terreno donde cabe la posibilidad de pensar una integración entre el cuerpo (el cerebro) y la mente.

REFERENCIAS

1. Liggan D, Kay J. Some Neurobiological aspects of psychotherapy. A Review. *J Psychoter Pract Res* 1999; 8: 103-114
2. Fuchs T. Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue. *Curr Opin Psychiatry* 2004; 17: 479-485
3. Andreasen N. Linking mind and brain in the study of mental illnesses: A project for a scientific psychopathology. *Science* 1997; 275: 1586-1593
4. Panksepp J. *Affective Neuroscience. The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press, New York, 1998
5. Gabbard G. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 117-122
6. Damasio A. *El error de Descartes*. Editorial Andrés Bello, Santiago de Chile, 1996
7. LeDoux J. *Synaptic Self. How our brains become who we are*. Penguin Books, New York, 2003
8. Nowakowski R, Hayes N. New neurons: extraordinary evidence or extraordinary conclusion? *Science* 2000; 288: 771a
9. Eriksson P, Perfilieva E, Björk-Eriksson T, Alborn A, Nordborg C, Peterson D *et al*. Neurogenesis in the adult human hippocampus. *Nature Medicine* 1998; 11: 1313-1317
10. Gould E, Reeves A, Graziano M, Gross Ch. Neurogenesis in the cortex of adult primates. *Science* 1999; 286: 548-552

11. Rutter M. The interplay of nature, nurture and developmental influences. *Arch Gen Psych* 2002; 59: 996-1000
12. Kandel E. Psychotherapy and the single synapse. *N Engl J Med* 1979; 301: 1028-1037
13. Kandel E. A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 457-469
14. Cozolino L. *The neuroscience of psychotherapy. Building and rebuilding the human brain*. W.W. Norton & Company, New York, 2002
15. Stahl S. *Essential Psychopharmacology. Neuroscientific basis and practical applications*, Second Edition, Cambridge University Press, Cambridge, 2000
16. Santarelli L, Saxe M, Gross C, Surget A, Battaglia F, Dulawa S, Weisstaub N, *et al*. Requirement of hippocampal neurogenesis for the behavioral effects of antidepressants. *Science* 2003; 301: 805-809
17. Young D, Lawlor P, Leone P, Dragunow M, During M. Environmental enrichment inhibits spontaneous apoptosis, prevents seizures and is neuroprotective. *Nature Medicine* 1999; 5: 448-453
18. Price B, Raymond A, Coyle J. Neurology and Psychiatry: closing the great divide. *Neurology* 2000; 54: 8-14
19. Dean K, Bramon E, Murray R. The causes of schizophrenia: neurodevelopment and other risk factors. *Journal of Psychiatric Practice* 2003; 9: 442-454
20. Gould T, Manji H. The molecular medicine revolution and psychiatry: bridging the gap between basic neuroscience research and clinical psychiatry. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 598-604
21. Kandel E. The molecular biology of memory storage: a dialogue between genes and synapses. *Science* 2001; 294: 1030-1038
22. Post R. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 999-1010
23. Newport J, Stowe Z, Nemeroff Ch. Parental depression: Animal models of an adverse life event. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1265-1283
24. Caspi A, Sugden K, Moffitt T, Taylor A, Craig I, Harrington H, McClay J, *et al*. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5HTT gene. *Science* 2003; 301: 386-389
25. Reid I, Stewart C. How antidepressants work. New perspectives on the pathophysiology of depressive disorder. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 299-303
26. Bremner D, Narayan M. The effects of stress on memory and the hippocampus throughout the life cycle: Implications for childhood development and aging. *Development and Psychopathology* 1998; 10: 871-885
27. Campbell S, Marriott M, Nahmias C, MacQueen G. Lower hippocampal volume in patients suffering from depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 598-607
28. O'Brien J, Lloyd A, Mckeith I, Gholkar A, Ferrier N. A Longitudinal study of hippocampal volume, cortisol levels and cognition in older depressed subjects. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2081-2090
29. Kandel E. *Psychiatry, psychoanalysis and the new biology of mind*. American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, 2005
30. Gabbard G. Empirical evidence and psychotherapy: a growing scientific base. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1-3
31. Roffman J, Marci C, Glick D, Dougherty D, Rauch S. Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy. *Psychological Medicine* 2005; 35: 1-14
32. Baxter L, Schwartz J, Bergman K, Szuba M, Guze B, Mazziotto J, Alazraki A, *et al*. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 681-689
33. Schwartz J, Stoessel P, Baxter L, Martin K, Phelps M. Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 109-113
34. Furmark T, Tillfors M, Marteinsdottir I, Fisher H, Pissiotta A, Langström B, Fredrikson M. Common Changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 425-433
35. Martin S, Martin E, Rai S, Richardson M, Royall R. Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 641-648
36. Brody A, Saxena S, Stoessel P, Gillies L, Fairbanks L, Alborzian Sh, Phelps M *et al*. Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 631-640
37. Van der Kolk B. The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 16-24
38. Goldapple K, Segal Z, Garson C, Lau M, Bieling P, Kennedy S, Mayberg H. Modulation of cortical-limbic pathways in major depression. Treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 34-41
39. Mayberg H, Silva A, Brannan S, Tekell J, Mahurin R, McGinnis S, Jerabek P. The functional neuroanatomy of the placebo effect. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 728-737
40. Joffe R, Segal Z, Singer W. Change in thyroid hormone levels following response to cognitive therapy for major depression. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 411-413
41. Milak M, Parsey R, Keilp J, Oquendo M, Malone K, Mann J. Neuroanatomic correlates of psychopathologic components of major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 397-408

TEORÍA

LA FILOSOFÍA DE HEIDEGGER Y SUS IMPLICACIONES PARA LA PSICOLOGÍA, FREUD Y EL PSICOANÁLISIS EXISTENCIAL¹

(Rev GU 2006; 2; 2: 178-186)

Richard Askay²

Durante las últimas décadas el enfoque fenomenológico-existencial ha llegado a tener un rol cada vez más significativo en el desarrollo evolutivo de la psicología en Norteamérica. Esto se evidencia por varios acontecimientos. Para empezar, trabajos con esta orientación han aumentado sustancialmente en conferencias y revistas de la American Psychological Association. También han emergido revistas de renombre con esta orientación; por ejemplo, *Review of Existential Psychology and Psychiatry* y *Review of Phenomenological Psychology*. Más aún, este enfoque ha sido introducido en la mayoría de los textos de estudio clásicos y en todo el espectro de tópicos relevantes dentro de la psicología. Además, algunas facultades de psicología a lo largo del país han elegido esta orientación como su enfoque principal (o a lo menos como uno de ellos). Finalmente, han aparecido importantes antologías y trabajos acerca del impacto del existencialismo fenomenológico sobre la psicología: por ejemplo, *Existential-Phenomenological Alternatives for Psychology*, *Phenomenology in Psychology and Psychiatry*, *A History of Humanistic and Existential Psychologies*, *Existential-Phenomenological Perspectives in Psychology and Psychoanalysis*, y *Psychoanalysis and Existential Philosophy*. Además, han aparecido numerosos textos acerca de psicología existencial y/o psicología fenomenológica. Fue la ontología hermenéutica fenomenológica de Heidegger la que proporcionó uno de los principales ímpetus históricos para estos amplios desarrollos y avances.

¹ Este artículo fue publicado como *Afterword* a la traducción inglesa del libro *Zollikoner Seminare* de Martin Heidegger (Martin Heidegger. *Zollikon Seminars. Protocols-conversation-letters*. Edited by Medard Boss. Translated from the German and with notes and afterwords by Franz Mayer and Richard Askay. Copyright ©2001 by Northwestern University Press. All rights reserved). La publicación en GU está autorizada por el autor y por Northwestern University Press. La traducción desde el inglés al castellano estuvo a cargo de Hugo Jordán y Juan Francisco Jordán.

² Richard Askay es profesor de filosofía en la Universidad de Portland. Ha publicado trabajos sobre la filosofía de Heidegger, el psicoanálisis freudiano, la fenomenología francesa y el pensamiento crítico.

EL SIGNIFICADO DE LA FILOSOFÍA DE HEIDEGGER PARA EL PSICOANÁLISIS

En palabras de un reciente comentarista, fue con la publicación de *Zollikoner Seminare: Protokolle-Gespräche-Briefe Herausgegeben Von Medard Boss* (1), de Heidegger, que la cuestión de la relación y significado de la filosofía de Heidegger respecto de la psicología, “se colocó en un alto sitio en la agenda intelectual” (2). En verdad, han empezado a aparecer comentarios acerca de los Seminarios en varios contextos y las referencias a ellos abundan en la literatura. Con esta traducción al inglés de los *Zollikonen Seminare* esta discusión, sin lugar a dudas, se intensificará (3).

Entre los trabajos de Heidegger, *Zollicon Seminare* es un texto que presenta características únicas. En él, por primera vez, Heidegger se involucra directa, concreta y extensamente con la psicología. Al hacerlo, exhibe sus habilidades pedagógicas al dialogar con psiquiatras y psicoterapeutas que primeramente fueron entrenados en las ciencias naturales. Se ve a Heidegger tratando de hacer fácilmente accesibles sus conocimientos ontológicos a personas que están fuera del contexto de la filosofía profesional. También somos testigos de una inmediata y concreta confrontación entre el enfoque fenomenológico de Heidegger y el método científico. A lo largo de los seminarios, Heidegger constantemente invoca los métodos fenomenológicos de investigación para permitir que los psiquiatras superen los prejuicios científicistas. Además, en estos seminarios y en las conversaciones y la correspondencia con el Dr. Medard Boss, por primera vez Heidegger trata varias preguntas cruciales sistemáticamente: ¿Cuál es la naturaleza de la relación general entre psicología y filosofía? ¿Cuál es la relación entre psicología y tecnología y qué presagia para el futuro? ¿Son compatibles el psicoanálisis freudiano (con su avasalladora influencia) y la ontología fenomenológico-hermenéutica de Heidegger? ¿Por qué sí o por qué no? ¿Cuál es la naturaleza de la relación entre la analítica del Dasein de Heidegger y la de Binswanger y Boss? ¿Cuál es la relación entre el análisis del cuerpo vivido, tan intensamente llevado a cabo por los filósofos y los psicólogos franceses, y el análisis del Dasein de Heidegger? ¿Es nuestro ser-en-el-mundo más primordial que nuestro ser corporal? ¿O es al revés? ¿Es posible que ambos sean igualmente primordiales? Heidegger también trata otros asuntos a través del texto, tales como la teoría de la relatividad, la cibernética y la filosofía oriental. Claramente, estos seminarios son indispensables para cualquiera interesado en estas preguntas fundamentales.

EL CONTEXTO HISTÓRICO DE LOS SEMINARIOS DE ZOLLICON

Para apreciar el significado filosófico de los Seminarios de Zollicon es importante tener en cuenta el complejo contexto histórico en el cual emergieron. Fue desde dentro de este flujo histórico que Heidegger buscaba transformar y superar la perspectiva de la metafísica tradicional de Occidente. Este contexto estaba constituido por el poderoso predominio de los desarrollos de la ontología y epistemología cartesiana y el eventual giro y concentración en la subjetividad trascendental de la revolución kantiana. La investigación inicial de Franz Brentano acerca de la “intencionalidad” (i.e. la direccionalidad de la conciencia, es decir, la conciencia constante de la conciencia de algo) y su aceptación de la equiparación de la conciencia con la psique, fueron el pivote histórico fundamental para la gran divergencia que ocurriría posteriormente. Aunque Sigmund Freud y Edmund Husserl fueron discípulos de Brentano, reaccionaron de manera muy diferente frente a sus puntos de vista filosóficos. Para Freud, quien había sido principalmente influenciado por Kant, Schopenhauer, Nietzsche y Hartmann, la ecuación de la psique con la conciencia constituía un prejuicio filosófico que había que superar. Había mucho más que ganar con una hipótesis de la existencia de una dimensión inconsciente de la psique. Por tanto, Freud desarrolló el psicoanálisis centrándolo en el Inconsciente y prestando muy poca atención a la conciencia. Por otro lado, Husserl creía que la mejor manera de hacer de la filosofía una “ciencia rigurosa” era concentrándose en el análisis descriptivo de las estructuras/actos universales y necesarios de la conciencia (con escaso o ningún interés en un Inconsciente). A partir de este concepto desarrolla Husserl la fenomenología. Por su parte, y en contra de este último enfoque, Heidegger insistió en que el foco de la investigación filosófica debería ser la pregunta por el sentido del Ser. Así, Heidegger desarrolló su ontología fenomenológica que describió como “hermenéutica”.

El contexto histórico de la emergencia del “Dasein-análisis” fue igualmente complejo. De hecho, fue muy conveniente que Heidegger llevara a cabo su primera sesión de los Seminarios de Zollicon, en 1947, en Burghölzli, la clínica psiquiátrica de la Universidad de Zürich, la cual sesenta años antes había sido uno de los primeros hospitales psiquiátricos en efectuar un estudio serio de la hipnosis. Fue allí donde Eugen Bleuler había cambiado el curso de la psiquiatría suiza alejándola de la disección anatómica de cerebros para explorar el papel de la personalidad en la determinación del curso de las enfermedades. Más tarde, Carl Jung, un colaborador

de Bleuler y uno de los estudiantes de Freud, llegó a ser médico jefe de la clínica y comenzó a reevaluar el psicoanálisis freudiano desde una posición menos reduccionista y una dirección más individualmente orientada. Los Dasein-analistas suizos, Ludwig Binswanger y Medard Boss, habían trabajado con Bleuler y habían sido estudiantes y colaboradores de Jung. Además, Binswanger había desarrollado una amistad de toda la vida (1907-38) con Freud, y Boss había sido analizando de Freud (1925). Ambos experimentaron las fortalezas del psicoanálisis, no obstante, llegaron a tener severas dudas acerca de la teoría de Freud y a estimar que le faltaba una base filosófica adecuada. Binswanger y Boss estuvieron de acuerdo en que la ontología hermenéutica de Heidegger era la que podía proveer esta base de la manera más adecuada.

LA RELACIÓN DE HEIDEGGER CON LOS DASEIN-ANALISTAS ORIGINALES

Con la publicación de *Ser y Tiempo* (4), en 1927, Binswanger sugirió que fue la ontología de Heidegger desde donde el análisis existencial recibió su principal impulso, su base y justificación filosófica, y sus guías metodológicas. Por tanto, Binswanger apoyaba abiertamente el “giro ontológico” de la fenomenología.³ Binswanger procedió a desarrollar una “antropología fenomenológica” (i.e. aquella que se enfocaba en las experiencias inmediatas cotidianas del Dasein) y que serviría de fundamento para considerar la psiquiatría como una ciencia. Sin embargo, Binswanger empezó a realizar ciertas objeciones a lo que él entendía que era la filosofía de Heidegger. En su libro “Formas básicas y conocimiento del Dasein humano” [*Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*](5) Binswanger argumentó que el análisis de Heidegger era inadecuado. El objetivo de Binswanger era ofrecer una “antropología fenomenológica” de las formas fundamentales de la existencia humana, que él creía iba más allá y era mejor que el análisis de Heidegger del Dasein. Binswanger sostenía que Heidegger simplemente falló en ofrecer una explicación suficiente de la primordial dimensión social del amor en la existencia humana, y que había desdeñado una clase especial de “conocimiento del Dasein” (expresado como “imaginación del amor”). De acuerdo a Binswanger, el amor del Dasein develaba el modo irreductiblemente dual de la existencia humana (“nostridad”) como más fundamental que la noción de

mitsein (coestar),⁴ que era parte de la estructura del cuidado⁵ y arraigada en la temporalidad. Como lo dijo Binswanger, Heidegger dejó al amor helarse fuera de las puertas de su proyección del ser. Binswanger describió esta nostridad (“el nosotros de amor” como “ser de encuentro amoroso”) como una estructura primordial (*urform*) de la existencia del Dasein. De acuerdo con Binswanger, la concepción de Heidegger del “cuidado” no estaba completamente abierta a la unidad del ser sino sólo a sí mismo en el mundo como *mío*. Binswanger creía que era el amor el que develaba una apertura hacia el ser que podía describirse más exactamente como *nuestro*. Binswanger entendió el amor como la posibilidad ontológica de la “nostridad”. En la coexistencia amorosa estamos totalmente comprometidos en una presencia interdependiente con el otro, la cual está arraigada en nuestro ser mismo; sin embargo, a través de ella “vamos más allá” de nuestro Dasein individual. Entonces, en el amor, vamos “más allá” de los cuidados cotidianos del estar-en-el-mundo y participamos en un “eterno presente”. Para Binswanger el Dasein no es sólo estar-en-el-mundo como cuidado sino que el Dasein es estar-más allá-del-mundo, en el amor. Esto es: los humanos somos estar-en-el-mundo-más allá-del-mundo [*In-der-Welt-uber-die-Welt-hinaus-sein*]. Por tanto, Binswanger creía que la oposición entre amor y cuidado podía reconciliarse en una nueva forma antropológica del ser.

La respuesta de Heidegger a Binswanger fue directa y descortés: Binswanger simplemente no había entendido el verdadero significado de la ontología fundamental desarrollada en *Ser y Tiempo*. Para Heidegger esto condujo a Binswanger a una plétora de errores con resultados desastrosos. Primero, Binswanger había básicamente mal interpretado *Ser y Tiempo* como solipsista y subjetivista; había mal interpretado el cuidado como una función en el nivel óntico (como un comportamiento óntico, por ejemplo la melancolía) (ZS 286). Binswanger simplemente falló en entender su sentido ontológico. Por ejemplo, que la apertura del Dasein al ser es necesariamente compartida con otros Dasein y que el coestar es intrínseco a la estructura de estar-en-

³ Respecto de la fenomenología de Husserl (N.del E).

⁴ Hemos traducido *mitsein* por coestar siguiendo la traducción de “Ser y Tiempo” de Jorge Eduardo Rivera. Gaos lo tradujo por ser-con; también podría traducirse por estar-con (N. del T.).

⁵ El “cuidado” consiste en que el Dasein está arrojado en el mundo, en medio de los entes y afaes cotidianos, pero adelantado a sí mismo hasta el límite de su existencia que es el dejar de existir (N.del E.).

el-mundo (ZS 151). Al entender Binswanger al Dasein como un sujeto aislado, encontró necesario suplementar el cuidado con el amor, con el modo dual de la nos-tridad, como “estando más allá del mundo”, de modo que el Dasein pudiera “llegar a” otros sujetos. Sin embargo, el cuidado, entendido correctamente (i.e. desde una perspectiva ontológica fundamental), nunca está en oposición al amor; más bien, el amor se funda en la estructura del cuidado como la comprensión del ser (ZS 242). Heidegger concluyó en que no sólo el suplemento de Binswanger era innecesario, sino que ni siquiera era posible (ZS 286).

En segundo lugar, aunque Binswanger consideró el estar-en-el-mundo correctamente, Heidegger señaló que falló totalmente en entender su principal significado ontológico: la comprensión del ser. Descuidó comprender que el significado fundamental de *Ser y Tiempo* era exponer la pregunta por el ser. Binswanger pasó por alto el Dasein como la apertura dentro del ser, hacia la cual el Dasein está abierto, de tal manera, que tiene una comprensión original del ser. Como resultado, generó una errada interpretación de estar-en-el-mundo y de la transcendencia. Debido a la a-crítica fidelidad a su herencia filosófica (i.e., Descartes, Kant, Husserl, etc.), el análisis de Binswanger permaneció encasillado en el ámbito de la subjetividad (ZS 152,236-40). Y por supuesto, Binswanger nunca explicó cómo es posible que la subjetividad trascienda a un mundo exterior (ZS 259).

En tercer lugar, de acuerdo a Heidegger, Binswanger confundió los niveles ontológicos y ónticos de análisis. Heidegger creía que esto ocurrió de varias maneras. Por ejemplo, en los *Seminarios de Zollicon* (ZS 163-64) Heidegger cuidadosamente estipuló las siguientes distinciones:

1. Analítica del Dasein: el análisis de la estructura ontológica (existencial) del Dasein (como se efectúa en *Ser y Tiempo*)
2. Dasein-analisis: ilustraciones concretas y presentes de esta estructura ontológica
3. Dasein-analysis: una descripción de experiencias existenciales concretas en el nivel de una antropología óntica.
 - a. Antropología normal
 - b. Dasein-análisis de la patología
4. Dasein-analysis concreto: una descripción de ejemplos específicos de individuos reales en sus varias modificaciones de estar-en-el-mundo, cuidado, y temporalidad
 - a. Normal
 - b. Patológica

Heidegger sostenía que Binswanger procedió a mezclar los niveles 1 y 2 con los niveles 3 y 4. Los primeros estaban demarcados por la tarea fundamental de exponer la pregunta por el ser, esto es, de descubrir la unidad de las condiciones ontológicas para la existencia del Dasein en su relación con el ser, mientras que el asunto de los últimos era establecer el vínculo para una antropología empírica.

En cuarto lugar, Heidegger acusaba a Binswanger de confundir los niveles ontológicos y ónticos de análisis a través de su noción de proyección-del-mundo. Heidegger sugirió que Binswanger confundía la proyección ontológica del mundo propiamente tal con los entes que se hacían accesibles a través de esta proyección-del-mundo (i.e. lo que aparece a causa de esta proyección) (ZS 253,286).

En quinto lugar, para Heidegger, Binswanger falló en apreciar suficientemente “la diferencia ontológica” (entre ser y entes). Esta diferencia no implicaba división entre ontología fundamental y disciplinas específicas como Binswanger parecía pensar. La ontología fundamental no está arriba o abajo en ningún sentido fundacional (ZS 255,238). Binswanger pensó en eliminar la ontología fundamental de su Dasein-análisis; pero ello era imposible porque la primera se movía dentro y estaba indisolublemente involucrada con la fundación de cada disciplina. Heidegger terminó negando que su propia analítica del Dasein estuviese suficientemente completa como para servir de base de una antropología filosófica (ZS 163).

Obviamente, Heidegger no tenía reparos en el desarrollo de un Dasein-análisis psiquiátrico propiamente orientado (ZS 163-64). De otra manera, no habría corregido los libros de Boss, que tenían aquello como meta. Lo que objetaba a gritos era que alguien (e.g. Binswanger) desarrollase un Dasein-análisis arraigado en lo que Heidegger consideraba como una interpretación fundamentalmente equivocada de su proyecto ontológico. A los ojos de Heidegger, tal esfuerzo hacía más daño que beneficio.

Es interesante que más tarde el mismo Binswanger aceptó la validez de algunas de las críticas de Heidegger, caracterizando sus esfuerzos no como un “análisis del Dasein”, sino como un análisis fenomenológico-antropológico del amor. Reconoció que el interés de Heidegger era “totalmente diferente” al suyo y finalmente, en el prefacio de la cuarta edición de *Grundformen*, admitió que la meta de *Grundformen* no había tenido ninguna pretensión de ser “una réplica a *Ser y Tiempo*, sino más bien una fenomenología del amor, reconociendo que su ‘productivo malentendido’ consistió en su entendimiento ‘de los existenciales’ no como tales, no

como ontológicos, sino que meramente en el sentido de ofrecer algunas guías categoriales o pistas más fructíferas para nuestra investigación". Binswanger admitió que debió haber prestado mayor atención al hecho de que Heidegger diferenció su analítica existencial de la antropología, la psicología y la biología, lo cual condujo a su propio mal entendido antropológico de la ontología fundamental.

Contrariamente, Heidegger sentía muy diferente acerca de Medard Boss y su formulación del Dasein-análisis. Heidegger apreciaba mucho al Profesor Boss como un amigo y respetable colega. El primer libro de Boss que reflejó la influencia de Heidegger fue *Significado y Contenido de las Perversiones Sexuales: Una Contribución del Dasein-análisis a la Psicopatología del fenómeno del Amor* (*Meaning and Content of Sexual Perversions: A Daseinanalytic Contribution to the Psychopathology of the Phenomenon of Love*), publicado en 1947. Más tarde, en 1954, apareció *El Significado de los Sueños e Investigaciones en Medicina Psicosomática* (*The Meaning of Dreams and Investigations into Psychosomatic Medicine*). Éstos fueron rápidamente seguidos por *Psicoanálisis y Dasein-análisis* (*Psychoanalysis and Daseinanalysis*) en 1957. Y finalmente, su obra magna apareció en 1975: *Fundamentos Existenciales de la Medicina y la Psicología* (*Existential Foundations of Medicine and Psychology*). Esta última fue el resultado de más de tres décadas del revolucionario desarrollo de Boss, trabajando en colaboración con Heidegger y fue una aplicación concreta de lo que él había obtenido de los Seminarios de Zollikon. En este libro Boss buscó humanizar la medicina y la psicología mostrando las limitaciones del modelo de la ciencia natural, exponiendo cómo la medicina y la psicología se arraigaban mejor, existencialmente, en la ontología fenomenológica hermenéutica de Heidegger.

En oposición a Binswanger, Medard Boss tuvo el amplio apoyo de Heidegger en el desarrollo de su forma de Dasein-análisis. Heidegger trabajó íntimamente con Boss en *Fundamentos Existenciales de la Medicina y la Psicología* (6), lo cual es evidente por sus conversaciones y correspondencia (véase también la prueba de imprenta editada por Heidegger). La principal razón de esto fue que lo que distinguía el enfoque de Boss del de Binswanger era su énfasis en la "apertura perceptiva del mundo" —a saber, la descripción de Heidegger de la existencia humana como apertura o iluminación del ser. Siguiendo a Heidegger, Boss reconoció que los humanos sólo existen en cuanto se relacionan (i.e. descubren y perciben) con otros, consigo mismos y con el mundo. En su ser más profundo, los humanos son descubridores-del-mundo; humanos y mundo se requie-

ren mutuamente para su ser más profundo. Entonces, la "relaciones-mundanas" de cada individuo son las maneras de cada uno de ser humano, de apertura al mundo como tal, lo cual incluye la comprensión directa e inmediata de los otros.

De acuerdo con Binswanger, Boss pensó que los pacientes neuróticos y psicóticos sufrían de una constricción o "bloqueo" de su apertura al mundo. Por ejemplo, ocasionalmente, un individuo rehusaba una "relación-mundo" mediante un "trabamiento-corporal". Nuevamente, en concordancia con Heidegger, Boss aceptó que el cuerpo era "uno de los medios a través del cual las relaciones reveladoras del mundo que constituyen la existencia son llevadas a cabo" (7). El Dasein-análisis de Boss trataba de determinar qué modificaciones específicas del estar-en-el-mundo normal eran la causa de tales experiencias. Entonces, la meta del Dasein-análisis de Boss era hacer transparente al ser humano individual en su propia estructura, para adherirse a los objetos y fenómenos dados inmediatamente del mundo de los seres humanos.

LA CRÍTICA DE HEIDEGGER AL PSICOANÁLISIS FREUDIANO

Ahora nos referimos a la relación entre la filosofía de Heidegger y el psicoanálisis de Freud (8). Freud y Heidegger no tuvieron ningún contacto directo. Conforme se ha mencionado, fueron Binswanger y Boss los catalizadores del histórico encuentro entre el tratamiento ontológico fenomenológico hermenéutico de Heidegger y el psicoanálisis freudiano. Binswanger había desarrollado una amistad de toda la vida con Freud (1907-38), y Boss había sido su analizando (1925). Sin embargo, fue Boss quien tuvo una larga amistad con Heidegger (1947-76) y Binswanger mantuvo sólo un contacto intermitente con él.

Es claro entonces que Freud tuvo algún contacto con la filosofía de Heidegger a través de su amistad con Binswanger. En 1936 Binswanger envió a Freud una copia de su charla "La concepción freudiana del hombre a la Luz de la antropología". Entre otras cosas, en ella Binswanger argumentaba que el "hombre no es sólo necesidad mecánica y organización, no meramente mundo o en-el-mundo. Su existencia es entendible sólo como estar-en-el-mundo, como la proyección y apertura del Mundo —conforme Heidegger lo había demostrado con tanta fuerza" (9). Característicamente, la respuesta de Freud fue directa: "Me regocijo de su hermosa prosa, de su erudición, del alcance de su horizonte, de su tacto en el desacuerdo...Pero, por supuesto, no creo una palabra de lo que usted dice" (10). La

reacción de Freud no fue en absoluto sorpresiva, dada su reconocida ambivalencia con la filosofía y su claro compromiso con la *Weltanschauungen* científica" (11).

Por otra parte, el conocimiento y la reacción de Heidegger al trabajo de Freud era considerablemente más complicada. Medard Boss había sido analizando de Freud durante docenas de sesiones en 1925 y fue él, en su calidad de psicoanalista entrenado, quien introdujo a Heidegger a la metapsicología de Freud:

"Aún antes de nuestro primer encuentro, había oído de la aversión abismal de Heidegger a toda la psicología científica moderna. También, para mí, él no hacía ningún secreto de su oposición a ella. Su repugnancia aumentó considerablemente después que lo induje con mucha astucia y engaño a ahondar directamente por primera vez en los escritos de Freud. Durante la cuidadosa lectura de los trabajos teóricos "metapsicológicos" Heidegger nunca cesó de mover su cabeza. Simplemente no quería tener que aceptar que un hombre tan inteligente y dotado como Freud pudiese proporcionar explicaciones tan artificiales, inhumanas, en verdad absurdas y puramente ficticias, acerca del *homo sapiens*. Esta lectura literalmente lo hizo enfermarse. Los "Escritos Técnicos" en los cuales Freud aconseja sobre la conducción práctica del análisis terapéutico del paciente neurótico, hizo a Heidegger más conciliatorio. Inmediatamente descubrió la crasa contradicción de estos escritos: a saber, el abismo insalvable entre el determinismo científico natural absoluto de sus teorías y el énfasis repetido de la liberación del paciente mediante la práctica psicoanalítica (12).

En su libro *Psicoanálisis y Daseinanalysis* Boss amplió este punto argumentando que todo el sistema filosófico de presuposiciones subyacentes a la "metapsicología" de Freud eran fundamentalmente diversas a las de sus "técnicas terapéuticas" y que a lo menos estas últimas eran compatibles con la ontología hermenéutica de Heidegger (13).

Para comprender la razón de la reacción dual de Heidegger acerca de Freud se necesitan sólo los siguientes pronunciamientos de este último: "El Psicoanálisis debe aceptar la *Weltanschauung* científica(...). El intelecto y la mente son objetos de investigación científica exactamente de la misma manera en que lo son las cosas no humanas (...). Nuestra mejor esperanza para el futuro es que el intelecto –el espíritu científico, la razón– pueda en el transcurso del tiempo establecer una dictadura en la vida mental del hombre" (14). Para el Freud teórico la ciencia era la única fuente del genuino conocimiento. A Heidegger tales declaraciones podían sólo haberle causado la peor dispepsia ontológica. Por otro lado, para Heidegger había observaciones más

aceptables que se diseminaban en los trabajos de Freud acerca de la técnica. A menudo Freud aludió a la capacidad humana de libre determinación, a las tendencias de los seres humanos de revelar-evitar la verdad, a su capacidad para ser absorbido en una anónima mentalidad grupal perdiendo, por lo tanto, las distinciones individuales, la libertad, la responsabilidad concomitante, etcétera. Pero, en total contraste con lo citado arriba, en su ensayo "Los Caminos de la Psicoterapia Psicoanalítica" Freud expresó que "no podemos aceptar(...) que el psicoanálisis se coloque al servicio de un punto de vista filosófico particular y ello debe manifestarse con vehemencia al paciente para ennoblecerlo. Yo diría que después de todo, tales puntos de vista son sólo tiranía" (15). Habría sido de especial interés para Heidegger la observación hecha por Freud de que a menudo el individuo se permite a sí mismo ser absorbido en una anónima mentalidad grupal.

Como resultado, la metapsicología de Freud fue uno de los blancos principales de las críticas en los *Seminarios de Zollikon*. Una de las metas explícitas de Heidegger en tales *Seminarios* y en todas partes, fue quebrar la sujeción a la "dictadura del pensamiento científico" (ZS 342) que Freud había defendido. Heidegger dejó en claro que él veía al psicoanálisis como una grave amenaza: "la opinión que la psicología –que hace mucho tiempo se convirtió en psicoanálisis– en Suiza y en todas partes se toma como un sustituto de la filosofía (si no de la religión)" (16). Heidegger estaba preocupado porque el psicoanálisis y el cientificismo rápidamente se constituían en las influencias teóricas dominantes en Europa. Según Heidegger, en Freud se resume la mente científica contemporánea, pues sin crítica alguna adoptó y, subsecuentemente, se entrampó en los tácitos compromisos ontológicos de su herencia filosófica. La tácita ontología de Freud tiene su génesis, por una parte, en el pensamiento cartesiano que buscaba el desarrollo de una filosofía científica unificada y comprensible, por otra, en la física galileana-newtoniana, la que luego fue absorbida por la filosofía kantiana, y finalmente, en la escuela neo-kantiana de Helmholtz. Heidegger fue explícito: "La metapsicología de Freud es la aplicación de la filosofía neo-kantiana al ser humano" (ZS 260). Todo tenía su base en la fisiología.

Heidegger quiso quebrar la sujeción a la dictadura del pensamiento científico desarrollando una reflexión crítica de algunas de las presuposiciones filosóficas más importantes de la teoría metapsicológica de Freud. Para que el lector obtenga una mejor comprensión de las críticas de Heidegger, se expone un resumen de las presunciones fundamentales de Freud.

PRESUPOSICIONES CARTESIANAS DE FREUD

1. La dicotomía sujeto/objeto es intrínseca a nuestra operación mental (17).
2. Sólo existen “entes” o “cosas” objetivos.
3. Existen dos formas de realidad objetiva: la psíquica y la material (18).

FREUD ENTONCES HIPOTETIZÓ:

1. La realidad psíquica se compone de procesos conscientes e inconscientes (19).
2. La realidad psíquica es impulsada por una energía análoga con la energía física y recíprocamente transformable en ella (20).
3. La energía psíquica es en definitiva derivable de los procesos orgánicos corporales (21).
4. Mente y cuerpo están conectados vía los instintos.
5. Los instintos son responsables del desarrollo de las imágenes y de los procesos mentales (22).
6. Los instintos, Eros y Tanatos, son las causas fundamentales de toda actividad, y por tanto, el libre albedrío es una ilusión (23).

SUPOSICIONES KANTIANAS DE FREUD

1. Las investiduras, vía del reservorio psíquico, continuamente modifican la realidad interna y externa –el Ego conoce sólo un mundo “fenomenal” (24).
2. La naturaleza real del mundo, que existe independientemente, y de los procesos físicos subyacentes, son en definitiva imposibles de conocer (25).
3. El espacio y el tiempo son “formas del pensamiento” (26).

En el marco de las presuposiciones anteriores, Heidegger argumentó que Freud hizo otras presunciones respecto de la naturaleza y función de los procesos físicos y psíquicos. Primero, asumió que ambos dominios funcionaban mecánicamente y de la misma forma (ZS 24) y que, en definitiva, todo estaba arraigado en procesos somáticos (fuerzas) (ZS 233). Como resultado, consideraba que tanto lo físico como lo psíquico estaban involucrados en un continuo nexo de relaciones casuales (ZS 7-8). Por tanto, necesariamente, todo está sujeto al análisis científico reduccionista (ZS 148,104) y todo lo que existe es cuantificable (ZS 7-8). Así, Freud sostenía que la vida psíquica se podía explicar completamente (ZS 260) en términos causales (ZS 148). Sin embargo, como la “posibilidad de explicación ininterrumpida” no se daba en el estado consciente, Freud encontró necesario: (a) “inventar el inconsciente” (ZS

260), introduciendo con ello la “distinción fatal” entre el consciente y el inconsciente (ZS 319), (b) recurrir como explicación a la hipótesis de “propósitos inconscientes” (ZS 214) y (c) equivocadamente, construir la idea de “motivación inconsciente” (ZS 233) y mezclar “causa” y “motivo” (ZS 25 f.).

De acuerdo con Heidegger, la teoría de Freud (ZS 282) era “errónea” por dos clases principales de razones. La primera, y menos importante para Heidegger, era que fracasaba en el terreno científico; esto es, descuidaba satisfacer sus propios criterios metodológicos. Por ejemplo, Freud recurría a presuposiciones inverificables y a conceptos no empíricos (e.g., “el inconsciente”, los “instintos”, etcétera (ZS 218-19). Más aún, como cualquier científico natural, fallaba en proporcionar una explicación adecuada de la conexión entre la mente y el cuerpo y de la transformación de lo inmaterial en “material-corporal” (ZS 294).

Para Heidegger mucho más significativo era el hecho que Freud simplemente fracasó en ver “la apertura” (ZS 228) y, por lo tanto, descuidó el asegurar las características ontológicas del ser del hombre (ZS 282), a pesar de ser estas características las que hacían posible la explicación teórica de Freud. Por ejemplo, Heidegger señaló que la teoría de la libido eliminaba a la persona, porque los humanos quedaban reducidos a una configuración de impulsos, de deseos, de urgencias, instintos, etcétera. La teoría de Freud se hace más inaceptable cuando uno comprende que con tales actos físicos, como deseos, urgencias y propensiones no es posible construir el significado/sentido del estar-en-el-mundo. Más bien, es el estar-en-el-mundo del Dasein el que está siempre presupuesto (ZS 217-19). Similarmente, los conceptos de Freud de “introyección”, “proyección”, “empatía” y “transferencia” resultan ser construcciones antojadizas afirmadas sobre un modelo sujeto/objeto que olvida la primordialidad del estar-en-el-mundo (ZS 208,228). Además, tales presupuestos freudianos se alejan de la dimensión del co-estar del Dasein [con los otros Dasein], que es intrínseco de la unidad del estar-en-el-mundo (ZS 207-10).

¿QUÉ OFRECE LA FILOSOFÍA DE HEIDEGGER A LA PSICOLOGÍA?

Por último, cabe preguntarse: ¿qué puede ofrecer específicamente la filosofía de Heidegger a la Psicología? Su importancia para la Psicología (y sus sub-disciplinas tales como el psicoanálisis, la psicoterapia, etcétera) puede comprenderse más fácilmente enfocándose sobre la palabra “análisis” y algunas de sus implicaciones. Primero, como el propio Heidegger lo hizo notar en los

Seminarios de Zollikon (ZS 148), uno de los significados de la expresión “análisis” en griego era, “por ejemplo, soltar, liberar a alguien encadenado por sus cadenas, liberarlo de su cautiverio”. Heidegger creía que recuperando el sentido griego de la palabra “análisis”, la psicología (y otros) estarían en libertad para ocuparse de “la actividad liberadora” del análisis.

“La actividad liberadora” de Heidegger ocurría en una multiplicidad de niveles diferentes. En su análisis, Heidegger empleó sentidos negativos y positivos de la libertad. Primero, psicólogos, clientes y otros individuos, son “liberados” de sus compromisos ontológicos sostenidos acríticamente. Segundo, entonces todos están “liberados” para estar abiertos a la presentación del ser conforme es develada por el Dasein (i.e., obtener la “transformación del modo de ver del oyente y despertar el sentido en el cual las preguntas deben ser hechas”) (ZS 324). El Dasein puede sólo ser libre en el sentido de “la libertad de elección” porque está primordialmente expuesto a la dimensión libre y abierta (i.e., la apertura) del ser.

Heidegger deseaba liberar la psicología (y sus sub-disciplinas relevantes) de su adherencia a-crítica a la ontología Cartesiana de la “cosa” y de sus trampas concomitantes. “La ciencia, en todas partes, hasta un grado casi increíble, es dogmática, esto es, opera con preconceptos y prejuicios acerca de los cuales no se ha reflexionado. Hay una gran necesidad de doctores que *piensen* y no deseen dejar el campo abierto enteramente a los científicos técnicos” (ZS 134). Es la incapacidad de la ciencia para reflexionar acerca de sus preconceptos y prejuicios lo que impide que dé “una respuesta inequívoca y ontológicamente adecuada acerca de la clase de Ser que pertenece a aquellas entidades que somos nosotros” (27). Una vez que se obtiene la respuesta ontológica adecuada provista por Heidegger, la psicología sería liberada para proseguir sus investigaciones con genuina transparencia y comprensión de lo que significa ser. La psicología estaría en la posición de dejar “ser a los entes” libre de “construcciones dogmáticas” preconcebidas. Igualmente, los psicólogos estarían liberados de su propensión a adherirse fuerte y honestamente a la *Weltanschauung* científicista. De este modo, el carácter “científico” de la psicología tendría una nueva oportunidad de una reflexión crítica acerca de sí misma.

Luego, al nivel de la psicoterapia (psicoanálisis, etc.), la relación terapéutica se liberaría del peligro de la imposición de marcos teóricos a los pacientes por parte de los terapeutas. Heidegger describió a estos últimos como la clase de personas responsables que “invaden” al Otro. “En tal solicitud, el Otro puede con-

vertirse en un dominado y dependiente, aun si esta dominación es tácita y se le oculta” (28). La intervención menos sutil del terapeuta, de aconsejar o tomar decisiones por el paciente también sería automáticamente excluida. Entonces, el terapeuta sería liberado para abrirse a la mismísima comparecencia del ser a través del paciente.

Finalmente, la filosofía de Heidegger ofrece a los individuos algunos recursos para ganar un autoconocimiento más auténtico. La manera de conocerse-a-sí-mismo que es esencial y más próxima requiere que uno se familiarice consigo mismo. Y en verdad, cuando conocerse-uno mismo se pierde, por mantenerse apartado, escondiéndose en uno mismo o poniéndose un disfraz, estar-con-uno-con-otro debe seguir sus propias rutas especiales para acercarse a Otros, o aún “ver a través de ellos” (29).

La resolución del Dasein hacia sí mismo es lo que primero hace posible dejar a los Otros que están con él “ser” en su mayor-propia-potencialidad-para-Ser, y co-descubrir esta potencialidad en la solicitud que se adelanta y libera. Cuando el Dasein es firme, puede convertirse en la conciencia de Otros. Sólo siendo-sus-sí-mismos resueltamente, las personas pueden auténticamente estar entre ellos (30).

Conociéndose auténticamente a sí mismo, el paciente es “libre de” adoptar acríticamente varios marcos ontológicos y “libre” de abrirse a lo que quiera que comparezca de uno mismo o a través de otros.

REFERENCIAS

1. Heidegger M. *Zolliker Seminare: Protokolle-Gespräche-Briefe Herausgegeben Von Medar Boss*. Ed. M. Boss. Klostermann, Frankfurt am Main, 1987
2. Dallmayr F. *Between Freiburg and Frankfurt: Toward a Critical Ontology*. University of Massachusetts Press, Amherst, 1991
3. See e.g., *ibid.*, pg. 210-37; Guignon C. *Authenticity, Moral Values, and Psychotherapy in the Cambridge Companion to Heidegger*. Ed. Guignon C. Cambridge University Press, 1993, pp. 215-39; Ed. Hoeller K. *Heidegger and Psychology. Review of Existential Psychology and Psychiatry*, Seattle, 1988; Richardson W. *Heidegger among the Doctors*. In: *Reading Heidegger: Commemorations*. Indiana University Press, Bloomington, 1993, pp. 49-63
4. Heidegger M. *Being and Time*. (Trans. John Mcquarrie and Edward Robinson). Harper and Row, New York, 1962
5. Binswanger L. *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*, 4th. Ed. Niehans, Zurich, 1964
6. Boss M. *Existential Foundations of Medicine and Psychology*. (Trans. Stephen Conway and Anne Cleaves). Aronson, New York, 1979
7. Boss M. *Psychoanalysis and Daseinanalysis*. (Trans. Lefebvre L.). Da Capo, New York, 1963
8. For a more comprehensive exposition see Askay R. A Philosophical Dialogue between Heidegger and Freud. *Journal of Philosophical Research* 1999; 24: 415-443

9. Binswanger L. *Being-in-the-World: Selected Papers of Ludwig Binswanger*. (Trans. Jacob Needleman). Harper and Row, New York, 1967
10. *Ibid.*, pp. 3-4
11. Freud S. *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud [SE]*. (Trans. Strachey J). Hogarth Press, London, 1964
12. Hoeller K. *Heidegger and Psychology*, pp. 9-10
13. Boss M. *Psychoanalysis and Daseianalysis*, pp. 61-74. Sin embargo, debemos notar que Freud habría rechazado la anterior distinción. Para él, el psicoanálisis como un todo era una ciencia unificada –un procedimiento de investigación, un método terapéutico y recolección de información psicológica, todos los cuales eran interrelacionados y fundamentados en su teoría metapsicológica (SE: 22:138, 153, 156; 18:235). La doctrina psicoanalítica era simplemente una superestructura cuya base se demostraría por el progreso científico, como una subestructura orgánica. Entonces, se demostraría que la vida mental está arraigada en procesos físicos, lo cual, por supuesto, era la meta de su teoría metapsicológica (SE. 14:78). Por tanto, cualquier discusión acerca de diferencias filosóficas entre sus enfoques teóricos terapéuticos habrían sido totalmente inaceptables para él
14. SE. 22:171
15. Freud S. *Collected Papers*. (Trans. Joan Riviere). Basic, New York, 1959
16. Petzet H. *Encounters and Dialogues with Martin Heidegger. 1929-1976*. University of Chicago Press, Chicago, 1993
17. SE 14:134
18. *Ibid.* 1:103-13;20:247; 23:144-45, 151, 158
19. *Ibid.* 5:612-14; 6:178; 12:257, 260; 14:167-70; 19:12-13; 20:31, 194
20. *Ibid.* , 1:295
21. *Ibid.* 23:151, 158
22. *Ibid.* 14:121-22
23. *Ibid.* 18:38-41, 46-51; 19:40-47
24. *Ibid.* 14:171
25. *Ibid.* 23:196; 6:229
26. *Ibid.* 22:74, 76; 18:28
27. Heidegger M. *Being and Time*. p. 75
28. *Ibid.* p. 158
29. *Ibid.* p. 161
30. *Ibid.* p. 344

ENSAYO

LA ANGUSTIA EN LA FILOSOFÍA DE MARTIN HEIDEGGER: UN MARCO PARA LA COMPRENSIÓN PSICOLÓGICA

(Rev GU 2006; 2; 2: 187-191)

César Ojeda¹

Presentar el pensamiento de Heidegger, en cualquiera de sus áreas, es una tarea muy compleja. Sin embargo, los psiquiatras en la actualidad, y en numerosas ocasiones en el pasado, se han interesado por conocer algo de este renombrado y controvertido filósofo.² La dificultad estriba en que no se puede simplificar la "fenomenología hermenéutica" –nombre que encierra la manera y el modo en que Heidegger se aproxima al centro y núcleo de su interés filosófico: el ser. Con estas dificultades a la vista, intentaremos exponer algunos de sus desarrollos respecto de la angustia.³

Para Heidegger, siguiendo sin duda el surco abierto por Kierkegaard, el ser humano vive montado en la angustia que, en sordina o a voces, lo mantiene en contacto con su inescapable condición de estar abierto y destinado a la muerte como su posibilidad más característica y propia. En su existir, es decir, en el es-

tar abierto a su propio ser, el Dasein⁴ de algún modo se da cuenta de que está dirigido hacia su propio e ineludible fin, situación que, al igual que el "estado de arrojado" –el encontrarse existiendo en medio de las cosas y las personas– no admite que dicho "darse cuenta" sea otra cosa que la constatación de algo in-

¹ Profesor Agregado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

² El único contacto que Heidegger tuvo con psiquiatras fue en sus visitas regulares a la casa del Dr. Medard Boss. En reuniones de algunos días al mes, durante una década, en un ambiente de gran intimidad y confianza, Heidegger expuso sus ideas y dialogó con un grupo de colegas, en lo que se llamó "Los seminarios de Zollikon". Hace sólo un par de años apareció la primera traducción al inglés: *Zollikon Seminars*. Northwestern University Press, Illinois, 2001. Ver artículo de Richard Askay en este número.

³ Para una visión global del pensamiento de Heidegger ver: Ojeda C. *Martin Heidegger y el camino hacia el silencio*. C&C Ediciones, Santiago, 2006.

⁴ Literalmente Dasein significa "ser-ahí" y es una palabra corriente del alemán para referirse a lo que "existe", a lo que "es", pero que en Heidegger toma el significado de un ente que está abierto a su ser, a lo que denomina, ahora en un sentido especial, "existencia", y que es en definitiva el modo de ser de los seres humanos. El lector puede mentalmente sustituir la palabra Dasein y la palabra "existencia" por "ser humano", sin que eso deforme gravemente el pensamiento de Heidegger.

comprensible. La muerte es una “posibilidad de ser” de la que el Dasein no puede escapar mientras exista. Para Heidegger no se trata de una experiencia más sino de una que determina el más “propio poder-ser” del Dasein, pues le permite asumir su condición, hacerse cargo de lo que él es: un ente abierto al ser. Pero, ¿en qué consiste esta posibilidad? Desde luego no se trata del morir fáctico que el Dasein esperara como lo que sobrevendrá al final de su vida. A la inversa, el Dasein está desde *siempre* en la posibilidad de su muerte, es decir, en la condición de no-poder-existir-más, condición total, insuperable, insobornable, irrealizable (en tanto la muerte fáctica la elimina como posibilidad) y absolutamente propia (mí mismo). En el fondo se trata de la posibilidad de la “radical imposibilidad” de existir (*Daseinsunmöglichkeit*).

La posibilidad existencial de la muerte “se funda en que el Dasein está esencialmente abierto para sí mismo, y lo está a la manera del anticiparse-a-sí” (ST, p. 271).⁵ El anticiparse-a-sí es uno de los momentos del “cuidado” (*Sorge*), el que con esta posibilidad existencial de estar vuelto hacia la muerte, “recibe su más originaria concreción” (*ibid*). El “cuidado” consiste en que el Dasein está arrojado en el mundo, en medio de los entes y afares cotidianos, pero adelantado a sí mismo hasta el límite de su existencia, que es el dejar de existir. El ser humano vive de hecho su existencia (facticidad) como un acontecer del cual es responsable, pero *que no se debe a sí mismo*. Lo anodante de esta condición es que el Dasein no puede eludirla, puesto que por el hecho de “existir” ya está *arrojado* en ella. No obstante, el Dasein no vive ni tiene esta condición existencial de una manera desarrollada y plenamente asumida, sino como un saber que cabría sin violencia en el concepto de “conocimiento” o “saber” pre-ontológico, que es un saber permanentemente cubierto, negado, deformado o nunca explicitado. Sólo de ese modo puede decir Heidegger “que (el Dasein) esté entregado a su muerte y que, por consiguiente, la muerte forme parte del ser-en-el-mundo, es algo de lo que el Dasein no tiene inmediata y regularmente un saber expreso, ni menos aún teórico” (*ibid*).

Un saber-no saber.

⁵ *Ser y Tiempo* (ST). Ed. Universitaria, Santiago, 1997 (Traducción al castellano de Jorge Eduardo Rivera). Con el fin de no recargar el texto, las citas llevan las iniciales de la obra cada vez que aparecen en un párrafo. Después de la primera citación, si se trata de la misma obra, aparece sólo el número de página.

LA CAÍDA

En *Ser y Tiempo* Heidegger trata a la angustia como el estado afectivo fundamental del Dasein. Pero fundamental no por ser manifiestamente frecuente o habitual sino porque, a través de ella, el Dasein tiene acceso a la “propiedad”, es decir, al interpretarse desde el más propio “sí mismo”.⁶ Heidegger define la angustia como el modo “eminente” del estar abierto el Dasein al ser: es a través de ella como el Dasein es “llevado ante sí mismo”. Habitualmente el Dasein no se interpreta desde el auténtico sí mismo sino que desde lo “otro” que él, mediante el estar absorbido en los entes intramundanos ocupándose de esto o aquello. Pues bien, la angustia cambia las cosas y las cambia radicalmente.

“Caída” (*Verfallen*) es el término que utiliza Heidegger para designar ese modo habitual, cotidiano y fundamental de ser del Dasein. En ella, el Dasein permanece “absorto” en el “mundo”, es decir, en el conjunto de los entes que le hacen frente y que encuentra en su caminar corriente y de los que se ocupa. En esta ocupación, sin embargo, el Dasein se ve “reflejado” en estos entes y se interpreta desde ellos y no desde su propio sí-mismo. ¿Cómo ocurre esto? La forma en que este ser cotidiano se despliega tiene tres vertientes, que, si bien inseparables, son la manera en que el Dasein vive habitualmente su estado de “arrojado en el mundo”: la *habladuría*, la *curiosidad* y la *ambigüedad*

La primera consiste en que el “decir” se ha desligado de su fundamento –aquello de que se habla en el habla– y se ha transformado en una difusión y repetición de lo dicho, en un oír tan sólo lo hablado en cuanto tal: las cosas son de determinada manera *porque así se dice*, y tal difusión es una espiral que se aleja cada vez más de su fundamento. Para Heidegger el Dasein “no logra liberarse jamás de este estado interpretativo cotidiano en el que primeramente ha crecido. *En él, desde él y contra él* [subrayo] se lleva a cabo toda genuina comprensión, interpretación y comunicación; todo descubrimiento y toda reapropiación” (p.192).

La segunda forma que adopta la caída es la curiosidad. Consiste en un ver *sólo por ver* y no para comprender lo visto, y de ese modo se busca inmediatamente lo nuevo, para desde allí saltar a otra novedad en una cadena sin fin. Se trata de “una incapacidad de *quedarse*

⁶ El lector debe entender este “sí-mismo” no como un impersonal Dasein o ser humano, como un individuo dentro de una especie, sino en el sentido de “mí-mismo”, de “cada vez-yo”.

en *lo inmediato*" (*Ibid* p.195). Gaos traduce literalmente la expresión alemana *Naugier* como "afán de novedades" para este aspecto de la caída, la que en definitiva quiere decir que la curiosidad desea estar en todas partes y termina no estando en ninguna.

El tercer fenómeno de la caída es la "ambigüedad", que consiste en la incapacidad para determinar entre "lo que ha sido y lo que no ha sido abierto en una comprensión auténtica" (p. 196).

Ahora bien, es claro que en la caída el Dasein se está interpretando desde "lo otro" que él y no desde sí-mismo. ¿Y qué es eso otro? Eso otro es lo que Heidegger llamó el "uno" (*das Man*). El Dasein está sujeto al *dominio* de los otros en su convivir cotidiano: "no es él mismo quien *es* –nos dice–, los otros le han tomado el ser" (p.151). Pero estos otros no son un grupo, ni menos un grupo determinado, sino *todos y ninguno*; es un quién "impersonal". Eso es el "uno". Y es este uno el que gobierna lo que se "debe hacer"; lo que se acepta y se rechaza. Todo se nivela en una medianía, nivelación que Heidegger denomina "la publicidad del uno".

Si embargo, el "uno" *aliviana* a la existencia en su cotidianeidad, pero además, ese uno es el "uno-mismo", es decir, es el sí-mismo que no se ha asumido como tal, y que por lo tanto está disperso en la ocupación absorta en el "mundo".

LA HUIDA

Resulta evidente que en la "cotidianeidad de término medio" el sí-mismo del Dasein está en la impropiedad. Impropiedad quiere decir "interpretarse desde lo otro" y no desde el auténtico sí-mismo.

En *Ser y Tiempo* Heidegger sostiene que la caída, el estar absorto en el quehacer diario, *no es más que una huida*: una huida del Dasein ante sí mismo y su propiedad, es decir, un huida del poder-ser-sí-mismo-propio. Pero, ¿por qué huir? ¿Cuál es la amenaza? ¿Qué hay en el Dasein mismo que lo impulsa a esconderse y a escurrirse de sí mismo, a "cubrirse" y volcarse hacia el ente intramundano y a los dictados del "impersonal" *uno*? Y, por su parte, ¿qué hay en la angustia que impide esa huida?

El ante-qué de la huida no puede concebirse como algo "temible", porque lo temible siempre comparece como ente intramundano. En el darse la espalda (a sí mismo) propio de la caída, el Dasein *en vez de alejarse del ente intramundano, como ocurre en el temor, se vuelca hacia él y se entrega a él hasta absorberse en él, como si allí encontrara la protección que necesita*. En la caída el Dasein retrocede ante sí mismo. Pero no se trata de un mero andar hacia atrás sino de retroceder ante un

peligro: esta huida cadente, este no querer el Dasein interpretarse desde sí mismo, ¿no se debe a que *estar en lo propio es estar en disposición para la angustia, el desamparo y la extrañeza*? Es evidente que si el ante-qué de la angustia no es un ente intramundano, no podría estar entramado ni en la significatividad ni en la familiaridad, las que en tal disposición afectiva se derrumban, sino en el más radical y aperplejante misterio del estar arrojado en-el-mundo. El ante-qué se angustia la angustia del Dasein es *indeterminado*: "lo amenazante ya está en el Ahí –y sin embargo, en ninguna parte". "Está tan cerca que oprime y le corta a uno el aliento, sin embargo, en ninguna parte" (ST p. 209). No es algo, no tiene figura, no es ente, y en ese estado afectivo (la angustia) los entes intramundanos se *hacen irrelevantes*. "La totalidad respectiva intramundana descubierta –de lo que está a la mano y de lo que "está-ahí"– *carece como tal de toda importancia. Toda entera se viene abajo*" (p. 208). "El mundo –afirma Heidegger– adquiere el carácter de una total insignificancia" (*ibid*). Pero, ¿no es esto decir que el Dasein en la angustia queda en la desprotección, a la intemperie, es decir, al "descubierto", y *con ello y tan sólo por ello, en la interpretación propia del "sí mismo"*?

La huida cadente del Dasein ante sí mismo está fundada para Heidegger en la angustia, y "aquello ante lo cual la angustia se angustia es el *estar-en-el-mundo mismo*" (p. 209). No cabe entonces duda alguna acerca de que la significatividad y la familiaridad dependen de que el Dasein *no se enfrente a su propiedad*, sino de que viva "*como*" si la impropiedad fuese su ambiente natural. En una nota al pie del *Hüttenexemplar*,⁷ Heidegger sostiene: "La angustia ante estar en el mundo mismo (como determinante del Ser en cuanto tal),(es) lo absolutamente inesperado e insoportable –lo que provoca extrañeza" (*ibid*).

"Extraño" e "insoportable" es estar en el mundo, y lo determinante de ese mundo es el ser, de modo que estar en el ser (en lo abierto) es inesperado, insoportable y extraño. Y eso es la propiedad, eso es interpretarse desde sí mismo y no desde lo otro (Uno).

LA NADA

Tres años después de publicado *Ser y Tiempo*, Heidegger da a luz la obra *¿Qué es metafísica?*⁸ En ella se pregunta

⁷ Ejemplar de la cabaña, en el que Heidegger hizo numerosas notas a lo largo del tiempo.

⁸ *¿Qué es metafísica?* (QM). Ed. Fausto, Buenos Aires, 1992. Traducción de Xavier Zubiri.

—entre otras cosas— si hay en la existencia del hombre un temple de ánimo tal que lo coloque inmediatamente ante la nada misma y que de ese modo evite el tratar a la nada como una mera cuestión lógica relativa a la negación. Es evidente que si decimos que algo es “esto o aquello”, este “es” se refiere a un ente. Pero ocurre que el *ser no es un ente*. Esto quiere decir que del “ser” no se puede hablar como se habla de los entes: no podemos determinarlo o especificarlo, como lo hacemos con cualesquiera de estos últimos. En la angustia, como ya hemos señalado, todas las cosas y nosotros mismos; todos los atributos y todas las especificaciones ópticas, se sumergen en una indiferenciación. Y este alejarse del ente *en total* nos oprime.⁹ No queda asidero alguno: “lo único que queda y que nos sobrecoge al escapárenos el ente es este ‘ninguno’”. Subraya entonces Heidegger: “*la angustia hace patente la nada*” (QM, p. 47)

Sin embargo, en la obra que mencionamos, Heidegger contradice abiertamente lo planteado en *Ser y Tiempo*: “En la angustia hay un retroceder ante...*que no es ciertamente un huir* (subrayo), sino una *fascinada quietud*” (p. 48). En castellano fascinar significa “atraer irresistiblemente”. Pero, ¿no había sostenido en *Ser y Tiempo* que el Dasein mediante la caída “huye de sí mismo” y de la angustia al “constatar” —con toda la inadvertencia que se quiera— que estar en el mundo es estar “desazonado”, “aislado”, “fuera de casa”, en lo “insoportable” y “extraño”?

En la búsqueda del ser del ente Heidegger se topa con la nada. Pero, desde luego, no se puede preguntar por lo que la nada sea, puesto que la nada es la negación del ente; es, sencillamente, lo “no-ente”; es decir, es pura negación óptica. Mas, como el ser *siempre es ser de un ente*, la negación óptica ¿no es a la vez una negación ontológica? *Si todo ser es ser de un ente, lo no-ente ¿no sería a la vez lo no-ser en absoluto, en la medida en que sin ente no hay ser?*

Heidegger opera recogiendo sin violencia la ambigüedad y la contradicción lógicas como constitutivos básicos de la existencia, y así afirma: “En esa *clara noche* que es la nada de la angustia (que es como decir en la luz de la obscuridad) es donde surge la originaria “patencia” del ente *como tal ente*: de aquello *que es ente y no nada*” (p. 49). Esa “clara noche” sería el fondo en el que algo *puede ser ente*, del mismo modo en que el

silencio posibilita la melodía, o el entorno, la obra escultórica. La nada hace posible el ente, luego el ente está subordinado a la nada como su condición de posibilidad.

La esencia de esta nada, originalmente anonadante “*lleva al existir, por primera vez, ante el ente en cuanto tal*”, es decir, el Dasein accede al ente mediante la experiencia de la nada. “*Existir* —dice Heidegger— significa: *estar sosteniéndose dentro de la nada*” (*ibid*).

¿Cómo es esto? “*La nada es la posibilitación de la patencia del ente, como tal ente, para la existencia humana* (...) [y] *pertenece originariamente a la esencia del ser mismo*. En el *ser* del ente acontece el anonadar de la nada” (p. 50). “La nada —dice más adelante— no es ya ese vago e impreciso *enfrente del ente*, sino que se nos descubre como *perteneciendo al ser mismo del ente*” (p. 54).

LA CONCIENCIA

Heidegger utiliza el término “conciencia” en el sentido de “conciencia moral”; como cuando decimos que algo de lo hecho o de lo omitido “nos pesa en la conciencia”. La “voz de la conciencia”, para Heidegger, “da a entender algo” (ST, p.289). Pero este dar a entender es una “llamada” con el carácter de una “apelación” al Dasein a hacerse cargo de su “más propio poder-ser-sí-mismo”, pero también una “intimación” “a despertar a su más propio ser-culpable” (*ibid*). En castellano es evidente que no es lo mismo “dar a entender” que “llamar”; o “apelar” que “intimar”. “Dar a entender” es algo así como el delicado “proponer algo a la comprensión”; “llamar”, por su parte, es “dar voces a uno o hacer ademanes para que venga o para advertirle alguna cosa”; “apelar” es “recurrir a una autoridad superior para que revoque, enmiende o anule una sentencia que se supone injusta”; e “intimar” es “requerir, exigir el cumplimiento de algo, especialmente con autoridad o fuerza para obligar a hacerlo”. Como se aprecia, una gradiente que parte del ofrecimiento y termina con un “dar a entender” de claro matiz coercitivo. Sin embargo, las palabras alemanas *Ruf*, *Anruf* y *Aufruf*, usadas por Heidegger, significan “llamada”, “invocación” y “proclamar” respectivamente, por lo que no poseen la misma gradiente que las expresiones que el traductor ha elegido en castellano.

Heidegger sostiene que la conciencia *abre*, luego —y por lo demás como todo lo que ocurre al Dasein— tiene que ver con la *apertura*, es decir, con su estructura, puesto que el Dasein *es* su apertura, o lo que es lo mismo, *es* su Ahí, y la estructura de este *estar* (*Sein*) en lo abierto (*Da*) está constituida por los tres coorigi-

⁹ Pero no como si fuera un mero desaparecer sino como un alejarse, que es un volverse “desde lo otro” hacia nosotros. El alejamiento del ente es la proximidad máxima del Dasein a su propio ser.

narios señalados inicialmente en *Ser y Tiempo*: la disposición afectiva, el comprender y el discurso.

La llamada de la conciencia es un modo del discurso (*Rede*). Recordemos que el discurso articula la comprensibilidad y posibilita toda significación y todo lenguaje, incluyendo el “escuchar”. Al estar el Dasein perdido en lo público del uno y en su habladoría, lo que hace es *escuchar* al uno-mismo, y como consecuencia, *des-oír* a su propio sí-mismo. Para encontrar el sí-mismo que ha sido desoído al estar en la escucha del uno, esta última escucha debe ser quebrantada, es decir, “ha de recibir del Dasein mismo la posibilidad de un escuchar [otro] que la interrumpa” (p. 291). Pero ¿qué escucha el Dasein habitualmente? Escucha el bullicio de la caída (im-propiedad) en la forma de “habladurías” y “afán de novedades”: escucha sobre cosas, sucesos, ideas, aspiraciones, fracasos, tragedias, amores, violencia, odios y encuentros; escucha acerca de realizaciones, avances tecnológicos, nacimientos y muertes, precios y comidas; escucha, en fin, sobre éxitos, política, creencias, literatura, arte y filosofía. No se trata, como pareciera quedar señalado con el término “habladuría”, sólo de maledicencia y frivolidad: “El Dasein no logra liberarse jamás de este estado interpretativo cotidiano [la caída] en el que primeramente ha crecido” (p. 192). Así, el Dasein en la caída escucha acerca de todo lo que constituye nuestras vidas, incluidas las más sublimes manifestaciones del arte y de la cultura: todo lo que el Dasein haga significativamente en su *praxis* y mientras exista, es *ocupación*, y toda ocupación es *caída e impropia*, incluidos aquellos fragmentos amorosos, dignos, heroicos y generosos que el Dasein atesora a lo largo de su existencia. El *escuchar*, al que apela la llamada de la conciencia, es enteramente diferente y, por lo mismo, tiene la posibilidad de “interrumpir” el escuchar cotidiano descrito, es decir, de interrumpir todo lo que el Dasein ha tomado entre manos, con lo que se ha comprometido, lo que ha valorado y lo que ha vivido: todo ello “*es dejado de lado*” y “la llamada al sí-mismo no se entera en absoluto de todo aquello”. El uno, el colectivo, el “otro real”, las cosas y los proyectos en los que vivimos diariamente quedan en suspenso.

Mediante ese bloqueo paralizante, el uno-mismo es conducido por la llamada al sí-mismo. Pero, ¿qué dice el discurso de la llamada y cómo logra provocar todo lo descrito? Pues bien, *la llamada no dice nada, no se refiere a nada ni “tiene nada que contar”*. Por lo mismo carece de lenguaje: “habla única y completamente en la modalidad del silencio” –dice Heidegger (p. 293). Es tan sólo una intimación del sí-mismo “a su poder ser-sí-mismo”.¹⁰

Frecuentemente Heidegger habla de las “posibilidades del sí-mismo”, como si se tratara de un abanico de alternativas propias. Sin embargo, tales posibilidades son sólo “una”, la que, además, es equivalente a “ninguna”. Es evidente que la llamada no procede sino del Dasein mismo, pero al mismo tiempo lo hace desde una lejanía que está en el más radical “allá” de él. El que llama es el Dasein, pero lo hace desde su desazón, desde el originario y arrojado estar-en-el-mundo, “experimentado como un estar fuera de casa (*als Un-zuhause*), desde el hecho desnudo de estar en la *nada* del mundo (...) ¿Qué podría haber más extraño al uno –se pregunta Heidegger– perdido en el variado “mundo” de los quehaceres, que el sí-mismo aislado en la desazón y arroja-do en la nada?” (*ibid*).

La llamada “habla de ese modo desazonante que es el callar” (*ibid*). La palabra desazón en español significa principalmente desabrimiento, insipidez, falta de sabor y tal vez no traduce plenamente el término alemán “*unheimlich*”, cuyo significado habitual es “terrible”, “inquietante”, “fatídico”. Si bien es cierto que tal término etimológicamente quiere decir “que no tiene hogar”, ese origen, bien mirado, significa que “no puede morar”, y luego, que deambula errante como un alma en pena. Nada parecido a la insipidez. Esta condición “inquietante” es para Heidegger el modo fundamental, aunque cotidianamente “cubierto”, del estar-en-el-mundo el Dasein.

Y si la llamada viene de la nada inhabitable del sí-mismo, aceptarla significa no un abanico de posibilidades, como decíamos, sino tan sólo el reconocer el fin de toda posibilidad, y con ello el fin del Dasein y también del ser.

¹⁰ Recordemos que si bien el lenguaje brota del discurso, este último no es “el” lenguaje: articular la comprensión (el “discurrir” el Dasein) no requiere palabras.

ENSAYO

LA FRACTURA DE LA FRATERNIDAD:¹ NARCISISMO FEMENINO Y MASCULINO: GÉNERO Y (DES)ENCUENTRO²

(Rev GU 2006; 2; 2: 192-200)

Susana Cubillos y María Montañez³

Consideramos que el narcisismo contiene las claves dinámicas para comprender el amor a sí mismo y a los otros, en sus componentes sexual y de re-conocimiento. Realizamos un recorrido con muchos autores que han desarrollado el tema, extendiéndolo a la conjugación diferencial de su presencia en la constitución de feminidad y masculinidad. Los cuerpos sexuados son significantes centrales de las tipificaciones culturales y a través de la lengua se establecen los lugares, las valoraciones y los sentidos atribuidos a lo femenino y lo masculino. Nos interesa entender el curso de este proceso como un intento de búsqueda de la mutua comprensión, aceptación y armonía en el encuentro de la pareja humana. Concluimos que la desigual valoración de los géneros favorece una falla del sistema narcisista en hombres y mujeres que dificulta la posibilidad amorosa. Por lo tanto, la experiencia de reconocimiento que viven niños y niñas en espacios familiar-escolar-cultural requiere un cambio de la mirada que reconoce y que instala otro lenguaje.

CONTENIDOS

I. EL MITO DE NARCISO... Y ECO

- La pregunta por el goce y la diferencia
- Tríadas significantes de géneros femenino y masculino
- Pasaje del sujeto imaginario al objeto simbólico
- Función estructurante del símbolo

II. NARCISISMO y RE-CONOCIMIENTO DE LA ID-ENTIDAD

- Self – yo ideal – ideal del yo
- súper yo
- Catexis sexual y narcisista
- Referentes primarios ---- cuerpos secundarios -- lengua – ley
- Personalidad y desbalance narcisista.

III. SÍ-MISMO ---- otro ----OTRO

- Narcisismo saludable
- La lógica intersubjetiva en la estructura del símbolo.
- ¿Poder de dominio o poder de reconocimiento?

¹ Fraternidad: unión y buena correspondencia entre hermanos o entre quienes se tratan como tales. Diccionario de la Real Academia Española.

² Trabajo presentado en Encuentro de Psicoterapias, Reñaca, Viña del Mar, Chile, 2003.

³ Psiquiatras. Centro de Salud Mental Integrado. E-mail: scubillosm@vtr.net / m.montanez.luna@mi.cl

ANTECEDENTES

Desde la crisis de la noción de sujeto (moderno) sabemos con certeza que la biología del ser humano no puede separarse de su existencia social y que los impulsos biológicos están moldeados por: las fuerzas sociales, el inconsciente y una moral relativa a la genealogía dominante cuyos códigos se transmiten a través de la lengua.

Cito de "Reich habla de Freud": "Al hablar de encuentro me referiré a la experiencia emocional de la fusión de dos organismos. No se trata de la impotencia, ni la frigidez. No se trata de ayuntarse ni del abrazo en sí mismo ni de la cópula, sino de la verdadera experiencia emocional, de la pérdida del propio ego, de la pérdida de la completa mismidad espiritual". (Pág. 38). Wilhelm Reich recuerda que Freud habló por última vez en el Congreso de Berlín en su conferencia "El Ego y el Ello"; y señala: "no hubo discusión, fue algo bello, extraordinariamente bello. Quiso decir entonces algo muy profundo, muy profundo. El ego es exactamente tan inconsciente como el ello" (1).

Estimulado por el pensamiento de Freud sobre el Ego y el Ello, Reich se aboca al estudio sobre el carácter y su análisis, concluyendo que, en su parecer, "las curaciones verdaderas y definitivas sólo pueden lograrse si se consigue modificar el carácter neurótico, subestructura de su sintomatología. En el Ego, superando la ambivalencia y el narcisismo; en la esfera sexual, construyendo el sentido de la realidad erótica, la libido genital heterosexual, monovalente" (1).

Para Reich el carácter neurótico es "aquel carácter que, debido a la estasis sexual crónica, actúa según los principios de un código moral compulsivo" (2). Su mayor y reconocido aporte es su clásica obra "El análisis del carácter", donde encontramos una brillante descripción de lo que él llama estructura fálico-narcisista (3). Este concepto es utilizado por Emilce Dío, psicoanalista argentina, en su galardonada obra sobre los Trastornos Narcisistas de la Femeidad, sobre cuyos contenidos abundaremos en este trabajo (4).

Anota Reich: "Uno de los más importantes mecanismos del desarrollo individual me parece aquel proceso en que determinados impulsos sexuales se desplazan de la organización sexual a la estructura del ego (la sublimación de Freud) lugar en donde encuentra su justificación bajo formas que satisfacen al ego sin chocar con las exigencias de la cultura. Una vez tras otra encontramos residuos de aquellas tendencias sublimadas de la organización sexual, por ejemplo, en el rasgo sádico de la conducta sexual masculina.

El impulso a usurpar –con su mayor potencialidad física– respecto a gratificaciones tiene su consecuen-

cia psíquica, la tendencia a conocer, las principales facetas de la tendencia al figoneo sexual, entre otros, se ponen gradualmente al servicio del ego en un progresivo desarrollo, residiendo precisamente aquí las mayores garantías para la enfermedad psíquica del individuo". Fragmento de una carta de Reich a Adler en relación al desarrollo de éste sobre la Voluntad de Poder.

En ese diálogo surge también la cuestión de "¿por qué el absoluto y relativamente mayor sentimiento de inferioridad del sexo femenino no produce por vía de compensación una voluntad de poder mucho más fuerte que la del hombre?". Para Reich la respuesta es que la sexualidad está palpablemente ligada a la tendencia sexual que lucha sólo y exclusivamente por el placer, y no por el poder (1).

Lacan, más tarde, advierte que la mujer no ha dicho su discurso y por lo tanto no existe en el lenguaje. Posteriormente, significa a la Histeria como el cuarto discurso, junto al del amo, del analista y del académico. Discurso histérico que se caracteriza por dejar impotente al otro. Y como dice Dío Bleichmar en su exhaustiva revisión de la histeria con relación al narcisismo femenino, la histeria es la única neurosis que tiene género (4).

I. EL MITO

El cambio textual de la narración griega del mito de Narciso muestra un proceso de transformación cultural, donde nuevos sentidos desplazan un viejo orden. El orden de la estructura romana introduce nuevos dioses, dejando atrás el valor de lo femenino (7). Atenea, nacida de la cabeza de Zeus, comparece ante los jueces para testimoniar que la nueva filiación es al padre y no a la madre, razón por la cual el matricidio deja de considerarse un delito. Los mitos que subyacen la tragedia contienen los códigos de las nuevas estructuras, los términos del conflicto y los lugares que los seres sociales habrán de ocupar (13).

La pregunta que instala el Mito de Narciso es por el goce y la diferencia. ¿Quién goza más en el amor, la mujer o el hombre? preguntan Juno y Júpiter a Tiresias, un ser bisexual, que conoce ambas experiencias (8, 9). La respuesta parece ambigua. Inicialmente afirma que la mujer es capaz de alcanzar diez veces el goce del máximo placer sexual. Sin embargo, agrega, el hombre en un solo peak goza en intensidad el equivalente a diez veces. Juno se enfurece inexplicablemente y deja ciego a Tiresias. Júpiter lo compensa otorgándole el poder de ver interiormente, lo que le permite el don de la profecía.

Juno, al parecer, no acepta la diferencia de modalidad, que no disminuye ni engrandece a ninguno, y/o confunde diferencia con desigualdad, quedando constituida en tanto figura femenina, en significante de falta de entendimiento, envidia, ira y poder destructivo. Júpiter, por su parte, es situado como significante de moderación, sabiduría y poder reparador.

Es interesante traer la mirada al siglo XX, equidistante en el espejo del tiempo al periodo de instalación del patriarcado (3.000 a 1.000 A.C). Masters y Johnson, en su androginia de pareja, demuestran por medio del conocimiento científico lo que afirmara Tiresias desde su bisexualidad: que las mujeres pueden ser multiorgánicas y que la modalidad de respuesta sexual de hombres y mujeres es diferente.

El desarrollo del mito de Narciso narrado por Ovidio escenifica matrices arquetípicas de relaciones de género y generaciones. Liríope es una ninfa que sale al encuentro del peligro que acecha a todas las jovencitas en el espacio del mundo: el hombre violador, Cefisos (antes Dios fluvial). Narciso es, en este nuevo tiempo, el producto del encuentro violento entre un hombre adulto y una jovencita. El embarazo es de pesar para ella, sin embargo nace un niño tan bello que sobrecoge su alma y la llena de asombro. Narciso es depositario de un atributo investido de valor social: la belleza. No sólo la madre lo encuentra bello. Ella reconoce en él el valor, lo inviste y la invade la angustia de pérdida. Consulta al vidente Tiresias cuánto habrá de vivir su hijo, quien le señala que Narciso puede vivir largamente a menos que se conozca a sí mismo. (Conocerse y verse implicarían saber de su belleza narcísica, transitoria e ilusoria y –por ende– la muerte a ese estado.)

La segunda tríada está constituida por el matrimonio de Juno y Júpiter y su hija Eco. La escena es Júpiter en aventuras extramaritales mientras Eco permanece junto a su madre Juno, hablándole. Cuando Juno sorprende a Júpiter, acusa a su hija de traición en tanto está sirviendo para distraerla de las andanzas del padre. La niña es culpable de traición a la madre, servidora de los intereses del padre, a través del manejo del lenguaje. Juno, nuevamente depositaria del poder destructivo de la envidia y la ira, priva a su hija del acceso a la palabra. Eco representa la mujer joven, a quien seguramente persigue Júpiter. Juno pasa a escenificar la rivalidad entre mujeres por la posesión del hombre. La nueva niña, o la nueva feminidad, sin poder discursivo está condenada a repetir las últimas palabras del discurso de otro. Condena dictada y ejecutada por su propio género, a través de la madre, quien aparece también frustrando la relación padre-hija, tan fundamental para un narcis-

sismo femenino saludable. Esa relación en que la hija adolescente sabe que el padre la encuentra bella, al mismo tiempo que mantiene el más absoluto respeto por su sexualidad (9).

El desenlace de la tragedia es el desencuentro y la muerte de Narciso y Eco. Narciso es objeto de deseo universal, son muchas y muchos quienes se enamoran y apasionan por él, entonces huye, buscando desesperadamente la distancia. Eco, enamorada de Narciso, corre tras él sin poder articular su deseo. El eco de las palabras llega a Narciso como si fueran sus propias palabras y huye. Eco se pierde en el bosque y queda de ella sólo el eco de su voz.

Hay varias versiones que conducen al mismo final, la muerte por inanición, por inmersión, de Narciso y supuestamente también de Eco, cuya corporalidad se disipa. Se establece una tensión entre Narciso y su reflejo, de tal modo que el muchacho desea apartarse de su propio cuerpo para poder asir lo inasible. No sabe qué es lo que ve –porque es sólo reflejo, sólo ilusión–, pero se abrasa en lo que ve y la misma ilusión que lo engaña incita sus ojos. La fuerza que lo atrae es tan grande que Narciso, en el deseo contradictorio de unirse a su objeto amado y de que éste se aleje, cae en un torbellino de pulsiones que sólo puede culminar en la metamorfosis (10). Eco pareciera devuelta al mundo natural, la paradójica pertenencia a la incorpórea y etérea esencia de lo femenino.

El desencuentro y la muerte sellan el Mito. Muerte a un estado, que puede entenderse como transformación, metamorfosis o pasaje. De un nivel imaginario a otro simbólico donde se articula y se hace presente el otro en un nivel significante. Nacimiento del yo en el espejo del otro. Muerte al yo ideal imaginario, mirada y palabra transitan una nueva ruta de coordinaciones yo-tu-él, donde la tercera parte es el objeto referente que los reúne, el significante Otro. Otro esquivo, que muestra y oculta al mismo tiempo.

Volviendo al siglo XX, es Christianne Olivier, psicoanalista francesa, quien luego de años de experiencia clínica pone el foco en uno de los más controvertidos aspectos de la construcción de subjetividad femenina y masculina: las relaciones tempranas asimétricas de la infancia fracturan la posibilidad de fraternidad humana. Sus observaciones a través del lugar femenino del Mito de Edipo, Yocasta, tienen una gran correspondencia con lo encontrado en el mito de Narciso (11). La mirada que se posa sobre la niña y el niño por parte del(la) otro(a)-Otro, difiere y deja huellas... las huellas del discurso que informa a la mirada (Ej: “hombrecito”-“chanclita”, según modos chilenos de nombrar a un(a) recién nacido(a)).

II. NARCISISMO Y RECONOCIMIENTO

Usaremos el concepto de Narcisismo para referirnos al sistema estructurante de la subjetividad que acompaña el proceso de adquisición del sentido de identidad. Función estructurante del psiquismo, que porta la necesidad de re-conocerse.

En este sentido el concepto de narcisismo es una matriz significativa de la lógica de re-conocimiento. Es decir, narcisismo es resultado y proceso, dinámico, complejo, circular, recurrente, intrapsíquico e intersubjetivo, de la función psíquica de identificación de sí mismo. El narcisismo se sitúa en los intersticios de los procesos de la adquisición del sentido de identidad, es re-conocimiento de la identidad, o de acuerdo a la lengua francesa, *re-co-nacimiento* a la identidad. Esto implica que a la identidad no se nace solo sino con otro que actúa como "duplicador"; pero además en relación a una tercera parte que actúa como referente mayor, otorgando las significaciones de valor. Ver los reflejos del espejo y experimentar sentimientos de admiración y/o rechazo, implica procesos secundarios de significación y valoración.

En este proceso quedan articulados el deseo y las identificaciones, el sexo y el género. El género es una matriz significativa que articula los procesos narcisísticos del sentido de ser hombre o mujer, en un sistema de atribuciones, valoraciones y sentidos para lo masculino y lo femenino, categorías centrales del discurso cultural (E. Dío).

Desarrollos teóricos y conceptos asociados a los procesos de adquisición de identidad y narcisización:

Self

Yo ideal, ideal de yo, súper-yo.

Identidad de género-identidad sexual

El nacimiento como experiencia traumática universal inicia al *self* en la angustia, en el sentimiento abrumador de desamparo y desolación. Enfrentar la fuerza de gravedad, diez grados menos de temperatura, el esfuerzo por respirar y alimentarse, sentir el dolor de los músculos aplastados en el canal del parto, la pérdida de la madre-mundo (umbilical) y el re-encuentro con un nuevo objeto: la madre-pecho, pobre sustituto de la anterior, inauguran la construcción del yo en torno al delicado self.

A pesar de la insuficiencia del nuevo objeto, comparado con la madre perdida, las transitorias pero recursivas satisfacciones que proporciona harán bascular el péndulo hacia el sentimiento compensatorio de omnipotencia. Probablemente el sentimiento más próximo a la plenitud, a lo completo y al goce alcanzado luego de ser abrigado, alimentado y cobijado con tierno afecto y cuidado. Experimentado como creación propia es la ilusoria omnipotencia, tiempo y lugar del *narcisismo primario*.

Sentimiento de completitud, poder y autosuficiencia, para sobrevivir al desamparo, construido de reminiscencias, fantasías parciales emergentes de sensaciones de partes del cuerpo y de funciones corporales, de fragmentos sensoriales, experiencia personal de un estado nombrado como *yo ideal*. Las proto-imágenes o *imagos*, van emergiendo en estos estados afectivos en que no hay aún diferenciación yo-no yo, externo-interno. Imágenes fragmentadas o fragmentos de imágenes que alcanzarán la posibilidad de integración, en *momentos* de Yo Soy (Winnicott), donde el propio ser naciente tampoco se experimenta idéntico todas las veces. Es un momento en que todavía ningún objeto exterior al propio ser es conocido.

La madre en su función de amparo proporciona apoyo yoico y, en un vínculo de allegamiento yoico, constituye el soporte para avanzar en los procesos de integración emocional y psíquico del bebé. Los analistas ingleses han puesto su énfasis en la necesidad de los estadios fisiológicos perentorios, reconociendo probablemente la absoluta dependencia del infante (12).

Lacan pone el énfasis en el deseo de reconocimiento. En el estadio del espejo (Lacan) señala más que la experiencia de la integración de la totalidad en una continuidad espacial y temporal, el logro de reunir e integrar a las partes que ocurre en un espacio imaginario que contiene la presencia del otro: la diferenciación yo-no yo, interior-exterior, la realización de funciones de identificación, introyección, proyección y el acceso al objeto simbólico, lugar de transferencia del ideal (5).

Para Lacan, las experiencias analíticas indican que es la relación con otro sujeto lo que "establece" la relación con el objeto. En ese sentido la Transferencia la entiende como la actuación de la realidad del inconsciente, el cual está estructurado como un discurso. En el proceso analítico se modula la relación entre el yo y el tú de la palabra directa, y sería la estructura narrativa la que provoca la dependencia del que escucha respecto al que oye (6).

La función analítica donde se escenifica el inconsciente, de acuerdo a Lacan, ocurre en un contexto de compromiso (pacto), súplica (de ayuda) y abandono.

A la inversa, los fenómenos de concientización del mundo externo y sus exigencias a los nuevos miembros ocurren a través de discursos emitidos por otros significativos, en un espacio señalado por lealtades, dependencia, necesidades de protección, cuidado, apoyo y de reconocimiento (5, 6).

Herbert, citado por Kornblitz, sostiene que la ideología macrosocial inculca sus sentidos a través del discurso cultural y familiar, ocultando dicho proceso. Los mitos y creencias son las narraciones privilegiadas que circulan en los espacios sociales, donde los sujetos son efecto de las estructuras sociales de las que también ellos son soporte (13).

Identidad de género-Identidad sexual

Las inscripciones de la lengua sobre los cuerpos sexuales revelados a través de los estudios culturales, han permitido establecer la dimensión simbólica de la feminidad-masculinidad, en la teoría del desarrollo psicosexual. El género sexual es la representación privilegiada del sistema narcisista yo ideal - ideal de yo y junto con el súper yo siguen cursos de estructuración y formas finales de organización diferentes en los diferentes géneros. El género es un articulador o una estructura mayor a la cual tanto el ideal de yo como el súper-yo se hayan subordinados (4). La identidad de género se adquiere antes del conocimiento de la diferencia anatómica de los sexos y estructura los comportamientos asociados a la sexualidad y no al revés (14, 15).

La investigación sobre los cuidados tempranos se ha focalizado en las huellas que la subjetividad de la madre deja en la subjetividad de niños y niñas, por ser ella la que sostiene este monopolio. Las ventajas y desventajas para unas y otros se han planteado desde distintas perspectivas, especialmente en lo que concierne al desarrollo en el eje autonomía-dependencia (14, 15). La pregunta sería: ¿la mutualidad y espejamientos (Winnicott), ocurren por igual con niños y niñas?

Olivier sostiene que la madre, como resultado de su pertenencia a un género culturalmente devaluado, catectiza libidinalmente al niño y no a la niña, a quien mantiene a mayor distancia, amamanta menos y de quien se separa antes, estableciendo la base para la inseguridad y necesidad de unión que acompañará al género femenino toda la vida. El niño es investido como apéndice fálico que la completa narcisísticamente y por lo cual es alimentado con el perfume del deseo, colmado de cuidados y atenciones, y re-tenido más cerca de la madre. Narcisizados por razón de su género y controlados en la etapa de adquisición de autonomía, iniciarían allí los hombres la guerra por su independen-

cia, quedando con un plus de habilidades adquiridas para distanciarse de las mujeres, ecos de los intentos de sujeción de la madre. No pudiendo olvidar la plenitud del primer gran amor, habrán de vivir el amor por una mujer cargado de ambivalencia.

Con la niña la madre no logra sentir la fuerza libidinal del deseo, y por lo tanto la catectización es más débil, dirigiéndole un amor que tempranamente da lugar a la distancia, precoz e insuficiente para la niña. Ésta se esforzará a través del lenguaje para acercarse y volver a conquistar el amor de la madre. La niña es más precoz en el habla y en el control de esfínteres. Posteriormente sabrá que no existe su palabra propia, que las mujeres hablan demasiado y que es preferible una mujer callada y silenciosa. Aprenderá cómo debe ser una mujer.

Chodorow sostiene, por el contrario, que el amor de la madre por su igual, la niña, es total y perfecto y esto haría más difícil para la niña el proceso de separación y logro de autonomía.

La presencia del padre, su donación (Lacan), agrega el componente de masculinidad a la feminidad primaria, siendo objeto de identificaciones que aportan al ideal de yo masculino en ambos géneros, secundario en tanto estructura secuencial. El imaginario prelingüístico contiene representaciones corporales femeninas y masculinas. El soporte del padre para el proceso de separación individuación de la madre es clave para ambos géneros. En este proceso se definen los mecanismos adaptativos estructurantes de la personalidad. Separarse de una igual es más dificultoso sin la presencia del padre. Separarse de una madre enamorada, que se mira en el niño, es muy difícil sin la intervención masculina, como soporte de la madre y objeto de identificación del niño. Las vicisitudes de este periodo son más importantes de lo que se pensaba. La riqueza de las posibilidades de la experiencia intersubjetiva y de expansión de la vivencia del mundo, son funciones que mejor ocurren con la presencia de ambos progenitores (16).

El conocimiento de la diferencia anatómica de los sexos

Pérdida del ideal de yo primario

Reconstrucción del ideal del yo secundario (4)

El conocimiento de la diferencia anatómica de los sexos y su plena función sexual redistribuye la valoración ligada al género y redistribuye la omnipotencia.

La madre castrada es una herida narcisista para ambos géneros y ambos envidiarán el pene que otorga

el placer a la madre. Así, el significativo falo elevado a carácter de símbolo fetiche representará la compensación de toda carencia.

Es ahora del padre de quien se esperará la valoración. El conocimiento de la devaluación social del género femenino contribuirá al derrumbe del sistema narcisista en la niña, con la pérdida del ideal de yo femenino primario y la completa devaluación de sí misma.

Se pregunta Emilce Dío: ¿cómo se las arregla la niña para desear ser una mujer en un mundo paternalista, masculino y fálico, efecto del testimonio que la niña realizará, de las múltiples y permanentes desigualdades en la valoración de los géneros? Explica que ella deberá reconstruir su sistema narcisista de ideales de género e reinstalar una feminidad valorizada que oriente tanto su rol de género como su deseo sexual. Es una colosal empresa narcisista la que debe emprender:

1. La reconstrucción de su feminidad a través de la instauración de un ideal de yo femenino secundario, que incluye no sólo la oposición fálico castrado sino el rol social y la moral sexual que legisla sobre este rol. El rol resulta conflictivo y ambivalentemente valorado.
2. La narcisización de la sexualidad para su género, pues la sexualidad femenina es un valor altamente contradictorio en nuestra cultura.

En el niño la transformación narcisista es favorable, transitando del ideal de yo primario al ideal de yo realista, orientado a metas. La investidura es progresiva, en una identificación con el padre como modelo. El clivaje es positivo, espera el reconocimiento del padre y el goce de la mujer.

La tipificación de la feminidad y la masculinidad se hace por diferentes vías, produciéndose un clivaje en los modos de acción y de pensamiento de los dos géneros. El mundo privado y doméstico será el dominio de la niña, quien cultivará la gracia, la seducción y los sentimientos. El mundo social y crecientemente público será para los varones, desde donde ejercerán la capacidad para la toma de decisiones y el poder transformador de la realidad.

Las investigaciones de los procesos de identificación e imitación, en la construcción de identidad de género, señalan patrones diferenciales de relación de los padres y madres con hijos e hijas, entrenándolos en habilidades y competencias distintas, en correspondencia con roles específicos. Las habilidades para el pensamiento lógico y las destrezas físicas de fuerza, competencia y organización se ponen en práctica con

varones y las habilidades de juego, afectos blandos y cuidados interpersonales, con las niñas. Esto hace que ambos dejen de desarrollar áreas de la personalidad necesarias para la vida adulta. Especialmente en las mujeres se obstaculiza la adquisición de un saludable sentido de autonomía e independencia, requisito esencial para la salud mental de personas adultas.

Pulsión y narcisismo

La característica diferencial consiste en una clara dicotomía en el ejercicio del placer pulsional: legitimado para los varones y fuertemente condenado para las niñas. A esto hay que agregar una diferencia neta en la localización del objeto del deseo sexual y del reconocimiento narcisista. El varón buscará en la madre-mujer el objeto de satisfacción pulsional y del padre obtendrá la valoración, quien se halla instituido socialmente para otorgarla y ofrecerse como ideal de yo. La niña dirigirá su búsqueda sexual y narcisista sobre el mismo objeto (varón), quien por esta peculiaridad de otorgar tanto el goce como la valorización, no puede dejar de ser erigido de alguna forma en ideal (Dío, E).

Como resultado, el desbalance narcisista en la organización subjetiva del género femenino es inevitable, en tanto debe identificarse a un objeto rival y supuestamente ideal. En el proceso de identificación encuentra obstáculos para considerar un modelo a quien parecerse y por lo tanto no es difícil que pueda querer desidentificarse y localizar el ideal en el hombre. En todo caso, la vía de restablecer el balance narcisista de la mujer es en base a alguna referencia fálica, ubicando al hombre en el objetivo central y único de su vida. Puede también renunciar a metas y valores personales, delegarlos en él y transformarse en su fiel compañera, ayudar a que su hombre se realice, ubicándose en el lugar tan valorado como la mujer detrás de todo gran hombre. Puede ambicionar mayores posibilidades para sí misma y competir por actividades que tradicionalmente han desarrollado los hombres. Parecerá así que masculiniza su ideal de yo y su yo. Y finalmente puede ampliar su repertorio de acción y apropiarse de la gestualidad masculina hasta el punto de homosexualizar su deseo.

Las oposiciones caracterizan los destinos de las distintas instancias psíquicas en las mujeres. Si busca ser sujeto de su deseo y satisfacer sin represiones su pulsión, aceptando su papel de ser "objeto causa del deseo", se arriesgará no sólo a la condena social sino también al peligro de la pérdida del objeto amoroso. Por lo tanto la valoración narcisista se opone al ejercicio de su sexualidad.

Por otro lado, si se afana por superar sus tendencias “pasivas”, que la dejan dependiente ya sea del padre, la madre o pareja, e intenta obtener autonomía social, intelectual y económica, se encuentra con que de alguna manera compite con algún hombre, castrándolo. Aquí la autonomía se opone a la feminidad, la ampliación del yo se opone al ideal del yo clásico.

Respecto a la dimensión del súper yo, Carol Gilligan ha investigado la distinta evolución del juicio moral en niños y niñas. Las mujeres poseen una sólida ética del cuidado y responsabilidad y los varones una ética de la justicia, construida en procesos lógicos. Sin embargo, las evaluaciones con métodos *diseñados en base a patrones masculinos*, hacen aparecer a las niñas poseyendo un menor nivel de moralidad, con un súper-yo femenino defectuoso, aunque centrado en los máximos principios éticos del cuidado y la responsabilidad, sin embargo condenando y legislando rigurosamente cualquier exceso sexual (17).

La estructura del deseo es diferente para hombres y mujeres. La mayoría de los hombres puede escindir el amor del deseo (esto es casi imposible para las mujeres), lo que sería una estrategia masculina frente a la castración. Si cualquier mujer puede confirmarle su condición de ser-que-desea, entonces puede recrear permanentemente por esta vía su supremacía fálica. Si el deseo estuviera condicionado a la existencia de amor, quedaría subordinado a la madre. La mujer, en cambio, siempre se declarará partidaria del amor único, lo que está facilitado por el hecho de que obtiene del mismo objeto satisfacción sexual y valoración.

Personalidad y desbalance narcisista

“La estructura de personalidad contiene el destino de la pulsión, las competencias del rol y el lugar del otro. En base al conflicto narcisista que la relación deseo/placer provoca y el grado de aceptación o rechazo al estereotipo”. Emilce Dío explica que la feminidad definida por la pulsión y corporalidad castrada, encuentra como posibilidades adaptativas quedar muda, la mascarada o la reivindicación. Dichos funcionamientos se estructuran como:

- La personalidad infantil dependiente
- La personalidad histérica
- El carácter fálico narcisista

En todas estas estructuras se puede manifestar el síntoma histérico (dejando de lado la conversión, cuya filiación exclusiva a la histeria queda cuestionada)

entendiendo por síndrome histérico el profundo conflicto narcisista que la relación deseo-placer provoca.

El goce sexual de la mujer, en tanto goce puro, el ejercicio de la sexualidad como testimonio de un ser que desea el placer y lo realiza en forma absoluta, se constituye en una transgresión a una ley de la cultura de similar jerarquía que la ley del incesto.

En la histeria, la mujer, ubicada en un conflicto básico de carácter narcisista, trata de equiparar o invertir la valoración de su género, no el comportamiento sexual. Cada vez que se siente humillada apelará a su única arma en la lucha narcisista, el control de su deseo y su goce, e invierte los términos: ella será el amo, asumiendo un deseo de deseo insatisfecho, quedando así prisionera de los paradigmas culturales.

Género femenino y sexualidad femenina son estructuras estrechamente articuladas y permanentemente evaluadas y significadas por el sistema de valoración narcisista del sujeto. El factor que otorga mayor especificidad y carácter diferencial a los géneros es su diferente valoración narcisista. Dentro de este marco, la feminidad en algunas de sus formas de organización intermedias o final, puede erigirse en un Trastorno Narcisista y desde allí puede explicarse la predisposición a la histeria en las mujeres.

El sexismo, es decir, la desigualdad en la apreciación de los géneros, es una de las tantas expresiones de uno de los conflictos más hondos del ser humano, su tendencia al avasallamiento de un semejante. La mujer no está exenta de este mal. Pero en la confrontación con el hombre sólo ha podido o sabido, ser amo en forma sintomal. La solución encontrada, la histeria, es una salida aberrante, un grito desesperado de la mujer acorralada en tanto género” (4).

III. SÍ MISMO, OTRO, OTRO

Llamaremos un narcisismo saludable al logro de las siguientes capacidades:

- Sentido balanceado de sí-mismo, reconociendo virtudes, habilidades y debilidades.
- Capacidad para el autorrespeto y autocuidado.
- Autoimagen corporal positiva
- Capacidad de empatía, para entender al otro, compartir y cuidar sus sentimientos
- Aceptación del otro desde el amor y el respeto, como un igual a mí.
- Autoestima balanceada, sin grandiosidad ni inferioridad.
- Capacidad para la intimidad sin miedo y entrega sin culpa.

- Capacidad para reconocer deseos y expresarlos.
- Capacidad para frustraciones.
- Conciencia de fantasías de omnipotencia y fragilidad.
- Capacidad para la relación recíproca y unión de pareja.

Los desbalances narcisistas surgen de residuos de omnipotencia primaria que fija y proyecta la vulnerabilidad en significantes parciales y valencias afectivas inadecuadas, evocando fantasmas de carencia.

La sujeción está en la estructura del lenguaje, estructura narrativa que nos hace dependientes, sujetos al Otro (Lacan). El discurso unívoco de la masculinidad genera y mantiene una fijación regresiva a la omnipotencia ilusoria de negación de la existencia del otro, en realidad, la otra, la madre que se ofrece de matriz nutricia de cada ser sensible que deviene individuo social. La ignorancia de hombres y mujeres de su activo papel en la transmisión de falsas creencias y prescripciones disfuncionales en las relaciones humanas, atrapa y empobrece el desarrollo potencial, aliándose a la inercia entrópica que tiende "cuesta abajo".

Luce Irigaray invita a re-pensar cuerpos y lengua, sexual la lengua y reunir las partes, los fragmentos del estallido que ocurre cuando nacemos a Otro mundo, a Otro universo simbólico, Otro referente. En su texto "Cuerpo a cuerpo con la madre" ella propone una resimbolización interesante, que desafía la inercia intelectual. Reconociendo la existencia de un matricidio simbólico fundante de esta cultura, donde se instala la ley del padre, su lengua, que no habla de la relación originaria con la madre ni de su deseo; sugiere la posibilidad de recrear permanentemente el acto de fecundación, gestación y nacimiento que el acto sexual (coito) ofrece:

"La erección fálica no todopoderosa sería la versión masculina del vínculo umbilical, repitiendo el vínculo vivo con ella, respetuosa de la vida de la madre en toda mujer y de la mujer en toda madre. Un pene 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, repitiendo con ella la escena de la concepción, gestación y nacimiento. Nada que envidiar al pene, nada de angustia de castración, 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" (18).

Otro referente cultural puede contener representaciones de un Padre-creador amoroso y una Madre universal, creadores de un nuevo universo simbólico. El primer acabado análisis holístico realizado de la cultura occidental está acuciosamente documentado en el libro *El Caliz y la Espada*, de Rianne Eisler y prologado por el Dr. Humberto Maturana (Premio Nacional de Ciencias 1994). La obra informa de un referente-Otro, de tipo matrístico, anterior al orden patriarcal actual, ofreciendo las claves para su de-construcción y re-construcción de cultura (7).

Sin embargo, el más próximo Otro referente cultural está contenido en la lengua araucana, como demuestra el investigador Ziley Mora Penroz, por medio del análisis etimológico del Mapudungun (19). La concepción de mundo manifestado de la cultura originaria ancestral del pueblo chileno conjuga la relación de cuatro elementos, dos parejas binarias, una antigua y una nueva. Hombre-Mujer / Niño-Niña.

¿Puede la pareja humana, en la conciencia de la potencia de su unión, sobre la base de un pacto y compromiso del uno al otro, en la súplica desde el reconocimiento de las vulnerabilidades, en el abandono de la entrega, trabajar la progresiva disolución del ego, para dar paso al sí mismo, la comunión amorosa y gozosa con el otro Otro, dando espacio psíquico a la presencia de otro-par, la nueva generación y la creación de mejor humanidad? Es una posibilidad y una elección personal, que requiere la renuncia a ciertos privilegios y la práctica del respeto, reconocimiento y cuidado amoroso a niñas y niños. Una mirada ampliada y distinta y un otro lenguajear son los primeros gestos para este nuevo emocionar (20).

REFERENCIAS

1. Reich W. *Reich habla de Freud*. Editorial Anagrama, Barcelona, 1970
2. Reich W. *La función del orgasmo*. Ediciones Paidós, Barcelona, 1970
3. Reich W. *Análisis del carácter*. Ediciones Paidós. Barcelona, 1980
4. Dio E. *El feminismo espontáneo de la histeria. Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad*. Ediciones Fontamara, México, 1989
5. Lacan J. *Écrits. A Selection*. W. W. Norton and Company, N. York, 1977
6. Forrester J. *Seduciones del psicoanálisis: Freud, Lacan y Derrida*. Fondo de Cultura Económica, México, 1995
7. Eisler R. *El cáliz y la espada*. Editorial Cuatro Vientos, Santiago, 1990
8. Ovidio. *Metamorfosis*. Libro III, versos 316-510
9. Palombo J. *Feminidades contemporáneas ¿vuelta al mito? Debates multidisciplinares actuales*. Archivos Bibliográficos GIMC
10. Holmes J. *Narcissism*. Icon Books Ltd., N York, 2001

11. Olivier C. *Los hijos de Yocasta, la huella de la madre*. Fondo de Cultura Económica, México, 1992
12. Davis y Wallbridge. *Límite y espacio. Introducción a la obra de D. W. Winnicott*. Amorrortu Editores. B. Aires. 1981
13. Kornblit A. *Semiótica de las relaciones familiares*. Ediciones Paidós, B. Aires, 1984
14. Breen D. *The Gender Conundrum*. The New Library of Psychoanalysis. Routledge, Londres, 1993
15. Spector E. *La construcción de la feminidad. Su influencia a lo largo del ciclo de vida*. Mujeres por mujeres. Biblioteca Peruana de Psicoanálisis, Lima, 1994
16. Benjamin J. *Sujetos iguales, objetos de amor. Ensayos sobre el reconocimiento y la diferencia sexual*. Paidós, Buenos Aires, 1997
17. Gilligan C. *In a different voice. Psychological Theory and the Women's Development*. Harvard University Press, 1983
18. Irigaray L. *El cuerpo a cuerpo con la madre*. Cuadernos Inacabados, Nº 5, Barcelona, 1985
19. Mora Z. *Filosofía Mapuche. Palabras Arcaicas para Despertar el Ser*. Editorial Kushe. Concepción, Chile, 2001
20. Maturana H, Verden-Zoller G. *Amor y juego. Fundamentos olvidados de lo humano*. Instituto Terapia Cognitiva, 5ª Edición, Santiago, 1977

REVISIÓN

AVANCES EN PERSONALIDADES NARCISISTAS

(Rev GU 2006; 2; 2: 201-207)

Ramón Florenzano¹

El concepto de narcisismo ha sido central en clínica psicoanalítica desde su uso inicial por sexólogos tales como Havelock Ellis y Nacke, pasando por su aplicación por Sigmund Freud hasta los trabajos de la década de fines del siglo pasado de Otto Kernberg y Heinz Kohut. Recientemente el grupo de la Universidad de Harvard en Boston ha desarrollado nuevas descripciones, que es en las cuales nos centraremos en este trabajo. Elsa Ronningstam, en el Hospital MacLean de la Escuela de Medicina de esa Universidad ha estudiado las diferencias clínicas entre los que ella llama narcisistas arrogantes y narcisistas tímidos.

Define esta autora al *narcisismo patológico* como una *dimensión de la personalidad que difiere de la normalidad por presentar una regulación disfuncional de la autoestima, que sirve a la necesidad de proteger un self grandioso pero frágil*. Esto conlleva una desregulación afectiva que tiene comprometido el procesamiento de emociones tales como el enojo, la vergüenza y la envidia. Las relaciones interpersonales son usadas primariamente para proteger o aumentar la autoestima, más que para acercarse e intimar con los demás. Estas alteraciones de la autoestima van desde los rasgos narcisistas leves, pasando por las alteraciones narcisistas moderadas, hasta el trastorno narcisista de la personalidad, con los criterios formulados en el DSM-IV. Esto involucra una deformación específica de la estructura de la personalidad que involucra un self grandioso patológico, una desregulación afectiva, relaciones de objeto no integradas, y un funcionamiento superyoico inconsistente o innecesariamente áspero. Otro término

recientemente propuesto es el de "*síntomas narcisísticos asociados al trauma (TANS)*"; que corresponde a los síntomas asociados a una experiencia traumática que inunda al self y que gatilla síntomas narcisísticos tales como vergüenza, humillación y rabia. Aunque en algunos casos esto implica descompensación de una estructura narcisista de base, en otras oportunidades personas con una autoestima relativamente sana desarrollan síntomas después de una humillación narcisista más o menos severa. La complejidad del narcisismo patológico es que se da para Ronningstam en una gradiente que va desde niveles de funcionamiento extraordinariamente altos en sujetos con capacidades excepcionales, a reacciones narcisísticas contextualmente gatilladas, a un trastorno de personalidad con síntomas leves a severos que limita el funcionamiento en áreas vocacionales o interpersonales, a formas malignas de narcisismo con conducta antisocial o psicopática encontrada en algunos criminales. Por otra parte, ella señala que

¹ Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador, Santiago de Chile.

en cuanto a presentación clínica el narcisismo patológico puede aparecer en forma abierta y evidente a otra encubierta y más difícil de detectar. Finalmente, puede co-ocurrir con otras formas de patología o de alteración del carácter.

ELEMENTOS HEREDITARIOS Y ANTECEDENTES TEMPRANOS

Algunos estudios sugieren una influencia genética: Jang *et al.* (1) encontraron un 45% de heredabilidad en los trastornos narcisistas de personalidad, y Torgensen *et al.* (2) mostraron que casi el 80% de la variación en los rasgos narcisistas se podían explicar por los genes. Los rasgos específicos ligados a la herencia son hipersensibilidad, impulsos agresivos fuertes, baja tolerancia a la frustración y defectos en la regulación afectiva. Observaciones del desarrollo temprano sugieren que niños que fueron valorados especialmente como reguladores de la autoestima paterna, tienden a desarrollar posteriormente estructuras de este tipo. El ambiente familiar temprano de los PTN puede estructurarse como abiertamente admirativo pero incapaz de sintonizarse con las necesidades reales del niño. Paulina Kernberg ha descrito un riesgo específico de desarrollar este trastorno, en hijos cuyos padres les dan funciones inconsistentes con sus capacidades evolutivas apropiadas a su edad.

PREVALENCIA

La opinión generalizada es que los trastornos narcisistas están aumentando en Occidente, pero los estudios han encontrado una frecuencia muy baja en la población general. Esta prevalencia aumenta en los grupos educacionales elevados o en grupos profesionales especializados. En un estudio de patología de personalidad en estudiantes de primer año de medicina, un 17% cumplía con los criterios para TNP; asimismo, en una muestra ambulatoria de militares, un 20% tenía el mismo diagnóstico. Asimismo, se encuentran más casos de este tipo en estudios clínicos en clínicas forenses, en la práctica privada de los psicoanalistas, psicoterapeutas y consejeros matrimoniales. En poblaciones clínicas ambulatorias generales se han encontrado tasas de entre 1 y 16%; en una clínica de trastornos de personalidad el 22% cumplían con este diagnóstico. En un estudio de comorbilidad de adictos a la cocaína el 32% tenían TNP. En un estudio australiano de comorbilidad de pacientes bipolares un 47% tenía TNP, y en uno en Israel, de reclutas del ejército israelí que se habían suicidado, un 23% tenía TNP.

En cuanto a diferencias por género y edad, según el manual del DSM-IV, el 50 al 75% de los TNP son hombres. La edad en que se hace más ese diagnóstico es al final de la adolescencia y al comienzo de la vida adulta, quizá debido a la transición entre ambos momentos del ciclo vital. La frecuencia disminuye con los años, pero hay una exacerbación de quiebres clínicos del narcisismo en la crisis de la edad media y al final de la vida adulta, al pasar a la ancianidad. En cuanto a distribución geográfica a nivel global, el estudio del tema surgió en Europa, en Austria, Hungría y luego en Inglaterra, para pasar luego a Estados Unidos. El énfasis de las sociedades occidentales en la autodeterminación, asertividad y movilidad promueven rasgos narcisistas y fomentan este tipo de patologías. En el hecho, el diagnóstico de TNP no aparece en el CIE-10 y sí en los DSM. Sin embargo, en la última década se han publicado estudios sobre ese diagnóstico en Noruega, Canadá, Alemania, Israel, Japón, Australia, Nueva Zelanda y Yugoslavia. La introducción de la personalidad narcisista encubierta o "tímida" ha hecho que el concepto de narcisismo patológico sea menos dependiente del contexto cultural. Para Warren y Capponi la forma predominantemente exhibicionista de TNP tiene su contrapartida en los narcisistas tímidos de Japón o Dinamarca.

HISTORIA DEL CONCEPTO

El concepto de narcisismo fue introducido por Havelock Ellis en su clásico estudio sobre el autoerotismo, en el cual describió la tendencia "semejante a Narciso" de absorber los sentimientos sexuales en una autoadmiración. Al año siguiente, Paul Nacker vuelve a usar el término en su estudio sobre perversiones sexuales. Freud usa el término por primera vez en 1910 en una nota al pie de página de sus "Tres ensayos sobre una teoría sexual", como una fase en el desarrollo de la homosexualidad masculina, para luego publicar en 1914 su ensayo clásico sobre el tema "Sobre el Narcisismo". Allí definió el narcisismo primario y secundario, identificó la elección narcisista de objeto, y conectó el narcisismo con el desarrollo del ideal del Yo y de la autopreservación con la autoestima y con el "complemento libidinal del narcisismo". La hipótesis original de Freud fue de que el empobrecimiento del Yo debido a la retirada de cargas libidinales contribuye a los sentimientos de inferioridad.

Ernest Jones, en un informe clínico sobre el tema (3), se refirió a los rasgos de carácter de quienes tienen un "Complejo de Dios" y Wilhelm Reich señala que el carácter "fálico-narcisista" puede llevar a ser "un genio creador o un criminal en gran escala". Karen Horney di-

ferenció la autoestima sana de la autoinflación patológica poco realista, y Annie Reich describió la regulación patológica de la autoestima que sirve para mantener la grandiosidad y deshacer sentimientos de inadecuación e insuficiencia. Para ella, la agresión excesiva y el exceso de autoscopia llevan a una dependencia en la aprobación externa. Heinz Kohut identificó los defectos en la regulación de la autoestima como uno de los elementos centrales en la personalidad narcisista, y Goldberg propuso una categoría separada de daño narcisista agudo a la propia autoestima que se puede manifestar en una forma de depresión que debe diferenciarse de los trastornos afectivos propiamente tales.

KERNBERG Y KOHUT

La controversia entre Kernberg y Kohut (4, 5) viene desde más de treinta años: Ronningstam concuerda con Kernberg en el rol de la agresión en la génesis del narcisismo, y con Kohut en la idea de una línea evolutiva normal donde el ambiente tiene un rol crucial. En la década de 1960 Kernberg introdujo el concepto de estructura de personalidad narcisística, y Kohut el de trastorno narcisista de personalidad. Ambos coincidieron en que existía una estructura patológica, un desarrollo atípico de la transferencia y estrategias de tratamiento psicoanalítico. Kernberg describió la estructura con un self grandioso patológico caracterizado por agresión, excesiva autoabsorción y un sentido superior de grandiosidad y de ser único. Esta persona tiene problemas serios en sus relaciones interpersonales, con una adaptación superficial pero muchas veces efectiva en término de destrezas sociales, con sentimientos de "entitlement" y alta de empatía. La personalidad narcisista a lo Kernberg describe la descalificación, el desprecio de los demás, el ser extremadamente envidioso, el ser incapaz de recibir de los demás, con cambios severos del ánimo. Kernberg también destaca la patología del super Yo, con una forma severa que denomina de *narcisismo maligno*, con rasgos antisociales, agresión egosintónica y sadismo dentro de una orientación paranoidea. Encuentra esta patología como frecuente en líderes políticos, ideólogos desinteresados y redentores sociales.

Kohut incluyó el TNP dentro de su espectro diagnóstico de patología primaria del self, distinguiendo entre *trastorno narcisista de personalidad*, con hipocondría, depresión, hipersensibilidad y falta de entusiasmo, y el *trastorno conductual narcisista*, que presenta además conductas perversas, adictivas o delincuentes que colocan a la persona en riesgo sea físico, sea social.

Estos estudios psicoanalíticos llevaron a los primeros estudios empíricos acerca de estos pacientes, en Austin Riggs y en el Hospital MacLean. Ronningstam y Gunderson desarrollaron una entrevista semiestructurada para narcisismo (DIN) diseñada ad-hoc para estudiar estos pacientes. Los criterios así delineados llevaron a los nueve criterios diagnósticos del DSM-IV. Centrados en un *sentido abiertamente grandioso de la propia importancia*, con una tendencia a exagerar los talentos, logros y expectativas, para poder ser reconocido como superior, unas *fantasías grandiosas* de éxito, poder, brillo ilimitados, un sentido de *ser únicos y especiales*, y de deber asociarse sólo con otros seres especiales y de alto status social. Además se mencionan el sentido de *intitilamiento*, la *necesidad de excesiva admiración*, y la *conducta arrogante y altanera* en las interacciones con los demás. Allí, la *envidia* o la creencia de que los otros lo envidian a uno, junto con actitudes poco empáticas y explotadoras hacia los demás o hacia la sociedad. Estos estudios empíricos, con posterioridad al DSM-IV, llevan a concluir que existen tres áreas de funcionamiento que se alteran en los TNP: desregulación de la autoestima, desregulación de los afectos, y disfunciones en las relaciones interpersonales. Estos estudios, además han distinguido dos tipos diferentes de TNP: las formas *arrogante, tímida y psicopática*.

EL NARCISISTA ARROGANTE

La desregulación de la autoestima históricamente ha sido el centro de la descripción clínica de los trastornos narcisistas: las investigaciones recientes confirman que quienes tienen autoestima inestable tienen más fluctuaciones de su autoevaluación, mayor variabilidad del ánimo y tienden a reaccionar con enojo ante amenazas externas a su autoestima. Las atribuciones engrandecedoras del sentido del self son defensivas, con una hipersensibilidad a la crítica y reacciones extremas a logros y fracasos. Los narcisistas externalizan los fracasos y atribuyen los logros a su propia habilidad.

La grandiosidad se refiere a un *sentido poco realista de superioridad*, una visión estable de uno mismo como superior a los demás, los que son tratados con desdén, como inferiores o diferentes. Se refiere también a un sentido de *ser únicos y especiales*, con la creencia de que los otros tienen poco en común con uno mismo, y que sólo unos pocos especiales pueden comprenderlo. Otros rasgos en esta línea son el *buscar una admiración* y *de ser el centro de atención*, *actitudes jactanciosas* y *pretenciosas*, una *conducta centrada en sí mismos de tipo autoreferencial*. Las *fantasías grandiosas* sirven para

proteger, complementar o expandir las experiencias autoreferenciales grandiosas.

Ligada a lo anterior está la tendencia de los individuos narcisistas a *exagerar los propios talentos y logros*, que en muchos casos corresponden a capacidades reales y a periodos sostenidos de éxitos sostenidos, sean académicos, profesionales o creativos. La combinación de talentos excepcionales, capacidad intelectual y fuertes capacidades de liderazgo. Esta capacidad puede compensar o contrabalancear las dificultades emocionales o interpersonales frecuentes en los TPN: Esta historia de logros muchas veces da la justificación objetiva para que el narcisista se sienta superior. Este elemento es importante en la evaluación clínica: hay que diferenciar la competencia realista y la elevada autoestima producto de logros, de las jactancias injustificadas productos, de exagerar los propios logros.

Las *reacciones a la crítica* aparecen en narcisistas que tienden a interpretar tareas y eventos como oportunidades de demostrar su superioridad y competir con los demás. Sobreestiman sus propias contribuciones, ignoran o descalifican a quienes los critican, o a contraargumentar en forma agresiva. Las reacciones defensivas a la crítica pueden ser controlando la agresividad, y reconstruyendo cognitivamente el evento, para otras veces mostrar rabia descontrolada con conducta violenta en contra de quien critica. Las reacciones emocionales intensas de rabia y vergüenza reflejan los niveles oscilantes de autoestima y desregulación afectiva.

La *desregulación afectiva* se centra en un predominio de sentimientos de rabia, vergüenza y envidia, con una tendencia del individuo a reaccionar en forma intensa con tales emociones frente a lo percibido como humillaciones o como amenazas a la autoestima. Mientras que las reacciones rabiosas, que van desde el desprecio silencioso hasta la hostilidad abierta son habitualmente obvias, los sentimientos de vergüenza o envidia más a menudo son ocultados o expresados indirectamente; por ejemplo, en la tendencia a culpar a los demás o a reaccionar a la percepción de la envidia de los demás. Las variaciones del ánimo incluyen depresión, irritabilidad, euforia o hipomanía que reflejan niveles variables de autoestima.

Los individuos narcisistas se identifican usualmente por un patrón interpersonal específico con una actitud más o menos evidentemente arrogante y altiva, y por una conducta de sentirse autorizados para controlar a los demás. La hostilidad puede ir desde conducta pasivo agresiva sutil hasta comportamientos abiertamente sádicos o explosivos. La incapacidad de comprometerse con los demás es signo de trastornos narcisistas duraderos. Se debiera prestar cuidadosa atención a

la gama de disfunciones empáticas y a las variedades de expresiones de alteraciones en el procesamiento empático que presentan estos pacientes.

EL NARCISISTA TÍMIDO

Esta configuración se ha descrito más recientemente a la anterior, caracterizándose por una autoestima vulnerable sentimientos de vergüenza, sensibilidad a reacciones intensas de humillación, vacío o desdén en respuesta a la crítica, con dificultades vocacionales secundarias a dificultades con la crítica o la competencia. Son sujetos que aparentemente no calzan con las descripciones clásicas del narcisista abierto: tienden a aparecer como inhibidos, poco pretenciosos, modestos, humildes, y aparentemente poco interesados en el éxito social. Estos casos calzan con un subtipo que aparece en los distintos estudios empíricos, que muestran dos factores diferentes: uno centrado en la *grandiosidad-exhibicionismo* y otro en la *vulnerabilidad-sensibilidad*. La vergüenza contribuye a las diferencias entre estilos, correlacionándose negativamente con el estilo grandioso, y positivamente con el estilo vulnerable.

La grandiosidad de estos pacientes es encubierta, manteniéndose sólo en un nivel de fantasías. En el hecho sus fantasías grandiosas son excesivamente compensadoras de las inhibiciones y la incapacidad de exponer los deseos. Gabbard dice: *"En el centro de su mundo interior hay una fuerte sensación de vergüenza ligada a su secreto deseo de exhibirse de una manera grandiosa"*. El evitar mostrarse como ambiciosos y exponerse a situaciones competitivas y desafiantes es un elemento importante de la desregulación afectiva del narcisista tímido. El narcisista tímido es muy sensible, se siente fácilmente herido y fácilmente se siente avergonzado y humillado, especialmente cuando se confronta al reconocimiento de necesidades insatisfechas o deficiencias en sus capacidades. La hipocondría es otro signo de regresión afectiva y expresión de afectos como síntomas somáticos, y sirve el propósito defensivo de esconder la grandiosidad, la omnipotencia y el masoquismo.

Las relaciones interpersonales de los narcisistas tímidos son de extrema atención hacia los demás, y a las actitudes de éstos hacia ellos; especialmente cuando son criticados o injuriados. Su capacidad de empatía es interferida por su envidia y extrema autopreocupación. Los narcisistas tímidos pueden aparecer como muy sintonizados con los demás, empáticos y sensibles, pueden identificar emociones en los otros. Esto puede ser visto como interés genuino en los demás, pero a la larga son igualmente incapaces de mantener esa preocupación que sus contrapartidas arrogantes.

En cuanto al funcionamiento del Súper Yo, estos individuos son capaces de sentir remordimiento por su incapacidad de empatizar con los demás, así como culpa por su percepción de incapacidad de preocuparse por los demás. Akhtar ha señalado que los narcisistas tímidos tienen una conciencia estricta y mantienen altos estándares morales con poca tendencia a las inconsistencias y compromisos de sus valores éticos y reglas morales. Por otra parte, esta estrictez también hace que el individuo esconda su grandiosidad y ambiciones.

EL NARCISISTA PSICOPÁTICO

Una dimensión adicional de importancia diagnóstica es la relación con la sociopatía y la personalidad antisocial. Existen narcisistas que se enorgullecen de sus altos estándares morales y que critican a quienes tienen sistemas valóricos menos elevados. Sin embargo, en muchos narcisistas los valores morales son relativos o corruptos, mostrando fácilmente falta de respeto por los valores convencionales y las reglas sociales. Akhtar ha mostrado su tendencia a cambiar de punto de vista por conveniencia y a mentir; a comportarse en forma seductora o donjuanesca, o a buscar modos de timar a otros, si están seguros de no ser descubiertos. En algunos casos se habla de un *"narcisismo maligno"*, caracterizado para Kernberg por conducta antisocial, sadismo egosintónico, agresión caracterológica y orientación paranoidea. Hare (6) ha subrayado el aspecto de *"uso egoísta de los demás"* por parte de algunos narcisitas, mostrando falta de empatía. La conducta antisocial en el narcisista en general sirve para proteger la autoestima inflada, y un sentido de grandiosidad que se liga fuertemente a la envidia, que permite explotar a los demás. La falta de empatía y las conductas agresivas, sádicas y vengativas son frecuentes en estos pacientes, que presentan entonces mayor patología del Súper Yo.

EJEMPLOS PSICOBIOGRÁFICOS

Como un modo de ilustrar estas diferencias, en nuestros estudios psicobiográficos acerca de dos padres de la patria (7, 8) podemos plantear que Lord Thomas Cochrane podía ser visto como un narcisista arrogante y jactancioso, y otro, don Diego Portales, al tímido. El primero venía de una familia escocesa aristocrática pero empobrecida. Llegó a ser considerado un héroe naval no sólo por los chilenos sino por brasileños, griegos y aun los propios británicos. Esto, después de ser expulsado de modo poco honroso de la Armada de Su Majestad Británica después de un intento de enri-

quecerse en forma dudosa en la Bolsa londinense. En efecto, un amigo, vestido como oficial francés entró al galope a Londres una mañana anunciando que Napoleón había muerto. Esto hizo que las acciones subieran rápidamente, hasta que se descubrió que se trataba de una mentira. En ese ascenso, Lord Cochrane, que había comprado el día anterior, vendió a tiempo, haciendo una ganancia sustancial. Cuando el truco fue denunciado, Lord Cochrane fue condenado a ser expuesto públicamente en el cepo frente al Almirantazgo, el Príncipe Regente le quitó la Orden del Baño, la máxima condecoración a la que se había hecho acreedor por sus proezas navales frente en las Guerras Napoleónicas. Esta herida narcisista fue demasiado para él, que aceptó una oferta del Gobierno chileno para ser el Almirante de su primera flota. En nuestro país derrotó a los españoles usando los mismos trucos que había perfeccionado con los franceses, terminando con su dominio sobre el Pacífico y permitiendo así la independencia de Chile y luego la liberación del Perú. Al sentirse poco reconocido en nuestro país, fue primero a luchar por la independencia del Brasil y luego la de Grecia. Al morir su padre, devino el 10º Conde de Dundonald, volvió a Inglaterra y está hoy enterrado en la Abadía de Westminster.

Don Diego Portales, Ministro del Interior en la década de 1830 durante la organización inicial de la República independiente, renunciaba al menor signo de crítica o desaprobación de sus políticas, y volvió cuando sus servicios eran requeridos nuevamente. Tenía claros rasgos obsesivos, revisando prolijamente los cuadros militares en formación que recibían de él minuciosos reglamentos acerca de su desempeño. Esto, preparando al Ejército chileno para una futura victoriosa campaña en el Perú. Cuando se le avisó que se preparaba una emboscada por parte de un regimiento levantisco en Quillota, no creyó que se atreverían a aprisionarle dada su investidura ministerial, lo que efectivamente sucedió en un episodio que se ha transformado en un símbolo de la bravura civil frente al poder de las armas. Fue ejecutado, pero su ejemplo permitió organizar el "Estado en Forma", que posibilitó el funcionamiento de una democracia que persistió por más de un siglo después de su muerte. Ambos próceres tienen rasgos descritos por Ronningstam. El diagnóstico de Lord Cochrane, con más elementos jactanciosos y antisociales, el de Diego Portales con una personalidad obsesiva con rasgos de narcisismo retraído. Ellos ilustran también el rol, en tiempos históricos turbulentos, de personas que tienen un elevado autoconcepto y que pueden así actuar en contra de las costumbres socialmente aceptadas por la mayoría.

CONCLUSIONES

Ronningstam termina su trabajo con un diagrama (ANEXO) que ordena en dos dimensiones el tema de narcisismo en clínica: normalidad en un polo de un eje, con las personalidades narcisistas estables y severas en el otro. El desarrollo moral es puesto en el otro eje, con un polo psicopático y otro moralmente desarrollado. Este interesante esquema tiene que ser comprendido tomando en cuenta las actitudes sociales hacia la demostración social de características y logros personales. Los factores contextuales influyen en la respuesta hacia los individuos proclives al narcisismo. Esto se aplica en Latinoamérica en términos sociales e individuales: la globalización de la cultura a nuestros países en contacto con los valores y jerarquías de Occidente. Una estructura social fija por un periodo muy largo durante la Colonia y el dominio de España (1508-1910), cambió bruscamente después de la Guerra de la Independencia antes aludida, y ha vuelto a cambiar dramáticamente en los últimos cuarenta años. Rosaria Stabili (9) ha mostrado cómo una sociedad aristocratizante y jerárquica, dominada por lo que Cristián Gazmuri ha llamado un "Régimen Señorial", ha sido reemplazada por una estructura más democrática y abierta. La antigua *weltanschauung* predominantemente católica que valoraba la austeridad, la humildad y la sobriedad en el comer, en el vestir y en el vivir, se ha transformado en un ambiente que se jacta y demuestra marcas, automóviles y exhibe el cuerpo de un modo explícito.

Nuestro grupo de investigación ha validado en Chile la Escala de Desarrollo Yoico de Jane Loevinger

(WUSCT). Este instrumento de completación de frases ordena a los individuos desde una etapa temprana pre-conformista donde prevalecen conductas impulsivas, pasando por un periodo conformista donde la persona respeta las normas sociales ante dadas, hasta uno post-conformista, donde el individuo define su conducta de un modo autoreflexivo y personal. Siguiendo las investigaciones de Hauser sobre adolescentes y sus familias (10) hemos documentado cómo en Chile las conductas de riesgo juveniles aparecen cuando los padres, y especialmente los padres, están ausentes o no cumplen un rol socializante. Creemos que el *machismo* latinoamericano fue un nombre local para el narcisismo en una sociedad que no reconocía a la mujer como un ser humano pleno. La estructura de personalidad de muchas personalidades antisociales era mucho más aceptable socialmente en los ambientes rurales hispanoamericanos. La urbanización y la globalización de la cultura requiere una mentalización y sofisticación psicológicas que corresponden a una etapa conformista por lo menos, y a veces post-conformista de desarrollo yoico. Nuestros datos, utilizando la versión chilena de la Escala de Desarrollo Yoico, muestran que muchos adolescentes están en la etapa pre-conformista del desarrollo, muchos llegan a la etapa conformista, y sólo unos pocos llegan al periodo post-conformista (11). Esto se puede correlacionar con una crianza que trata a los niños como apéndices de sus padres hasta la adolescencia y luego se distancia fuertemente de ellos, como lo ha descrito Paulina Kernberg(12).

Anexo

DIAGRAMA DE RONNINGSTAM ACERCA DE LOS TIPOS DE PERSONALIDAD NARCISISTA

		PSICOPATÍA Trastorno Antisocial de Personalidad	Rabia	Bajo nivel de desarrollo moral
NARCISISMO NORMAL	NARCISISMO PATOLÓGICO	TRASTORNO NARCISISTA ARROGANTE DE PERSONALIDAD	Rabia →	Vergüenza
		TRASTORNO NARCISISTA TÍMIDO DE PERSONALIDAD	Vergüenza	Elevado nivel de desarrollo moral

REFERENCIAS

1. Jang KL, Livesley WJ, Vernon PA, Jackson DN. Heredability of personality disorder: A twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001; 94: 438-444
2. Torgensen S, Kringlen E, Cramer V. The Prevalence of Personality Disorder in a Community Sample. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58 (6): 590-596
3. Jones E. The God Complex. En: Jones E (Ed). *Essays in Applied Psychoanalysis*. Hogarth Press, London, 1951
4. Kernberg O. Contrasting Viewpoints Regarding the Nature and Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personalities. *J Amer Psychoanal Assoc* 1974; 22: 255-267
5. Kohut. The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychological Treatment of Narcissistic Personality Disorders. *Int J Psychoanal* 1973; 54: 363-368
6. Ronningstam E, Gunderson J. Differentiating Antisocial and Narcissistic Personality Disorders. *J Personality Disorders* 2001; 15(2): 103-109
7. Florenzano R. DJPP: Una personalidad anancástica que influyó en la historia de Chile. *Folia Psiquiátrica* 2001; 7(2)
8. Florenzano R. TAC: ¿Trastorno Impulsivo o Compulsión a la Repetición? *Folia Psiquiátrica* 2003; 8(1): 7-14
9. Stabili MR. *El Sentimiento Aristocrático en Chile*. Andres Bello, Santiago de Chile, 2002
10. Valdés M, Florenzano R, Serrano T, Roizblatt A, Rodríguez J. Familia, Factores Protectores, Resiliencia, Conductas de Riesgo Adolescente: Relación con el Desarrollo Yoico. *Boletín de Investigaciones en Educación, Facultad de Educación, Pontificia Universidad Católica de Chile*, 1999; 131-150
11. Florenzano R, Valdés M, Serrano T, Rodríguez J, Roizblatt A. Desarrollo Yoico, Familia y Adolescencia. *Boletín XI Jornadas de Psiquiatría Universidad de Valparaíso*, 2001
12. Kernberg P. Los Padres de Niños y Adolescentes Narcisistas. *Rev Chil Psicoanálisis* 1989; 9-19

INVESTIGACIÓN

MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS EN PSICOTERAPIA: USO DEL OQ-45.2, UN INSTRUMENTO VALIDADO EN CHILE¹

(Rev GU 2006; 2; 2: 208-222)

Guillermo de la Parra² y Alejandra von Bergen³

El cuestionario de autoevaluación OQ-45.2, que mide resultados en psicoterapia, tanto antes-después como sesión a sesión, fue desarrollado en Estados Unidos por Lambert *et al.* (1996). La evaluación se hace a través de tres áreas: sintomatología, relaciones interpersonales y rol social. Se presenta su adaptación, validación y las normas obtenidas para la población de nivel socio-económico medio-bajo y bajo, entre quince y sesenta años, de la Región Metropolitana de Chile. Se indica su forma de aplicación y de interpretación de los datos que se obtengan. El instrumento demostró ser confiable. Asimismo, mostró tener validez concurrente con un instrumento chileno que mide sintomatología. Es válido en su sensibilidad a la psicopatología. También es válido en su sensibilidad al cambio, probando su capacidad de detectar cambios entre el inicio y término de un proceso terapéutico, como también a lo largo de éste.

INTRODUCCIÓN⁴

Desde los inicios de la psicoterapia surgieron las preguntas sobre su efectividad, pero fue recién después del trabajo de Eysenck (1952), quien cuestionó su utilidad al encontrar que los pacientes tratados y no

tratados seguían la misma evolución, que los investigadores se abocaron a su investigación sistemática. Si bien 50 años de investigación avalan que “la psicoterapia sirve”, la evaluación permanente de sus resultados también en nuestro medio es un imperativo, ético, del medio científico y de los prestadores que eventual-

¹ Una versión de este trabajo apareció en la *Revista Terapia Psicológica*, 20, 161-176. Agradezco a la Sociedad Chilena de Psicología Clínica su autorización para esta publicación.

² Unidad de Psicoterapia Adultos (UPA) Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile.

³ Unidad de Psicoterapia Dinámica Instituto Psiquiátrico José Horwitz B. Dirección postal. San Pío X 2460. of. 1605. E-mail: gdelap@vtr.net.

⁴ En el esquema del siguiente trabajo seguimos aproximadamente el ordenamiento del “Administration and Scoring Manual for the OQ-45.2 (Outcome Questionnaire) de Lambert M, Hansen N, Umpruss V, Lunnen K, Okiishi J, Burlingame G, 1999.

mente financian atenciones. Ya que no existe en Chile gran difusión de instrumentos que midan resultados en psicoterapia, presentamos aquí la validación y estandarización de OQ-45.2 (Outcome Questionnaire) para su conocimiento y utilización.

Hay diferentes formas de clasificar los *instrumentos de resultados* (Eisen S. y Dickey B., 1996); una de ellas ordena estos instrumentos según la fuente donde se originan los datos: pacientes (autoevaluación), terapeutas, jueces y "otros" (pareja, familiares, empleados, etc.). En muchas investigaciones prefieren utilizar más de una fuente de datos ya que se ha visto que éstas, en la mayoría de las veces, no correlacionan. Entre los instrumentos de resultados de autoevaluación más conocidos está el SCL- 90 (Derogatis, 1977, que mide síntomas clasificados en 9 dimensiones primarias (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Este instrumento ha demostrado una buena sensibilidad al cambio en esquemas "antes / después" aunque no es fácil de utilizar en seguimiento de evolución.

El OQ incorpora escalas de síntomas en la primera de sus subescalas, pero agrega dos subescalas más: de relaciones interpersonales que buscan cumplir con una función similar al Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz *et al.*, 1988) y de rol social, que busca medir adecuación al trabajo estudio, tiempo libre, similar al Social Adjustment Scale (Weissman y Bothwell, 1976 en: Lambert, 1996).

Como lo explican Lambert *et al.* (1996) el OQ mide el progreso del paciente en terapia y se ha diseñado para su aplicación repetida durante la terapia y al término de ésta. Al plantear Lambert las tres subescalas sugiere un continuo desde cómo el paciente se siente internamente, cómo se relaciona con otros significativos y cómo está funcionando en tareas vitales como trabajo y estudio en una evolución centrífuga, individual, interpersonal, social. El OQ también fue diseñado para una aplicación masiva para la toma de decisiones en salud mental, aunque el autor aclara que no es adecuado para establecer ningún tipo de diagnóstico en los pacientes. Es un instrumento que a pesar de ser breve ha demostrado ser de alta confiabilidad y validez y aplicable a diversos tipos de población cubriendo los motivos de consulta principales que llevan a un paciente a buscar ayuda psicoterapéutica.

DESARROLLO DEL INSTRUMENTO

Para la selección de los diversos ítem Lambert consideró: aquellos que dieran cuenta de síntomas que se pre-

sentan a través de las distintas alteraciones; aquellos problemas que presentan la mayoría de los pacientes más allá del motivo específico de consulta; aquellas características personales y sociales que afectaran la calidad de vida del individuo. Se pensó en un número limitado de ítem (45) para que fuera más bien una contribución que un obstáculo en la práctica clínica común; esto lo haría tolerable para el paciente, permitiría la aplicación repetida y proveería a los clínicos con datos que pueden ser utilizados en la toma de decisiones. Para el desarrollo de la versión en castellano para Chile contábamos con una traducción del OQ facilitada por la "American Professional Credentialing Services", dueña de los derechos de uso del OQ. Sin embargo su aplicación en nuestro medio no fue fácil y automática. A continuación se resumen las principales dificultades encontradas y los cambios necesarios para una mejor comprensión del instrumento en nuestro medio:

- a) preguntas negativas: aquellas preguntas que contenían una doble negación, por ejemplo "no me siento contento con mi matrimonio/pareja" no era entendida por los pacientes, que al no tener el problema debían contestar "nunca no me siento contento..." para puntuar 0. Por el cambio de sentido de la doble negación se debió redactar estos ítem en forma positiva.
- b) Vocabulario restringido: la extracción sociocultural de los pacientes obligó a simplificar el vocabulario de varios ítem.
- c) El uso de 5 categorías fue de difícil comprensión para algunos pacientes que tendían a evaluar sólo en tres (por ejemplo nunca, a veces, casi siempre); este formato no se modificó porque el instrumento no sería comparable al utilizado en otros países.
- d) Las dueñas de casa tuvieron problemas en identificar su labor como un trabajo, lo que llevó a complementar el encabezado aclarando el punto.
- e) Las preguntas sobre alcohol y drogas no eran respondidas si el paciente no las ingería, por lo que tuvo que agregarse notas explicativas en estos ítem.
- f) Por último el formato original, de una página, dificultaba la lectura, donde además ciertos pacientes se saltaban algunas preguntas. El cambio de formato a dos páginas demostró una franca disminución en el grado de dificultad.

Todas las modificaciones al instrumento se realizaron en coordinación y con la aprobación de los Servicios de Acreditación Profesional arriba mencionados (ver Anexo).

DESARROLLO DE LAS SUBESCALAS

a) **Subescala de Síntomas (Symptom Distress):** esta subescala la derivó Lambert tanto del estudio del NIMH (National Institute for Mental Health) de 1988 que identificaba los desórdenes mentales más prevalentes en cinco zonas de Estados Unidos, como de la revisión de los Resultados Internacionales de Asuntos Humanos de 1992 sobre los diagnósticos más frecuentemente codificados del DSM III-R. El primer estudio mostró que aproximadamente el 12% de la población general cumplía con los criterios diagnósticos para trastornos de ansiedad o trastornos afectivos (15,4% de la población recibió algún tipo de diagnóstico). El segundo trabajo realizado sobre 2.145 pacientes mostró que un tercio de los diagnósticos realizados incluía algún tipo de trastorno afectivo y un tercio trastornos de ansiedad (incluyendo trastorno por estrés postraumático). Es así entonces que los síntomas intrapsíquicos más comunes a ser evaluados son problemas de depresión y ansiedad. Según Lambert, numerosa evidencia empírica muestra la dificultad en separar sintomatología depresiva de ansiosa, tendiendo a presentarse simultáneamente en una gran variedad de pacientes.

Por estas razones en el OQ los síntomas depresivos y angustiosos están fuertemente representados sin pretender separar escalas en estas dos áreas de síntomas. Otros trastornos frecuentes son el abuso de drogas y alcohol que también están presentes en los ítem del OQ, pero sólo con el objetivo de su detección.

b) **Subescala de Relaciones Interpersonales (Interpersonal Relations, RI):** el OQ incluye ítem que miden tanto la satisfacción como los problemas en las relaciones interpersonales. Lambert muestra cómo la investigación en calidad de vida y niveles de satisfacción en la vida revela que para las personas la felicidad se asocia con relaciones interpersonales positivas. Además, refiere, la investigación en pacientes que buscan terapia muestra que los problemas más frecuentes en el motivo de consulta son de naturaleza interpersonal. Además los problemas interpersonales van asociados como causa o efecto a malestar *intrapersonal*. Por esta razón se incluyen ítem con contenidos de amistad, familia, vida familiar, matrimonio, etc., así como ítem que evalúan conflicto, fricción, aislamiento, inadecuación y rechazo en las relaciones interpersonales. Estos ítem se derivaron de la literatura de terapia de pareja y familiar así como de investigación sobre los problemas interpersonales más frecuentes en pacientes que buscan psicoterapia.

c) **Rol Social (Social Role, SR):** el rendimiento social se midió focalizando en los niveles de insatisfacción, conflicto, trastorno o inadecuación del paciente en tareas relacionadas con el empleo, roles familiares y ocio. La evaluación del rol social sugiere que los problemas y síntomas intrapsíquicos de las personas pueden afectar su habilidad para trabajar, amar y disfrutar. Esto es apoyado por la investigación en calidad de vida, citada más arriba. Koptka *et al.* (1994) (citado por Lambert) sugiere que estos síntomas también pueden existir independientemente de los síntomas intrapsíquicos y malestar subjetivo. Por esto se desarrollaron estos ítem que evalúan trabajo y ocio. La satisfacción en estas áreas se correlaciona altamente con puntajes generales de niveles de satisfacción con la vida.

Es así entonces que el OQ-45.2 se propone como una medición de resultados que en forma breve pretende evaluar la experiencia subjetiva y cómo la persona funciona en el mundo.

a) Primera aplicación

El OQ es un instrumento de autoadministración, no obstante en la primera aplicación se hace recomendable enfatizar verbalmente las instrucciones impresas en la hoja de respuesta, señalándole especialmente a las dueñas de casa que la actividad que ellas realizan es su trabajo (para los ítem que indagan por trabajo).

Es un cuestionario que busca medir estado, no rasgo, por lo que resulta conveniente resaltar también, la primera vez de aplicación, que contesten en función de cómo se han sentido la última semana. También es necesario recalcarles la importancia de contestar las preguntas de una manera honesta consigo mismos.

Es una escala sumativa tipo Likert, de nivel ordinal. Se responde eligiendo entre cinco categorías de acuerdo a qué tanto le ocurre lo señalado en cada uno de los ítem: "Nunca", "Casi nunca", "A veces", "Con frecuencia" y "Casi siempre". Dependiendo del nivel socioeconómico donde se aplique el OQ, puede ser aconsejable en la primera aplicación dar uno o dos ejemplos (siempre utilizando los mismos ítem: los dos primeros) de manera que los sujetos comprendan el uso de las cinco categorías para responder.

En la primera aplicación, inmediatamente después que el paciente haya contestado, puede ser conveniente chequear con el paciente los ítem que dejó sin responder, para poder aclarar las dudas que se le impidieron. Por ejemplo, es relativamente habitual que la gente sin adiciones deje los ítem que miden este aspecto en blanco; es conveniente aclarar las dudas en este momento y no previo a que respondan, ya que de

esta manera no se influencia la respuesta. También, en el caso de los ítem: “Me siento contento con mi matrimonio/pareja” y “Mi vida sexual me llena”, las personas que no tienen pareja o los adolescentes las tienden a dejar en blanco; en esos casos hay que señalarles que respondan en función de qué tan satisfechos están con su situación. Después de la revisión de los ítem con dudas hay que indicarles a los pacientes que es importante que contesten todas las preguntas en las próximas aplicaciones.

Es recomendable independizar lo más posible la aplicación del cuestionario del terapeuta y señalarle a la persona que su terapeuta no verá sus respuestas.

La aplicación debería realizarse previo al ingreso a la sesión de psicoterapia, entre otros factores, para interferir lo mínimo posible el proceso terapéutico.

b) Tiempo

Al medir el tiempo ocupado en responder en la primera aplicación del OQ en los pacientes se observó que la moda era de aproximadamente 10 min.

El tiempo promedio fue de 15 min con un rango de variación de 3 a 35 min.

Se supone que este tiempo debe disminuir al contestar el cuestionario posteriormente en el seguimiento debido a que ya conocen el instrumento.

c) Otras Aplicaciones

Bajo circunstancias especiales puede ser necesario aplicar el OQ oralmente, ya sea porque el paciente esté físicamente inhabilitado para leer o escribir, o porque se desea aplicar el OQ telefónicamente. En este caso, previamente hay que darle una tarjeta con las cinco categorías de respuesta o dictarle las categorías, pidiéndole a la persona que las anote. En ocasiones les hemos entregado a los pacientes que iban a ser seguidos telefónicamente una versión sin responder del instrumento, de tal modo que al hablar por teléfono con el entrevistador lo hicieran mirando el instrumento y sus categorías.

TABULACIÓN

a) Tabulación

El puntaje del OQ se obtiene simplemente sumando el puntaje obtenido en cada ítem. El OQ entrega un puntaje total y uno para cada escala. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de nivel ordinal de 0 a 4 puntos, por lo tanto el rango del puntaje del OQ total va de 0

a 180 puntos, indicando un mayor discomfort el puntaje mayor. La escala de sintomatología comprende 25 ítem, la de relaciones interpersonales 11 y la de rol social 9 ítem.⁵

En caso que se desee sumar manualmente el puntaje, se coloca el puntaje obtenido de cada ítem en los espacios en blanco de las columnas de la derecha y a continuación se suma cada subescala (columna) por separado, obteniéndose así los puntajes por escala y la suma de las tres subescalas, corresponde al puntaje total.

Se recomienda ingresar los datos en una planilla de cálculo computacional (Excel), que sume automáticamente los resultados de cada escala y el total. El ingreso es sumamente rápido y sencillo.

b) Datos faltantes

En el caso que se haya omitido algún ítem, éste se puntúa con el puntaje promedio obtenido en la escala a la que corresponda el ítem (redondeado a un valor entero).

RESULTADOS NORMATIVOS

a) Obtención de resultados normativos en Santiago de Chile

Los datos normativos se obtuvieron a partir de varias muestras de pacientes del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz, y de un grupo control. En el grupo control, para cubrir una población de nivel socio económico y edad similar a la de la población del Instituto Psiquiátrico, se administró el instrumento en dos centros de formación técnica, en horario vespertino: Instituto Profesional Santiago Centro (IPSC) y Duoc ubicado en Santiago Centro.

Para delimitar la muestra control dentro de esta población se aplicó una *Encuesta sobre el Nivel de Discomfort* al inicio; nuestra muestra control estuvo constituida únicamente por aquellos sujetos que respondieron negativamente a un ítem que indagaba sobre la necesidad de consultar a un psicólogo o psiquiatra, es decir, “sin necesidad de psicoterapia”.

En el IPSC se aplicó la encuesta una sola vez a dos cursos de diferentes carreras. En el Duoc se hizo un se-

⁵ En el cuestionario adjunto, en las columnas de la derecha, se muestran los ítem correspondientes a cada escala.

guimiento longitudinal, aplicando el instrumento cada dos semanas a siete cursos de cuatro carreras diferentes. El seguimiento se hizo durante diez semanas, esto para la determinación test-retest y la determinación de la estabilidad en sucesivas aplicaciones. Con la finalidad de lograr tener respuestas lo más confiables posible, se les señaló a los estudiantes que como identificación a lo largo del seguimiento utilizaran los últimos cuatro dígitos de su cédula de Identidad; de esta manera se podían sentir más libres para contestar honestamente. Tanto a la muestra clínica como a la de la comunidad, junto a la primera aplicación del instrumento se les aplicó una encuesta para determinar el *Nivel Socioeconómico*. A las personas que constituían las muestras que requerían un seguimiento longitudinal, pacientes del Programa de Neurosis y control, se les entregó una carta junto con la primera aplicación del cuestionario donde aceptaban o no participar en la investigación. Además de las obvias razones éticas para realizar esto, pensamos que la carta de aceptación produce el efecto de aumentar la colaboración y compromiso, y por lo tanto se espera además haber tenido una mayor confiabilidad en las respuestas.

b) Normas: Puntaje de Corte (PC) e Índice de Cambio Confiable (ICC)

PC es el puntaje que diferencia a una población funcional de una disfuncional.

El ICC es la diferencia de puntaje entre el inicio y final del tratamiento que indica que el cambio es estadísticamente significativo, esto es, que excede el error muestral de medición.

El cambio para un sujeto se considera clínicamente significativo cuando el puntaje final está bajo el PC y la diferencia entre el puntaje inicial y final es mayor al ICC (Jacobson & Truax, 1991).

El PC e ICC se determinaron con los datos de las muestras de pacientes al inicio de su psicoterapia y los sujetos controles sin necesidad de psicoterapia. Para la determinación de las normas se utilizaron las mismas fórmulas usadas por Lambert *et al.* (1996) derivadas del trabajo de Jacobson y Truax (1991).

$$PC = \frac{S_1 \times \bar{X}_2 + S_2 \times \bar{X}_1}{S_1 + S_2}$$

donde \bar{X}_1 y \bar{X}_2 son las medias de la muestra control (sin necesidad de psicoterapia) y de los pacientes al inicio de su psicoterapia y S_1 y S_2 sus desviaciones estándar correspondientes.

$$ICC = 1,96 \times S_{diff}$$

donde S_{diff} es el error estándar de diferencia entre dos puntajes.

$$S_{diff} = \sqrt{2S_E^2}$$

siendo S_E el error estándar de medición, donde $S_E = S \sqrt{1 - r_{xx}}$, donde S es el promedio ponderado de la desviación estándar de la muestra de la comunidad y de pacientes y r_{xx} es el valor obtenido para la consistencia interna (utilizar un z de 1,96 implica considerar un $p < 0,05$).

En la Tabla 1 se presentan los resultados de los Puntajes de Corte e Índice de Cambio Confiable para el OQ total y cada una de sus áreas.

Tabla 1

NORMAS: PUNTAJES DE CORTE E ÍNDICE DE CAMBIO CONFIABLE

Área	PC	ICC
OQ Total	73	17
Sintomatología (SD)	43	12
Relaciones Interpersonales (RI)	16	9
Rol Social (RS)	14	8

c) Diferencias de Edad y Género

Las características demográficas de las muestras control y pacientes se muestran en la Tabla 2. Llama la atención la menor edad de las muestras de la población. Como se ve en la tabla los valores de "t" son significativos para la comparación entre los pacientes de policlínico, y la población control, tanto general como la "sin necesidad de psicoterapia". Pensando que la edad podría ser una variable determinante del OQ comparamos el OQ total en mayores y menores de 25 años tanto en la muestra de pacientes como de los controles, no encontrándose diferencias significativas (véase Tabla 3). Además se realizó una subdivisión en 5 grupos etáricos del programa de neurosis (<20, 21-30, 31-40, 41-50, >50; n=124) midiéndose el OQ Total y las tres áreas. Un F de 1.41, resultó no significativo.

Respecto a las diferencias de género en el estudio de Lambert *et al.* (1996), en Estados Unidos, no se observaron diferencias significativas para ningún grupo.

En la Tabla 4 se muestran las diferencias por género en las distintas muestras de nuestra investigación.

Tabla 2
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS SUJETOS ENCUESTADOS

	CONTROLES	Controles sin nec. PsT	Pac. Policlínico*	Ptes. AGUDOS	Ptes. URGENCIA
EDAD	24,2 +- 5,2 18 - 52	24,5 +- 5,9 18 - 52	32,7 +- 11,8 16 - 58	33,6 +- 9,4 16 - 51	31,4 +- 10,3 16 - 49
SEXO	Fem: 43% Masc: 57%	39% 61%	75% 25%	50% 50%	78% 22%
N.S.E.	Medio, Medio/bajo	Medio, Medio/bajo	Medio/bajo, bajo	Medio/bajo, bajo	Medio/bajo, bajo
N	202	129	124	30	32
t (edad)	*/pob 7,58	*/pob. 6,95		*/agud 0,45	*/urg 0,62

Sólo se obtuvo diferencias significativas entre hombres y mujeres en el área de *sintomatología* (SD) para la muestra de pacientes del Programa de Neurosis y Agudos. En los otros grupos también se observa la tendencia a una mayor puntuación en las mujeres para esta área, aunque la diferencia no alcanza a ser significativa.

Los resultados totales del cuestionario OQ no muestran diferencias significativas, si bien el puntaje total tiende a ser mayor en el caso de las mujeres en todos los grupos debido al efecto del área de sintomatología, ya que las otras áreas no muestran diferencias entre hombres y mujeres.

Otra situación que también se puede deber al factor cultural mencionado es que el número de mujeres que buscan psicoterapia es muchísimo más alto que el de los hombres (75% de mujeres y 25% de hombres).

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

a) Confiabilidad

Los valores de correlación para la confiabilidad test re-test se obtuvieron a través de la primera y segunda aplicación del instrumento OQ-45.2 a 101 alumnos ves-

perinos del Duoc, "sin necesidad de psicoterapia". La segunda aplicación se realizó después de dos semanas.

La muestra tenía una media de edad de 23,9 años con una desviación estándar de 5,1 años. El rango de edad variaba entre los 18 y 44 años. La composición de la muestra es de 58,4% hombres y un 41,6% mujeres. El nivel socioeconómico de la muestra es mayoritariamente medio y medio-bajo.

Los coeficientes obtenidos son significativos, sobre el 99% de confianza.

Lambert *et al.*, en Estados Unidos, obtuvieron las correlaciones de 0.78, 0.80, 0.82 y 0.84 para las áreas de sintomatología, relaciones interpersonales, rol social y el total respectivamente (1996). Como se puede observar en la Tabla 5, los valores obtenidos son de un orden similar a los obtenidos por Lambert *et al.*

La confiabilidad a través de su consistencia interna se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Para el cálculo de α se utilizó la primera aplicación realizada del OQ, tanto a la muestra de pacientes como a la muestra control.

Es esperable que las áreas de relaciones interpersonales y rol social hayan obtenido coeficientes menores que el total y el área de sintomatología, ya que esto es función del número de ítem.

Tabla 3
COMPARACIÓN DE LOS PUNTAJES DEL OQ EN MUESTRAS DISTRIBUIDAS POR EDAD

Edad	x	s	n	t
Pacientes > de 25	103.83	22.11	60	1,73 (n.s)
	< de 25	97,14	20,99	
Controles > de 25	46,56	17.58	48	1,32 (n.s.)
	< de 25	51,07	19,81	

Tabla 4
DIFERENCIAS POR GÉNERO EN LAS DISTINTAS MUESTRAS

	SD		RI		RS		TOTAL		N
	X	S	X	S	X	S	X	S	
CONTROLES	26,0	12,4	12,0	5,2	10,7	4,3	48,7	19,3	129
Hombres	24,9	12,9	12,5	5,6	10,5	4,5	47,9	20,5	76
Mujeres	28,8	11,2	11,4	4,4	11,3	3,9	51,5	16,7	48
	t=1,78		t=1,21		t=1,04		t=1,08		
P.NEUROSIS	61,9	14,1	20,8	5,9	17,7	5,4	100,4	21,7	124
Hombres	56,7	16,1	21,9	5,9	18,5	5,1	97,0	23,4	31
Mujeres	63,7	13,1	20,5	5,8	17,4	5,5	101,5	21,1	93
	t=2,19*		t=1,15		t=1,02		t=0,95		
AGUDOS	56,0	18,4	19,2	7,5	16,9	5,6	92,0	27,3	30
Hombres	47,0	19,3	18,7	8,0	17,1	5,5	82,8	28,7	15
Mujeres	64,9	12,4	19,0	7,2	16,7	5,9	101,0	23,2	15
	t=3,02**		t=0,11		t=0,19		t=1,91		
URGENCIA	70,3	13,6	25,9	6,8	19,6	5,9	115,8	23,4	32
Hombres	63,1	15,3	22,3	4,8	19,6	5,1	105,0	22,8	7
Mujeres	72,3	12,7	26,9	7,0	19,6	6,2	118,8	23,1	25
	t=1,46		t=2,00				t=1,41		

*: p < 0.05; **: p < 0.01

Los valores obtenidos por Lambert *et al.* (1996) para el OQ total y las áreas SD, RI y RS, en los pacientes fue de 0.93, 0.91, 0.74 y 0.71 respectivamente y para los controles fue de 0.93, 0.92, 0.74 y 0.70 respectivamente.

En general un coeficiente de consistencia sobre 0.75 se considera bueno.

El análisis de los datos arrojó información respecto de cuáles ítem bajaban el valor del coeficiente.

Tanto en el caso de los pacientes como los controles de la comunidad, el ítem N° 14 original (“Trabajo/estudio demasiado”) disminuía el coeficiente en el área de rol social. Para los pacientes su ausencia habría

Tabla 5
COEFICIENTES DE CORRELACIÓN TEST-RETEST Y CONSISTENCIA INTERNA

	Test re-test	Consistencia interna		
	Controles	N° ítem	Pacientes	Controles
N	101		124	202
OQ Total	0,9	45	0,91	0,91
Áreas:				
Sintomatología	0,90	25	0,89	0,88
Relaciones Interpersonales	0,79	11	0,67	0,71
Rol Social	0,82	9	0,63	0,65

Tabla 6

CORRELACIONES DE LOS RESULTADOS DEL OQ TOTAL DE LOS CONTROLES EN LAS SUCESIVAS APLICACIONES RESPECTO A SU PRIMERA ADMINISTRACIÓN

Semana	Correlación*
2	0,93
4	0,83
6	0,74
8	0,67
10	0,69

* Coeficiente de Correlación Producto Momento de Pearson. n=41 (p<0.01)

aumentado el valor del coeficiente a 0.70 y para la comunidad a 0.68.

En el caso del área de relaciones interpersonales el ítem N° 16 original ("Me preocupan los problemas de mi familia") disminuyó el coeficiente. En su ausencia el coeficiente para esta área habría sido 0.73 para los pacientes y 0.75 para los controles.

Esto nos llevó a pensar que estos dos ítem no estaban apuntando a medir el mismo concepto que estaría a la base de las áreas, ya que "trabajar demasiado" y "preocuparse de los problemas de la familia" fueron connotados positivamente. Por esto se modificaron en el cuestionario actual, redactándolos de manera que die-

ran cuenta de la falta de bienestar si se contesta afirmativamente. La redacción actual del ítem N°14 es: "Trabajo/ estudio excesivamente (más de la cuenta)" y del N° 16: "Me abruman (angustian) los problemas de mi familia".

En síntesis, se puede señalar que el cuestionario es confiable tanto en el test-retest como en su consistencia interna.

Por otra parte, para efectos de validez de constructo, se hizo un seguimiento longitudinal en la comunidad a lo largo de diez semanas. De esos datos se puede también sacar información en términos de la estabilidad del instrumento en un tiempo mayor. Los resultados que se muestran en la Tabla 6 nos indican que el instrumento es relativamente estable para tiempos mayores, y por lo tanto es útil para usarlo en seguimientos en psicoterapias, si bien no se puede considerar que éstos sean verdaderos valores de test-retest, ya que en un número mayor de aplicaciones se agregan otros factores, como resistencia a responder siempre el mismo cuestionario y aprendizaje entre otros.

Los valores obtenidos son similares a los de Lambert *et al.* (1996), cuyas correlaciones variaban entre 0,86 y 0,66.

b) Validez concurrente

Se midió con el cuestionario DAS que mide sintomatología ansiosa, depresiva y somatomorfa (Alvarado *et al.*, 1991).

Tabla 7

VALIDEZ CONCURRENTE ENTRE OQ-45.2 Y LA ENCUESTA PARA MEDIR TRASTORNOS DEPRESIVOS, POR ANSIEDAD Y SOMATOMORFOS (DAS)

OQ-45.2	DAS			
	depresión	ansiedad	soma	Total
PACIENTES (n=32)				
Sintomatología	0,75**	0,60**	0,46**	0,71**
Relaciones interpersonales	0,31	0,11	-0,03	0,17
Rol Social	0,38*	0,26	0,30	0,39*
Total	0,66**	0,48**	0,36*	0,60**
CONTROLES (n=70)				
Sintomatología	0,83**	0,79**	0,53**	0,80**
Relaciones interpersonales	0,61**	0,44**	0,24*	0,49**
Rol Social	0,69**	0,57**	0,36**	0,61**
Total	0,82**	0,74**	0,48**	0,76**

Coeficiente de Correlación Producto Momento de Pearson.

*: p<0.05 **: p<0.01

Tabla 8
VALIDEZ CONCURRENTE OBTENIDA POR LAMBERT *et al.*

Instrumento	Coeficiente de Correlación	
	Área Sintomatología	Total OQ
Symptom Checklist 90-R	0.6071	0.7824
Beck Depression Inventory	0.6322	0.7959
Zung Self-rating Depression Scale	0.8842	0.8779
Zung Self-rating Anxiety Scale	0.8071	0.8066
Taylor Manifest Anxiety Scale	0.8802	0.8625
State-Trait Anxiety Inventory (estado)	0.4965	0.6361
State-Trait Anxiety Inventory (rasgo)	0.6463	0.7961
Inventory of Interpersonal Problems		0.5346
Social Adjustment Scale		0.6449
SF-36 Medical Outcome Questionnaire		0.81
Friedman Well- Being Scale		0.81

Lambert *et al.* 1996. Administration and Scoring Manual for the OQ-45.2. American Professional Credentialing Services LLC. USA.

Se utilizó una muestra de 32 pacientes del polí-clínico que iniciaban psicoterapia y en la muestra de controles de la comunidad, 70 estudiantes del Duoc, sin necesidad de psicoterapia, de acuerdo a la Encuesta de Disconfort aplicada.

Los resultados se muestran en la Tabla 7. Como cabría esperar, se da una correlación mayor con el área de sintomatología del OQ y con el OQ total, en cambio son más bajas con las áreas de relaciones interpersonales y rol social, ya que se trata de áreas que no pretenden medir el mismo concepto.

En el área de sintomatología del OQ el valor menor con el área somatomorfo del DAS comparado con las áreas ansiosa y depresiva, se podría deber a que los ítem del OQ del área de síntomas está más cargado con aspectos depresivos y ansiosos que con aspectos puramente somatomorfos. Hay sólo tres ítem que miden esto último, los que a su vez se asocian a sintomatología ansiosa.

En los controles de la comunidad, el que se observen correlaciones altas entre el DAS y las áreas de relaciones interpersonales y rol social del OQ, no necesariamente implicaría que miden el mismo concepto. Se podría pensar que se debe a que, junto a la disminución de síntomas, ya sean ansiosos, depresivos o somatomorfos, se podría esperar un mejor nivel de bienestar también en las relaciones interpersonales y

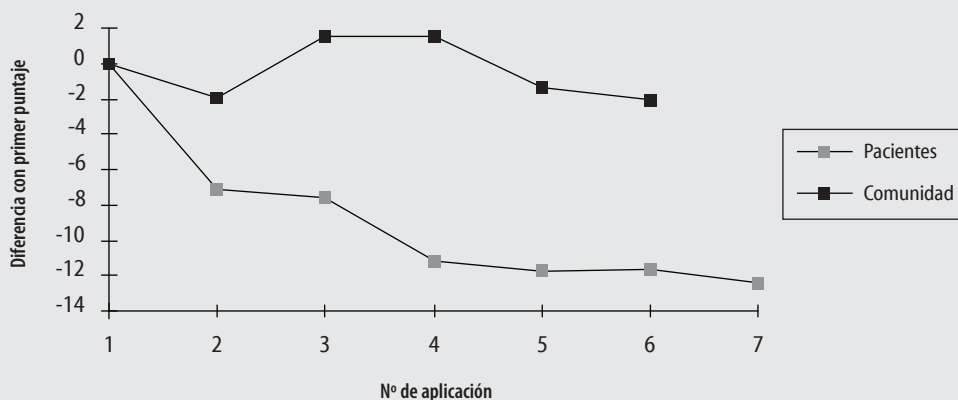
rol social. Es decir, existe una relación entre sintomatología y las otras áreas, pero no necesariamente de tipo causal.

Los valores de validez concurrente obtenidos en la muestra control son bastante más altos que los del Programa de Neurosis, si bien en ambos grupos se observa la misma tendencia.

Se podría pensar que la menor correlación obtenida para el grupo de pacientes se puede deber al menor tamaño de la muestra, ya que si una persona distorsiona la tendencia general de la muestra, contestando en forma inversa los dos cuestionarios, se afectaría mayormente el coeficiente de correlación en una muestra pequeña que en una grande, donde este efecto se diluiría. Al respecto, al analizar la muestra de pacientes se observó que dos pacientes contestaron de manera marcadamente inversa los dos cuestionarios, hecho que no se observó en la muestra de la comunidad. Al calcular los coeficientes de correlación descartando a estas dos personas, los coeficientes subieron en alrededor de 0,07 puntos, acercándose a valores similares a los de la comunidad.

Los valores obtenidos en los coeficientes de correlación confirman la validez concurrente entre estos dos instrumentos, especialmente entre los puntajes totales de los cuestionarios y también entre el área sintomato-

Figura 1
 DIFERENCIA DE MEDIAS RESPECTO A LA PRIMERA APLICACIÓN EN LA MUESTRA DE PACIENTES Y CONTROLES DE LA COMUNIDAD



logía del OQ con el puntaje total del DAS y con sus áreas de depresión y ansiedad.

En general, los coeficientes de correlación obtenidos con el DAS están dentro del mismo orden, si bien son levemente inferiores a los obtenidos por Lambert *et al.* con otros instrumentos que miden ansiedad y depresión.

En la Tabla 8 se muestran valores de correlación obtenidos por Lambert *et al.* (1996) en Estados Unidos para otros instrumentos.

c) Validez de constructo. Sensibilidad al Cambio

La validez de constructo, de sensibilidad al cambio, depende de la capacidad del OQ de reflejar el cambio en el seguimiento de la psicoterapia, en tanto que individuos que no están en psicoterapia deberían mantenerse en valores de OQ relativamente estables. Para determinar esto último se realizó un seguimiento a 41 estudiantes del Duoc, sin necesidad de psicoterapia, por diez semanas, aplicando en total seis veces el cuestionario; en la Figura 1 se muestra la estabilidad de este grupo.

Al igual que Lambert, nos basamos en el supuesto entregado por investigaciones previas que indican que la mayoría de los pacientes normalmente mejora con la psicoterapia (Lambert y Bergin, 1994).

Por lo tanto, bajo este supuesto, la diferencia entre el puntaje al inicio y final del tratamiento debería ser significativa (aplicando t pareado), lo que indicaría que el instrumento es capaz de detectar el cambio que se supone obtuvo el grupo.

Se tomó como muestra a 49 pacientes que contestaron el cuestionario a lo largo de su tratamiento y que asistieron al menos a cuatro sesiones de psicoterapia.

El considerar cuatro sesiones como mínimo se basa en dos factores:

- I) Un estudio del Instituto Psiquiátrico señala que alrededor del 27% de los pacientes deserta durante las primeras entrevistas y que los que llegan a la cuarta sesión tienen una mayor probabilidad de continuar.⁶
- II) Dentro del Programa de Neurosis se realizan distintos tipos de intervenciones, entre las cuales está la Intervención en Crisis, que no dura más de seis sesiones, por lo que a la cuarta sesión ya se pueden esperar resultados.

En esta muestra hubo pacientes que interrumpieron su tratamiento, otros que seguían asistiendo al momento de terminar el seguimiento, algunos habían sido dados de alta y unos pocos se consideró que no tenían indicación de psicoterapia después de tener algunas sesiones. En el caso de los pacientes que no habían terminado su tratamiento, se consideró como sesión final la última a la que habían asistido.

⁶ Estudio sobre la atención abierta en psicoterapia en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz B. realizado por el Psicólogo Mauricio Arteaga en 1997.

Tabla 9

MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LOS RESULTADOS DEL OQ, AL INICIO Y FINAL DEL TRATAMIENTO PARA LA MUESTRA GLOBAL DEL PROGRAMA DE NEUROSIS.

Area de OQ		Inicio	Final	Inicio-Fin	t pareado
SD	x	58,7	45,7	13,0	6,13*
	s	12,8	15,4	14,9	
RI	x	20,1	17,3	2,8	3,56*
	s	6,1	6,5	5,5	
RS	x	17,8	13,7	4,1	5,71*
	s	4,7	5,0	5,0	
Total	x	96,3	76,6	19,8	6,19*
	s	20,4	24,2	22,4	

n=49

Media de N° sesiones = 15,1; Desviación estándar = 8,9

*: p< 0,01

En la Tabla 9 se muestran los resultados de los pacientes en psicoterapia, donde los valores de t pareado obtenidos revelan una diferencia estadísticamente significativa entre los valores al inicio y al final del tratamiento, lo que confirma la validez referida a la sensibilidad al cambio.

En la Figura 1 se comparan las curvas del grupo en psicoterapia y la muestra control referida más arriba. La

muestra control tiene un rango de variación menor a ± 2 puntos respecto al puntaje medio inicial. La muestra de pacientes, en cambio, alcanza una variación de la media del puntaje de hasta doce puntos, no observándose variaciones negativas respecto al puntaje inicial, es decir, el puntaje medio fue siempre menor al inicial en la muestra de pacientes, lo que nos muestra una tendencia global hacia la mejoría.

Cualitativamente el instrumento muestra no solo ser sensible al cambio global del paciente entre el inicio y final de la terapia, sino también puede ser un buen instrumento en el seguimiento del proceso de cada paciente. Es esta última característica lo que lo hace apropiado para ser utilizado en investigaciones de procesos psicoterapéuticos. En De la Parra, Von Bergen (2000) se muestran ejemplos de seguimiento del proceso con el OQ, relacionados con los datos clínicos aportados.

d) Sensibilidad a la Psicopatología

Para la validez de este constructo se espera que el OQ discrimine en forma significativa entre las muestras clínicas y la muestra normativa. Más aún, se esperaría que el instrumento discriminara entre los pacientes más y menos patológicos. En la Tabla 10 se muestran los resultados de las distintas muestras.

De acuerdo a lo esperado, se obtuvieron diferencias significativas entre las distintas muestras, excepto en el caso de la muestra de pacientes agudos hospitalizados. Pensamos que estos últimos pacientes se encuentran ya tratados farmacológicamente, y "contenidos" psicológicamente lo que se revela en puntajes menores

Tabla 10

RESULTADOS (X, S) DEL OQ EN LAS DISTINTAS MUESTRAS. VALORES DE t AL COMPARAR LAS DIFERENTES MUESTRAS CON EL PROGRAMA DE NEUROSIS (pn)

	Controles	P. Neurosis	Agudos	Urgencia	t pn/c	t pn/a	t pn/u
	n=129	n=124	n=30	n=32			
SD	26,0 (12,4)	61,9 (14,1)	56,0 (18,4)	70,3 (13,6)	21,47*	1,64	3,09*
RI	12,0 (5,2)	20,8 (5,9)	19,2 (7,5)	25,9 (6,8)	12,57*	1,09	3,88*
RS	10,7 (4,3)	17,7 (5,4)	16,9 (5,6)	19,6 (5,9)	11,38*	0,71	1,65
TOTAL	48,7 (19,3)	100,4 (21,7)	92,0 (27,3)	115,8 (23,4)	20,00*	1,57	3,37*

*: p< 0,01

que los esperados. En todo caso hay que recordar que el instrumento fue construido para medir resultados en psicoterapia y la necesidad de ésta, por lo que no es sensible a síntomas psicóticos, quizás presentes en los pacientes agudos, aunque la evaluación clínica de éstos no los reveló.

e) Sensibilidad y Especificidad

En la determinación del PC, el uso del criterio de exclusión de la Encuesta de Nivel de Discomfort para la obtención de la muestra control, permitió obtener valores más estrictos que permiten diferenciar mejor a una población funcional de una disfuncional. Si este criterio no se hubiese utilizado el PC para el OQ total habría sido de 80, y se habría tenido al 20% de la muestra de pacientes bajo el PC y al 19% de la comunidad sobre el PC. En cambio con un PC de 73 sólo un 7% de la muestra de pacientes del policlínico estuvo bajo el PC y el 10% de la muestra de la comunidad estuvo sobre el PC. Es decir, la sensibilidad obtenida es de 0.90 (proporción de verdaderos positivos correctamente identificados) y la especificidad es de 0.93 (proporción de verdaderos negativos correctamente identificados). Los valores obtenidos por Lambert *et al.* fueron una sensibilidad de 0,84 y una especificidad de 0,83. Jacobson y Truax (1991) señalan que una muestra normativa ideal debiera excluir miembros que pertenecieran a la población clínica.

INTERPRETACIÓN

a) Interpretación del dato individual.

En el uso clínico del OQ se debieran considerar tres elementos: el puntaje total, el de las subescalas y el puntaje de algunos ítem específicos.

1. Puntaje total

Un puntaje alto indica que el paciente admite un elevado nivel de discomfort en su calidad de vida en general, tanto en lo referente a síntomas, dificultades en sus relaciones interpersonales y en su rol social, en tanto que un puntaje bajo sugiere que el paciente tiene un nivel de discomfort no mayor que el de la población general.

Para un buen uso del OQ es útil comparar con los puntajes de diferentes muestras tanto clínicas como de la comunidad.

El Puntaje de Corte (PC=73) permite analizar si el paciente pertenece al grupo de la comunidad o de pacientes en función de si está sobre o bajo el PC. Adicionalmente, el valor del Índice de Cambio Confiable (ICC=17), permite afirmar que cuando un paciente ha disminuido su puntaje en 17 puntos o más, el cambio es clínicamente significativo ($p < 0.05$).

cionalmente, el valor del Índice de Cambio Confiable (ICC=17), permite afirmar que cuando un paciente ha disminuido su puntaje en 17 puntos o más, el cambio es clínicamente significativo ($p < 0.05$).

II. Subescalas

Las subescalas permiten identificar áreas específicas de dificultad. En el análisis de las subescalas es útil hacer uso de los PC e ICC específicos a cada una de ellas, procediendo de la misma manera que en el caso del puntaje total.

SINTOMATOLOGÍA (SD): un puntaje alto indica principalmente la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, como también desórdenes de ajuste y estrés. Un puntaje bajo indica la ausencia o la negación de estos síntomas.

RELACIONES INTERPERSONALES (RI): Un puntaje alto indica dificultades en sus relaciones más cercanas, donde habrían quejas de soledad, conflictos con otros, y problemas con la familia y pareja. Un puntaje bajo indica la ausencia de problemas interpersonales como también satisfacción en la calidad de sus relaciones más cercanas.

ROL SOCIAL (RS): Un puntaje alto señala dificultades en el ajuste del rol social de trabajadores, dueñas de casa o estudiantes. Se evalúa conflicto en el trabajo, exceso de trabajo, estrés e ineficiencia en estos roles. Un puntaje bajo indica un adecuado ajuste al rol social. Se debe poner atención si un puntaje bajo se debe a satisfacción con el rol social o a desempleo, donde el sujeto podría contestar arbitrariamente los ítem correspondientes con puntaje cero (nunca).

b) Ítem específicos

1) Algunos ítem miden ciertos aspectos críticos, los que se deben investigar más si tienen un puntaje mayor que cero. El ítem 8 mide potencial suicida. Los ítem 11, 26 y 32 miden abuso de sustancias. El ítem 44 mide violencia en el trabajo, con posibilidad actual o futura de realizar actos violentos contra los compañeros o empleadores.

c) Interpretación de los datos grupales

Los análisis que se señalan a continuación se pueden hacer tanto para el puntaje total del OQ, como para cada una de las áreas que mide.

Tabla 11
CLASIFICACIÓN DE SUBGRUPOS EN FUNCIÓN DEL CAMBIO, DE ACUERDO A PC E ICC

	Ptje(final – inicial) ≤ ICC	Ptje(final – inicial) ≥ ICC
Ptje. final > PC	No cambió en ninguno de los dos criterios (o empeoró significativamente para aquellos sujetos con diferencias de puntaje menores a -ICC).	Mejóro significativamente, ya que tuvo un cambio mayor o igual al ICC.
Ptje. final ≤ PC	Alcanzó un nivel de bienestar correspondiente a una población funcional ya que obtuvo un puntaje final menor al PC, aunque el cambio fue menor que el ICC.	Se recuperó, es decir, obtuvo un puntaje final menor o igual al PC y tuvo un cambio mayor o igual al ICC.

I) Para determinar si el cambio grupal en el puntaje del OQ es estadísticamente significativo se puede calcular el *t* pareado con los datos de los puntajes iniciales y finales de cada uno de los sujetos del grupo. Los datos obtenidos en nuestra muestra se presentan en la Tabla 9.

II) Para poder distinguir, de acuerdo al cambio obtenido, distintos subgrupos al interior de la muestra, se puede hacer uso del PC e ICC⁷ (ver Tabla 10). En función de distintas combinaciones de estos dos parámetros se pueden obtener los 4 o 5 (5 en el caso que algunos pacientes empeoren significativamente) subgrupos que se muestran en la Tabla 11.

En el caso de la muestra utilizada por nosotros, al hacer un análisis del grupo (49 personas) en base al Puntaje de Corte (PC) y el ICC, tenemos que el 38,8% (19 personas) se recuperó, es decir, obtuvo un puntaje final menor o igual al PC y tuvo un cambio mayor o igual al ICC, lo que indicaría un cambio clínicamente significativo de acuerdo a estos dos criterios. El 18,4% (9 personas) mejoró significativamente, ya que tuvo un cambio mayor o igual al ICC. Considerando estos dos grupos tenemos que el 57,2% tuvo un cambio significativo.

Un 12,2% (6 personas) logró alcanzar un nivel de bienestar correspondiente a una población funcional ya que obtuvo un puntaje final menor al PC, aunque el cambio fue menor que el ICC. Un 28,6% (14 personas) no presentó cambio en ninguno de los dos criterios y un paciente (2%) empeoró (incrementó su puntaje en más del ICC: 17).

III) También puede ser conveniente calcular la “magnitud del efecto” (effect size), para hacer comparaciones con meta-análisis. De acuerdo a Coe (2000) la fórmula para su cálculo es: (media inicial - media final)/ desviación estándar combinada; donde la desviación estándar combinada de los grupos inicial y final es:

$$\sqrt{\frac{(n_i - 1) \times S_i^2 + (n_f - 1) \times S_f^2}{n_i + n_f - 2}}$$

La magnitud de efecto obtenida por nosotros, utilizando los datos de la Tabla 9, fue de 0,88 para el OQ total, lo que según Coe (2000), sería una magnitud de efecto alta.

⁷ Los parámetros PC e ICC se usan para analizar el cambio individual de un sujeto, y por lo tanto no tiene mayor sentido utilizarlos para analizar las medias grupales iniciales y finales.

Anexo

Cuestionario de resultados OQ-45.2

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F
 N° Ficha: _____ Sesión N° _____ Fono: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Para ayudarnos a entender cómo se ha estado sintiendo, básiense en los **ÚLTIMOS SIETE DÍAS**, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa cómo se siente esta semana. En el cuestionario el término "TRABAJO" se refiere al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser dueña de casa, cuidar los niños, etc. Por favor no escriba en las áreas oscuras. Marque con una "X" en el cuadro que corresponda.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	SD	IR	SR
1. Me llevo bien con otros	4	3	2	1	0		*	
2. Me canso rápidamente.	0	1	2	3	4			
3. Nada me interesa	0	1	2	3	4			
4. Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela.	0	1	2	3	4			
5. Me siento culpable.	0	1	2	3	4			
6. Me siento irritado, molesto.	0	1	2	3	4			
7. Me siento contento con mi matrimonio/pareja.	4	3	2	1	0		*	
8. Pienso en quitarme la vida.	0	1	2	3	4			
9. Me siento débil.	0	1	2	3	4			
10. Me siento atemorizado.	0	1	2	3	4			
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4			
12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/ escuela.	4	3	2	1	0			*
13. Soy una persona feliz.	4	3	2	1	0	*		
14. Trabajo/estudio excesivamente (más de la cuenta).	0	1	2	3	4			
15. Me siento inútil.	0	1	2	3	4			
16. Me abruma (angustia) los problemas de mi familia.	0	1	2	3	4			
17. Mi vida sexual me llena.	4	3	2	1	0		*	
18. Me siento solo.	0	1	2	3	4			
19. Discuto frecuentemente.	0	1	2	3	4			
20. Me siento querido y que me necesitan.	4	3	2	1	0		*	
21. Disfruto mi tiempo libre.	4	3	2	1	0			*
22. Tengo dificultades para concentrarme.	0	1	2	3	4			
23. Me siento sin esperanza en el futuro.	0	1	2	3	4			
24. Estoy contento conmigo mismo.	4	3	2	1	0	*		
25. Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer.	0	1	2	3	4			
26. Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. (No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca)	0	1	2	3	4			
27. Tengo malestares estomacales.	0	1	2	3	4			
28. Trabajo/estudio tan bien como lo hacía antes.	4	3	2	1	0			*
29. Mi corazón palpita demasiado.	0	1	2	3	4			
30. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.	0	1	2	3	4			
31. Estoy satisfecho con mi vida.	4	3	2	1	0	*		
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. (Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4			
33. Siento que algo malo va a ocurrir.	0	1	2	3	4			
34. Tengo los músculos adoloridos.	0	1	2	3	4			
35. Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etcétera.	0	1	2	3	4			
36. Me siento nervioso.	0	1	2	3	4			
37. Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos.	4	3	2	1	0		*	
38. Siento que me va bien en el trabajo/escuela.	4	3	2	1	0			*
39. Tengo muchas discusiones en el trabajo/escuela.	0	1	2	3	4			
40. Siento que algo anda mal con mi mente.	0	1	2	3	4			
41. Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido.	0	1	2	3	4			
42. Me siento triste.	0	1	2	3	4			
43. Mis relaciones con otros me satisfacen.	4	3	2	1	0		*	
44. Me enoja tanto en el trabajo/escuela que puedo hacer algo de lo que después me puedo arrepentir.	0	1	2	3	4			
45. Me dan dolores de cabeza.	0	1	2	3	4			
						+	+	
						Total=		

Developed by Michael Lambert, Ph.D. and Gary M. Burlingame, Ph.
 © Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC.
 All Rights Reserved. License Required For All Uses.
 Validado en Castellano por Guillermo de la Parra C. y Alejandra von Bergen R.

Para mayor información contactar: Guillermo de la Parra C.
 E-MAIL: gdelap@net.vtr
 Alejandra von Bergen R.
 E-MAIL: avonbergen@terra.cl

REFERENCIAS

1. Alvarado R, Vera A, *et al.* Validación de Escalas para medir Trastornos Depresivos, por Ansiedad y Somatomorfos. Cuadernos de Trabajo Nº 2. Universidad Diego Portales, 1991
2. Coe R. What is an "effect size". 2000. Versión [www: http://cem.dur.ac.uk/ebeuk/research/effectsize/ESguide.htm](http://cem.dur.ac.uk/ebeuk/research/effectsize/ESguide.htm)
3. De la Parra G, Von Bergen A. El instrumento OQ-45 que mide resultados terapéuticos como herramienta en la investigación psicoanalítica. *Rev Chil Psicoanálisis* 2000; 17(2): 143-156
4. Derogatis LR. The SCL-90 manual: Scoring, administration and procedures for the SCL-90. Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit, Baltimore, 1977
5. Eisen S, Dickey B. Mental Health Outcome Assessment: The New Agenda. *Psychotherapy* 1996; 33(2): 181-189
6. Eysenck H. The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 1952; 16: 319-324
7. Jacobson NS, Truax P. Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59 (1): 12-19
8. Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureño G, Villaseñor VS. Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56(6): 885-892
9. Kopta SM, Howard KI, Lowry JL, Beutler LE. Patterns of Symptomatic Recovery in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994; 62(5): 1009-1016
10. Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. En: A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change*. (4ª Ed.). John Wiley, New York, 1994, pp. 143-189
11. Lambert MJ, Hansen NB, Umprich V, Lunnen K, Okiishi J, Burlingame GM. Administration and Scoring Manual for the OQ-45.2. American Professional Credentialing Services LLC. USA, 1996

TERAPÉUTICA

TEATROSALUD Y AUTOCUIDADO

CONCEPTOS, PROPUESTAS, PERSPECTIVAS¹

(Rev GU 2006; 2; 2: 223-230)

Pedro Torres-Godoy² y Sabine Romero³

El término *Teatrosalud* nace de la fusión de dos grandes cuerpos disciplinarios como son el teatro y la salud, y su conjunción busca acercar a toda aquella práctica teatral, en el amplio sentido, desde la dramaturgia, expresión corporal, movimiento, voz, actuación, dirección y puesta en escena, hacia la salud, también en un amplio sentido, no solamente en lo inherente a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, sino también hacia las potencialidades inequívocas que nos presenta el ejercicio del arte teatral respecto del fomento de la salud, tales como prácticas coadyuvantes del desarrollo del potencial humano creativo de personas, grupos y comunidades y como elemento de investigación y búsqueda del bienestar una vez que el mal se ha establecido en el cuerpo individual y social. Inicialmente planteamos un movimiento desde la salud hacia el teatro y no en sentido inverso, es decir, desde el teatro hacia la salud. Sin simplemente porque nuestra propuesta surge a partir de profesionales de la salud mental interesados en las posibilidades terapéuticas del teatro y no de artistas teatrales proclives a estudiar e investigar las dimensiones estético-terapéuticas del arte teatral. No obstante, en el devenir de la práctica clínica grupal tanto de pacientes como de grupos de entrenamiento y supervisión psicodramática, hemos terminado por aceptar la profunda interrelación sistémica de ambas disciplinas, desde sus orígenes en la Grecia antigua, el teatro y la medicina, lo cual queda manifestado literalmente en el nombre que este trabajo recibe.

¹ Conferencia presentada en el Seminario Internacional "La Violencia en la Familia, Escuela y Sociedad: Sentidos, consecuencias y estrategias de intervención". Universidad Internacional SEK, Santiago de Chile 14 y 15 de julio 2005.

² Médico Psiquiatra, Académico Departamento de Teatro Facultad de Artes Universidad de Chile. Director Diplomado "Dramaterapia: Fundamentos y Prácticas". E-mail nirodha@entelchile.net

³ Pedagoga Social Universidad de Esslinger, Alemania, Terapeuta Familiar Instituto Chileno de Terapia Familiar. Directora Académica Curso de Extensión "Duelos y Pérdidas" Universidad Jesuita Padre Alberto Hurtado. E-mail sromero@mi.cl

Nos parece pertinente que quienes laboramos día a día con el sufrimiento y el dolor humano estamos más cercanos de la experiencia terapéutica que quienes, desde las tablas (el teatro), reflexionan acerca de las posibles interconexiones entre arte teatral y la salud. Sin embargo, más que definir parcelas disciplinarias entre el teatro y la terapia, será el trabajo conjunto y cooperativo entre artistas teatrales y artistas del bienestar lo que finalmente amplíe la propuesta hacia dimensiones insospechadas. No obstante hacemos énfasis en que desde el punto de vista escénico, el teatro y cualquier actividad vinculada al ejercicio de sus prácticas, no podrá ser terapéutico y constituye un error epistemológico plantear que el teatro, en sí, es terapéutico. Tampoco lo podrá ser por tanto la dramaturgia por sí sola, la pedagogía teatral, las actividades de ejercitación y prácticas actorales, de voz, de expresión corporal y movimiento, de dirección y cualquier otra variante relacionada con la práctica teatral.

No podrá ser terapéutica porque cada vez que se remueven emociones genuinas entre los participantes de un grupo teatral deberá haber algún otro, un terapeuta, dispuesto a hacerse cargo durante el tiempo que se estime conveniente para acoger, sostener, confrontar, compartir, elaborar y re-significar conjuntamente dichas emociones, concepción evolutiva fundamental de cualquier proceso o acto terapéutico.

Y esto no está concebido en el dispositivo teatral.

Sí, de todas formas en algunas prácticas escenoterapéuticas tales como la dramaterapia, lo cual se refrenda en actitudes pertenecientes a la psicoterapia general, tales como encuadre terapéutico, consentimiento informado acerca de las consecuencias éticas de la expresión colectiva de emociones, confidencialidad y un sinnúmero de particularidades que sólo competen a la práctica psicoterapéutica profesional.

Para nuestros efectos, *teatrosalud* incluye ampliamente a todas aquellas disciplinas vinculadas al teatro, como las relacionadas con las terapias de acción en el contexto psicoterapéutico. Por el lado del teatro debemos considerar cualquier actividad teatral que signifique mejoría en el bienestar y calidad de vida de la persona, familia, grupo o comunidad. Por lo tanto, caben aquí las prácticas teatrales de escribir guiones y dramas, prepararse en técnicas corporales, de voz y actuación, dirigir, oficiar de público, crítico o jurado, que testifica y otorga veredicto acerca del desarrollo, conflicto, cierre o término de la obra a representar; y más significativo aún, las enseñanzas de valores y anti-valores que podrán deducirse de esta obra abierta. Entonces, habrá que incluir también un momento axiológico, que en términos psicodramáticos se denomina axiodrama (1).

Por el lado psicoterapéutico se entiende como *terapias de acción* a todas aquellas disciplinas que involucran manifiestamente la acción en el escenario terapéutico. Incluimos aquí, por orden histórico de aparición, al teatro de la espontaneidad, psicodrama, axiodrama, sociodrama, teatro playback y dramaterapia, siendo esta última una de las más fecundas y modernas disciplinas terapéuticas de acción, que irrumpe en la terapia, alrededor de los años 1960 en Londres.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

Es importante hacer un paréntesis para diferenciar lo que entendemos como promoción o fomento de la salud y prevención. Tanto la promoción (o fomento) como la prevención persiguen como meta la salud. Sin embargo, según Tulia María Uribe, de la Universidad de Antioquia, “la prevención lo hace situando su punto de referencia desde la enfermedad, la cual tiene como límite la muerte. O sea, el objetivo de la prevención es la ausencia de la enfermedad”. En contraposición, esta misma autora señala que la promoción o fomento de la salud “hace énfasis en la optimización del estado de bienestar, entendiendo la salud como un camino sin principio ni final. La promoción formula e implanta políticas saludables y cambios en el entorno de vida del individuo”. En este sentido la promoción hace énfasis en el desarrollo de habilidades personales, en el fortalecimiento de la acción comunitaria y coloca la responsabilidad individual y social comunitaria al centro de la solución de problemas que afectan la salud (2).

En nuestro enfoque de promoción de la salud ubicamos *teatrosalud* como un método para llegar a un fin amplio que es el fomento de la salud positiva, es decir, hacer más sanos a los sanos y en la medida que la enfermedad irrumpe, se desarrolla y avanza, nuestro enfoque varía hacia los distintos niveles de intervención; primaria en lo preventivo, secundaria en el diagnóstico y terapéutica oportuna y terciaria en el tratamiento de los déficit que surgen como consecuencia de la enfermedad y su rehabilitación.

Esta misma lógica debiera darse cuando situamos las técnicas de acción desde la perspectiva de la salud pública, desde lo individual a lo comunitario.

Teatrosalud como dispositivo grupal está destinado a la promoción o fomento de la salud y engloba a todas aquellas prácticas de acción que pretenden amplificar la salud que ya existe. Por cierto habrán dispositivos más propicios para este fin, como es la dramaterapia y el teatro terapéutico (o dimensión terapéutica del teatro espontáneo). Ambos estrechamente ligados

a la tragedia griega, teatro medieval, comedia del arte y *performance*, cuentan con características comunes: Entretener, divertir y distender por medio del juego y del humor a la platea o espectadores (si los hay). Amplifica el desarrollo de la fantasía, de la espontaneidad y de la creatividad. Sus potencialidades psicoterapéuticas requieren de mayor investigación y estudios para probar su efectividad. El psicodrama, en cambio, mucho más ligado a la vertiente terapéutica más clásica de las técnicas de acción, tiene por fin último generar un cambio ya sea a nivel de los significados atribuidos a alguna situación conflictiva, a nivel emocional, cognitivo, comportamental e interrelaciones significativas para la(las) persona(s) implicada(s). En el psicodrama el juego y el humor no representan un fin en sí mismo, sino más bien un vehículo que lleva al grupo a través del caldeamiento hacia las fases más terapéuticas del procedimiento, como lo son las dramatizaciones y el compartir. Si el juego y el humor están presentes en ellas, nada más son elementos que vienen a amalgamar un entramado vivencial profundamente dramático, es decir, tragedia y comedia del alma humana fundidas y confundidas. Llegar a pensar que esto constituye un espectáculo divertido o de entretención, sería justamente una aberración puesto que allí, en la dramatización y *sharing* psicodramático, se vive la tensión misma de la tragedia humana, en el aquí y ahora, la catástrofe como última fase de lo trágico y la catarsis de integración, que sería uno de los elementos curativos buscados por el procedimiento.

Entonces las técnicas de acción aquí presentadas se pueden ubicar en dos grandes áreas siguiendo sus posibles relaciones con la noción de cuidado en sus dos acepciones según la lengua inglesa:

Care, o cuidados de costumbre, se refiere a aquellos relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida. En este contexto se pueden ubicar las prácticas de promoción o fomento de la salud y los métodos de *teatrosalud*, teatro espontáneo, teatro *playback* y *dramaterapia* (en su vertiente más lúdica y teatral). En resumen, lo más teatral de lo teatral para hacer más sanos a los sanos. Representan los cuidados permanentes y cotidianos de tipo biopsicosocial necesarios para mantener la vida, proporcionados y aprendidos en el proceso de socialización y deberán ser asumidos por cada persona a medida que adquiera mayores niveles de autonomía frente a la vida (2).

Cure o cuidados de curación, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida. Estos cuidados son los utilizados para el tratamiento de la enfermedad además de los cuidados habituales. Entran aquí todos los cuidados de tipo terapéutico.

Por lo tanto, se puede ubicar aquí toda práctica *dramaterapéutica*, *sociodramática*, *axiodramática* y *psicodramática* que persigue la curación de la enfermedad individual o social. Aguiar sostiene que la base epistemológica y práctica de toda técnica de acción es el teatro espontáneo y según sus distintos focos puede ir desde lo más artístico, como sería el teatro espontáneo propiamente tal, que persigue un fin artístico en sí mismo, como espectáculo de entretención y diversión pública, hasta lo más terapéutico. Si el teatro espontáneo se orienta hacia la terapéutica social o comunitaria es *axiodrama*, que pretende develar los valores y anti-valores de un colectivo humano con el fin de lograr un cambio; si dicha práctica se orienta al grupo es *sociodrama* (o *dramatización centrada en el grupo*, relacionada con la *socioterapia*, es decir, un grupo, por ejemplo una compañía de actores espontáneos, trata a otro grupo en conflicto); y finalmente si la actividad se dirige a un paciente individual es *psicodrama*, es decir, *dramatización centrada en una sola persona* (3).

Pensamos que nuestro enfoque de salud pública del cuidado y de las técnicas de acción como dispositivos para el fomento o la intervención en salud tiene una fuerte similitud a lo propuesto por Aguiar, con la diferencia que este autor parte desde el arte teatral y no precisamente desde la salud general.

Nuestros fundamentos y prácticas de *teatrosalud* para el autocuidado se enmarca en el trabajo de más de diez años con clínicos y terapeutas, en el Grupo de Estudio "Duelo y Trauma" del Departamento de Psiquiatría Campus Oriente de la Universidad de Chile y en el Departamento de Teatro de la misma universidad. Dichos terapeutas han estado implicados en el tratamiento de duelos, pérdidas, traumatizaciones diversas y todo lo que surge a partir del ejercicio profesional en el área de la violencia, *psicotraumatología* y *asesoramientos* y *terapéuticas de duelos* en particular. Hoy por hoy, puede considerarse que un gran número de clínicos y terapeutas provenientes de la medicina, psicología, disciplinas *psicosociales* y otras como el derecho, la educación y algunas actividades artísticas, están en contacto permanente con las situaciones antes mencionadas. Por lo tanto, la población de terapeutas que van a ser objeto de *traumatizaciones vicarias*, es decir, aquella que ocurre *secundariamente* por la escucha de relatos horrosos de los usuarios externos, irá en ascenso toda vez que existe una creciente mayor sensibilidad diagnóstica en temas vinculados con la violencia y *psicotraumatizaciones*. También será creciente el número de terapeutas interesados en estas áreas, por no decir que en realidad hoy día es muy difícil dejar de ser considerado *terapeuta de traumas y duelos*.

Gran número de estos profesionales sufrirá los efectos de la traumatización vicaria que produce en primera instancia un síndrome indistinguible del trastorno de estrés posttraumático (TEPT). El desorden de estrés traumático secundario (TETS), descrito por Charles Figley en 1995 en Estados Unidos para terapeutas familiares es un cuadro clínico eminentemente de carácter agudo, y es considerado la antesala del síndrome de burnout o desgaste psíquico en el trabajo (4). Este último síndrome ha sido declarado endémico en algunos países de la Unión Económica Europea, como España y otros. En España, por ejemplo, ha sido declarado enfermedad profesional y existe jurisprudencia de juicios ganados por trabajadores de la salud, frente a algunas empresas sanitarias, al ser considerado accidente del trabajo, con los fallos favorables al trabajador e indemnizaciones correspondientes.

Frente al trauma relatado o narrado por los pacientes, el terapeuta oficia de testigo. El acto de testificación corresponde a uno de los elementos más antiguos de los ritos de sanación de males individuales y colectivos. El acto de contar una tragedia personal a un otro en escucha activa y comprometida en la intimidad del consultorio, representa la última palabra silenciada que nos impone el trauma y el primer grito de liberación que nos abre las puertas para la reparación y, algunas veces, las menos, para el perdón.

Mientras tanto, el testigo, en este caso el terapeuta, recibe cada frase, cada pequeña entonación de la voz, cada gesto y movimiento corporal que acompaña el relato, como información analógica, que es la que traumatiza vicariamente ya que dicha información ingresa a través de los órganos de los sentidos hacia nuestros sistemas de captación experiencial - emocional profundos. Entonces, ante un relato siniestro como el abuso, violación o tortura, el terapeuta sufre una especie de shock emocional que lo vive en un comienzo, como un estado confusional u obnubilación de conciencia. Este estado queda claramente descrito en el trastorno por estrés traumático secundario: "El TETS puede ser de inicio súbito y deja a la persona con una vivencia de perplejidad, confusión, desvalimiento y sensación de aislamiento de quienes podrían ayudarlo" (4).

El terapeuta puede experimentar estos síntomas o puede sufrir un primer distanciamiento disfuncional respecto de su rol profesional, a través de la disociación como defensa para controlar la angustia. Sin embargo la disociación afectará inequívocamente su capacidad empática y la sintonía con el paciente traumatizado. Consideramos este primer distanciamiento el prelude de la alexitimia secundaria, o sea, la pérdida de la capacidad para expresar en palabras las emociones, dismi-

nución de la tendencia a la imaginación y fantasía y una baja ostensible de la espontaneidad y creatividad. Toda persona que vive directamente el trauma o es testigo de la traumatización ajena entra en el riesgo de desarrollar alexitimia. Dado que ante grandes traumatizaciones los pacientes pierden la posibilidad de expresar con palabras lo brutalmente vivido, ese mismo efecto ocurre con los terapeutas-testigos. En el contexto de la supervisión o de grupoterapias, estos profesionales pierden la facilidad de expresar verbalmente lo escuchado.

Una joven psicóloga no tiene palabras para expresar lo que experimenta a propósito de la muerte de un trabajador de la minería que es prácticamente triturado por una máquina chancadora de piedras. El relato es narrado por un compañero de trabajo del fallecido: *"La máquina tiene un ruido típico cuando muele las piedras. Cuando mi compadre cae al vacío por un instante dejo de verlo, no sé donde está y es el cambio brusco del ruido de la máquina chancadora, un sonido sordo, opaco, blando, el que en un instante mi oído percibe y sé positivamente la magnitud de la tragedia. No hubo ningún grito. Sólo ese sonido sordo, terrorífico, ese cambio de frecuencia, de intensidad, de ritmo, cuando seguramente puedo imaginar las piedras moliendo el cuerpo de mi compadre, será lo que nunca olvidaré"*.

Lo que traumatiza entonces tiene que ver en primer lugar con lo que netamente perciben nuestros órganos sensoriales, es decir, antes de que aparezca la reflexión somos impactados por sensaciones táctiles, cenestésicas, olores, ruidos, imágenes, muchas veces atmósferas o climas emocionales, como es el caso de las experiencias de tortura, abusos y maltratos. Las víctimas no tienen palabras para narrar lo acontecido. Se genera una alexitimia secuntaria al trauma, o sea, una incapacidad de poder expresarlo verbalmente. Este tipo de silenciamiento también lo vemos en las primeras etapas del diagnóstico de las enfermedades crónicas graves u oncológicas. Peggy Penn, en un interesante trabajo sobre trauma, lenguaje y escritura en pacientes con enfermedades físicas crónicas, desarrolla el concepto de trauma relacional, sosteniendo que la dialéctica central del trauma lo constituye el conflicto entre hablar y no hablar (5). En este mismo trabajo se destaca la importancia de "decir lo que uno realmente siente, poder expresar a sus seres queridos sus sentimientos profundos acerca de su dolor; esto produce un alivio físico y libera a los demás para que puedan responder del mismo modo" (6).

Pennebaker sostiene que la libertad de expresión que brinda la escritura autobiográfica ejerce un efecto positivo en nuestros sistemas inmunológicos y reduce

los efectos negativos del trauma al incorporar al lenguaje (conversaciones con otros) los aspectos silenciados de aquél (5).

El testigo, en este caso el terapeuta, como lo señalamos con anterioridad, se traumatiza vicariamente, a través de la escucha activa de la infinidad de detalles narrados. Serán la inflexiones y el tono de voz, la intercalaciones, la prosodia, los gestos, la mirada, el marco que la psicomotilidad da a la narración, la respiración, el brillo de los ojos determinado por el mayor o menor diámetro pupilar, en fin, todo un cortejo no verbal y analógico que enmarca al relato oral.

En el mismo sentido que lo descrito por pacientes severamente traumatizados, los terapeutas dejan de hablar con otros de lo acontecido. Salvo que esté adscrito a un grupo de supervisión continua o de autocuidado (lo que es excepcional en nuestro medio), y no meramente formativo, más frecuente entre profesionales jóvenes. El clínico estará condenado también al silencio. Es necesario fomentar de cualquier forma entre los futuros terapeutas la cultura de la supervisión y del autocuidado durante toda su vida profesional.

En nuestra experiencia en talleres de supervisión, autocuidado y la persona del terapeuta, en grupos universitarios de pre-grado en los últimos años de la carrera de psicología, y profesionales de ayuda de diversas instituciones, se observa una dificultad en expresar verbalmente algunas situaciones clínicas de alto impacto como abuso sexual, maltrato, acoso, terapias de duelo, discapacidades o enfermedades de curso progresivo o terminal. Como lo desarrollamos más adelante las técnicas de acción permiten, desde nuestro punto de vista, un mejor contacto experiencial con las emociones reprimidas o bloqueadas y un acercamiento, desde el cuerpo y la acción escénica, hacia el trabajo a supervisar.

Finalmente es preciso señalar que el tema del cuidar, cuidarse y ser cuidado por otros, es tan antiguo en la historia del hombre que ya los griegos destacaban la importancia del cultivo de sí y enfatizaban el cuidar no sólo el cuerpo sino también el alma a través de los regímenes de salud, abstinencias, retiros, ejercicios físicos, satisfacción medida de las necesidades, meditaciones, lecturas, conversaciones, y una decena de actividades que buscaban el tan preciado autoconocimiento, autocontrol y buen trato personal y de los demás.

ACERCA DEL TEMA DEL AUTOCUIDADO

Dorotea Orem, enfermera graduada en Baltimore en 1930, desarrolla su modelo de autocuidado como una teoría general de la enfermería. Esta autora plantea que

el concepto de autocuidado debe entenderse como una contribución constante del individuo a su propia existencia. El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo; es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás y hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar.

Orem define el objetivo de la enfermería como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener sobre sí mismo *acciones* de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

El concepto de autocuidado de Orem refuerza la *participación activa* de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. La educación para la salud será la herramienta principal de trabajo.

De allí que en primer lugar se haya utilizado el concepto de autocuidado en pacientes y grupos de autoayuda de patologías médicas crónicas, que requieren para su estabilidad de una sólida autodisciplina, tales como diabéticos, hipertensos, pacientes nefróticas, oncológicos y algunas patologías psiquiátricas.

No obstante, ante la alarmante incidencia del síndrome de "burnout" o de "estar quemado" de clínicos y terapeutas que trabajan con situaciones de violencia extrema, duelos, traumas y todo tipo de pérdidas, en los últimos diez años, cuya prevalencia sobrepasa el 50% en los grupos estudiados, las prácticas de autocuidado comienzan progresivamente a socializarse. De allí se expande prácticamente a muchas otras disciplinas psicosociales y de los más diversos ámbitos de servicios humanos (7).

Para Hidalgo y Moreina el autocuidado o cuidado de equipos es un concepto que, más que tener un referente teórico, es utilizado en el lenguaje común y propio de los equipos que lo transforman en un referente más bien práctico. Se refiere a la protección de los equipos frente al desgaste emocional cotidiano del trabajo con la violencia (8). Esto supone que los equipos en ciertos periodos de su ejercicio profesional entran en crisis, lo cual puede entenderse como aquellos elementos de la dinámica grupal que ponen en riesgo al equipo en el desarrollo de su tarea constituyente, que se expresan en ansiedades que emergen en el vínculo con los grupos de alto riesgo hacia los cuales se dirige la intervención (9).

Para la psicóloga costarricense Patricia Murillo Chacón, quien trabaja con víctimas de violencia domés-

tica, el autocuidado de los terapeutas puede definirse como el conjunto de estrategias de afrontamiento que los terapeutas deben implementar para prevenir déficit, propiciar y fortalecer un bienestar integral. Agrupa las acciones de autocuidado según el siguiente ordenamiento:

- De bienestar físico: Descanso, dieta saludable, ejercicio físico, chequeos médicos, protegerse físicamente de clientes difíciles
- De bienestar emocional: Proteger y mantener los límites profesionales, evitar reacciones impulsivas o precipitadas, psicoterapia personal, fortalecer vínculos e intimidad con otros
- De asuntos especiales: Evitar situaciones que impliquen desgaste emocional como falta de confianza en el equipo, demasiada empatía hacia el cliente o experimentar sentimientos hacia el cliente que están dirigidos hacia otra persona
- De crecimiento y desarrollo: Dinámicas de supervisión, consultorías a expertos u otros colegas, supervisión continua (10)

Nuestra propuesta busca integrar el trabajo de autocuidado con la supervisión continua, el desarrollo de la persona del terapeuta y la adquisición de herramientas comportamentales, provenientes del teatro y del psicodrama, para fomentar la pertenencia a grupos, la salud intrínseca proveniente del arte teatral, del juego, del humor y del involucrar el cuerpo en toda acción dramática, como complemento ineludible de la palabra y de la narración oral.

METODOLOGÍA

Al método lo llamamos *improdrاما educacional*, teniendo como referencia el teatro didáctico de Brech y su aplicación y sistematización se gesta desde comienzos del 2005 a propósito del taller de *Autocuidado, supervisión y la persona del terapeuta* realizado en el Departamento de Teatro de la Facultad de Artes de la Universidad de Chile.

Nos parece que las técnicas de acción, tales como psicodrama y teatro espontáneo en el autocuidado de profesionales que trabajan con violencia, cuentan con ciertas características que las hacen preferentes por las siguientes razones:

- Al introducir manifiestamente el cuerpo en la dramatización surgen emociones reprimidas, aléxicas, es decir, con gran dificultad para ser verbalizadas y que han permanecido silenciadas. Del mismo

modo como opera la memoria emotiva de Stanislavsky para los actores profesionales, en los terapeutas suponemos la existencia de una planta de movimientos que ha dejado en la memoria corporal, gestual, prosódica, escénica, aquellas emociones traumáticas, producto de los relatos de sus pacientes. El movimiento corporal activa, a través de iniciadores físicos, las vivencias que impactan al clínico.

- El trabajo de autocuidado está centrado en procesos grupales. El grupo, cual caja de resonancia, aporta múltiples miradas al modo de una co-visión intersubjetiva. El protagonista puede, por medio de la utilización de yo-auxiliares miembros del mismo grupo, recurrir al recurso del distanciamiento dramático, es decir, tomar el rol de alguien de la platea y desde allí emitir algún juicio acerca de su propio operar. Osorio plantea que el distanciamiento, en el teatro, es en sí mismo ordenador.

El efecto psicológico estructurante del distanciamiento escénico para quien observa una obra como público es algo comentado en general por directores teatrales de reconocida trayectoria (11). Desde la dramaterapia el proceso de identificación con algún personaje de la escena también lleva al protagonista a la posibilidad de jugar algún rol no lo suficientemente desarrollado en la realidad y en el “como si” dramático, reparar.

- El trabajo de autocuidado está enmarcado en la supervisión continua. Debería concebirse la aplicación del psicodrama en un proceso de asesoramiento permanente y de supervisión grupal continua durante toda la vida activa del psicoterapeuta.
- El trabajo se realiza desde la perspectiva de la acción dramática y desde la escena. Psicodrama significa “mente en acción”, y dramaterapia “terapias de acción”. Por lo tanto la dramaterapia incluye a todas las demás y también a los aspectos terapéuticos que el teatro en sí mismo dispone. Por su parte la escena contiene en un instante toda la verdad intersubjetiva. En escena no existe el debate ni la teorización que muchas veces nos distancia racionalmente de los hechos vividos. Los personajes nos permiten re-vivir los más devastadores dramas humanos, y lo haremos desde el “como si” que nos permite la ficción de la escena psicodramática (12). Transitamos desde lo siniestro, hacia lo trágico, lo patético, lo lúdico y muchas veces intuimos lo

- maravilloso de la creatividad humana y su infinita capacidad para crear y reparar.
- El trabajo utiliza el juego, el humor y los ritos como fuente de sanación. El trabajo de caldeamiento o *warming up*, predispone al grupo a lo lúdico. La aparición del humor para equilibrar la tensión dramática del protagonista a lo largo de todo el proceso grupal viene a conformar la amalgama intersticial de las escenas más difíciles de representar. El juego y humor espontáneos, adecuados y contingentes son ingredientes inequívocos de una buena supervisión y aún no cuentan suficientemente con estudios empíricos que aseveren su necesaria presencia en el trabajo de autocuidado. El humor, la risa y la alegría son elementos clave para la salud mental y constituyen fuentes de felicidad y realización profesional inequívoca, aun en los momentos más difíciles que nos toca vivir.
 - Finalmente el trabajo de autocuidado propuesto, es plausible de desarrollar al interior de las instituciones. Luego del diagnóstico grupal que puede hacerse con métodos sociodramáticos o a través de cuestionarios de desgaste profesional u otros, las intervenciones sugeridas en la literatura están descritas como estrategias breves orientadas a la solución y prescripciones de tareas de autocuidado, entre las que destaca la dramatización. Se desarrolla en ciclos semanales de 2 a 3 horas, con un promedio de 8 a 12 jornadas. Se consideran sesiones de mantención o profilaxis permanentes, posterior a la intervención principal.

OBJETIVOS

Por medio de un taller demostrativo destinado a un grupo de profesionales de la salud, educación y otros que trabajan en situaciones de violencia, aplicar, con fines didácticos, la metodología psicodramática como posibilidad de trabajo para fomentar el autocuidado en dinámicas de supervisión grupal.

PROCEDIMIENTOS

Se aplica el método psicodramático en sus tres etapas: Caldeamiento, dramatización y compartir (*sharing*).

Durante el caldeamiento que puede ser verbal, imaginativo o corporal se pretende crear una red de apoyo o sostén grupal, una matriz de contención (*holding*) que reciba los relatos a supervisar de parte de los participantes.

En la fase de dramatización se busca que el terapeuta se encuentre en la acción, con aquellas disonancias o

ruidos significativos que generaron la sobreimplicación o el sufrimiento derivado de la testificación del trauma. El concepto de sufrimiento del terapeuta se refiere más bien a síntomas que surgen de situaciones clínicas que lo desbordan emocionalmente, frente a las cuales las estrategias habituales de afrontamiento, utilizadas por los terapeutas para protegerse de la angustia u otras emociones difíciles de sus clientes, se ven superadas apareciendo síntomas agudos que corresponden al estrés traumático secundario antes mencionado.

En la fase de dramatización se utilizan, según el caso a supervisar, técnicas de esculturas, fotogramas, soliloquios, doblajes, espejos, cambio de roles e interpolación de resistencias. Esta última técnica busca confrontar dramáticamente al protagonista con sus propias contradicciones internas, sus conflictos de valor; puede ejecutarse desde el cuerpo, desde el diálogo improvisado, el juego de roles, o la confrontación con personajes internos (también llamados heterónimos por Kesselmann) (12, 13)

La tercera fase del psicodrama corresponde al compartir (*sharing*). Aquí el grupo comparte verbalmente la experiencia vivida. Intercambia vivencias movilizadas por la escena dramatizada del protagonista y por las escenas resonantes que comienzan a ser movilizadas a partir de aquélla. Si el trabajo involucra a todo el grupo se denomina sociodrama. Si culmina con el surgimiento de valores que comienzan a ser compartidos por el grupo en su totalidad estaríamos en presencia del momento axiológico final de todo trabajo dramático. El grupo, a partir de su historia compartida, comienza a escribir su leyenda, su mito fundante, por muy breve que sea el encuentro, y en este caso los cierres de cada encuentro tendrán características rituales.

Dado que el objetivo general de la actividad es el autocuidado de los terapeutas que trabajan con violencia, se obvia la fase de procesamiento teórico técnico que en la práctica psicodramática sólo se reserva para quienes están en entrenamiento o formación en esta disciplina.

RESUMEN

La propuesta de trabajo con técnicas psicodramáticas y técnicas teatrales para el autocuidado de clínicos y terapeutas que trabajan en situaciones de violencia considera prioritaria la acción dramática, el contexto grupal y el lenguaje escénico como una forma de acceder a emociones difíciles surgidas del alto impacto emocional que se vive al ser testigo de los traumas de los consultantes. La alexitimia secundaria que suele aparecer en estos profesionales forma parte del síndrome

me de burnout o de "estar quemado" y es descrita como la actitud fría y distante hacia los usuarios externos de un sistema de salud. Puede derivar hacia la despersonalización del profesional, conducta que limita con la deshumanización y maltrato hacia los pacientes y sus mismos compañeros de trabajo. Las técnicas de acción, y en particular el dispositivo psicodramático, cuentan con estrategias de intervención que pueden llevar a personas y grupos desde lo siniestro y trágico hacia lo maravilloso de la creatividad y potencial humanos, pasando por lo patético, lo cómico y lo lúdico. El autocuidado en su dimensión preventiva, de promoción o fomento de la salud, será en los próximos años responsabilidad ineludible de profesionales, instituciones y gobiernos implicados en el dilema ético de dar más salud a quienes nos consultan y a quienes oficiamos de prestadores de servicios humanos. Una voz de alarma, aún solucionable, la constituye la alta incidencia y prevalencia del síndrome de burnout o desgaste psíquico en el trabajo en las diversas poblaciones de profesionales estudiados, lo cual ha sido calificado por algunos países como mal endémico.

Proponemos el concepto de *teatrosalud* en un sentido amplio desde la visión de la promoción o fomento de la salud en el sentido de los cuidados de costumbre, o sea, los cuidados relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida hasta los cuidados de curación o terapéuticos propiamente tales. Incluimos bajo el concepto de *teatrosalud* lo proveniente tanto del arte teatral, con su dimensión terapéutica a partir de la dramaterapia, y todas aquellas disciplinas vinculadas con la vertiente terapéutica del teatro de la espontaneidad y el psicodrama, creadas alrededor de

1920 por aquel gran médico psiquiatra rumano-austriaco Dr. Jacob Levy Moreno (14).

REFERENCIAS

1. Menegazzo CM. *Diccionario de psicodrama*. Ediciones Fundación Vínculos, Buenos Aires, 1991
2. Uribe TM. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Universidad de Antioquia. 1999 <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/autocuidado.htm>
3. Aguiar M. *Teatro espontáneo e psicodrama*. Ed. Agora, Sao Paulo, 1998
4. Figley C. *Sistemic traumatization. Secondary traumatic stress disorders in family therapist. Handbook of family psychology systems theory*. APA, Washington, 1995
5. Penn P. Rompiendo el silencio: Trauma, lenguaje y escritura en la enfermedad crónica. Buenos Aires, Sistemas familiares 2001; 17(2): 35-54
6. Griffith J, Griffith ME. *El cuerpo habla*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1996
7. Torres P. Las posibilidades del psicodrama y teatro espontáneo frente al desgaste psíquico en el trabajo. Burnout 1 y 2, 2003 www.psicodrama.cl
8. Hidalgo N., Moreina N. Autocuidado en equipos de salud que trabajan con víctimas de violencia extrema. (Comunicación Personal), 2001
9. Morales G, Pérez J, Menares MA. Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. Rev Psicol U de Chile 2003; 12(1): 9-25
10. Murillo P. El autocuidado de los psicólogos clínicos de Costa Rica: Estrategias cognitivas, conductuales y emocionales. Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica (Comunicación Personal), 2003
11. Osorio R. Conversaciones acerca del teatro de Eugenio Barba. Universidad Diego Portales (Comunicación Personal), 2002
12. Calvente CF. *El personaje en psicoterapia*. Ed. Letra Viva, Buenos Aires, 2003
13. Kesselman H, Pavlovsky E. *La multiplicación dramática*. Ed. Búsqueda de Ayllu, Buenos Aires, 2000
14. Moreno JL. *Psicodrama*. Hormé, Buenos Aires, 1995

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