



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA

REVISIONES • INVESTIGACIÓN • TEORÍA

GACETA UNIVERSITARIA

Temas y controversias en Psiquiatría

AÑO 2, VOLUMEN 2, Nº 3 SEPTIEMBRE 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, Dra. Patricia Cordella,
Dra. Susana Cubillos, Dr. Francisco Espejo, Dr. Andrés Estuardo, Dr. Alejandro Gómez,
Soc. Nina Horwitz, Dr. Francisco Huneeus, Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic, Dr. Enrique
Jadresic, Dr. Juan Fco. Jordán, Dr. Jaime Landa, Dra. Fabiola Leiva, Dr. Alberto Minoletti,
Dr. Eugenio Olea, Dra. Grisselle Orellana, Dr. Guillermo de la Parra, Dr. Policarpo
Rebolledo, Dr. Pedro Retamal, Dra. Marta del Río, Dra. Graciela Rojas, Ps. André
Sassenfeld, 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)

NUEVOS MIEMBROS DEL CUERPO EDITORIAL

¡BIENVENIDOS!



MARÍA PATRICIA CORDELLA MASINI

Médico psiquiatra. Psicoterapeuta.

Magister en Psicología mención psicoanálisis

Formada en psicoterapia grupal gestáltica, es además terapeuta familiar y de pareja del ICHTF, donde realiza docencia y supervisión a terapeutas en Santiago y regiones. Se desempeña como profesor auxiliar del departamento de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile, desarrollando docencia de pre y postgrado en Pediatría, Psiquiatría y Medicina familiar. Es directora del diplomado de trastornos de alimentación de la Pontificia Universidad Católica de Chile y jefa del programa de trastornos de alimentación de la misma universidad. Funda y es presidenta de la Sociedad para los estudios de los trastornos de alimentación en Chile. Ha participado en múltiples conferencias nacionales e internacionales acerca del mismo tema y ha publicado diversos capítulos de libros, así como artículos en los temas de familia, desarrollo, psicósomática y psicopatología.



SUSANA CUBILLOS MONTECINO

Psiquiatra-psicoterapeuta, formada en Departamento de Psiquiatría Oriente, Universidad de Chile y en la Unidad de Psicoterapia Psicoanalítica Focal del Hospital Salvador.

Post-título en Terapia Conductual Dialéctica. Seminarios en el Instituto Wilhelm Reich de Santiago y en la Academia de Medicina Integrativa (Francia). Post-título y candidata a Magister en Estudios de Género y Cultura en Latinoamérica, de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile. Psiquiatra clínica del Centro de Salud Mental Integrado y del Instituto de Seguridad del Trabajo.



ENRIQUE JADRESIC

Médico Psiquiatra, especializado en el Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres. Es Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Past-President de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN), y representante de SONEPSYN ante la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA). En la Clínica Psiquiátrica Universitaria 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). Autor y/o co-autor de numerosos trabajos científicos en revistas nacionales e internacionales. Es editor, en conjunto con el Dr. Eduardo Correa, del libro "Psicopatología de la Mujer" y es, además, miembro de los comités editoriales de la Revista Médica de Chile, World Psychiatry y Trastornos del Ánimo. También es miembro de la Task Force on Evolutionary Psychiatry de la WFSBP (World Federation of Societies of Biological Psychiatry).



ANDRÉ MICHEL SASSENFELD JORQUERA

Psicólogo, U. de Chile. Magister © en Psicología Clínica Analítica Jungiana, U. Adolfo Ibáñez. Diplomado en Psicología Jungiana, Pontificia U. Católica de Chile. Formación adicional en psicoanálisis relacional y psicoterapia corporal. Profesor Instructor, Fac. Odontología U. de Chile. Profesor ayudante Dpto. Psicología, Fac. Ciencias Sociales, U. de Chile. Académico, Escuela de Psicología U. del Pacífico. Integrante Equipo Clínico Humanista-Existencial, CAPs, U. de Chile. Integrante del Grupo de Estudios Cuerpo y Vínculo, que imparte un curso formativo en psicoterapia corporal relacional.



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 Académicas:

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

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

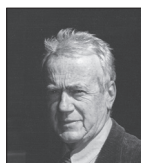
Integrante de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina
Integrante del Comité Académico del Magister de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina

Líneas de Investigación:

Sociología de la Salud, Familia y Salud Mental

Salud Mental y Subjetividad

Bioética y Humanidades Médicas



FRANCISCO HUNEEUS COX

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

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



FERNANDO IVANOVIC-ZUVIC R.

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

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

de Chile.

Profesor Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Profesor Escuela de Psicología Universidad La República.



JUAN PABLO JIMÉNEZ

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

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



JUAN FRANCISCO JORDAN MOORE

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

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



JUAN FRANCISCO LABRA JELDRES

Médico Cirujano U. de Chile.

Médico Psiquiatra U. de Chile.

Profesor Asistente Fac. de Medicina U. de Chile.

Formación en Administración de RR.HH. en

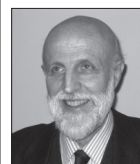
Salud en PIAS

Formación en Bioética en U. de Chile

Formación en Terapia Conductual Dialéctica con Marsha Linehan en USA.

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

Socio de Sonepsyn.



ALBERTO MINOLETTI SCARAMELLI

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

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



CÉSAR OJEDA

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

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 Magister 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 Magister 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.



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. Pertenece 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.



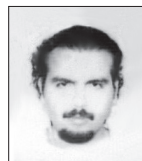
ARTURO ROIZBLATT

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.



LUIS 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

239 EDITORIAL

239 LAS TIPOLOGÍAS
César Ojeda

242 ESCRÍBANOS

243 BREVES
Francisco Bustamante

244 NOVEDADES

247 ACADÉMICAS

251 COMENTARIO DE LIBROS

251 MUJERES DEL MEDIOEVO. SUEÑOS, MEMORIAS,
IMÁGENES Y LEYENDAS
Editor: Rosa Behar Astudillo
ALTAZOR, Santiago, 2005, 155 páginas
Comentarista: Gloria Gramegna

253 JUICIO A LA (P)SICOTERAPIA
Autor: Jeffrey M. Masson
Cuatro Vientos, Santiago, 1991, 228 páginas
Comentarista: César Ojeda

256 ARTÍCULO ESPECIAL

256 EL RENACIMIENTO DE LA PSICOPATOLOGÍA:
REFLEXIONES EN TORNO AL LIBRO "FUNDAMENTOS
ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA",
DE HÉCTOR PELEGRINA
Otto Dörr

264 ENTREVISTA DE GACETA UNIVERSITARIA

264 HUMBERTO MATURANA: AUTOPOIESIS, BIOLOGÍA DEL CONOCER
Y PSIQUIATRÍA

273 CONTROVERSIA

273 LA SALUD MENTAL COMUNITARIA EN BÚSQUEDA DE SENTIDO:
NUEVA CONCEPTUALIZACIÓN CRÍTICA DE LA PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA
Joaquín Gaete

277 INVESTIGACIÓN

277 EL FILICIDIO EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA
*Jorge Folino, María Paula Almirón, Ernesto Domenech,
María Ángela Ricci, Marcela López Ramos*

287 EVOLUCIÓN DEL CAMBIO EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO
Mariane Krause y Paula Dagnino

299 RELATO

299 LA PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA Y YO
Francisco Huneeus

305 ANÁLISIS CLÍNICO

305 MINDFULNESS Y ESCENIFICACIÓN EN PSICOANÁLISIS
Jeremy Safran

318 REVISIÓN

318 EL AÑO MÁS DEPRESIVO DE LOS ANTIDEPRESIVOS
Juan Carlos Martínez, Hernán Silva

329 REGULACIÓN AFECTIVA, PSICOPATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA
André Sassenfeld

337 PSIQUE Y SOMA, MENTE Y CUERPO: ¿DOS CABALLOS
PARA UN JINETE?
Susan Mailer y Edy Herrera

345 ENSAYO

345 LA INVESTIGACIÓN INTERDISCIPLINARIA EN DEPRESIÓN COMO
CAMINO DE INTEGRACIÓN ENTRE PSICOANÁLISIS Y CIENCIAS
NEUROCOGNITIVAS
Juan Pablo Jiménez

LAS TIPOLOGÍAS

La psiquiatría clínica distingue estilos humanos desde sus primeras etapas históricas, esto es, re-conoce lo característico de esta persona como algo semejante a lo visto en otras. Este proceder, este re-conocimiento, implica que esta distinción depende del pasado, de lo ya visto y de lo ya sido, es decir, de aquello que llamamos experiencia. Sabemos que hoy las ciencias cognitivas se debaten en torno al problema de la manera en que la experiencia ya tenida determina la experiencia actual y, ambas, las posibilidades de la experiencia futura. Los distintos procesos de variación morfogenética durante el neurodesarrollo hacen del cerebro de cada persona el producto de la selección de características estructurales que no están genéticamente determinadas en sus detalles. Las marcas de reforzamiento y debilitación entre grupos sinápticos ante la repetición de patrones ambientales a los que somos sensibles, completan la variabilidad entre las personas y hacen comprensible por qué la identidad humana es tan exquisitamente diferente entre una persona y otra y, al mismo tiempo, tan semejante. Efectivamente, la corteza occipital cumple la función de integrar la percepción visual en todos los seres humanos, pero no todos hemos visto lo mismo y por lo tanto no todos vemos igual. Si agregamos además los procesos que se han denominado de “re-entrada”, es decir, que involucran complejos mecanismos recursivos entre redes de grupos neuronales dependientes de todo lo anterior, las diferencias y las semejanzas que distinguimos espontáneamente en la experiencia no son, ni podrían ser, un artefacto caprichoso sino algo de mucha mayor profundidad para la comprensión de lo que somos.

El reconocimiento de semejanzas se da en medicina de un modo paradigmático, por ejemplo en la manera en que se distinguen los cuadros clínicos y los efectos terapéuticos: en su base, se trata de realizar una indicación terapéutica *semejante* ante una constelación clínica *semejante*, esperando, por cierto, un resultado *semejante*. Es decir, el acto médico-psiquiátrico es, desde la raíz y en su esencia misma, un acto de distinción

práctica, es decir, derivado del trato cotidiano con las formas del sufrimiento de las personas, y no –en primera instancia– de una construcción científica o, si se prefiere, de un modelo explicativo de pizarrón.

Sin embargo, toda tipología práctica implica que la semejanza entre individuos, a lo que denominamos tipo, está en medio de la diferencia: decir *typus melancholicus*, por ejemplo, no es sólo decir conjunto fisiológico con ingredientes como tranquilidad, estabilidad, perfeccionismo, fidelidad, hipernomia, modestia y frugalidad, sino también la negación implícita de otros conjuntos, como aquel cuyos ingredientes podrían ser inquietud, creatividad, variabilidad, impredecibilidad, autonomía e hiponimia, por mencionar sólo uno y de apariencia polar. Es decir, *lo que no es typus melancholicus está presente como ausencia en la tipificación*: algo es, en la medida *en que no es otra cosa*. Decir perro es decir al unísono que no es gato, nube o sauce. Resulta entonces que el acto médico no sólo es una operación de distinción práctica sino, también, una operación taxonómica, clasificatoria, puesto que involucra a un amplio sector tácito de algún género de la experiencia, que desde distintas fisonomías acota lo que ahora distinguimos. Pero además, toda tipología es al mismo tiempo reducción y generalización. Reducción, porque una asimilación, una semejanza, no es nunca una identidad y siempre será estrecha en orden a describir cabalmente la totalidad de un individuo. Generalización, porque aquella forma reconocida se extiende más allá de esa persona a un grupo posible de otras personas. Curiosa paradoja: lo más propio y característico de alguien puede ser, merced de una tipología, algo de lo cual participa, pero que lo excede por todos lados. ¿No ocurrirá –como señala algún novelista– que los gestos usan a las personas para perpetuarse?

Sea como fuere, al referirnos a la personalidad en general constatamos que los estilos personales se nos dan en la experiencia como distinguibles y que por eso podemos no sólo hablar de ellos sino, también, pretender algo más de ellos.

Por ejemplo, algunos de esos estilos podrán ser considerados anómalos, patológicos o desviados. ¿Desde dónde puede establecerse este juicio comparativo? Necesariamente desde lo que esos estilos *no son*, pero que en ausencia forma parte fundamental de la tipificación. Nos estamos refiriendo a eso que se suele llamar contexto: tipos ideales, ubicación en un conjunto de dimensiones, norma estadística (cada vez que usamos grupo control estamos en ella) o sentido común, podrán ser ese patrón o ese contexto. La personalidad aparece así como un territorio susceptible de ser anómalo en sí mismo, pero siempre *desde lo que no es ese sí mismo* –el contexto– y que, en negativo, lo constituye.

Pero también la personalidad tipificada podrá concebirse como parte de una cadena de acontecimientos, por ejemplo, como un factor predictivo de enfermedades como la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. Predictivo significa un decir anticipado, el que puede ser meramente empírico, como ocurre con las correlaciones estadísticas que establecen, por ejemplo, que un elevado porcentaje de los esquizofrénicos presentan ciertos “rasgos” de personalidad previos a la emergencia de la enfermedad, o teóricamente significativo, es decir, que propone una matriz de significados transformacionales, genéticos, que explican el paso de una estructura de personalidad a un cuadro clínico determinado, como ocurre en el camino que va desde el *typus melancholicus* a la melancolía clínica. Esta capacidad ya no es meramente praxica y taxonómica sino, además, teórica, es decir, una forma de discurso, de lenguaje, puesto que no sólo define elementos distinguibles y correlaciones estadísticas sino además los hace entrar en un sistema que se mueve articuladamente. Una vez explicitada una tipología de la personalidad y especificadas sus formas anómalas, se intenta no sólo explicar cómo éstas darían lugar a diversas enfermedades sino, además, indagar por el cómo llegan esas formas de personalidad a ser tales, a ser lo que son. Aquí, el camino que pasa por constataciones de hecho es insuficiente, como por ejemplo el hallazgo de concomitantes en otros registros, distintos de aquellos que determinan la tipificación, como es el caso de las medidas neuroquímicas o neuroendocrinas o marcadores y test fisiológicos de cualquier índole. Lo mismo ocurre al buscar correlaciones de ciertos tipos de trastorno de la personalidad con la estructura del cerebro o con dimensiones psicológicas estadísticamente válidas. Este camino puede a veces ser mal entendido y

así llegar a creerse que las correlaciones de hechos –es decir, que la significación estadística– tienen de suyo una significación genética, es decir, que explican cómo las cosas han llegado a ser lo que son. Esta última significación –como hemos señalado– sólo es alcanzable en medio de un modelo teórico que asigne a dichos hallazgos un valor *semántico* en una cadena de transformaciones que culminen, en este caso, en un trastorno de personalidad determinado. Esa capacidad no está presente en los estudios de correlación, ni tendría por qué estarlo.

Sin embargo, la tentación de empezar de nuevo, de restablecer los cimientos desde bases supuestamente más sólidas, en suma, de refundar el tema de la personalidad debido a las insuficiencias que presentan los estudios en boga, está siempre sobre el tapete. Pero esta tentación –que en gran medida compartimos– corre el riesgo de botar a la guagua junto al agua sucia de la bañera, según reza un antiguo dicho inglés. ¿Cómo podemos pretender una concepción de la personalidad humana –se dirá al embrujo de esa tentación– si no disponemos de una antropología filosófica, médica y psiquiátrica lo suficientemente fundada? O más modestamente, ¿disponemos de un lenguaje común, unívoco, de lo que es conducta, rasgo y dimensión y de las relaciones entre ellos? O desde arriba, en un constructivismo radical, ¿no será que todavía pensamos “substancialmente” y que no hemos caído en cuenta que los objetos de las teorías científicas son inventos –como por ejemplo la “personalidad”– orientados desde intereses extracientíficos que alientan los discursos de cada disciplina?

Posiblemente. Sin embargo, para los clínicos estos recovecos conceptuales suelen ser un eterno afán en poner la mesa, sin comer jamás. Como hemos señalado en múltiples lugares, el punto aquí es que los oficios del científico y del epistemólogo se hacen cargo de cosas diferentes a aquellas que asume el clínico: una cosa es postular una teoría del conocimiento, o un modelo teórico acerca del trastorno obsesivo-compulsivo, y otra el hacerse cargo del trato con los pacientes. Sin embargo, sin constructos, sin teoría, la praxis médica resulta ciega, y en esa ceguera puede ser a veces eficaz, pero, otras, decididamente dañina. De allí que nadie se pueda sentir tranquilo desde su propio oficio, y debamos, nos guste o no, entrar en un diálogo crítico interdisciplinario.

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 escribanos a: cojeda@vtr.net



Estimada Dra. Acuña:

Me es muy grato enviarle estas líneas destinadas, desde luego, a expresar mi agradecimiento por sus comentarios acerca de mi último libro, aparecidos en la excelente revista *Gaceta Universitaria*. Me es fácil imaginar el tiempo y la atención dedicados por usted a la lectura y análisis del contenido de la obra. Enseguida, me place muchísimo constatar lo acertado de tales consideraciones. Estimo –dicho con la mayor sinceridad– que usted ha cogido certeramente lo medular de lo que yo he querido comunicar en este nuevo alto en mi dilatado caminar por el difícil territorio del humanismo en la medicina, y ello extendido a la convivencia humana, cuyo cimiento más básico, a mi modo de ver, es lo ético concreto.

A lo anterior quiero agregar que hay varias y muy útiles sugerencias tuyas en la dirección de delimitar y perfeccionar algunos aspectos importantes que he tomado muy en cuenta para futuras posibles publicaciones.

Aprovecho de saludarla con la mayor estimación y deseando tener con usted en el futuro alguna conversación.

Cordialmente,
Dr. Fernando Oyarzún Peña.



Estimado Dr. Ojeda:

He visto con sumo interés el Editorial de la *Gaceta Universitaria* de junio reciente. Comparto muchas de las apreciaciones que se vierten en ese Editorial, pero siento que una vez más se deja de observar que la naturaleza del asunto es más educacional que médica, pues la falta de legalidad que rodea el ejercicio de las especialidades en Chile es reflejo de la insuficiencia de la LOCE, ley orgánica constitucional de enseñanza, 18.962, para normar la totalidad del proceso educativo. No debemos olvidar que la LOCE es una ley que surge 2 días antes de la entrega del poder por parte del Gobierno Militar y pretende consagrar una determinada visión de la Educación, en la cual el sistema educacional es replicador del modelo económico y social sustentado en el Neoliberalismo. Como tal, la LOCE deja vacíos importantes y uno de ellos, que es el de mi interés (por cuanto, además de mis funciones clínicas soy especialista en Educación Superior, con formación de Licenciatura y Magister en el área), es el de la falta de reconocimiento y acreditación de las actividades de Diplomado o Postítulo, las cuales en sí no están normadas en el texto legal. Ello lleva a la ausencia de un marco legal y al imperio de un desorden

incalificable. Todos vemos a diario la oferta de Diplomados, Postítulos, Diplomados de Postítulos, Diploma, etc., por la más variada gama de instituciones. Por eso, desde hace algún tiempo he estado gestionando, la posibilidad de dictar una ley que llene ese vacío legal, tomando como base la realidad existente. Esto ha tenido acogida en la Cámara de Diputados, aunque a la fecha no se ha presentado el proyecto específico que adjunto, el que motiva mi mail, con la finalidad de compartirlo con usted y poder recibir los comentarios del caso. De igual manera, existen otros comentarios sobre el Editorial, pero que haré llegar más adelante, en razón del tiempo, que por desgracia siempre es breve.

Mis saludos,
Dr. Claudio Filippi Peredo



Francisco Bustamante¹

NEUROIMÁGENES EN PSIQUIATRÍA ¿CUÁL ES SU ROL?

Todavía tengo fresco en mi memoria el recuerdo de aquel colega que diagnosticó a su paciente un estrés laboral y lo mandó a un par de semanas de vacaciones.

Al volver, persistió con los mismos síntomas; consultó donde otro especialista, quien indicó un scanner cerebral, el cual dio como resultado un tumor cerebral maligno en etapa avanzada. El paciente moriría pocas semanas después.

Al recordar este episodio todavía me estremezco, ya que muchos de mis pacientes comparten características similares. La pregunta es: ¿Vale la pena pedirles un TAC a todos? ¿Se justifica la relación costo-beneficio?

La pregunta siguiente es ¿entonces para qué nos sirven las neuroimágenes a los psiquiatras? La respuesta viene planteada en uno de los últimos editoriales del *Acta Psychiatrica Scandinavica*, comentando los artículos publicados en el mismo número.

Debido a que los trastornos psiquiátricos son “de exclusión” las neuroimágenes nos ayudarían para excluir toda patología orgánica. Por otro lado, se ha visto que las neuroimágenes funcionales ayudan a predecir la respuesta tanto a fármacos como a psicoterapia con resultados alentadores. La literatura sobre el tema crece rápidamente, arrojando resultados alentadores.

Sin embargo todavía estamos lejos de poder realizar diagnósticos psiquiátricos propiamente tales.

1. Osuch E, Williamson P. Brain imaging in psychiatry: from a technique of exclusion to a technique for diagnosis. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 73-74

ISRS Y EMBARAZO ¿SON SEGUROS?

Desde hace un buen tiempo que estoy esperando que la FDA autorice el uso de los ISRS en embarazo (están en categoría C) (1), pero un nuevo artículo publicado en el *New England Journal of Medicine* (2) demostraría una asociación entre estos medicamentos e hipertensión pulmonar primaria (HPP) en recién nacidos (RN), lo cual aleja cada vez más este anhelo.

El estudio incluyó a 337 RNs con esta patología y a 836 controles pareados, en un estudio retrospectivo y multicéntrico realizado entre 1998 y 2003 en Estados Unidos. Los resultados demostraron una asociación causal entre los ISRS y HPP con un riesgo relativo de 6,1 (con un 95% de intervalo de confianza, 2,2 a 16,8). Estos resultados son válidos para aquellas madres que recibieron ISRS a partir de la segunda mitad del embarazo. Sin embargo, la frecuencia de RNs con esta patología debida a ISRS es muy baja, cercana al 1% de las madres que usaron estos medicamentos durante el embarazo.

Los autores intentan explicar este hecho debido a la alta acumulación de los ISRS en el pulmón, además del rol vasoconstrictor e inhibidor de la síntesis de óxido nítrico de la serotonina.

Estos efectos se suman a otras consecuencias sobre los recién nacidos, tales como prematuridad, dificultad respiratoria y cianosis, problemas de alimentación, etc. (3)

No existen estudios sobre los efectos diferenciales para cada tipo de ISRS, salvo uno que demostró que hay menor paso de sertralina y fluoxetina a la sangre fetal (tomada del cordón umbilical y comparada con los niveles maternos) (4).

Si bien la frecuencia de efectos adversos debido al uso de los ISRS es baja, es necesario evaluar costo versus beneficio antes de usar estos medicamentos.

1. <http://www.fda.gov/cder/drug/infopage/fluoxetine/default.htm>
2. Chambers *et al.* Selective Serotonin-Reuptake Inhibitors and Risk of Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn. *N Engl J Med* 2006; 354: 579-587
3. Chambers *et al.* Birth outcomes in pregnant women taking fluoxetine. *N Engl J Med* 1996; 335: 1010-1015

4. Hendrick *et al.* Placental Passage of Antidepressant Medications. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 993-996

EL CHOCOLATE ES MÁS BARATO QUE UNA PSICOTERAPIA Y USTED NO NECESITA CITA

(ANÓNIMO)

¿Ha oído hablar de los “chocohólicos”? Son aquellos individuos que sienten un intenso craving por comer chocolates, y en los cuales se postula un efecto normotimizante de este alimento.

Debo reconocer que no soy fanático de los chocolates. En mi infancia me encantaban, pero ahora feliz los cambiaría por un buen queso camembert o roquefort, junto a un par de trozos de jamón serrano y salame italiano (no sellado al vacío por favor). Si esto se acompaña de un buen merlot, mucho mejor.

Pero de seguro le ha llamado la atención la cantidad de chocolate que comen nuestras pacientes, especialmente cuando cursan un episodio disfórico; y sin exagerar, en el importante rol que ocupa el cacao en la dieta de las féminas en general.

¿Cuál es el rol del chocolate sobre el estado de ánimo? Parker *et al.* realizaron una exhaustiva revisión sobre el tema, publicada en marzo en el *Journal of Affective Disorders*.

Se han postulado diversas teorías para explicar este fenómeno:

- El chocolate como agente que interactúa con distintos neurotransmisores: se ha comprobado cierto rol sobre serotonina, dopamina y endorfinas, pero sin reconocer una acción clara sobre ellos.
- La hipótesis homeostática: ésta dice relación en que el craving por carbohidratos y chocolate sería una respuesta homeostática a ciertas deficiencias alimentarias, lo cual no ha sido comprobado hasta hoy.
- El comer-emocional (emotional-eating): típico. En periodos de estrés aumenta el consumo alimentario. Sin embargo esto por sí solo no explica el craving por chocolate. Es más, el comer-emocional es inefectivo en provocar mejorías anímicas a largo plazo, e incluso, puede contribuir a un ánimo disfórico.

¹ Universidad de Los Andes.

- El craving de comida como una adicción: es aquí donde aparecen los "chocohólicos". Hasta el momento no se han descubierto agentes adictivos en el chocolate que expliquen este intenso deseo, el cual se explicaría más bien por el placer orosensorial en sí que produce el cacao y el azúcar.

Si bien se necesita mayor investigación sobre el tema, cualquier efecto del chocolate sobre el estado afectivo tiende a ser efímero y, en algunos casos, puede prolongar estados disfóricos.

1. Gordon G, Parker I, Brotchie H. Mood state effects of chocolate. *Journal of Affective Disorders* 2006; 92: 149-159

NOVEDADES

ATENCIÓN DE PERSONAS CON DEPRESIÓN EN EL AUGE

E.U. Irma Rojas M.,
Asesora Departamento Salud Mental,
MINSAL

Dr. Alfredo Pemjean G.,
Psiquiatra Asesor Departamento
Salud Mental, MINSAL

Inicialmente conocido como AUGE, el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), identifica los problemas de salud más frecuentes que padecen los chilenos y asegura, respecto de ellos, la atención médica y, al mismo tiempo, un máximo de co-pago por parte del usuario por esa atención.

Para cada una de las patologías incorporadas en la modalidad GES, se elaboran Guías Clínicas donde, entre otras cosas se especifican las intervenciones más costo efectivas existentes para el tratamiento

Para las personas afiliadas de ISPRES o FONASA que padecen algunos de los problemas de salud incluidos, la modalidad GES les reporta varios beneficios entre los cuales destaca:

- Atención Garantizada: Se asegura que la persona tenga acceso a atención médica, tiempos máximos de espera en las diversas etapas, y calidad de acuerdo a protocolos.
- Protección Financiera: Para cada uno de los problemas de salud incluidos en la modalidad GES se establecen aranceles de referencia, conocidos de antemano y se garantiza que el co-pago máximo para el afiliado será el 20% de ese arancel de referencia.

Los Trastornos Depresivos

Sabido es que los Trastornos Depresivos, que han aumentado su visibilidad y frecuencia en los sistemas de salud, originan sufrimiento, discapacidad y una alta proporción de los suicidios, así como un grado importante de deterioro en la calidad de vida de las personas que los sufren. La depresión genera mayor discapacidad que otras enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes y concentra más del 40% de las licencias médicas.

Los trastornos depresivos constituyen por tanto, un problema de salud pública de alta relevancia en el mundo entero. En Chile, la Depresión Mayor afecta a un 6% de las mujeres y a un 3% de los hombres, mayores de 15 años. Si se agregan los episodios de depresión leve y la distimia, la prevalencia alcanza el 10,7% entre las mujeres y el 4,9% en hombres.² Es la segunda causa de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad (AVISA) en mujeres.

Un 75% de las personas que sufren depresión, consulta al médico general, sea en la Atención Primaria o a los distintos especialistas. Sin embargo, las formas "encubiertas" por síntomas físicos, generan consultas médicas repetidas, exámenes, tratamientos e interconsultas no resolutivas, elevando los costos de la atención médica y retrasando el inicio de un tratamiento eficaz.³

² Vicente, B; Rioseco, P; Saldivia, S; Kohn, R; Torres, S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. *Rev. Med. Chile* 2002; 130: 527-536.

³ Long-term Prognosis of Depression in Primary Care. Simon G. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4), 2000.

En el estudio evaluativo de la efectividad del programa que se llevó a cabo en la red pública de salud,⁴ se identificaron dos factores de riesgo, presentes en más de la mitad de las mujeres ingresadas: el antecedente de un episodio depresivo previo (60,7%) y una escasa participación y apoyo en la red social (55,7%). El siguiente factor de riesgo de mayor frecuencia es la violencia intrafamiliar. El 64% de las personas de la muestra viven con pareja al momento de la entrevista y más de la mitad de las mujeres (51,4%) han sufrido episodios de violencia física sexual o psicológica en los dos meses previos a la entrevista. La presencia de violencia (de cualquier tipo) se asocia significativamente con una mayor severidad del cuadro depresivo. La gran mayoría de estas mujeres son madres de niños menores que viven en un ambiente psicosocial deteriorado y por consecuencia están expuestas a riesgo de maltrato.

El Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión que el Ministerio de Salud puso en marcha en la Red Pública de Salud el año 2001, aumentó rápidamente su cobertura: 29.000 personas tratadas en el año 2002 (91,4% mujeres, promedio de edad 41 años; 8,6% hombres, promedio de edad de 39 años. Depresión leve, el 23%; depresión moderada, el 69,6% y depresión severa, el 7,4 %). En el año 2003, se trataron 63.067 personas; 110.373, en el 2004 y 140.808 personas, en el 2005. En todos estos años se ha encontrado una distribución bastante similar por sexo, edad y severidad.

La referencia al nivel de especialidad ha oscilado entre el 7 y el 10 %. A manera de ejemplo, el año 2004, el nivel secundario trató a 5.076 personas con depresión severa (83% fueron mujeres y el 17% hombres). El 36% ingresó por intento de suicidio o alto riesgo de suicidio, un 28% por depresión severa refractaria al tratamiento en APS, 12% con depresión bipolar y un 24% con otros diagnósticos de depresión severa.

⁴ Informe de Evaluación de Efectividad del Programa de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en la Atención Primaria. Departamento de Promoción. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile (2001).

La frecuencia con que se presenta la Depresión y sus efectos en la calidad de vida de las personas que la padecen, determinó que esta patología fuese incluida en la modalidad GES a partir del 1º de julio del presente año. En virtud de ello, tanto el sistema de salud público como el privado, deben proveer cobertura al 100% de las personas de 15 años y más, en quienes se diagnostique depresión, al momento de demandar atención de salud.

Las Garantías para Depresión

Las Garantías que se incluyen en la modalidad GES son objeto de un Decreto Supremo que constituye el marco de referencia legal y reglamentario para hacer exigible las Garantías Explícitas, de acuerdo al período que estipula. La Depresión está incorporada en Decreto N° 228 de 2005 del Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda, publicado en el Diario Oficial el 30 de enero de 2006. Ellas son:

- ACCESO: Obligación de FONASA y de ISAPRES de otorgar a sus beneficiarios las prestaciones de Salud Garantizadas. Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios y beneficiarias FONASA deberán atenderse en los Establecimientos Públicos de Salud que les corresponda, esto es, en los consultorios de atención primaria. A su vez, los beneficiarios de ISAPRES, serán atendidos por los prestadores que las ISAPRE determinen.
- CALIDAD: Las Prestaciones deberán ser entregadas por un Prestador registrado o acreditado en la Superintendencia de Salud o por un establecimiento del sistema de salud pública. La Guía Clínica, constituye un instrumento de orientación, de carácter referencial, basada en la mejor evidencia

científica disponible y la opinión de los expertos nacionales. No reemplaza lo establecido en el Decreto, ni el juicio clínico frente a pacientes individuales.

- OPORTUNIDAD: Se refiere al tiempo máximo (plazos) para la entrega de prestaciones garantizadas, en el caso de la Depresión los plazos son los siguientes:
 - Toda persona de 15 años o más, con diagnóstico confirmado de depresión leve o moderada tendrá acceso a tratamiento desde el momento de la confirmación del diagnóstico. El tratamiento que se realiza en el Consultorio de Atención Primaria para los afiliados y beneficiarios FONASA y en el establecimiento determinado por la ISAPRE para sus afiliados, contempla consulta con médico y con otros profesionales de salud, terapia de grupo y tratamiento farmacológico, según prescripción médica.
 - Toda persona de 15 años o más que tenga diagnóstico confirmado de depresión severa tendrá garantizado el acceso a una consulta con médico psiquiatra, dentro de 30 días desde la derivación. Para los afiliados y beneficiarios FONASA, el tratamiento se realiza en los servicios o unidades de psiquiatría de los establecimientos que conforman la red asistencial del servicio de salud respectivo, mientras que los afiliados de ISAPRE se atenderán en los establecimientos determinados por su ISAPRE. El tratamiento contempla acceso a consulta con psicólogo y otros profesionales de salud mental, terapia de grupo y medicamentos según prescripción médica.
- PROTECCIÓN FINANCIERA: Es la Contribución (co-pago) máxima que deberá hacer un Beneficiario por prestación o grupo de prestaciones garantizadas.

Procedimientos para utilizar GES

Cada ISAPRE definirá una red de prestadores AUGE, de modo que sólo en esos centros podrán atenderse las personas afiliadas que decidan tomar esta cobertura. Si la persona padece Depresión y se atiende fuera de la red, no tendrá derecho a esta cobertura con excepción de las urgencias vitales que sí podrán hospitalizarse fuera de la red, pero apenas se establezca deberá comunicarlo a su ISAPRE para ser trasladado a un establecimiento de la red.

En el sistema ISAPRE, la consulta con el médico general o médico "de cabecera", constituye el equivalente a la atención primaria (e incluso la consulta con especialista si el problema que motiva la consulta no es de su especialidad). Si en esta instancia se detecta la existencia o posible existencia de una depresión, el médico debe informar al consultante que tiene derecho a utilizar los beneficios GES. En ese momento, llenará un formulario (disponible en la página Web de la Superintendencia de Salud, www.sisp.cl), el cual deberá ser firmado por el médico y por el consultante, dejando una copia para cada uno.

Luego, el consultante deberá acudir a su ISAPRE, donde le señalarán el o los lugares donde podrá atenderse.

Los afiliados y beneficiarios FONASA que presenten Depresión y opten por atenderse bajo la modalidad GES, deberán atenderse en los Establecimientos Públicos de Salud que les corresponda, esto es, en los consultorios de atención primaria.

Los consultantes que opten por no hacer uso de la modalidad GES, podrán continuar acudiendo al médico o profesional que de su elección, utilizando la cobertura de su respectivo plan de seguro de salud.

PROTECCIÓN FINANCIERA

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel \$	Copago %	Copago \$
DEPRESIÓN en personas de 15 años y más	Tratamiento	Tratamiento Depresión Leve y Moderada Nivel Primario	por control	5.520	20%	1.104
		Tratamiento Depresión Severa Nivel Especialidad	por tratamiento anual	194.380	20%	38.878

La Guía Clínica

La Guía Clínica para el Tratamiento de Personas con Depresión, (disponible en la página Web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl), entrega herramientas útiles orientar las intervenciones de los equipos de salud en lo relacionado tanto con la sospecha y confirmación diagnóstica, como con el tratamiento de los casos confirmados, según tipo de depresión y diferenciando intervenciones para adolescentes, adultos y adultos mayores.

Esta Guía Clínica se elaboró con la participación de expertos nacionales y representantes de las Sociedades Científicas, con los cuales se mantuvieron reuniones de trabajo donde se revisaron las evidencias encontradas en la revisión sistemática realizada por un consultor externo al MINSAL.

Entre las intervenciones con mayor evidencia incorporadas en la Guía Clínicas se encuentran las siguientes:

- Para confirmación diagnóstica de Depresión y Distimia Leve a Moderada: Entrevista Clínica realizada por médico general, utilizando criterios CIE-10, entrevista para diagnóstico psicosocial realizada por profesional de salud capacitado y exámenes para descartar otras patologías.
- Para confirmación diagnóstica de Depresión y Distimia Severa: Entrevista Clínica realizada por psiquiatra utilizando criterios CIE-10 y exámenes para descartar otras patologías.
- Para el tratamiento de la Depresión y Distimia Leve a Moderada: Interven-

ción Psicosocial individual y grupal; incorporación a grupos de autoayuda y farmacoterapia utilizando ISRS como fármacos de primera línea.

- Para el tratamiento de la Depresión y Distimia Severa: farmacoterapia, psicoterapia, terapia electroconvulsivante (norma MINSAL) e intervenciones específicas según el tipo y gravedad del caso (Depresión Refractaria a Tratamiento, Depresión con Psicosis, Depresión con ideación suicida, Depresión con intento de suicidio, Trastorno bipolar)

Los diagnósticos incorporados en la Guía Clínica GES Depresión se presentan en la siguiente tabla, que jerarquiza su grado de severidad y ayuda a la decisión de referencia:

<i>Trastorno depresivo</i>	<i>Código CIE 10</i>		
	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Severo</i>
Trastorno Afectivo bipolar con episodio depresivo.	F 31.3	F 31.3	F 31.4 - 5 *
Episodio depresivo	F 32.0	F 32.1	F 32.2 - 3 *
Trastorno depresivo recurrente	F 33.0	F 33.1	F 33.2 - 3 *
Distimia	F 34.1		

* F 31.5; F32.3 y F 33.3 corresponden a cuadros depresivos graves con síntomas psicóticos.

CURSO - TALLER

Apego en adultos: Psicoterapia, evaluación y clínica

1. Temario: Apego y psiquiatría evolutiva

Contexto histórico y científico del apego
Apego como teoría evolutiva y patrones infantiles
Modelos operativos internos y evaluación del apego adultos
Apego, psicopatología, psicoterapia, mentalización
y modelos operativos internos.
Función reflexiva y primeras entrevistas
Psicoterapia de parejas.

2. Taller EPPA

- a. Entrevista de Prototipos de Apego Adulto (instrumento EPPA)
- b. Entrenamiento en evaluación de apego en adultos para investigación y clínica

Inscripciones: Claudia Andrade

Teléfono: 3543806

candrade@med.puc.cl

Docentes

Dr. Guillermo de la Parra
Dr. Jaime Santander
Ps. Claudio Martínez
Ps. José Pinedo

Profesores

invitados
Ps. Felipe Lecannelier
Ps. Diana Rivera



Unidad de Psicoterapia de
Adultos (UPA)
Facultad de Medicina
P. Universidad Católica

Lunes de 18 a 22 horas
4 de sept. al 27 de nov.
Profesionales \$280.000
Estudiantes: \$ 200.000

Unidad de Psicoterapia
Dinámica (UPD)
Instituto Psiquiátrico
José Horwitz Barak

SEMINARIO: INTRODUCCIÓN AL PSICOANÁLISIS CON NIÑOS

8 SEMINARIOS: Septiembre 2006 / Mayo 2007
Sábados 10:00 a 12:50 hrs.

PROGRAMA:

30 de Septiembre: SIGMUND FREUD:
¿Qué es un niño para el psicoanálisis?

14 de Octubre: ANNA FREUD:
Psicoanálisis infantil y pedagogía.

11 de Noviembre: MELANIE KLEIN:
La técnica del juego.

9 de Diciembre: DONALD WINNICOTT:
Pediatría, ambiente facilitador y creatividad.

13 de Enero: JACQUES LACAN:
El lugar del niño en el deseo de los padres.

17 de Marzo: FRANCOISE DOLTO:
El niño y lo no dicho de la historia familiar.

14 de Abril: MAUD MANNONI:
El niño, su "enfermedad" y los otros.

5 de Mayo: A. ABERASTURY Y R. RODULFO:
De la hora de juego al significante del niño.

DOCENTE:

SEBASTIÁN LEÓN PINTO.

Psicólogo Clínico UC, Psicoanalista Infanto-Juvenil ICHPA, Doctor en Psicología U. de Chile (c), Ex Supervisor Clínico U. de Chile, Académico Uinit.

MODALIDAD:

Teórico-práctico (1 módulo teórico y un módulo de presentación y discusión de casos clínicos).

VALOR DEL CURSO:

Estudiantes:
\$35.000 (7 cuotas de \$ 5.000)
Profesionales
\$60.000 (6 cuotas de \$10.000)

ORGANIZA



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
FLAPPSIF Federación Latinoamericana de Asociaciones de
Psicoanálisis Psicoanalítica y Psicoanálisis



CORPORACION
PSICOTERAPEUTICA
SALVADOR



Universidad de Chile
Facultad de Medicina
Escuela de Post Grado

POSTITULO EN PSICOTERAPIA PSICOANALITICA FOCAL 2007-2009 DIPLOMADO FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

RECONOCIDO POR LA COMISION
NACIONAL DE ACREDITACION
DE PSICOLOGOS CLINICOS

AUSPICIADO POR LA ASOCIACION
PSICOANALITICA CHILENA

PRÁCTICA CLÍNICA CONSULTORIO CORPORACIÓN SALVADOR
SUPERVISIÓN INDIVIDUAL SEMANAL DURANTE LOS DOS AÑOS
ENTREVISTAS EN ESPEJO
SEGUIMIENTO DE UN PROCESO PSICOTERAPÉUTICO
GRUPO OPERATIVO DE ANÁLISIS DE LA CONTRATRANSFERENCIA.
CLASES Y SEMINARIOS TEÓRICOS

REQUISITOS

Ser psicólogo titulado o
médico -psiquiatra

Entrevista personal a los postulantes

HORARIO

Jueves 13.30 - 15:00

Viernes 8.30 - 13:00

INFORMACIONES

Ps. Pía Varela Secretaria Académica

Sra. Antonieta Luna Secretaria
Administrativa

Teléfono 2- 3331780

Fax 3340613

M.Sanchez Fontecilla 778
Las Condes

www.psicoterapiafocal.org

EQUIPO DOCENTE:

- Dra. Constanza Buguñá Médico psiquiatra, Psicoanalista APCH ©
- Ps. Marta Duque Psicóloga, Psicoanalista APCH
- Dr. Oscar Feuerhake, Médico Psiquiatra, Psicoanalista APCH.
- Ps. Josefina Figueroa, Psicóloga, Psicoanalista APCH.
- Dr. Marcello Girardi, Médico Psiquiatra, Psicoanalista APCH.
- Ps. Marta Guzmán, Psicóloga y Psicoanalista APCH.
- Dr. Juan Pablo Jiménez, Médico Psiquiatra, Psicoanalista APCH.
- Dr. Horacio Maltraín, Médico Psiquiatra, Psicoanalista APCH.
- Dr. Francisco O´Ryan Médico Psiquiatra, Psicoanalista APCH
- Dra. Gloria Ríos, Médico Psiquiatra, Psicoanalista APCH
- Ps. Lorena Seeger, Psicóloga y Psicoanalista APCH.
- Ps. Pía Varela. Psicoterapeuta Focal Corporación Salvador,
Secretaria Académica.
- Ps. Juan Francisco Chadwick Psicólogo Clínico Psicoanalista APCH ©
Corporación Salvador. Psicoterapeuta Focal© Corporación Salvador

INICIO DEL CURSO ABRIL 2007 / Cupo: 22 alumnos

RECEPCION DE ANTECEDENTES.: HASTA EL 10 NOVIEMBRE 2006



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA



SIMPOSIUM DE REFLEXIÓN UNIVERSITARIA

CoNtRaCaRa

Género vs. Género

Un diálogo oculto

ORGANIZA

Revista "Gaceta Universitaria: Temas y controversias en Psiquiatría"
Departamento de Psiquiatría Oriente. Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Fecha: Viernes, 12 de enero de 2007

Horario: de 8:30 a 19:30 horas

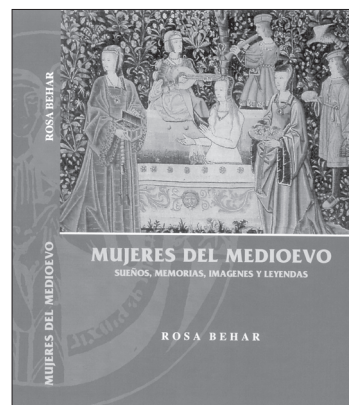
Lugar: Municipalidad de Vitacura (Sala Bicentenario)
Av. Bicentenario 3800

COMENTARIO DE LIBROS

MUJERES DEL MEDIOEVO. SUEÑOS, MEMORIAS, IMÁGENES Y LEYENDAS

Editor: Rosa Behar Astudillo
ALTAZOR, Santiago, 2005, 155 páginas

(Rev GU 2006; 2; 3: 251-252)



Gloria Gramegna

CONTEXTO HISTÓRICO

La autora de este libro plantea que para entender a las mujeres de hoy hay que investigar en la historia. Ella se sumerge en el medioevo. Los lectores, juntos con ella, entraremos en esa época de la Europa donde no existen los límites de los países que hoy conocemos –es la tierra de los señores feudales–, en la cual coexisten en paralelo los poderes de la iglesia y los poderes políticos. En este contexto la autora investiga en la vida de seis mujeres ejemplares, nobles, instruidas, longevas. Surgen las preguntas: ¿Cuál fue el rol de las mujeres en la contingencia histórica del medioevo? ¿Qué las hizo ser lo que fueron?

El Dr. Gustavo Figueroa, en la presentación del libro, dice: “El ser humano no tiene naturaleza o esencia fija, sino historia”, y este atributo irrenunciable determina que nuestra identidad nunca está hecha de una vez para siempre, sino es consecuencia de acciones y prácticas, de quehaceres, que mientras los ejecutamos van coagulándose en rasgos y atributos que confluyen, tejiendo nuestro entramado psicológico y nuestra personalidad social. Somos hoy lo que somos porque anteayer y ayer fuimos de un determinado modo de ser, nuestro pasado nos posibilitó el que nos constituyéramos en el presente en sujetos para nosotros mismos y los otros.

Parafraseando a Borges: “Una persona no es otra cosa que los momentos sucesivos que pasa, que la se-

rie incoherente y discontinua de sus estados de conciencia”; y continúa: “dos hombres rendidos de sed que prueban el primer contacto del agua –uno en los arrabales de Ondurmán, en 1985; otro en la Pampa de San Luis en 1860–, son literalmente el mismo hombre. Todas las personas absortas en la venturosa audición de una sola música son la misma persona. Todos los amantes que se abrazaron con plenitud en el ancho mundo, que se abrazarán y se abrazan, son la misma clara pareja: son Adán y Eva. Nadie es sustancialmente alguien, pero cualquiera puede ser cualquier otro en cualquier momento”.

Los lectores se sentirán atrapados, interpretados, seducidos, e hipnotizados por esta obra. Contiene la historia y parte del legado escrito de estas damas. Es a través de estos últimos que nos transmutamos y podemos hoy saber de ellas. La autora de este libro, –“dama” psiquiatra de profesión– dedicada al estudio de los trastornos del apetito, toma el argumento con pasión; pasión misma que nos transmite, dejando al descubierto muchas características del ser femenino, que permitirán de este modo comprender a la mujer contemporánea. Además, el texto cuenta con magníficas ilustraciones, muy ad hoc para las distintas temáticas tratadas, que permiten imbuirse gratamente de su contenido y que ciertamente invitan a sumergirse profundamente en su atractiva lectura.

ANÁLISIS DE LOS CAPÍTULOS

Encontramos en el Capítulo primero la aventura de escribir sobre el amor femenino, lo que no es tarea fácil.

Consternación, recelo en algunos, comprensión e identificación en otros, podrá provocar el amor incondicional, la entrega total de Eloísa (1100-1163) por Abelardo. Habremos de reconocer que este tipo de conflictos más de alguna vez nos ha tocado enfrentarlos en nuestra consulta actual y en nuestra biografía. Somos testigos de las condiciones sociales a las cuales estaba sometida la mujer en la Edad Media. Nos vemos indefectiblemente enfrentadas a los prejuicios de esa época, que, querámoslo o no, reaparecen tenazmente en biografías presentes.

Leonor de Aquitania (1120 o 1122?-1204), la soberana de las cortes del amor. Se asemeja a la mujer moderna. Esta famosa reina de Francia e Inglaterra, una mujer con características actuales, se casa, se separa y forma un segundo vínculo. Tiene la gracia de ocupar los más altos puestos de poder. La veremos activa en sus reyertas familiares. Creadora de espacios abiertos a juglares y trovadores, lugar donde se forjara el concepto del amor cortés, con su enigmática magia y metamorfosis que perdura hasta nuestros días.

Beatriz de Nazaret (1200-1268), monja, beata terciense renano-flamenca, una mujer que dedica su vida a Dios y nos relata el amor sublime en sus escritos "Siete maneras de amor", en los cuales describe grados de vida espiritual. Beatriz nos pone ante la incógnita y la duda ¿Es ella una anoréctica? ¿Acaso delira? ¿Es una santa? La historia la canoniza, ella en su forma muy peculiar trasciende hasta nuestros días.

El Capítulo segundo, "La corporalidad en la historia de las mujeres," nos muestra cómo la cultura, en una especie de filtro de doble sentido, la formamos y nos forma. Ejemplo de esto son los ideales de belleza, nos obligan, nos modelan, nos construyen en un inconsciente colectivo del cual es muy difícil escapar.

El tercer capítulo está dedicado a Hildegarda de Bingen (1098-1179), figura femenina excepcional del siglo XII. Su legado –silenciado por ocho siglos– es redescubierto en las últimas tres décadas. Considerada

una de las figuras más importantes de la época medieval, una autoridad en el plano religioso. Abadesa, también es poetisa, música, teóloga, esta mujer iluminada o ¿epiléptica? poseedora de gran sabiduría, aporta conocimiento sobre la salud física, psíquica y espiritual. También sabe de ecología y cosmología. Vive noventa y dos años, cifra inusitada para la época. Se acerca a la posición de muchas mujeres de hoy.

El Capítulo cuatro nos muestra a Trótula de Salerno (¿?-1097), médico y erudita del medioevo. Es maestra en la primera escuela de medicina. Hace aportes en ginecología y obstetricia, dermatología y cosmética. Reconocida y querida como una maestra sabia.

El Capítulo quinto nos llevará a Cristina de Pizán (1364-1430), mujer escritora vanguardista, capaz de salir adelante a través de su propio trabajo escrito. Se la considera una luchadora, una feminista.

REFLEXIONES FINALES

La lectura de un libro supone una interacción con aquello que nos es entregado y algo nos acontece. Por ejemplo, a mí me ocurrió habiendo leído el capítulo de Eloísa –donde me enteré de su historia con Abelardo. Ocurre que paralelo a esto, en la habitación contigua a la que yo me encontraba, mi hija adolescente, que goza de gracia y belleza, según cánones de la Edad Media, conversa con su hermano, un estudiante actual, futuro ingeniero, le solicita que por favor consiga un amigo, compañero de universidad, que acceda a ser su profesor, de tal forma que ella mejore sus conocimientos en materias como física y matemáticas. Yo me incorporo e intervengo en ese diálogo diciendo: "¡Por ningún motivo! Tú empiezas estudiando, luego te enamoras de tu profesor, lo que termina en un embarazo, tu papá enloquecido de rabia persigue al insensato estudiante –compañero de carrera de tu hermano y futuro padre de mi nieto– y lo castra, posterior a lo cual a ti te mandamos a un convento y yo crío a mi nieto...". Mientras yo decía esto, mis hijos reían, mi hija se acercó, tomó mi mano y me dijo con voz suave, contenedora y convincente: "Mamá, eso hoy no sucedería...".

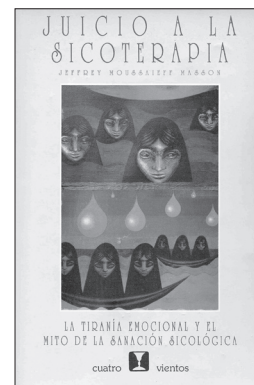
COMENTARIO DE LIBROS

JUICIO A LA (P)SICOTERAPIA

Autor: **Jeffrey M. Masson**

Cuatro Vientos, Santiago, 1991, 228 páginas

(Rev GU 2006; 2; 3: 253-255)



César Ojeda¹

Hace algunos años escribí un comentario a este libro de Jeffrey Masson. En aquel momento pensé que era poco probable que yo hubiese comprado un libro en cuyo subtítulo se lee “La tiranía emocional y el mito de la sanación psicológica”. No sólo porque me irrita la transformación de la letra griega “psi” en una endeble “s” sino porque, desde la partida, se nos está anunciando un panorama escandaloso, propio de ciertas formas de periodismo y de memoristas indiscretos que indagan sobre las miserias de las grandes figuras del cine o de la política. Pero, releendo el libro a propósito de un artículo que escribo, me pareció importante darlo a conocer a quienes no han tenido noticia de él, puesto que el contenido de “Juicio a la Psicoterapia” se inscribe en lo que se ha denominado “psiquiatría crítica”.²

En aquel momento el libro llegó a mis manos enviado directamente por el editor, con el explícito propósito de que, si me parecía, escribiera un comentario. Después de las vacilaciones iniciales no sólo creo que merece una reseña sino que es necesario hacerla. El tema que Masson aborda es quemante: consiste en postular que la psicoterapia y, de pasada, la psiquiatría poseen un carácter abusivo e inhumano y que ejercen un poder ilegítimo sobre las personas, además de constituir negocios multimillonarios. Pero no se trata del ejercicio desviado de algunos sino del carácter intrínseco inevitable de ellas, con independencia de la buena voluntad de quienes la practican.

El método de demostración que Masson elige es documental, utilizando una impresionante información de archivo, en el que historias clínicas, cartas y testimonios se suceden como una avalancha tronante. Y el estilo tiene el carácter dramático de las acusaciones judiciales, en el que las pruebas más contundentes suelen ir al final, después de haber reblandecido al lector (algo así como el jurado en este caso), con evidencias menores y atmósferas conmovedoras. El foco lo constituyen las grandes figuras de la psicoterapia y la psiquiatría, como los Binswanger y su famoso Sanatorio Bellevue en Kreuzlingen, junto al lago Constanza, en Suiza; Freud y su ensayo sobre el caso Dora; C.G. Jung y su ambigua adhesión al nacionalsocialismo; Ferenczi en los últimos años de su vida, Carl Rogers, Perls, y muchos otros menos conocidos en nuestro medio, como Rosen, Brody, Honing, etc.

El traductor tituló “Juicio a la Psicoterapia” el “Against Therapy” del original, tal vez porque refleja mejor el tono del escrito: efectivamente, Masson realiza un juicio, en el que naturalmente él es el fiscal. Guiados por la hábil argumentación del autor la conclusión (el veredicto) resultaría, más que severo, lapidario. La tentación de no tomar en serio una postura tan radical se me presentó durante toda la lectura. Sin embargo no se trata de una chapucería que pueda ser descalificada de una plumada. Aunque se percibe la “exageración objetiva”, es decir, que respeta las fuentes pero que las elige y engarza de una manera artificiosa, el escrito de

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

² Ver, por ejemplo, entrevista a Thomas Szasz en el N° 1-2005, de GU.

Masson parece contener una parte de realidad que resulta inquietante.

El recorrido se inicia con la psiquiatría institucional europea del siglo pasado y principio del presente. Allí el autor documenta el abuso ejercido sobre personas –especialmente mujeres– que se resistían al despotismo de padres y autoridades que contaban con la complicidad médica a través de teorías científicas *ad hoc*, como fue el caso de “Insania Moral”. Merced a esa teoría, el diagnóstico finamente realizado permitía tratamientos “morales” o simplemente despiadados, como la reclusión por muchos años en Sanatorios de personas que no mostraban patología alguna; la declaración de interdicción a personas que debieran haber recibido cuantiosas dotes, hasta la “cauterización suave” de la vulva o la ablación quirúrgica del clítoris a mujeres que presentaban hábitos masturbatorios.

Luego le toca el turno a Freud. Parece necesario detenerse aquí, pues la mayor parte del texto se refiere a las psicoterapias que se entroncan con el pensamiento freudiano. Masson tiene a su haber ocho años de formación como psicoanalista en Canadá y algunos años de ejercicio profesional en Estados Unidos, lo que, si bien no garantiza un “juicio justo”, al menos permite descartar una radical ignorancia.

Parte suavemente, sentando algunas premisas al pasar, casualmente, pero que más detenidamente demuestran la habilidad argumentativa de Masson. Dice: “Muchas, en realidad la mayoría de las posiciones hoy vigentes relacionadas con el tratamiento, sus desventajas y sus poderes (no menciona ningún beneficio), fueron primeramente enunciados por Freud en el *Ensayo* que escribió sobre el caso Dora”. Es decir, la crítica a este caso en particular reviste una importancia que compromete al psicoanálisis todo. Y más adelante afirma: “contiene también muchos postulados explícitos, tanto como supuestos subyacentes, acerca de qué es normal y saludable para una joven de 16 años, los que han tenido una gran influencia sobre lo que hoy rotulamos como patológico”. Reasegura estas ideas en los párrafos siguientes: “aunque ningún terapeuta freudiano aceptaría sin cuestionar todos los supuestos de este importante ensayo, ninguno lo consideraría básicamente anticuado o erróneo. Aún es una fuerza viviente, una influencia de cierta magnitud en la psicoterapia”. Finalmente: “Freud estaba en la cima de sus facultades cuando escribió este trabajo; él contiene los componentes esenciales de lo que hoy se llama ‘psicoterapia orientada dinámicamente’”.

Es decir, Masson ha colocado la pelota en buena posición para proceder luego a darle un contundente puntapié.

No pude resistir la tentación de releer el material original de Freud sobre este caso. Como es conocido, Dora (Ida Bauer, 1882-1945) fue llevada contra su voluntad donde Freud por su padre Philip Bauer, a los 18 años de edad. El historial clínico fue publicado cuatro años después, en 1905. La impresión que la lectura me produjo en mis inicios profesionales cambió radicalmente, casi al punto de, por momentos, considerar benevolente la crítica de Masson. En aquel tiempo no reparé en el tono satisfecho de Freud y el encadenamiento endeble con el que va armando una historia que, en último término, resulta una ilusoria confirmación de sus creencias y prejuicios. Al parecer, Freud, al igual que cualquiera que ame demasiado sus propias explicaciones y teorías sobre el mundo, puede dejar de atender a lo obvio y encontrar siempre el camino para encontrarlas de nuevo disfrazadas de “hechos objetivos” que las comprobarían. No es éste el lugar para una fundamentación detallada de estas impresiones, pero sí para señalar un ejemplo que contiene lo que decimos.

Un amigo del padre de Dora, el Sr. K, se las arregló para quedar a solas con ella, cuando ésta tenía 14 años. Sucedió entonces lo siguiente: “indicó a la muchacha que le esperase junto a la escalera que conducía al piso superior, mientras él cerraba la puerta exterior y bajaba los cierres metálicos. Pero luego, en lugar de subir con ella la escalera, se detuvo al llegar a su lado, la estrechó entre sus brazos y le dio un beso en la boca... “Así –continúa Freud– esta situación era *apropiada para provocar en una muchacha virgen, de catorce años, una clara sensación de excitación sexual*. Pero Dora –agrega Freud– sintió en aquel momento una violenta repugnancia: se desprendió de los brazos de K y salió corriendo a la calle por la puerta interior” (Freud, S. Obras completas, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1967).

Un poco más adelante Freud comenta enfáticamente: “Ante toda persona que en una situación favorable a la excitación sexual desarrolla predominantemente o exclusivamente sensaciones de repugnancia, *no vacilaré ni un momento en diagnosticar una histeria*, existan o no síntomas somáticos”.

Masson comenta este episodio de la siguiente manera: “Dora, de sólo catorce años, es acosada sexualmente (y en forma engañosa además) por un hombre de edad suficiente para ser su padre, y Freud espera de ella que se rinda de inmediato, estáticamente y sin vacilaciones, a este súbito e indeseado avance sexual. Entonces para Freud la conducta de Dora es *prueba* de que sufre de histeria, de que está negando (o reprimiendo) sensaciones que debería haber tenido”.

De aquí en adelante Masson se despliega detalladamente, continuando en el mismo tono con C.G. Jung,

pasando por las confesiones tardías de Ferenczi, para llegar a un punto culminante con el "Análisis Directo" de Rosen en pacientes psicóticos. En este último caso la crítica se convierte en franca denuncia, al constatar el trato brutal y sádico a que fueron sometidas numerosas personas bajo el pretexto de estar realizando una terapia, y que terminaron en escandalosos procesos judiciales. Pero, fiel a su propósito de desarticular toda psicoterapia, Masson no se detiene aquí sino que hace ocupar el banquillo de los acusados a Rogers, Perls y muchos otros. Aunque la profundidad de la argumen-

tación se va deshilachando hacia el final del libro, la ya acumulada repugnancia del lector colabora a aceptar, al menos en parte, la generalización que Masson busca.

A pesar de lo exagerado y tendencioso que pueda ser este libro, queda la sensación de que nunca será suficiente el esfuerzo que psiquiatras y psicólogos hagamos por repensar críticamente nuestra acción profesional y sus fundamentos, como también nuestras teorías y certezas.

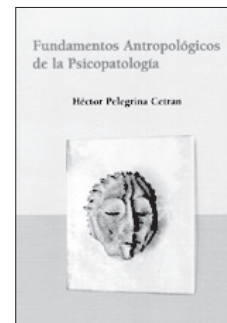
En resumen, el trabajo de Masson es un golpe bajo, pero golpe al fin.

ARTÍCULO ESPECIAL

EL RENACIMIENTO DE LA PSICOPATOLOGÍA

REFLEXIONES EN TORNO AL LIBRO “FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA”, DE HÉCTOR PELEGRINA

(Rev GU 2006; 2; 3: 256-263)



Otto Dörr¹

Después de algunas palabras de introducción procederé a hacer una presentación sinóptica del libro, de modo que el público tenga una idea aproximada de su contenido. Cuando corresponda, haré algunas digresiones sobre la importancia de los hallazgos del autor para la psicopatología clínica, así como su conexión con la obra de otros autores. Terminaré con algunos comentarios o más bien glosas sobre conceptos desarrollados en este libro que me han motivado de una manera especial.

En primer lugar habría que decir que se trata de una Psicopatología General con mayúscula, de una obra amplia, profunda, inteligente, fundamental, y estoy seguro que también fundante de futuros desarrollos. Conozco sólo dos intentos de una envergadura análoga, el de Karl Jaspers (1) y el de Johann Glatzel (2, 3). El primero no necesita comentarios puesto que es universalmente conocido. La Psicopatología de Jaspers ha constituido durante casi un siglo el fundamento de la psiquiatría clínica en el mundo occidental, conteniendo aportes definitivos, como es el caso de la acuciosa descripción de las vivencias patológicas de nuestros enfermos, así como la trascendental distinción entre relaciones comprensibles y explicables de la vida psíquica. Pero Jaspers se limitó a una particular variedad de la fenomenología descriptiva, la que se reduce a reproducir aquello que el paciente vivencia, excluyendo en lo posible al sujeto del observador. Sabemos, por cierto, que

esta exclusión es ilusoria y que tanto la fenomenología de Husserl (4) como la analítica existencial de Heidegger (5) cuestionaron y en cierto modo superaron esa tajante escisión sujeto-objeto que dominara por tanto tiempo el pensamiento occidental. Jaspers se negó sistemáticamente a dar el paso desde la fenomenología descriptiva a la eidética y trascendental. Sin embargo, si se lo lee con detención, se encontrarán varias afirmaciones suyas que hacen dudar de su propia rigidez al respecto. Así, por ejemplo, cuando él exige “un orden que coloque a los fenómenos psíquicos según su parentesco fenomenológico, al modo como están colocados los colores en el arco iris”; o cuando dice: “el hundirse en el caso individual nos enseña fenomenológicamente lo general que es válido para muchos casos”. Esto “general” no corresponde a una mera generalización desde hallazgos empíricos sino propiamente a la captación del *eidós* en el sentido de Husserl.

¹ Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”

La otra Psicopatología, la de Glatzel (2, 3), ha pasado un tanto inadvertida, en gran parte porque, que yo sepa, no hay traducciones de ella, lo que es una lástima, porque es una obra importante. Glatzel es muy crítico de los distintos desarrollos de la psicología y la psiquiatría de la segunda mitad del siglo XX, en particular de las corrientes cognitivo-conductual y biológica, pero su gran aporte es haber descrito las perturbaciones del vivir y del comportarse, que constituyen el objeto de la psicopatología, desde lo intersubjetivo e interaccional. Nos ha parecido necesario mencionar esta obra por constituir el primer intento de desviar la mirada del psicopatólogo desde la pura subjetividad del enfermo al ámbito de la relación de reciprocidad con el entorno y con el otro. En este sentido se la puede considerar como una anticipación de esta nueva psicopatología que nos está ofreciendo hoy Héctor Peregrina (6), la que es más ambiciosa, más sistemática y mejor fundamentada.

Su Psicopatología es, a diferencia de las otras, decididamente fenomenológica. Sus pilares son Husserl, Heidegger, Gadamer, Lévinas y, sobre todo, Zubiri. Peregrina no se niega a las distintas reducciones fenomenológicas, como lo hace Jaspers, sino que avanza con extraordinaria rigurosidad metodológica hasta la captación de las estructuras íntimas de esa realidad que tiene enfrente, cual es la de los fenómenos psicopatológicos. Y su método es también hermenéutico, porque se orienta al develamiento del sentido, contrasentido y sinsentido de estos mismos fenómenos. Ahora bien, él no queda preso en la omnipotente “conciencia” husserliana y, de la mano de Zubiri (7), va más allá de la “existencia” heideggeriana, hasta “la corporalidad del vivir humano y la facticidad del mundo en que éste existe”. Porque en psicopatología y en psiquiatría no se puede prescindir del cuerpo del paciente y de sus relaciones materiales con el entorno. Este ir más allá del sentido hasta la realidad y su ser así, actualizada en la experiencia fáctica, pareciera ser una necesidad de la filosofía actual. Pero el libro se abreva también de otra fuente: la teoría general de sistemas que, según sus palabras, “corresponde plena, clara y explícitamente al nuevo paradigma ontológico”. El organismo vivo es, visto por esta teoría, como un sistema que está permanentemente construyéndose a sí mismo, dinámicamente, en su relación con el correspondiente nicho ecológico. Los seres vivos son sistemas abiertos que intercambian con el medio ambiente materia, energía e información. Según el autor, la teoría general de sistemas sería además la mejor herramienta disponible para comprender la interrelación entre los distintos niveles ontológicos en que se estructura lo real (niveles molecular-bioquímico-biológico-psicológico-social-etc.).

VISIÓN SINÓPTICA DEL LIBRO

El libro consta de once capítulos, fuera de la introducción. Ocho pertenecen a la primera parte, titulada “Antropología fundamental” y tres a la segunda, la “Antropología de la vida cotidiana”. El primer capítulo lleva el título de “Criterios básicos de psicopatología” y sobre él, por razones obvias, nos extenderemos un poco más. El autor intenta exponer aquí “lo que aparece naturalmente como estar enfermo” en la vida cotidiana de las personas, pero al mismo tiempo el cómo ese padecimiento del otro se le muestra al observador, en este caso al psicopatólogo. La subjetividad del observador es, por cierto, afectada por el paciente, pero termina a su vez influyendo sobre él. El síntoma psicopatológico –como lo hemos sostenido y desarrollado en varias oportunidades (Dörr (8-11))– no tiene existencia en sí sino sólo en relación al otro; él surge en el “entre”. Además, en la psicopatología y a diferencia de la medicina somática, siempre aparece la participación del sujeto (supuestamente enfermo) en la producción del síntoma. En este capítulo encontramos observaciones de gran sutileza sobre cómo viven respectivamente paciente y psicopatólogo la fobia, la hipocondría o la adicción. Aquí se insinúa también un concepto que va a ser fundamental en toda esta obra: la enfermedad en general como una **ex-propiación** y la enfermedad psíquica en particular como una **des-apropiación**. En la enfermedad somática hay una “pérdida” de la propiedad de algo del individuo, ya sea a nivel de la morfología o de la función. En el enfermar psíquico, en cambio, no se realiza la tarea de apropiación de lo que él mismo experimenta como imprescindible para seguir siendo el que es o para llegar a ser el que necesita ser. Con otras palabras, el enfermar psíquico no es una “ex-propiación” de lo que ya era propio sino una “no-apropiación” de sí mismo y del mundo.

Pero quizá si lo más interesante de este capítulo sea el haber colocado lo psicopatológico en el ámbito del sentido, entendido éste, en primer lugar, como direccionalidad (el paciente experimenta en el síntoma la necesidad de alcanzar algo o de ser alcanzado o amenazado por algo) y, en segundo lugar, como significativo: el síntoma le significa al paciente un sufrimiento que él experimenta como carencia o amenaza. Así, por ejemplo, el enfermo vive la crisis de angustia unida a la sensación de muerte inminente o de miedo a perder la conciencia o a volverse loco, pero en rigor él no vive ni la muerte ni la inconsciencia ni la locura, sino tan sólo el significado de ellas. Casi todos los síndromes psicopatológicos se podrían interpretar como formas genéricas de perturbación del sentido: la depresión como **pérdida**

del sentido de la vida; las fobias y filias como **distorsión** del sentido de los objetos y/o situaciones con que y en donde realizamos nuestra conducta; las perversiones como una **inversión** del sentido; la angustia y la ansiedad como un **contrasentido**, apareciendo en la angustia el miedo a *dejar de ser* y en la ansiedad el miedo a *no llegar a ser*.

El segundo capítulo llamado "Paradigma Ontológico-Metodológico" pretende nada menos que re-fundar la psicopatología en una ontología acorde con el nuevo paradigma. Se trata de una ontología regional o de niveles, correspondiente al modo actual de comprensión del universo. El "nuevo" paradigma es contrastado permanentemente con el paradigma anterior. Así, vemos desarrollar con una lógica impecable y una acumulación de datos venidos tanto de la filosofía como de las ciencias, las distintas oposiciones: el pensamiento substancialista del paradigma anterior vs. el pensamiento dialéctico actual; la idea de lo real como compuesto por elementos singulares que por acoplamiento y sumación llegan a constituir los entes complejos vs. la concepción de lo real como estructuras, sistemas y sub-sistemas; la causalidad mecánica vs. la causalidad emergente; el espacio continuo vs. el discontinuo; el tiempo reversible vs. tiempo direccional o de los procesos; los entes absolutos vs. las entidades relativas (los entes son parciales y relacionales); el determinismo vs. el indeterminismo (la libertad como una forma de indeterminismo específicamente humano); separación sujeto-objeto vs. unidad primordial de ambos elementos ("a partir del hecho originario de la vida como teniendo intercambio con el ambiente, deberíamos excluir toda dualidad sujeto-objeto", afirma Jonas (12)); inteligencia lógica vs. sensibilidad inteligente (la inteligencia no sería un instrumento del ser humano sino una dimensión de la vida misma y se estructuraría como discriminación de frontera entre el sistema vivo y su medio), etc.

El capítulo continúa con la descripción de otras características del nuevo paradigma, sobre las que no podemos extendernos ahora, pero que junto con las ya mencionadas van configurando una verdadera fundamentación filosófica de ese ámbito de la realidad que tiene que ver con nuestro quehacer como psiquiatras. No conocemos otro intento tan sistemático y tan lúcido en ese sentido. Para los que hemos trabajado durante años en la línea fenomenológico-antropológica, haciendo aportes más o menos modestos a capítulos particulares de la psicopatología, este libro va a significar algo así como la base teórica que nos faltaba y que nos va a permitir defendernos de los embates de la investigación empírica, para la cual lo que hacemos no es sino mera poesía.

El tercer capítulo se refiere a los niveles ontológicos del cuerpo físico y del organismo como cuerpo viviente –viviendo en su relación con el medio vital o nicho ecológico. Pelegrina hace una verdadera fenomenología del cuerpo material, describiendo su consistencia, su posición y su inextricable relación con el entorno; también nos habla de la capacidad del organismo de darse activamente su unidad y de mantenerla en el tiempo. De ahí pasa a describir la sensibilidad a través de la cual el cuerpo incorpora señales del ambiente con carácter de información. La progresiva formalización del comportamiento y, dentro de él, de la sensibilidad es la base del progreso de la inteligencia en los seres vivos.

En el Capítulo IV se inicia la elaboración del tema de las estructuras antropológicas correspondientes al nivel estrictamente humano. Así es como se describen sus dos dimensiones básicas: el ser humano como "animal de realidades" y el ser humano como "animal simbólico". La inteligencia como actualización de lo real y la fantasía creadora otorgan a este animal, por naturaleza desvalido, una gran independencia con respecto al entorno y un progresivo dominio sobre él.

Los capítulos V y VI se refieren respectivamente al ámbito del **sentido** y al de lo simbólico. Pelegrina nos muestra cómo la apropiación de sí mismo y la configuración del campo simbólico es lo que hace surgir al sujeto personal y con ello al psiquismo. Es en este ámbito donde se le hacen presentes al ser humano las realidades como posibilidades. La apropiación de posibilidades vivenciadas como **sentidos de y para** mi vivir es lo que realiza el proceso de mi personalización. Desde el horizonte del sentido toda estructura psicopatológica podría comprenderse como una forma de despersonalización.

Los capítulos VII y VIII están dedicados al tema de la **intencionalidad** y es donde el autor más se aproxima a la psicopatología especial, a un intento de comprensión de los síndromes psicopatológicos particulares. Luego de recordarnos que todo lo real es intencional o comunicacional, no siendo esta cualidad privativa de lo psíquico, Pelegrina procede a exponer la teoría husserliana de la intencionalidad, destacando primero que en esa respectividad hay también captación y dación de sentido. Luego nos recuerda que Husserl establece una diferencia entre la intencionalidad **posicional** del acto de conciencia y la **proposicional** o propositiva de las acciones, distinción que el autor va a utilizar más adelante para describir diferentes modos de intencionalidad y hacer un fino análisis fenomenológico de ellos. Entre los primeros están por un lado el sentimiento y la emoción y por el otro el humor, el temple y el ánimo. Aquí Pelegrina hace notables descripciones sobre las distin-

tas formas de humor, temple y ánimo patológicos, las que significarán una gran ayuda para el diagnóstico diferencial de las enfermedades psíquicas. Entre los segundos o proposicionales se encuentran los seis verbos modales y páticos: desear / querer, apetecer / necesitar, deber / tener que, a los que habría que agregar el verbo poder, que tiene una posición particular, porque siendo también modal, no es pático –porque tiene el sentido de potencia y capacidad– y además se conjuga siempre como verbo auxiliar de los otros seis.

Así como en la intencionalidad posicional nos encontramos referidos al mundo en una forma ya dada, en la intencionalidad propositiva nosotros pretendemos que nuestra referencia (al mundo) se conforme de una forma determinada, pre-configurada por nuestra actitud. Aquí no podemos sino recordar a Viktor von Weizsäcker (13) con su pentagrama pático. Es cierto que las categorías en alemán no coinciden exactamente con las del castellano, porque hay verbos en el primero que no tienen una traducción exacta en el segundo, como es el caso de *dürfen* (poder en el sentido de “estar autorizado para”), *müssen* (tener que, estar obligado a) y *mögen* (gustar de o sentirse atraído por). Sin embargo, tanto en los modos proposicionales de Pelegrina como en el pentagrama pático de von Weizsäcker, vemos aparecer al hombre, en cuanto persona singular, como un ente insuficiente e incompleto, defectuoso e indefenso. Para el famoso médico alemán, el hombre no es alguien que es sino alguien que está queriendo, debiendo, pudiendo **llegar a ser**. Estas categorías se oponen al orden de lo óntico, del ser, de lo que se es o se tiene, como el cuerpo y los rasgos de personalidad, como lo genético y lo ambientalmente determinado. Lo pático y lo óntico se entrelazan permanentemente en una suerte de círculo de la vida, al igual que ocurre con la psique y el soma o con la percepción y el movimiento. Lo que somos determina de alguna manera lo que anhelamos, y a su vez lo logrado a través de un movimiento que nos llevó hasta lo anhelado se hace parte de nosotros, pasando a pertenecer entonces al ámbito de lo óntico. Weizsäcker (13) afirma al respecto: “tan pronto llegamos a la región pática, allí donde dominan los estados de ánimo, las pasiones y los afectos, ahí desaparece un verbo: el verbo ser” (p. 255). Las coincidencias y consonancias entre ambos autores son notables, aunque vienen de distintos campos de la medicina y del saber. Se podría hablar aquí de una fecundación recíproca: von Weizsäcker le da a la relación Yo-mundo, en el sentido de la intencionalidad, la base neurobiológica, mientras Pelegrina aporta la fundamentación filosófica.

En concreto, Pelegrina hace aquí algunos análisis realmente magistrales de cada una de las categorías

páticas y va mostrando de qué manera los distintos síntomas y síndromes psicopatológicos podrían ser comprendidos como deformaciones de estos modos proposicionales de intencionalidad. En lo que respecta a la categoría del **poder** tenemos, por ejemplo, el *abuso* de poder de algunas personalidades anormales, la *adicción* al poder de las perversiones, la *impotencia* del fóbico o la *omnipotencia* destructiva del maniaco. Yo agregaría el “no-poder” como fenómeno clave de la depresión, descrito por Binswanger (14), algo que nosotros pudimos demostrar 11 años más tarde en un trabajo empírico-fenomenológico. Estudiamos todas las depresiones hospitalizadas durante 5 años en el Hospital Psiquiátrico de Concepción, Chile, y encontramos que todas tenían sólo tres fenómenos en común: 1) el cambio en la experiencia del cuerpo (en el sentido de la alteración de la intencionalidad posicional de Pelegrina), 2) la presencia de inhibición psíquica y/o física (el no-poder de Binswanger o alteración de la intencionalidad proposicional de Pelegrina) y 3) el cambio, inversión o suspensión de los ritmos biológicos (o alteración del tiempo inmanente en el sentido de von Gebattel (15).

La segunda parte del libro está compuesta por tres capítulos dedicados a las estructuras de la vida cotidiana, tal como las describen los pacientes y las capta el psicopatólogo. Así, el Capítulo IX describe en un lenguaje muy rico la geografía vital o espacialidad: el aquí, el ahí, el territorio, el terreno, la casa, el paraje. No puedo dejar de recordar en este contexto los fundamentales aportes al espacio de la vida cotidiana realizados por el filósofo chileno Humberto Giannini (16, 17). El Capítulo X se refiere a la historia vital o temporalidad, describiendo dimensiones como la conservación, la renovación, la progresión, la regresión, el estancamiento, etc. Aquí habría que remitir a los múltiples trabajos de Blankenburg sobre el contexto biografía y enfermedad mental, los que muestran interesantes coincidencias y resonancias con los desarrollos de Pelegrina al respecto. El último capítulo está dedicado a la dinámica de la vida humana como totalidad. El ser humano es la culminación epigenética de la evolución y él está continuando este proceso a través del incremento de su independencia frente al medio y del dominio sobre él. Las dinámicas de este proceso son comunicación-separación, identificación-emancipación, participación-diferenciación. Sobre la base de estas dinámicas tiene lugar el proceso de personalización por a-propiación. La inversión o perversión de esta dinámica, la despersonalización y desrealización por des-apropiación, constituirían el fundamento de todos los síntomas y síndromes psicopatológicos.

DIGRESIONES PERSONALES

En la introducción anuncié unas glosas a este libro fundamental. Haré dos. La primera tiene que ver con la tradición holística en el modo de concebir la vida, la que se remonta a Goethe (18), y que tuvo en el siglo XX su gran representante en la medicina antropológica alemana (el autor más importante de esta corriente fue Viktor von Weizsäcker). Esta tradición fue silenciada durante décadas por la biología y la medicina positivistas y hoy reaparece en gloria y majestad en la fundamental obra de Héctor Pelegrina que estamos presentando. La segunda se refiere al concepto de “transformación” que impregna todo el libro, desde su visión de la célula como una entidad autopoietica, de la evolución como un proceso de complejización progresiva y de independización con respecto al medio y los contextos situativos, de la inteligencia como actualización de lo real hasta la caracterización del hombre como animal de realidades que está siempre construyéndose a sí mismo por medio de la apropiación de las posibilidades del entorno, etc. A lo largo de las páginas de este libro encontramos una y otra vez las palabras “generación”, “proceso”, “dinámica”, “transformación”, “personalización”, y justamente sobre este tema tan fundamental para comprender la vida, y sobre todo al ser humano, es que quiero hacer un modesto aporte desde el análisis de un soneto de Rainer Maria Rilke (19).

I. La visión holística de von Weizsäcker y Pelegrina

La extraordinaria elaboración que hace Pelegrina del nuevo paradigma en relación al que imperó en Occidente durante siglos me lleva a recordar la obra del médico, investigador y filósofo de las ciencias, Viktor von Weizsäcker (1886-1957), quien en cierto modo se adelantó a gran parte de los postulados del paradigma actual a través de una obra profunda y compleja, pero que ha caído casi en un completo olvido, al menos fuera de Alemania. Weizsäcker tuvo como primer inspirador al poeta y científico Johann Wolfgang von Goethe (20). Uno de los pensamientos del genio alemán que él siempre repetía está extractado de una carta a un amigo, y reza así: “Lo que me hace mantener una cierta distancia con respecto a la filosofía... es cuando se dedica de preferencia a separar, pues entonces yo no me entiendo con ella, y puedo decir aún más, que ella me ha perjudicado al interferir en mi desarrollo natural. En cambio, cuando la filosofía une o, mejor dicho, cuando fortalece nuestra percepción originaria *de que nosotros y la naturaleza somos uno* y luego transforma esto en una visión tranquila y profunda... entonces me es ella bienvenida...”. Me

referiré a un concepto fundamental de von Weizsäcker que está permanentemente presente en la obra de Pelegrina, aunque en otro lenguaje y partiendo de distintos principios: la introducción del sujeto.

Von Weizsäcker (21) afirmaba al respecto: “Yo creo que la biología no podrá constituirse en una ciencia formal si se niega a incluir en sus investigaciones **la subjetividad propia de todo lo viviente**.² La percepción sensorial nos está advirtiendo ya que la biología tiene que ver con objetos a los cuales les es inherente un sujeto... Incluso la física ha llegado a la conclusión de que existen procesos que no pueden ser observados sin que al mismo tiempo la observación los modifique y ella ha obtenido grandes ventajas de este reconocimiento y un indudable incremento en su consistencia científica... La relativa indeterminación de los procesos sensoriales es el presupuesto de esta nueva y distinta unidad que llamamos la unidad biológica. Entre la labilidad de las funciones elementales y la improvisación sintética existe una relación de indeterminación necesaria y que es la que garantiza la posibilidad del acto biológico. Lo que llamamos sujeto radica justamente en esta indeterminación, la que a su vez otorga el espacio al acto creativo... La introducción del sujeto requiere un enorme trabajo de parte de la ciencia, pero también una actitud de apertura y libertad frente al enfermo y sus manifestaciones, sobre todo frente a sus propias percepciones y experiencias... (porque) sus vivencias son parte esencial de su enfermedad”.

La introducción del sujeto aparece en la antropología de Pelegrina tanto en el primer capítulo, “Criterios básicos de antropología”, como en el segundo, “Paradigma ontológico-metodológico”, a propósito de la relación sujeto-objeto. Pelegrina insiste una y otra vez en la no-separatividad de sujeto y objeto. Es cierto que “toda observación modifica lo observado”, como lo demostrara Heisenberg (22), pero ocurre que a su vez lo observado modifica al observador, muy especialmente en el ámbito psicopatológico, como nos lo muestra Pelegrina. El observador y lo observado participan del mismo mundo, de modo que el ser humano contribuye a la construcción de lo captado. El color rojo o el amarillo no son una característica de la onda electromagnética sino de nuestra interacción sensorial con ella. Pero tampoco hay color sin esa onda electromagnética, por lo que no se puede hablar de que el hombre “fabrica el objeto de la nada”, como sostiene el constructivismo radical. Lo captado es fruto de la interacción organismo-

² Destacado por el autor.

medio. Pero también la idea de von Weizsäcker (13) de “la subjetividad propia de todo lo viviente” aparece una y otra vez en la obra de Pelegrina, tanto en su ontología como en su antropología. Las coincidencias van mucho más allá de la introducción del sujeto, el círculo de la forma y las categorías páticas.

II. La transformación

El concepto de transformación es fundamental para comprender la vida, al hombre y también sus manifestaciones psicopatológicas. Nadie ha expresado en tan pocas palabras lo esencial respecto al proceso de transformación como Rainer Maria Rilke (19), en el Soneto Número XII de la Segunda Parte de los *Sonetos a Orfeo*, que reproduciremos a continuación en una traducción propia. Pero antes, y a modo de puente entre la alusión a von Weizsäcker y a Rilke en el contexto de la obra de Pelegrina, citaremos una frase de von Weizsäcker (13) al respecto:

“El momento antilógico del acto humano consiste en que el sujeto permanece siendo él mismo a través de la transformación...”

Soneto XII de la Segunda Parte de los Sonetos a Orfeo de Rainer Maria Rilke:

Desea el cambio. Oh, sé entusiasta de la llama;
dentro una cosa se te escapa que hace alarde de transformaciones.
Aquel espíritu que proyecta y maneja lo terreno nada ama
tanto en el vuelo de la figura como el punto de quiebre.

Lo que se encierra en la permanencia *está* ya petrificado;
¿es que se cree seguro al amparo del gris anodino?
Espera, lo duro nos advierte sobre algo más duro desde la lejanía.
¡Ay, el ausente martillo se prepara para el golpe!

Quien se derrama cual fuente es reconocido por el Conocimiento;
y éste, embelesado, lo conduce a través de la alegre creación,
la que a menudo termina con el principio y comienza con el fin.

Cada espacio feliz es hijo o nieto de la separación que ellos cruzan asombrados. Y Dafne, la transformada, desde que se siente laurel quiere que tú te conviertas en viento.

El gran tema es aquí la transformación, tema órfico por excelencia. Recordemos que en el Soneto N° 5 de la Primera Parte el poeta afirma: “Porque eso es Orfeo: su metamorfosis / en esto y en aquello”. El poema comienza con el imperativo “Desea el cambio” y termina con la referencia a la transformación de Dafne en laurel (para poder así escapar del asedio de Apolo). Es interesante destacar el hecho que cada una de las estrofas hace alusión respectivamente a uno de los cuatro elementos que, para los antiguos, constituían la realidad: el fuego, la tierra, el agua y el aire. Así, en la primera estrofa el poeta nos dice “sé entusiasta de la llama”; en la segunda nos advierte acerca de lo duro y del peligro de nuestra petrificación (la tierra); en la tercera es sin duda el agua la aludida cuando dice: “quien se derrama cual fuente...”; por último, en el segundo terceto aparece el aire en la imagen de la transformada Dafne, quien quiere, “desde que se siente laurel, que tú te conviertas en viento”.

Las dos ideas fundamentales de esta primera estrofa se encuentran también en la obra de Pelegrina. La primera, que se podría resumir como la necesidad del cambio y la fuerza transformadora que se esconde en todo ser, aparece en el capítulo sobre la intencionalidad proposicional, en el acápite correspondiente al tiempo vivido. Ahí leemos: “La acción constituye la temporalidad y según sea el modo de transcurrir el proceso, así será la modalidad del tiempo...”. Luego agrega: “El proceso es siempre transformación de una forma... Existe tiempo si, y sólo si, hay una transformación de una misma forma.” (pp. 442, 443). Y más adelante vuelve al tema, diciendo: “El tiempo vivido de un ser humano es su sensación de duración de su propia transformación estructural”. La segunda, ese punto de quiebre en el proceso de transformación tan amado por Dios, aparece en todo lo que nuestro autor llama la temporalidad del querer: “El querer construye nuestro tiempo propio, el tiempo personal que va decantando progresivamente en uno mismo, como incremento gradual de nuestra capacidad de ser, de hacer y de hacernos”. Y luego agrega: “Este tiempo personal queda en nosotros como constitución biográfica personal. Él constituye nuestro despliegue y crecimiento personales” (p. 444). El querer, entonces, anticipa lo que va a hacer y, por ende, a ser, pero también retiene lo que fue. El *homo viator* no sólo sabe hacia dónde va sino también de dónde viene. Y ese es el punto de quiebre tan amado por Dios, según el poeta.

En la segunda estrofa encontramos tres ideas fundamentales: 1° que el no evolucionar, que la detención del proceso de la vida, significan petrificación y muerte; 2° que la existencia humana es esencialmente insegura;

y 3º que si insistimos en buscar esa seguridad nuestra existencia se rigidizará, mientras el destino, desde la lejanía, se encargará de darnos un golpe y, eventualmente, de destruirnos. Ahora bien: ocurre que Pelegrina, en varios desarrollos de su antropología, vuelve a coincidir con el poeta. Con respecto a la primera idea, vale todo lo que dijimos a propósito de la primera estrofa, sólo que el poeta la expresa en forma negativa: en Pelegrina la vida es proceso; aquí –en el soneto– aquel que elude el proceso transformador se petrifica. Con respecto a la segunda idea, la de la inseguridad inherente a la existencia humana, Pelegrina insiste, en su antropología, en que el “mundo maduro” es fundamentalmente un mundo abierto, donde nada o muy poco es fijo o cerrado. Dicho con sus propias palabras: “(El mundo humano) es un mundo de cosas y estructuras a descubrir, desplegar y construir, de significados y sentidos a develar y constituir. No un mundo cerrado ya hecho definitivamente” (p. 515). La tercera idea, la del destino que en cualquier momento puede quebrarnos si nos hemos rigidizado, no aparece en forma explícita en la antropología de Pelegrina, pero sí es aludida en la fenomenología del sufrimiento normal, que él compara con el psicopatológico. En el primero, es un agente externo el que expropia las capacidades de la persona para apropiarse del mundo. En el segundo la persona sufre su propia enajenación por no realizar su vida desde sí mismo, v. gr., la alienación del cuerpo en la anorexia, del espacio en las fobias, del tiempo en la ansiedad, del mundo en la depresión, etc.

En la tercera estrofa el poeta nos plantea fundamentalmente dos ideas: que Dios –a quien llama el Conocimiento con mayúscula– se embebeza con aquellos que son capaces de fluir, vale decir, de avanzar, crecer, madurar en la vida sin estancarse, tema al que Pelegrina dedica todo un capítulo en la segunda parte de su libro, a propósito de los estilos y/o tareas de la historia vital (pp. 507 ss.). Escuchemos a nuestro autor: “La biografía es normalmente una construcción real progresiva, realizada de un modo progrediente, esto es, grado a grado, donde cada escalón se apoya en el anterior para progresar más allá de lo logrado”. Este proceso lo llama Pelegrina “personalización” y son justamente los estancamientos en el llegar a ser personal los que estarían a la base de los fenómenos psicopatológicos. La segunda idea, aquella de que la creación a menudo termina con el principio y comienza con el fin, nos remite a todo el capítulo sobre la causalidad emergente, una nueva versión más acorde con los tiempos de la causa final de Aristóteles (23) y del pensamiento teleológico de Teilhard de Chardin (24). La causalidad del paradigma anterior estaba fundada en la exterioridad de los entes

substanciales. Los efectos serían meros subproductos de la causa, donde lo más elevado produce lo menos elevado. En el nuevo paradigma, afirma Pelegrina, los hechos se generan por interacción sistémica y ésta hace emerger nuevas estructuras. En esta causalidad emergente hay retroacciones (el conocido mecanismo de *feedback*) y protracciones, vale decir, una causalidad por a-tracción de algo no inmediato sino alejado (*teleo*); en suma, un fin. Rilke ya se adelantó a esta nueva forma de concebir la causalidad, al afirmar en el mismo verso que la creación “a menudo termina con el principio y comienza con el fin”, versos que también encierran la idea de circularidad que hemos visto desarrollar tanto en la obra de von Weizsäcker como en la de Pelegrina.

En esta última estrofa el poeta nos recuerda que “cada espacio feliz” que hemos atravesado “con asombro” ha sido el resultado de una ruptura, de una escisión (“cada espacio feliz es hijo o nieto de la separación”). A este propósito es interesante destacar cuán espacial es la visión que tiene Rilke de la existencia, y así es como nos habla de “espacios” y no de “momentos felices”; como se dice corrientemente. El “espacio feliz” aludido en el soneto es un trozo de vida humana que, aun cuando haya sido más o menos logrado, siempre habrá tenido que pasar por una renuncia, por un dolor. Aquí también encontramos una coincidencia con Pelegrina, cuando éste subraya la dependencia del tiempo con respecto al espacio: “Las cosas son estructuras procesales... sin forma no puede haber transformación... el tiempo como discurrir es justamente la dimensión procesal de la propia transformación de la misma estructura. Es la transformación la que genera el tiempo de esa estructura y no al revés”. Por último, la culminación de la estrofa y del soneto todo es la idea de que la vida (el “espacio feliz”) y la realidad toda son productos de una ruptura, de una escisión. Esta idea también está presente en el libro de Pelegrina desde sus comienzos, cuando intenta definir la vida citando al lógico y matemático Spencer-Brown (25), quien afirma: “El universo adviene a la existencia cuando el espacio es dividido o desmembrado. La piel de un organismo viviente separa un afuera de un adentro... es la circunferencia la que crea el espacio circular”; hasta cuando nos enseña a asumir el gran límite que es la muerte, diciendo: “Asumir que nuestra vida es limitada, tanto en posibilidades como en duración y apropiarse personalmente de dichas limitaciones es lo realmente constructivo”.

Pero podemos llevar aún más lejos este tema de la separación y/o escisión, que está en la base de “cada espacio feliz” y donde vemos coincidir a Rilke y a Pelegrina y pensar, por ejemplo, en la expulsión del hombre del paraíso terrenal según el Génesis o, más cerca en el

tiempo, en aquel famoso fragmento de Anaximandro (26), discípulo de Tales y miembro de la Escuela de Mileto y que ha sido considerado como el primer ejemplo de pensamiento metafísico en la historia de la humanidad y que, por cierto, me rehúso a interpretar. El fragmento reza así: “De donde viene a los seres su generación, en eso se consuma también su disolución de manera necesaria, pues ellos pagan expiación y castigo de injusticias, recíprocamente, según el orden del tiempo”.

Creo que los compañeros de ruta que me han ido apareciendo al intentar comentar este libro, Viktor von Weizsäcker, Rainer Maria Rilke y Anaximandro, son una demostración indirecta de la profundidad, belleza y trascendencia de la obra que nos está regalando hoy Héctor Pelegrina.

REFERENCIAS

1. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie* (1913). Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1959
2. Glatzel J. *Allgemeine Psychopathologie*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1978.
3. Glatzel J. *Spezielle Psychopathologie*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1981
4. Husserl E. *La crisis de las ciencias europeas*. Barcelona, Crítica, 1991
5. Heidegger M. *Sein und Zeit* (1927). 10. Auflage. Max Niemeyer Verlag, Tübingen, 1963
6. Pelegrina H. *Fundamentos antropológicos de la psicopatología*. Ediciones Polifemo, Madrid, 2006
7. Zubiri X. *Estructura dinámica de la realidad*. Alianza, Madrid, 1989
8. Dörr O. Análisis fenomenológico de la depresividad en la melancolía y en la epilepsia. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1979; 7 (2ª Etapa): 291-304
9. Dörr O, Tellenbach H. Differentialphänomenologie des depressiven Syndroms. *Der Nervenarzt* 1980; 51: 113-118
10. Dörr O. Fenomenología de la corporalidad depresiva. *Salud Mental* 1993; 16(3): 22-30
11. Dörr O. Existential and phenomenological approach to psychiatry. In: Gelder MG (Oxford), López-Ibor JJ Jr. (Madrid), Andreasen NC (Iowa City), editors. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press, Oxford, 2000. p. 357-362
12. Jonas H. *El principio vida. Hacia una biología filosófica* (1994). Trotta, Madrid, 2000
13. Weizsäcker V von. *Pathosophie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1956
14. Binswanger L. *Melancholie und Manie*. Neske Verlag, Pfullingen, 1960
15. Gebtsattel VE von. *Prolegomena einer anthropologischen Medizin*. Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1954
16. Giannini H. *La re-flexión cotidiana*. 2ª Ed. Editorial Universitaria, Santiago, 1987. *La re-flexion quotidienne*. Alinea, Paris, 1991
17. Giannini H. *La experiencia moral*. Editorial Universitaria, Santiago, 1992
18. Goethe, JW von. Natur. En: *Naturwissenschaftliche Schriften*. 2ª Ed. Artemis Verlags-AG, Zürich, 1966. p. 708-714
19. Rilke RM. *Sonetos a Orfeo*. Traducción, prólogo, introducción y comentarios de Otto Dörr Zegers. Editorial Universitaria, Santiago, 2002
20. Goethe JW von. Brief an F. H. Jacobi, 23. Nov. 1801. In: Mandelkow KR, editor. *Goethes Briefe*. 3. Aufl. Hamburger Ausgabe, Bd. 2, München, 1988. S. 423 (Nr. 764)
21. Weizsäcker V von. Der Gestaltkreis (1937). In: *Gesammelte Schriften 4*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1997
22. Heisenberg W. *Der Teil und das Ganze*. Piper, München, 1969
23. Aristóteles. *Metaphysik*. Ferdinand Schöningh, Paderborn, 1961
24. Teilhard de Chardin P. *El fenómeno humano*. Taurus Ediciones, Madrid, 1967
25. Spencer-Brown G. *Laws of Form* (1969). Book Master, Portland, 1994
26. Anaximandro. En: Eggers E, Juliá VE (Ed). *Los filósofos presocráticos*. Editorial Gredos, Madrid, 1986. p. 110

ENTREVISTA DE GACETA UNIVERSITARIA

HUMBERTO MATURANA: AUTOPOIESIS, BIOLOGÍA DEL CONOCER Y PSIQUIATRÍA

(Rev GU 2006; 2; 3: 264-272)

Humberto Maturana estudió medicina en la Universidad de Chile y biología en Inglaterra y Estados Unidos. En 1958 se doctoró en la Universidad de Harvard. Es profesor titular de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Chile, profesor en la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación y profesor en el Instituto de Terapia Familiar de Santiago. En 1994 recibió el Premio Nacional de Ciencias. Es Co-Fundador, Co-Director, Investigador y Docente del Instituto de Formación Matriztica, donde según su propio decir: “hemos creado un laboratorio humano”. El profesor Maturana ha creado desde su estudio de la percepción el campo de la comprensión ontológica del fenómeno del conocer, como un fenómeno biológico que él denomina biología del conocer, así como el entendimiento de los fundamentos biológicos de lo humano que él llama biología del amar. Ha formulado, a partir de su trabajo con Francisco Varela, el concepto de la “Autopoiesis”, una de las nociones científicas de mayor impacto transversal en la historia de la ciencia moderna. Actualmente trabaja con la profesora Ximena Dávila Yáñez y un equipo de colaboradores del Instituto Matriztico, en el desarrollo de las consecuencias del entendimiento evocado por la dinámica de la Matriz Biológica de la Existencia Humana en cinco áreas del quehacer humano: Familia, Educación, Empresa, Sociedad y Mundo Natural. El Dr. Maturana gentilmente accedió a conceder esta entrevista a GU, y así tener un diálogo directo con los psiquiatras que trabajan en Chile.

Gaceta Universitaria (GU): *Su obra ha influido notablemente en el campo de la psicología y de la psicoterapia, además de ser fundamento para los desarrollos de muchos otros ámbitos, como la educación, la cultura y la política. ¿Pensó alguna vez que su trabajo en biología podría tener esta difusión en el mundo? ¿Qué ha significado para usted esta situación?*

Humberto Maturana (HM): Nunca lo pensé, y ha significado para mí una sorpresa. De hecho pensé que lo que yo estaba pensando era difícil y que iba a costar mucho que fuera comprendido. Se demoró, pero resulta que yo viví más tiempo que la demora.

GU: *En 1986 usted publicó, junto a Carmen Luz Méndez, un artículo titulado “La enfermedad mental como trastorno epistemológico”.¹ Pone como ejemplo de enfermedades consideradas crónicas al alcoholismo y a las relaciones de pareja en las que hay permanentes agresiones recíprocas recurrentes. Naturalmente, lo que con comillas la psiquiatría llama “enfermedad mental crónica” se re-*

¹ Maturana H. *Desde la biología a la Psicología*. Ed. Síntesis, Santiago, 1993

fiere más propiamente a los cuadros conocidos como esquizofrenia, demencias, paranoia o trastorno delirante, por mencionar a los más característicos. Sin embargo, en el artículo mencionado lo central es lo que ustedes llaman "trastorno epistemológico". Tal trastorno es algo que le ocurre al diagnosticador y no al diagnosticado, y que consiste en que "(...)la reflexión, poderoso instrumento explicativo, se constituye en la vivencia; deja de ser la explicación de una realidad y se transforma en "la realidad". La aparente existencia de la cronicidad sería sólo una muestra de las consecuencias de este trastorno epistemológico". Entonces, la enfermedad mental crónica ¿sería un trastorno epistemológico de los psiquiatras? ¿Podría explicar este concepto?

HM: Lo que ocurre es que cuando yo participé en la escritura de este trabajo con Carmen Luz Méndez y Fernando Coddou, había algo que yo no entendía todavía y que no lo vine a comprender hasta que me encontré con Ximena Dávila, y esto es que el dolor por el cual se pide ayuda es siempre de origen cultural, y que lo que nosotros allí veíamos como trastorno epistemológico, de hecho, corresponde a la dinámica cultural en la cual se conserva el dolor por el que la persona consulta, y es un dolor y un sufrimiento que trastornan la vida, así que hay allí un trastorno del vivir. Yo diría que hay dos maneras fundamentales de conservar ese dolor. Una forma está en el diagnóstico –que es algo que hacen los psiquiatras en este caso– y que corresponde a una cierta visión de lo que es la situación patológica o, mejor dicho, sobre la naturaleza o el origen del sufrimiento. Eso tiene que ver con una postura, con una cierta visión, la que por supuesto se puede tratar como algo que tiene un fundamento epistemológico. Ahora, cuando uno se da cuenta, como se dio cuenta Ximena Dávila, de que el dolor y el sufrimiento por los cuales se pide ayuda tienen que ver con negaciones en la historia cultural, con situaciones de no ser vista y que son conservadas como tales por la persona a lo largo de su vida, en la misma dinámica cultural a la cual pertenece, también nos encontramos con que esto tiene que ver con una cierta postura, y eso implica una postura epistemológica, por supuesto.

La otra forma implica darse cuenta que lo central no es la postura epistemológica sino que el dolor y el sufrimiento son de origen cultural. Es decir, es la cultura la que define el espacio relacional en el cual se conserva y se genera el dolor y al mismo tiempo es la cultura la que muestra el modo cómo la persona se inserta en ella, y es la trama relacional que constituye la cultura la que muestra cómo es posible salir de ese dolor. Si uno lo trata como un trastorno epistemológico es ciego a que lo que está pasando ahí no es un trastorno epis-

temológico sino un cambio epistemológico en el vivir, que oculta esta dinámica que genera el dolor y el sufrimiento, y no encuentra el camino de salida que pasa por un cambio de la mirada sobre sí misma, una salida del desdén de sí mismo, una salida de la depreciación de su vivir para entrar en la recuperación del respeto por sí mismo, el quererse a sí mismo. Y esto es lo que de hecho hace que las personas salgan del dolor. Pero si yo trato eso como un cambio epistemológico, implica, o más bien oculta, esta dinámica que está también mostrando la salida.

Hay una salida en lo que Ximena Dávila llama "Conversaciones Liberadoras"; que es un conversar a través del cual la reflexión le permite a uno ver que estaba metido en una trampa, que él o ella ha conservado y que no tiene por qué seguir conservando y que se sale de ella desde el entendimiento de esa dinámica.

La cultura en que uno vive configura un espacio de preguntas, de respuestas, de acciones, de cosas que se aceptan, cosas que se rechazan, cosas que se pueden ver y que no se pueden ver en la vida de una persona, y esto nos pasa a todos. Y éstas, a veces, constituyen trampas en el vivir. Si una persona ha sido por ejemplo acusada cuando niño o ha sido negada. A menos que salga desde sí mismo, porque él reflexiona o porque ella reflexiona o porque con los adultos con los cuales convive se abre un espacio de reflexión, para que el niño se dé cuenta y pueda salir desde allí y ver que aquella negación que él vivió no tiene que ver con él sino que es una circunstancia histórica, a menos que eso no pase, la persona conserva esa negación de sí mismo desde la depreciación en la cual entró cuando fue abusado o traicionado.

Lo que las conversaciones liberadoras hacen es expandir la conciencia de sí mismo al expandir la visión de sí mismo como ser amoroso. Expandir la mirada que le muestra a uno que uno es un ser hermoso, valioso, tierno y que si eso fue un episodio histórico no tiene ninguna trascendencia porque no le toca a uno como el ser, sino como una circunstancia del hacer.

Esta situación en alguna medida es similar para las así llamadas en psiquiatría "enfermedades mentales crónicas"; como la esquizofrenia, la demencia, la paranoia o el trastorno delirante. Salvo que lo que sucede es que las situaciones crónicas consisten en dinámicas conservadoras de una conducta de un modo de estar consigo mismo que niega la posibilidad de la salida de ella, porque no tiene desde sí misma una apertura reflexiva. Entonces, si uno la trata como una enfermedad psiquiátrica crónica y no la ve como una situación de una trampa explicativa de la propia vida, para ocultar con la situación de explicación lo que está sucediendo,

uno está viviéndose a sí mismo de una cierta manera y no podrá salir de allí a menos que uno abra un espacio de reflexión. Y ese espacio de reflexión se puede abrir de muchas maneras. Se puede abrir accidentalmente, con la intervención de otra persona, o puede el psiquiatra en otras conversaciones expandir ese espacio reflexivo. Pero hay una forma que es la que Ximena Dávila ha desarrollado para abrir ese espacio directamente a través del entendimiento de la Biología del Conocer y de la Biología del Amar. Y cuando se hace así, desde esa mirada, las personas entran en un camino reflexivo que las saca del dolor y rompe con el carácter crónico de la situación de esa dinámica conservadora, de esa situación de negación y depreciación de sí mismo en la cual la persona está inmersa.

GU: *El poder de definir la normalidad o anormalidad, la salud y la enfermedad es otorgado por los sistemas sociales a los médicos, los psicólogos y los psiquiatras. Esto, para usted, ocurre bajo el supuesto explícito o implícito de que el conocimiento objetivo es posible (el acceso a una realidad independiente del observador) y que usted ha llamado "objetividad sin paréntesis". Sin embargo, el acceso a algo así como una realidad objetiva (en sí) ha sido objetado desde Platón en adelante (recordemos el mito de la caverna) y de manera enfática por algunos filósofos modernos (Kant) y claramente por la filosofía contemporánea (Husserl —y su famosa "puesta entre paréntesis"—, Heidegger, Wittgenstein y muchos más). Lo mismo ha ocurrido en la física a partir de Planck, Heisenberg y por supuesto Einstein. Los diagnósticos de la psiquiatría siguen esa tradición epistemológica, puesto que son ordenaciones consensuales sobre la base de criterios explícitos, y no están pensados como realidades en sí. Ya nadie acepta en el ámbito de la psiquiatría, implícita o explícitamente, lo que usted supone, es decir, que se estaría operando con lo que usted llama "objetividad sin paréntesis". ¿Cómo concibe actualmente esta situación?*

HM: Yo creo que se está operando desde la objetividad sin paréntesis, porque, digamos, ése es el trasfondo de la cultura. Yo creo que cuando Kant supuestamente reconoce que no hay una objetividad en sí, de todos modos concibe la noción del en sí como un referente trascendente. Busca una respuesta, pero uno no tiene una respuesta frente a una negación de la realidad o la negación de un en sí al cual uno no puede hacer una referencia hasta que no muestre cómo es que eso no puede ser. Mientras uno no muestre cómo es que eso no puede ser, uno se queda con supuestos filosóficos, con supuestos religiosos que de todos modos no le resuelven a uno la experiencia cotidiana, en la cual uno tiene cosas en su entorno de las cuales uno puede ha-

blar y que tienen permanencia. Por lo menos en Occidente no tenemos cómo hacer eso. Entonces, la única forma de hacer eso es entender cuál es la dinámica biológica que hace que podamos existir, coordinarnos, vivir juntos, hacer cosas juntos. Y vivir en un mundo de objetos en circunstancias en las que no hay objetos de los que podamos hablar como entes en sí, y eso es lo que hace la Biología del Conocer. Entonces, ninguno de los filósofos o pensadores que dimensionan este problema ha tenido cómo explicar el cómo se construye el mundo en circunstancias de que no tenemos acceso a una realidad trascendente, y para darle solidez a las propuestas se termina eventualmente haciendo referencia a una situación trascendente de alguna clase o a alguna teología. Algo que sostiene nuestras coherencias operacionales o, en caso contrario, nos quedamos con un misterio.

Lo que sostiene nuestras coherencias operacionales es nuestro vivir y el tema ya no es la realidad sino cómo explicamos nuestro conocer, que es una cosa completamente distinta. Por eso es que yo nunca me he preocupado del tema de la realidad. Es que no tenemos cómo hablar de algo como si existiese en sí y eso no es una limitación circunstancial sino que es una condición de existencia. No es una limitación de ninguna clase sino que es una condición de existencia, y si aceptamos eso podemos entender cómo es que funciona el sistema nervioso, cómo funciona la percepción y cómo es que generamos mundos y hacemos todas las cosas que hacemos en las coherencias operacionales de nuestro vivir sin tener que hacer jamás referencia a una realidad independiente. Pero hasta donde yo sé, y soy una persona bastante ignorante, no hay ninguna de las personas atrás mencionadas que, en el fondo, no se esté apoyando en alguna noción de en sí como un referente último, aunque inconducible. Por eso es que yo digo que ese referente es la nada-nada. Uno puede necesitar por algunas razones epistemológicas un sustrato, pero uno no puede decir que nada hay, ni siquiera que tiene sentido hablar de sustrato, de una esencia. Husserl no resuelve el problema cuando él habla de la epistemología. No resuelve el problema porque no tiene cómo hablar del operar del organismo. Merleau-Ponty tampoco se acerca a eso, de hecho no tiene cómo explicar el fenómeno del conocer sin, de alguna manera implícitamente y aunque no lo quiera, apoyarse en un referente trascendente.

Sin embargo, no basta con explicitar estos criterios para tener una, llamémosla así, objetividad en paréntesis. Lo que pasa es que si los criterios describen aspectos de algo que existiría con independencia de ellos, conservan el en sí. La noción de objetividad entre

paréntesis dice lo siguiente: me doy cuenta que no tengo cómo hacer referencia a algo independiente de mí para validar mi explicar y desde allí me doy cuenta de que valido mi explicar con mi explicar. O sea, explico lo que explico con las coherencias de mi vivir y uso las coherencias de mi vivir para validar mi explicar y eso implica también que yo me hago cargo de que las cosas no son en sí, sino que surgen con la operación de distinción que yo aplico y con los criterios de distinción que yo aplico. Cuando uno pone un criterio de distinción en una patología, por ejemplo, sin hacerse cargo de que en el momento en que yo pongo un criterio de distinción, lo que me aparece a mí en lo que surge con la distinción no afirma nada sobre una realidad trascendente y, de hecho, no afirma nada sobre la persona. Entonces, no basta eso. No basta el que yo diga “yo tengo este criterio”. Claro, el que yo diga “yo tengo este criterio” quiere decir que cada vez que yo vea tal cosa voy a decir tal cosa. Porque va a aparecer. Yo tengo un criterio que distingue que hay esquizofrenia y cada vez que ese criterio se aplica yo voy a decir que hay esquizofrenia. Pero si yo no sé la dinámica que constituye ese fenómeno llamado esquizofrenia, entonces no sé qué estoy distinguiendo. De hecho, y esto es fundamental, es la vida de una persona. Si yo no sé que lo que estoy haciendo es una clasificación que a mí me tranquiliza porque cada vez que yo aplique ese molde de distinción va a aparecer algo que me satisface el molde, o que no satisface el molde, porque yo digo que no es eso, corro el riesgo de entrar en una dinámica conservadora de esa distinción como si existiese con independencia de mí.

En la objetividad en paréntesis uno es consciente de que no puede hacer eso. Uno siempre se puede preguntar por los fundamentos de las distinciones que hace y eso permite ir descubriendo que lo que está en juego en el fondo es un modo de convivencia en los cuales uno no puede decir nada más que cómo fluye el convivir. Es bajo las interacciones operacionales del convivir que se esté viviendo que si yo le digo a una persona que todos los criterios indican que usted tiene (y le pongo el nombre de una patología) esa persona o acepta lo que yo digo y entra a vivir identificándose desde allí, o no lo acepta. Lo que un observador ve que ocurre es que se identifica de una manera distinta a sí misma o busca a otra persona tal que le dé una respuesta diferente que le tranquilice su vida y que el vivir le devuelva el bienestar.

Nosotros generamos los mundos con las distinciones que hacemos y ése es el tema de la ciencia, las distinciones que se hacen desde la ciencia son distinciones en el operar del observador y se validan mundos desde

el operar del observador. Por eso es que las ciencias no nos muestran nada sobre el mundo independiente, sino que constituyen mundos a partir de las relaciones que aceptamos como válidas. Así que estamos inmersos en un fluir de mundos que generamos con nuestro vivir y con nuestras explicaciones de nuestro vivir y con las coherencias de nuestro vivir.

GU: *Para poder continuar, le pedimos que concordemos en eliminar o al menos poner en suspenso el supuesto de que la Psiquiatría y la Psicología clínicas asumen implícitamente que tienen acceso a una realidad en sí. Quisiéramos llevarlo a otro plano, el de la praxis. Entendemos por praxis lo que uno hace, y no lo que uno explica: por ejemplo, andar en bicicleta. La mayor parte del oficio científico y profesional, en cualquier área, es práxico. No hay diferencia sustantiva entre andar en bicicleta y operar un meningioma, hacer una psicoterapia, idear un artificio para medir la caída de los cuerpos o indicar un antidepresivo. Este “saber hacer” no es una “explicación acerca de una realidad” sino la forma en que constituimos nuestra experiencia del mundo, tal como podemos hacerlo los humanos, y que es probablemente diferente a la experiencia de una cianobacteria. La praxis no da cuenta de los fenómenos causales o de la cadena de principios de “razón suficiente”: simplemente opera y se guía por los resultados. Los seres humanos han sabido usar el fuego sin saber nada de él. Esto es la praxis. Sobre esta praxis se formulan explicaciones provisionales (narraciones) que varían mucho de una época a otra, incluidas, por cierto, las explicaciones científicas, religiosas y filosóficas. ¿Qué considera usted provisional en sus puntos de vista acerca de la cognición, es decir, respecto de lo que usted llama “biología de la cognición”?*

HM: No considero nada provisional. Sin duda, lo que usted dice sobre la praxis es lo que sucede. Yo puedo tener cualquier teoría que se me ocurra para explicar mi praxis y da lo mismo si no modifica mi praxis. Lo interesante de las teorías es que en cuanto uno las acepta como válidas modifican la praxis. Ahora, en último término, todo se refiere a la praxis y eso es la potencia del explicar científico. El explicar científico lo único que dice es que si se satisfacen ciertas condiciones de coherencias en la praxis, algo se puede aceptar como válido ¿Dónde? En el espacio de la praxis por supuesto; no en un espacio trascendente que se construye en mundos de praxis. Todas las ingenierías son mundos de praxis, toda la biología es un mundo de praxis y toda la física es un mundo de praxis. Si hacemos teoría para expresar de una manera coherente el discurso que supuestamente indican u ordenan las praxis para hacerlas de una manera particular –y por eso es que las teorías

son fluidas—, uno las puede botar en el momento en que no se satisfacen las praxis. Bueno, yo pienso que la biología del conocer se funda en la praxis misma del vivir, no tiene ningún supuesto, solamente las coherencias de la praxis del vivir. Por eso no hay nada teórico. Nada que haya que cambiar desde ahí, porque no es un constructo teórico. Las explicaciones no son constructos teóricos, las explicaciones son proposiciones de mecanismos generativos en algún espacio y tienen validez en el espacio de coherencias cuando uno propone el mecanismo generativo si se satisfacen los criterios de aceptación de la explicación. En el caso de las explicaciones científicas se satisface el criterio de validaciones científicas.

Yo no considero efectivamente nada provisional y, en sentido estricto, no considero que haya la diferencia entre teoría y praxis, porque las teorías son praxis en un espacio distinto de lo que usualmente llamamos práctica. La Psiquiatría se constituye de prácticas que tienen que ver con operar en el mundo explícito del hacer de nuestra corporalidad, de la acción externa en que lo que llamamos teoría tiene que ver con la dinámica operacional interna que nos parece abstracta porque no vemos las dimensiones del operar mismo directamente. Ahora, en ambos casos, lo que llamamos praxis y lo que llamamos teoría, en un sentido estricto, está ocurriendo en el mismo dominio, que es el dominio del operar del sistema nervioso para la generación de cambios de relación de actividad y de las configuraciones de cambios de relaciones de actividades en la dinámica interna del sistema nervioso.

Todas esas cosas tienen efectividad en el operar del organismo, en las correlaciones sensomotoras del organismo y cuando no tienen presencia no existen ni como teoría ni como cosa alguna porque es irrecuperable en el organismo como totalidad donde estas cosas aparecen como descripciones en el lenguaje. Ahora, esas operaciones internas tienen no un correlato, pero dan origen a correlaciones sensoefectoras del organismo. Eso es interesante, porque eso hace la posibilidad de que exista un operar interno, que cuando aparece sin que nosotros nos demos cuenta de cuál fue su surgimiento, podamos hablar de relaciones de ese surgimiento que constituyen una teoría. Entonces, no hay diferencia. Ahora, desde esa perspectiva para mí no hay una diferencia sino que en tanto yo pretendo entender el operar del sistema nervioso no hay cosas que son provisionales, salvo cuando esté haciendo afirmaciones especiales, particulares, en las cuales lo que uno tiene que hacer es siempre pedir o revisar. En lo que se refiere al tipo de relaciones que la biología del conocer trae consigo, no hay nada provisorio.

GU: *Brothers² describe el “cerebro social” como sistemas cognitivos y afectivos que han evolucionado como resultado de las presiones progresivas de los sistemas sociales con altos niveles de organización. Este sistema cerebral subyace a las habilidades de la conducta social, tanto en el sentido de la captación de las disposiciones e intenciones de los otros individuos, como de las respuestas frente a ellas. Estas habilidades incluyen desde la percepción de las expresiones faciales y otras señales, hasta el procesamiento emocional, la “teoría de la mente”, la auto-referencia y la memoria, y que involucran lo que se conoce como “neuronas en espejo”. Estudios paleontológicos y comparativos entre primates³ sugieren que los homínidos desarrollaron una compleja interconectividad cortical en el curso de la evolución a partir de las exigencias de la vida en comunidad. Esto ocurrió especial y principalmente en la conectividad fronto-temporal y fronto-parietal. Usted ha sostenido que esta situación evolutiva lleva a la aparición del lenguaje humano. Sin embargo, la interacción recurrente y la cooperación es común a muchas especies de seres vivos, y especialmente ocurre en primates. Por lo mismo, suponer que esas condiciones estaban antes del lenguaje, ¿explica su emergencia? ¿No podría entenderse al revés, o sea, que ellas sólo nos permiten conjeturar que ese modo de vida pudo existir, y seguir existiendo, como en los primates, pero fuera del lenguaje humano, y por lo tanto, vernos en la necesidad de tener que acudir a una explicación auxiliar para dar razón de tal emergencia lingüística?*

HM: Yo pienso que el lenguaje no surge en relación a una conectividad especial del sistema nervioso. El lenguaje tiene que ver con un modo de vivir y de convivir en el cual lo que se va haciendo central en esa convivencia son las coordinaciones de coordinaciones de haceres. Es decir, hay coordinaciones de haceres y cuando aparecen circunstancialmente coordinaciones de coordinaciones de haceres, el lenguaje puede desarrollarse, puede tener y puede adquirir historia cuando esas coordinaciones de coordinaciones de haceres pasan a conservarse según el modo de vivir que se vive. Si las coordinaciones de coordinaciones de haceres que uno puede ver que hace con sus animales domésticos, por ejemplo con un perro, son ocasionales y pasan, no apa-

² Brothers L. The social brain: a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Concepts in Neuroscience*, 1990; 1: 27-51.

³ Charlton B. Theory of Mind Delusions and Bizarre Delusions in an Evolutionary Perspective: psychiatry and the social brain. Draft of Book Chapter to be published in: *The Social Brain-Evolution and Pathology*. Brune M, Ribbert H and Schiefenhovel (Ed.). John Wiley & Sons, Chichester, 2003.

rece el lenguaje, son destellos de posibilidades de lenguaje. Pero cuando pasan a ser modos de vivir que pasan a conservarse en el vivir relacional, entonces, pasan a constituir flujos de coordinaciones de coordinaciones de coordinaciones conductuales que pasan a ser operaciones en el lenguaje. Y eso nos pasa con algunos animales domésticos y ciertamente nos pasa con primates, nos pasa con los chimpancés, con los gorilas, con los orangutanes en la medida que vivan con seres humanos haciendo eso. De modo que el origen del lenguaje no tiene que ver con un cambio sustancial y peculiar del sistema nervioso, sino con un modo de vivir en convivencia cercana, íntima, en el placer de estar juntos haciendo cosas juntos que va guiando la conservación en las variaciones del sistema nervioso que facilitan ese proceso de convivir y hace que lo central en el lenguaje no es lo que pasa con el sistema nervioso.

Es por eso que el tema del origen de la familia como el centro, que daba en los comienzos seguridad y un modo de vivir en el cual la cercanía, la convivencia, el tener un espacio de estar juntos haga posible que se den las coordinaciones de coordinaciones conductuales consensuales y se conserven como un modo de vivir y se conserven, por supuesto, enlazados con las emociones. Entonces, en un sentido estricto, el lenguaje es coordinaciones de coordinaciones de hacer, pero en su historia se constituye entrelazado con las emociones que hacen posible que se conserven en el aprendizaje de los niños, en el convivir histórico de una comunidad.

En un sentido estricto, uno puede decir que el origen del lenguaje crece en las conversaciones, pero las conversaciones se dan en el entrelazamiento del lenguajear y el emocionar. Es decir, tiene que originarse el lenguajear como fluir de coordinaciones de coordinaciones de hacer de modo que efectivamente el lenguajear ocurra para que las conversaciones ocurran. Porque siempre ocurren, siempre el vivir ocurre en el trasfondo emocional y está continuamente presente y fluyendo.

GU: En el prólogo de la reedición de 1995 de *“De máquinas y seres vivos”* Francisco Varela y usted tienen un recuerdo diferente de la manera en que la expresión *“autopoiesis”* se integró al pensamiento que ustedes estaban desarrollando. La palabra *“autopoiesis”* ha tenido una gran fortuna en los medios aledaños a la biología, pero es un neologismo griego que estrictamente sólo expresa un contrasentido.⁴ Efectivamente, en griego, *poiesis* significa

*la producción de algo, en la cual el que produce es diferente de lo producido, por ejemplo, el cáliz ceremonial es muy diferente del artesano que le dio forma. Ahora bien, si *To autos* significa en griego “lo mismo”, “autopoiesis” –estrictamente– se lee en ese idioma como “lo mismo producido por lo otro que lo mismo”.⁵ Es decir, todo lo contrario de lo que ustedes pretendían expresar. A pesar de esta consideración idiomática, el concepto envuelto es, sin duda, importante. Apunta a la idiosincrásica propiedad de los seres vivos de crear sus propios procesos y estructuras a través de estos mismos procesos y estructuras, incluidos los límites de esa “mismidad”, la membrana celular (clausura operacional). Esto para usted define a la organización de la vida. Sin embargo, hay una gran excepción a este principio: el ADN. Los seres vivos no producen su propio ADN mediante su propio ADN sino que lo reciben ya estructurado mediante los vínculos genómicos inevitables que establecen con otros seres vivos. Pero además, desde un punto de vista termodinámico, los seres vivos son esencialmente estructuras disipativas, sistemas en ese sentido abiertos y con la capacidad de disipar los gradientes energéticos (la exergía del sol), condición que se supone esencial para la evolución.⁶ De acuerdo a estos antecedentes, en su opinión actual, ¿basta la autopoiesis para definir lo esencial de un sistema vivo?*

HM: La *autopoiesis* no define lo esencial de un sistema vivo, constituye un sistema vivo. La *poiesis* implica no el que algo sea producido por otro sino que un proceso que da por resultado algo. La hematopoyesis es un proceso que da por resultado sangre, entonces, *autopoiesis* es el proceso que da por resultado algo que es el mismo proceso que lo está produciendo, que no es la diferencia entre productor y resultado lo central sino que la noción de que un proceso da un cierto resultado que puede ser cualquiera. En el caso de la *autopoiesis* es el mismo, la misma red molecular, el mismo sistema. Así que yo estimo, por una parte, que la noción de *autopoiesis* no tiene la contradicción ahí sugerida. Por otra parte, no es la definición del ser vivo sino que es el ser vivo mismo, porque el resultado de eso es una unidad discreta. Ahora, los ácidos nucleicos son producidos por el ser vivo mismo porque hay un continuo recambio celular a través de los procesos de la historia de la célula. Las moléculas de ácido nucleico no están fijadas para siempre como un cristal. Están tam-

⁴ Maturana, H y Varela, F. *De máquinas y seres vivos: autopoiesis: la organización de lo vivo*. Segunda edición, Ed. Universitaria, Santiago, 1995.

⁵ Aristóteles: *Moral, a Nicómaco*. Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1996.

⁶ Schneider ED, Kay JJ. Complexity and Thermodynamics: Towards a New Ecology. *Futures* 24 (6) pp. 626-47, 1994.

bién en transformación, digamos, de producción de nuevas células, digamos, en una continua reparación que uno diría de los ácidos nucleicos, es parte de la dinámica de la producción de ácidos nucleicos. Ahora, en su origen, claro, vivimos un organismo que tiene una historia asociada a la conservación de una configuración de ácidos nucleicos, pero ese aspecto histórico no es central para que el ser vivo sea vivo. En un sentido estricto, puede haber un ser vivo en el cual los ácidos nucleicos están ahí cambiando continuamente y en tanto se conserve la *autopoiesis*, el sistema va a ser vivo. La *autopoiesis* no es lo más característico de los seres vivos sino que lo que constituye a los seres vivos como entidades discretas, como seres vivos. En términos de su condición de identidad y de existencia. La *autopoiesis* ocurre en la red de producciones moleculares en la cual las moléculas producidas son de la misma clase de las moléculas que constituyen esa red y hacen de esa red una unidad discreta especificando sus bordes dinámicos hasta donde llega esa red de producción de sí mismo.

Lo central en los seres vivos no son los componentes. Los ácidos desoxirribonucleicos no son elementos fundamentales de los seres vivos, pueden estar o no estar. Si no hay ácidos nucleicos, el ser vivo, la dinámica autopoietica tiene una duración de una clase distinta cuando hay ácidos nucleicos. Lo central de los ácidos nucleicos está en el tema de la formación de los linajes, y voy a hablar más adelante de ello. Así que, aunque no sean producidos de partida, de hecho son continuamente renovados. La estructura molecular está siendo continuamente renovada en la dinámica de la *autopoiesis* de las células, así que forman parte, igual que las otras moléculas, de esta continua red de producción de componentes. La célula produce ácidos nucleicos también. La *autopoiesis* constituye un ente que es una unidad discreta que existe como totalidad en el medio en el cual conserva su condición de totalidad como organismo en la continua producción de sí mismo, eso por una parte.

Por otra parte, el tema de los sistemas disipativos. La noción de sistemas disipativos hace referencia al flujo de la energía. Sin duda al hacerla los sistemas vivos no son los únicos sistemas disipativos. Todo sistema dinámico es en último término un sistema disipativo porque recibe energía y necesita energía, transforma la energía. Puede ser energía calórica, puede ser, por ejemplo, un sistema de agua hirviendo en un recipiente y es un sistema disipativo porque conserva constante la temperatura en este flujo de calor y liberación de calor a través de la evaporación, en fin, de modo que es un error o por lo menos una mirada un poco restringi-

da en algún momento de la historia del pensamiento de los seres vivos pensar que lo característico de ellos era que fuesen sistemas abiertos. No es así, lo característico del ser vivo es que son sistemas cerrados en lo que se refiere a la producción de sí mismos. Como esto ocurre como un proceso de dinámica molecular es necesariamente un sistema disipativo. Todo proceso molecular opera como sistema disipativo en el sentido de que transforma energía –si es energía calórica por disipación molecular– el resultado es un proceso que en últimos términos disipa energía, irradiación calórica en otro grado, en fin. Por lo tanto, en sentido estricto no hay problema si los seres vivos son sistemas disipativos, son abiertos al flujo de energía, pero son cerrados en su dinámica de estado porque todos los estados de la *autopoiesis* es estar de *autopoiesis*. Hay moléculas que entran, moléculas que salen-entran cuando se hacen parte de las redes de producciones moleculares de *autopoiesis*. Salen cuando dejan de ser parte de ella, así que es abierto al flujo molecular, pero es cerrado cuando se refiere a la dinámica de estado porque el operar de la *autopoiesis* produce continuamente estados de *autopoiesis*.

Ahora, la evolución no tiene que ver con los flujos energéticos. Todos los sistemas moleculares están en flujo energético, todos. Los sistemas moleculares ocurren con la satisfacción de las leyes de la termodinámica porque no puede ser de otra manera. No hay reacciones moleculares si no satisfacen las coherencias operacionales que están abstraídas en las nociones termodinámicas. La evolución es la generación de linajes como resultado de la reproducción que ocurre, como la formación de un linaje en la cual la reproducción conserva una organización esencial que puede cambiar en su realización. O sea, la historia de los seres vivos en la tierra es la historia de la conservación de la *autopoiesis* a través de la reproducción en un flujo de cambio de la forma en cómo esa *autopoiesis* se va realizando y va constituyendo los distintos linajes de seres vivos. O sea, claro que son sistemas disipativos, pero que sean sistemas disipativos no constituye un elemento central para la *autopoiesis* porque no es lo que haga a la *autopoiesis*, no le viene ni le va como tal, es un sistema disipativo y como sistema disipativo molecular va a operar siempre como sistema disipativo. Si yo te dijese que un sistema disipativo es central para la constitución de un automóvil, no es el flujo de energía sino que la forma depende a través del cual esa energía fluye, el objeto este que es un automóvil. En el caso de los seres vivos, el objeto este, lo que define el objeto, lo que constituye a ese objeto, es la producción *autopoietica*.

La deriva evolutiva o la deriva de transformaciones ontogénicas está abierta al solo hecho de que un sistema tenga una estructura variable y que se conserve la conservación de su organización. La estructura va a estar variando en torno a la organización que se conserve. Cualquier sistema en tanto totalidad existe en la conservación de su organización. Si la organización se excluye, el sistema desaparece en el proceso de la dinámica de los procesos que constituyen ese sistema, la estructura puede ir cambiando. Si va cambiando constituye un fenómeno histórico de conservación del ente en sí en particular, como un fenómeno de ontogenia de historia individual y si hay reproducción es un fenómeno evolutivo. Lo que es central para la evolución es la reproducción. Si no hay reproducción no hay evolución. La evolución es una historia reproductiva con transformaciones de la forma en la cual se conserva la organización que se reproduce.

La reproducción es un fenómeno muy general. La reproducción ocurre cuando una entidad compuesta cualquiera tiene una organización que se realiza de manera distribuida en su estructura y admite una fractura de modo que resulten dos entidades de la misma clase y, a veces, juego a decir que tengo una hoja de papel y la voy a reproducir y, efectivamente, tomo la hoja de papel y la divido en dos y al dividirla en dos me quedan dos hojas de papel ¿Qué es lo peculiar de la hoja de papel en este caso? Es que la organización que hace a la hoja de papel no está restringida a un pedacito particular de la hoja de papel sino que está distribuida en toda la hoja de papel, de modo que yo la corto en dos y las dos mitades tienen la misma organización de hoja de papel que era la original. Así que, claro, en términos generales, mucho más general que la *autopoiesis*, lo que pasa es que en la reproducción de los seres vivos la organización que se conserva en reproducción, la fractura reproductiva, es la *autopoiesis* y los distintos linajes es la forma particular de realizar la *autopoiesis*.

GU: Finalmente, a nombre de los psiquiatras que trabajan en nuestro país, queremos agradecerle por haber tenido la gentileza de responder a nuestras preguntas. Si usted quiere agregar algo a esta entrevista, nos complacería que lo hiciera. GU lo deja cordialmente invitado a publicar sus puntos de vista en ella.

HM: Sí, yo quisiera decir algo particularmente a los psiquiatras. Lo que quiero decir es lo siguiente: que cuando se habla de lo vivo se habla de la dinámica interna molecular que constituye al ser vivo como ser vivo. Pero un ser vivo es una unidad discreta en un espacio

relacional y, como tal, un organismo. Los temas que le preocupan a uno en el ámbito de la conducta humana son temas del operar de este ser vivo particular que es el ser humano como un organismo en un espacio operacional con otros organismos o con otros entes. Este operar del organismo como totalidad en un espacio relacional implica, por supuesto, la dinámica interna que lo constituye como sistema *autopoietico* y la forma interna de realizar la *autopoiesis* se puede ir cambiando, y de hecho va cambiando en las interacciones de este ser vivo que está operando como un organismo al operar como una totalidad en un espacio relacional. Entonces, el espacio de preocupaciones de la psiquiatría pertenece al vivir del ser vivo del organismo humano como totalidad porque pertenece a los temas de cómo éste se relaciona con otros seres vivos, con otros seres humanos en lo que es su entorno. Esto implica una dinámica interna que modifica el modo de operar de un organismo como totalidad en su espacio relacional, pero lo que pasa en el espacio relacional en interacción con otro organismo modula lo que pasa en la dinámica interna en la organización de la *autopoiesis*. De allí el que la psiquiatría se encuentre en que tiene que tratar estas dos cosas. Yo veo lo que pasa en la dinámica relacional del ser humano como organismo poniendo mi énfasis en lo que pasa en la relación sabiendo que algo pasa internamente, pero sin poner mi atención en la dinámica interna, sino suponiéndola. Cuando tengo una conducta inadecuada sin suponer en la patología una dinámica interna, eso pertenece al ámbito de la psicología.

Los psicólogos se preocupan de eso con una mirada mínima. Pero el psiquiatra mira al organismo como una totalidad, pues al mismo tiempo piensa en una dinámica interna para explicar esa conducta. En el fondo, es una contribución, no sé si una gran contribución, pero es una contribución del pensamiento de Freud en que él quiere encontrar una dinámica interna para explicar la dinámica relacional de la persona. Como no tenía los elementos biológicos completos para hacer referencia a eso, lo que hace es inventar una biología de la psiquis con nociones que él concibe como factores operantes en la internalidad del organismo con consecuencias en el espacio relacional. Así que la psiquiatría es la mirada que está más puesta, sin dejar de mirar el espacio relacional, en la dinámica interna, de algo que está puesto en la dinámica relacional. La psicología, por lo tanto, procura ayudar a la persona que busca ayuda desde la relación. La psiquiatría puede procurar ayudar a la persona que pide ayuda desde la dinámica interna.

OBRAS SELECCIONADAS DE HUMBERTO MATURANA

Autoría

- *Emociones y lenguaje en educación y política*. HACHETTE/COMUNICACIÓN CED, Santiago, 1990
- *Biología de la cognición y epistemología*. Ed. Universidad La Frontera, Temuco, 1990
- *El sentido de lo humano*. Dolmen, Santiago, 1991
- *Desde la biología a la psicología*. Ed. SÍNTESIS, Santiago, 1993
- *La realidad: ¿Objetiva o construida?* Anthropos, Barcelona, 1995
- *La objetividad: un argumento para obligar*. Dolmen, Santiago, 1997

Co-autoría

- Humberto Maturana y Francisco Varela. *Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living*. D. Riedel Publishing Company, Dordrecht, 1980
- Humberto Maturana y Francisco Varela. *El árbol del conocimiento*. Ed Universitaria, Santiago, 1984
- Humberto Maturana y Gerda Verden-Zöller. *Amor y juego: Fundamentos olvidados de lo humano*. Instituto de terapia cognitiva, Santiago, 1993
- Humberto Maturana y Francisco Varela: *De máquinas y seres vivos*. Segunda edición. Ed. Universitaria, Santiago, 1995

CONTROVERSIA

LA SALUD MENTAL COMUNITARIA EN BÚSQUEDA DE SENTIDO: NUEVA CONCEPTUALIZACIÓN CRÍTICA DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

(Rev GU 2006; 2; 3: 273-276)

Joaquín Gaete¹

En la sección “controversias” del número de marzo de 2006 de GU aparece un artículo del Dr. H. Villarino titulado *La Psiquiatría Comunitaria: otra conceptualización*. Ha sido muy estimulante para mí este trabajo, por razones análogas a las establecidas por el autor respecto de un escrito precedente del Dr. Madariaga, esto es, me ha permitido aclarar mis propias ideas y articular una conceptualización diferente. En este sentido, éste es también un ensayo dependiente y subordinado a los suyos, y les debe los primeros agradecimientos.

El Dr. Villarino realiza un interesante y sintético diagnóstico crítico de la situación actual de la Psiquiatría Comunitaria, como una disciplina cuyos fundamentos están lejos de alcanzar la solidez necesaria para guiar su quehacer. Para ello explora un eslabón nuclear de dicho quehacer: su inspiración en el así llamado “modelo biopsicosocial”. Hasta ahora, señala, no disponemos de una descripción estándar de este modelo ni de su fiabilidad. A través del desarrollo del texto, al Dr. Villarino pareciera bastarle el mostrar la imposibilidad de tal modelo en cuanto tal, para evidenciar su fragilidad teórica y algunos de sus efectos devastadores en la práctica profesional.

El propósito del presente trabajo consiste en abrir una oportunidad para el mencionado modelo “biopsi-

cosocial” a través del rescate de su *sentido*. Esto es diferente de la forma en que el Dr. Villarino lo interpreta y desde la cual lo hace objeto de su crítica. En términos generales, comparto muchas de las premisas del autor, aunque difiero en algunas de sus conclusiones. A partir del rescate de este sentido espero proponer un *esbozo* de la posibilidad teórica y práctica para una Salud Mental Comunitaria.

Entiendo que el Dr. Villarino presenta el modelo biopsicosocial como una empresa consistente en la *fusión* de tres (o eventualmente más) ciencias. Es decir, se trata de la creación de una *nueva* ciencia omniabarcativa. Entendido de esta manera, el propósito de un tal modelo refleja un absurdo similar al que nos muestra J.L. Borges en algunos de sus textos emblemáticos. En

¹ Psicólogo. COSAM El Bosque. Universidad Adolfo Ibáñez.

Del rigor de la ciencia, por ejemplo, nos narra el peculiar interés de algunos cartógrafos que se esmeraban en construir un mapa del imperio que tenía el mismo tamaño que éste. Así también nos habla de un tal *Funes el memorioso*, quien no olvidaba absolutamente nada, y que, por lo tanto, tampoco podía pensar, puesto que pensar es “olvidar diferencias”. Concebido como una agregación de disciplinas, parece obvia la conclusión que nos señala el autor: que el modelo “biopsicosocial” no es siquiera manejable por la mente humana y, por ende, fútil.

No obstante, más adelante el mismo Dr. Villarino nos da algunas claves o “pistas” en torno al sentido en el que sería viable construir algo así como un modelo biopsicosocial. En efecto, señala que es en la *práctica* cotidiana, es decir, en nuestro afán diario por satisfacer las necesidades de las *personas* de la *comunidad*, donde se hace inminente la participación de diversas especialidades al servicio de una tarea común. Este requerimiento de la diversidad se entiende desde el interés por satisfacer dichas necesidades *de la mejor manera, desde un modo prudencial*.

Desde tales “pistas” el nuevo sentido del modelo consiste, en primer lugar, en la constatación de que, nos guste o no, pareciera que la *práctica* nos insta al trabajo de diversos especialistas. Si bien no parece sensato entender el modelo biopsicosocial como una integración o fusión teórica en sí misma, sí parece imperioso preguntar por las condiciones de posibilidad de una tal integración pragmática de distintos saberes. He ahí, a mi juicio, donde parece posible este “rescate”, pues la pregunta crucial es *cómo* y no *quién*, *cuánto* ni *qué* se integra.

EL SENTIDO DEL MODELO BIOPSIOSOCIAL

Si el sentido del modelo es ser una nueva ciencia susceptible de ser dominada por una, y sólo una mente, una sola conciencia capaz de operar con dicho conocimiento, no sólo parece ambicioso sino, además, imposible en la práctica. En este punto me gustaría citar la ponencia del Dr. Ojeda sobre *La Tercera Etapa* publicada en el número anterior de GU. En dicho artículo el Dr. Ojeda nos señala que nadie es consciente de la enorme cantidad de funciones de nuestros órganos, y ello incluye, por cierto, a nuestro cerebro. No es necesario tener conciencia de todas las funciones de nuestros órganos para que el cuerpo, en su conjunto, funcione correctamente; necesitamos, eso sí, que funcionen armónicamente y que las funciones de unos no entorpezcan las de los demás. Pues bien, así mismo parece ocurrir con el saber de la cultura y con el saber de la evolución: nada ni nadie lo controla o concibe en su espíritu en un momento dado en la forma de un “cartesiano” “yo sé”, o “yo pienso”. Con

respecto a este punto, creo que el aporte realizado por F. Varela² (1992) a partir del estudio de sistemas cognitivos puede resultar complementario e iluminador. Desde la neurobiología, nos propone que nuestro comportamiento cognitivo no es producto de un organismo central sino que ocurre en la forma de una red distribuida, descentrada. Y, sin embargo, *aparece* frente al observador de manera integrada, coherente, *como si* hubiese allí un “yo” que lo sustentara. Siguiendo este modelo, en el asunto que nos atañe, la pregunta relevante parece ser *cómo* sería posible articular saberes diversos de modo que se produzca una “conducta efectiva en el medio”, es decir, coherencia y no entorpecimiento. De este modo tal vez sea posible pensar *un* modelo biopsicosocial que opere no bajo la centralización de “una mente” sino como una red distribuida. La analogía con la “mano invisible” propuesta por A. Smith en el terreno económico parece irresistible.

Entonces, nos encontramos tras la pista acerca de cómo concebir un modelo que permita abrir un espacio de diálogo entre las distintas ciencias o modelos que pueden hacer un aporte en virtud de satisfacer necesidades *de la mejor manera*. Por lo tanto, nos encontramos tras la pista de un *modelo* que versa sobre otros *modelos*, es decir, estamos tras la pista de un *metamodelo*, pero que es práctica y no teóricamente emergente. La motivación de este metamodelo apunta hacia un saber *cómo*, y no a un saber *qué* de las diversas motivaciones que ostentan los modelos particulares que agrupa o, mejor aún, que coordina: se trataría, en definitiva, no de un modelo *científico* propiamente tal sino más bien de uno *político*. La razón de ello es que una posible solución al problema de la integración planteado más arriba debiera realizarse en otro dominio (ético-político) más amplio, y no en el dominio científico: un esfuerzo integrador dentro del dominio científico tendría como consecuencia que el modelo biopsicosocial entraría a “competir” con cada una de las disciplinas “subordinadas”, en lugar de establecer un marco co-laborativo como el que buscamos. Es decir, no se trata aquí de tener una “ciencia unitaria” que dé cuenta de todo, ni de un modelo que entienda totalmente cómo todas estas cosas se unen e interactúan. Pensar aquello sería suponer algo así como una ciencia unitaria, como una conciencia superlativa o un organismo central que controla (un “yo”),

² F. Varela sí es de esos autores que integraron pragmatismo, fenomenología y filosofía del lenguaje ordinario; en esto claramente el Dr. Villarino nos ofrece una nueva “pista”. Sin duda, el Dr. Ojeda va por la misma senda integrativa.

en circunstancias que puede entenderse, como vimos, como una “red distribuida”. Nadie predijo mediante un modelo científico hacia dónde evolucionaría la sociedad ni hacia dónde se orientará en el futuro; pero no parece sensato suponer que es el mero “azar” el responsable de todos estos cambios. Los diversos sistemas políticos, entre ellos la democracia, establecieron un marco en que dichos cambios fuesen viables.

En este sentido, creo que un paradigma de modelo político como el que buscamos es, precisamente, la *democracia*. Uso aquí la expresión “democracia” exclusivamente como la coordinación de la *diferencia* en un marco de respeto y de legitimación del otro. La democracia facilita una manera de actuar, interactuar y conversar en un marco de racionalidad comunicativa. Lo dicho *no implica eliminar la especialización del saber ni de la diferencia*, sino que adquiere su sentido a partir de ella. Parafraseando al Dr. Villarino, se trata de un marco de *prudencialidad*.

Si entendemos el modelo biopsicosocial como una fusión de ciencias, eso no crea más que confusión y anomia en el terreno de la praxis. Y pareciera que, de hecho, así ha sido implícitamente comprendido por los profesionales que enmarcan su quehacer desde esta perspectiva o, para ser coherente, desde esta no-perspectiva. Por ello es que resulta agudo y muy real el señalamiento del autor respecto del desperfilamiento de los roles profesionales que se genera por no haber directrices claras ni reflexión consistente.

Para el Dr. Villarino, las distintas prácticas profesionales y técnicas tienen algo así como una esencia que se ve obligada a redefinirse en virtud de este modelo que no parece dar buena cuenta de sí. Me parece que las diversas disciplinas convocadas, más que una esencia, tienen un objeto de estudio. Y quizás sea tarea de la filosofía de tales disciplinas la encargada de tematizarlos en cuanto tales.³ Pero tematizar el objeto de estudio de una presunta ciencia biopsicosocial no trae más que dificultades y no logra brindar un sustento para derivar directrices consistentes en la práctica. Lo cierto es que en la práctica nadie parece saber bien hacia dónde apunta dicho modelo o qué es exactamente lo que *prescribe*.⁴

³ E. Husserl les llamó “ontologías regionales”.

⁴ En esto debo manifestar una discrepancia con el Dr. Villarino respecto de la noción de modelo, que pareciera suponer una concepción representacionista. Desde mi punto de vista, un modelo es más una (serie de) prescripción(es) para conseguir ciertos resultados más que descripciones. Discutir este punto excede el alcance de este escrito, pero creo que es ésta una noción más acorde con “las 3 filosofías” (ver nota 2).

Las “pistas” que nos ofrece el Dr. Villarino para encontrar este nuevo *sentido*, capaz de proporcionarnos un fundamento a partir del cual construir un modelo biopsicosocial viable, son un requerimiento de la *práctica*. Y la política y la ética, al menos en sus orígenes platónicos, son saberes acerca de la praxis del vivir con otros: su pregunta, su motivación, versa sobre *cómo vivir de la mejor manera*. De este modo, la praxis es la actividad que corresponde al modo de saber conocido como *phronesis* en el mundo griego clásico, es decir, al hábito prudencial, al obrar a sabiendas y con buen sentido. Pareciera que allí se sitúa el terreno último de esta discusión. Los diversos saberes y ciencias debieran tal vez subordinarse a una visión político-ética en lugar de asumir, cada una de estas ciencias “subordinadas”, el lugar de “Tribunal de la Razón Pura” con el cual evaluar cuán bien “reflejan la realidad” las restantes, como lo fue alguna vez el malogrado proyecto metafísico kantiano (Rorty, 1979).

Coincido plenamente en que es la práctica la que nos exige, no el modelo. El modelo es una herramienta: ha de facilitar la práctica y los quiebres o “desarmonías” recurrentes entre los técnicos especialistas o profesionales con competencias, valores, creencias y cosmovisiones divergentes. Para ello nos provee de una *visión* común del ser humano y su vida emocional con otros. No se trata de aportarnos conocimientos acerca de qué, sino del *para qué* (su sentido) y del *cómo*. Este último incluye conocimiento procedural en el terreno ético: *competencias comunicativas* que faciliten el diálogo y el enriquecimiento mutuo sin perder especificidad. A esto me refiero con superar “desarmonías o quiebres” recurrentes. Así lo entendió F. Flores (1988) en el campo de la empresa, al poner el foco en la coordinación de los diversos profesionales que contribuyen desde sus áreas de competencia específicas hacia el logro de un objetivo común al alero de una organización. Se trata de poner el acento en el proceso más que en el producto. Y es en este terreno donde me parece acertado pensar que la prudencia es una virtud esencial. Pero ser prudente no es un conocimiento declarativo acerca del “qué” hacer, acerca de “reglas”, sino que es una habilidad, una competencia, un “cómo” (Varela, 2003). El “modo prudencial” o ético de la medicina que nos ofrece el Dr. Villarino es precisamente eso: un modo.

En este marco, me parece significativo referirme al “modelo médico” concebido como anatema, o como una de las “fobias” de los enfoques comunitarios sobre salud mental. También quisiera rescatar aquí el *sentido* de las críticas. Como bien señala el Dr. Villarino, la ciencia médica ha discurrido desde Hipócrates en una matriz prudencial: su práctica involucra un modo prudencial.

Así por ejemplo, el médico antiguo se caracterizaba por la *amplitud* de su mirada y su modo de relación virtuosa con cada paciente y la comunidad. Sin embargo, creo que este médico antiguo no tenía un “modelo médico” como el que ha sido blanco de tantas críticas, en especial durante los últimos 50 años en el área. Pues bien, pienso que el *sentido* de dichas críticas se relaciona con un *reduccionismo político* o con aspiraciones de poder. Creo que el verdadero “problema” del modelo médico aparece cuando una determinada apreciación (la “biomédica”, en este caso) tiene pretensiones de poder e *invalida* otros puntos de vista: el de otro(s) miembro(s) del equipo, o peor aún, el de su *paciente*.⁵ Lo que quiero decir es que la medicina, en sí misma no es reduccionista; son las personas que la ejercen las que *pueden* llegar a serlo, si no son lo suficientemente prudentes: ¿Cuántos pacientes sienten, por poner un ejemplo, que su médico no habla con ellos sino con su cuerpo?

Tal vez el Dr. Villarino tenga razón y esto que señalo no sea el “modelo médico”. Tal vez el “modelo médico” sea un mal nombre para connotar este fenómeno y sea conveniente llamarle “modelo positivista”; pero el fenómeno connotado sigue ahí. Creo que desarrollar un modelo biopsicosocial, tal como he propuesto aquí, puede ayudar en superar ésta y otras dificultades.

En este punto el mismo autor nos ofrece una última “pista”, a saber, la pregunta por la *persona*. ¿Cómo podemos exigirle a la ciencia médica el rescate de la persona si el avance en su campo le exige tratar *impersonalmente* su objeto de estudio? ¿Con qué derecho le exigimos esto a la medicina si la sociología misma, en su vertiente crítica, ha dicho que el sujeto ha muerto, y resulta ser tan o más impersonal que la propia medicina? Pues bien, de nuevo no puedo más que coincidir con las premisas del autor pero discrepo en su conclusión. Es precisamente *porque* ni en la medicina ni en la sociología aparece el sujeto, es que el vocablo “psico” es convocado a debatir y a hacer su aporte. Y ciertamente somos convocados al debate también como “hombres”, pero como hombres y mujeres políticos (*zoon politicon*). Nuevamente F. Varela nos ilumina con su propuesta de “restricciones mutuas” entre enfoques en primera y tercera persona y la circularidad necesaria

de ambas, tal como lo expone en un número anterior de GU: por ejemplo, si las perspectivas en “3ª persona” como la de la medicina preventiva, disuelven al sujeto en factores de riesgo y correlaciones estadísticas, hay un llamado inminente a otras aportaciones, esta vez en “1ª persona”, que la “restringan” y contrapesen. A su vez, y viceversa, hay un llamado implícito a “restringir”, por ejemplo, subjetivaciones excesivas. Todo ello, insisto, dentro de un marco prudencial, con una orientación hacia el entendimiento y no hacia la dominación.

Pero aún nos queda una última “pista”. En definitiva, si la pregunta a la cuestión acerca de *quién es la persona* debiera, tal como apunta el Dr. Villarino, constituir la verdadera brújula (sentido o para qué) que un servicio de psiquiatría debiera buscar, entonces parte de nuestro esfuerzo buscará hallar maneras de sentar las bases para resolver la dicotomía externo-interno cartesiana, tal como lo consiguieron el pragmatismo, la fenomenología y la filosofía del lenguaje ordinario (Wittgenstein). Si la Psiquiatría Comunitaria sigue “fiel a sí misma” y no ha “evolucionado”, y sigue sin dar respuestas claras de sus fundamentos, sus prácticas y sus fines, tal vez sea por concebirse aún aislada del concierto de las ciencias sociales y otras aportaciones ofrecidas por la cultura en su conjunto. Tal vez su destino sea abrirse paso desde una Psiquiatría Comunitaria a una Salud Mental Comunitaria que opere como Red distribuida al alero de una *visión* compartida regulada por un *modo* prudencial. Me parece que el tono con que el Dr. Villarino comienza el artículo que he comentado es un buen ejemplo de un “modo” idóneo. Facilita el diálogo, la conversación y la reflexión. Allí parece operar una racionalidad comunicativa: su fin es comunicar algo, y no exclusivamente manipular medios para conseguir un fin.

REFERENCIAS

1. Flores F. (1988). *Inventando la empresa del siglo XXI*. Dolmen, Santiago
2. Rorty R. (1979). *La filosofía y el espejo de la naturaleza*. Planeta, Madrid
3. Varela F, Thompson E y Rosh E. (1992). *De cuerpo presente: las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Gedisa, Barcelona
4. Varela F. (2003). *La habilidad Ética*. Debate, Barcelona

⁵ La nomenclatura no es trivial.

INVESTIGACIÓN

EL FILICIDIO EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

(Rev GU 2006; 2; 3: 277-286)

Jorge Folino,¹ María Paula Almirón,² Ernesto Domenech,³ María Ángela Ricci,⁴ Marcela López Ramos⁵

El filicidio genera interrogantes que la ciencia aún no ha podido responder completamente. En la provincia de Buenos Aires se constituyó un grupo de investigación interdisciplinario con la meta de investigar el filicidio y contribuir en la búsqueda de respuestas locales a esos interrogantes. En el presente artículo se describen un estudio de la incidencia correspondiente al año 2004 y un estudio de prevalencia de mujeres filicidas alojadas en el Servicio Penitenciario de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, junto a conceptos jurídicos y la normativa argentina relevantes al tema de los filicidios. Material y métodos: Se calculó la incidencia de filicidas madres biológicas sobre la base de datos brutos de la Policía de la Provincia de Buenos Aires y se entrevistó a 46 de 57 mujeres filicidas alojadas en el Servicio Penitenciario durante el periodo comprendido entre el 1 de mayo y el 8 de agosto de 2005. **Resultados:** La tasa anual de filicidios maternos por 100.000 mujeres entre 15 y 64 años para el año 2004 fue 0,38. Las mujeres filicidas constituyen el 8,9% del total de mujeres alojadas en el Servicio Penitenciario de la Provincia de Buenos Aires durante el periodo de estudio. El 46,8% de las filicidas estaban detenidas en condición de procesadas, el 40,4% estaban penadas y 12,8% estaban sobreesídas por inimputabilidad bajo medidas de seguridad. En el estudio también se describen y discuten la edad de víctimas y victimarios y características relacionadas.

¹ Director de la Maestría en Psiquiatría Forense y Profesor Adjunto de Psiquiatría, Universidad Nacional de La Plata. E-mail: folino@atlas.med.unlp.edu.ar

² Psicóloga; National High Security Women's Service, Rampton Hospital, England. E-mail: maria.almiron@nottshc.nhs.uk

³ Director del Instituto de Derechos del Niño y Profesor de Derecho Penal Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata.

⁴ Socióloga del Servicio Penitenciario Bonaerense.

⁵ Abogada y Secretaria de Redacción de la revista "Intercambios" de la Especialización en Derecho Penal y Criminología de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la UNLP.

INTRODUCCIÓN

Cuando una madre mata a su hijo o hija la sociedad se enfrenta, conmocionada, a un tipo de violencia que desencadena un variado repertorio de reacciones. Mientras la respuesta social ante, por ejemplo, el homicidio en ocasión de robo, abuso sexual o secuestro suele ser estallar en ira y clamar por punición, la respuesta ante una madre que mata a su hijo o hija genera un mayor rango de reacciones, de las que sólo algunas son de reclamo. La movilización empática puede, por el contrario, promover perdones o atenuaciones de la pretensión punitiva o hasta la más clara justificación. La controversia pública generada en la Argentina en torno al juicio de Romina Tejerina –junio de 2005–, con una profusa difusión en todos los medios y hasta con canciones roqueras que la perdonan y santifican, ilustra claramente la ambigüedad emocional que evocan los casos de filicidio (1-3). Allende las reacciones diversas, una estela de perplejidad homogeniza a los congéneres de la homicida. Acostumbrado a la tradición indiscutible de la maternidad protectora, al ser humano le resulta muy difícil comprender una conducta tan opuesta como la homicida. Surgen, entonces, diversos interrogantes. Entre otros, se destacan los siguientes: ¿cuáles son las circunstancias y las motivaciones que promueven el reemplazo del cuidado por la agresión?; ¿cuáles son las dimensiones de este fenómeno?; ¿tienen algunas particularidades las homicidas o sus víctimas?; ¿cuáles son los factores de riesgo personales y circunstanciales?; ¿qué servicios requieren de parte de la sociedad?

Con la meta de contribuir a la búsqueda de respuestas a esos interrogantes, en la ciudad de La Plata se constituyó un grupo interdisciplinario para investigar diversos aspectos de los filicidios cometidos por mujeres en la provincia de Buenos Aires, Argentina. Producto de ese proyecto, el presente artículo informa la proporción de filicidas mujeres en las cárceles bonaerenses y sus características principales, y describe el contexto jurídico y penitenciario.

PLANTEO DEL PROBLEMA

No caben dudas que la sociedad bonaerense actual considera deseable la prevención del filicidio y que el tema es preocupante. Sin embargo, según la bibliografía que los autores pudieron revisar, muy poca investigación se ha realizado. Solamente pudo encontrarse un estudio en la provincia de Buenos Aires que describe 25 casos comprendidos entre los años 1871-1905 (4).

En la provincia de Buenos Aires existen previas investigaciones que aportaron al conocimiento de los

homicidios en general (5-8) y al conocimiento de las homicidas mujeres (9, 10), pero aún no se cuenta con aportes específicos sobre las mujeres filicidas.

Las estadísticas de hechos criminales puestas a disposición de la comunidad no permiten dimensionar con precisión el fenómeno del filicidio. Las estadísticas del Registro Nacional de Reincidencia sólo permiten una muy imperfecta aproximación a la cantidad de sentencias condenatorias anuales para casos de filicidio, mediante la revisión de su carátula legal más frecuente: el Homicidio Calificado por el Vínculo. Esta aproximación tiene muy importantes limitaciones ya que dicha carátula puede estar referida a vínculos familiares diferentes al filial. Por otra parte, la identificación de casos mediante esa carátula también tiene limitaciones porque, en oportunidades, el filicidio lleva otras carátulas legales, tales como Abandono de Persona Seguido de Muerte u Homicidio Simple cuando no se trata de padres biológicos. Finalmente, la información publicada estratificada por género sólo aporta una estadística restringida al total de sentencias dictadas contra mujeres anualmente y no informa sobre los tipos de delito.

Las estimaciones de los homicidios de niños a nivel mundial, aunque sin discriminar entre filicidios y no filicidios, indican que los lactantes y los niños muy pequeños corren un riesgo mayor: las tasas en el grupo de 0 a 4 años de edad equivalen a más del doble de las observadas en los niños de 5 a 14 años. Para la Argentina la tasa anual de homicidios por 100.000 niños de 0 a 4 años correspondiente al año 1996 fue 2,1 (11).

La escasez de estudios sobre este doloroso fenómeno no es sólo argentina. En otros países latinoamericanos también puede verificarse. Baste mencionar, como ejemplo, que en Colombia las estadísticas tampoco discriminan entre tipos de homicidios y sólo recientemente se cuenta con una serie de filicidas descripta con rigurosidad, constituida por 40 casos que incluyeron, entre los victimarios, a 31 mujeres (12).

Informaciones de países de habla inglesa indican que el homicidio de hijos cometido por los padres es una causa de mortalidad pediátrica significativa. Por ejemplo, Adinkrah resume diversas fuentes y expone que el 62% de todos los homicidios en hijos de 0 a 5 años en EE.UU. desde 1976 hasta 1998 fue cometido por los padres; que en Australia eso ocurrió en el 70% para el periodo julio de 1989 a agosto 1993, y que en Canadá, desde 1980 hasta 1989, dos tercios de los homicidios de niños fueron cometidos por uno de los padres (13). Las estadísticas inglesas registran 99 víctimas menores de 16 años en el periodo 2002/2003, 55 (56%) de las cuales murieron en manos de sus padres, y 70 en el periodo 2003/2004, 30 (43%) de las cuales fueron filicidios (14).

En otras sociedades, como Fiji, el filicidio es un componente importante de la violencia fatal: 13,9% (50) de todos los homicidios (361) en el país en el periodo de estudio (13 años) fueron filicidios; las madres fueron las atacantes en el 72% (36 casos) (13). En India el filicidio materno es un fenómeno estrechamente vinculado a la preferencia por el hijo varón y se manifiesta en la utilización masiva del recurso del aborto selectivo para terminar los embarazos de fetos femeninos, como también en la desproporcionada mortalidad de infantes niñas; la dramática preferencia también se vislumbra en el precio inferior que se le adjudica a la partera por asistir un parto de niña y en la tarifa adicional para su exterminación (15). En ese país la situación es tan extrema que una organización no gubernamental subsidiada por UNICEF reportó 163.200 muertes de infantes femeninos anuales en un solo Estado y, como medida preventiva, el Gobierno Nacional generó legislación para regular el uso tecnológico prenatal, haciendo ilegal la determinación y comunicación del sexo fetal (16).

Finalmente, tampoco la taxonomía del fenómeno ha llegado a un estadio consolidado. Los primeros intentos sistematizados de comprender este fenómeno dieron lugar a clasificaciones de acuerdo al motivo (17) y al origen del impulso de matar (18, 19). Luego, otros aportes revelaron una serie de problemas en la implementación de estas tipologías, pues, desde el punto de vista metodológico, se criticó a los estudios de los cuales estaban derivadas por basarse en diseños retrospectivos, utilizar información de baja calidad y poblaciones indefinidas. En términos prácticos, la naturaleza multifactorial del filicidio no lograba ser capturada por las categorías propuestas y la objetividad de la motivación se veía perturbada por la interpretación del oficial de turno que determinaba el motivo del delito. Las clasificaciones fueron también criticadas éticamente, por su incorrecto uso para influir en procesos legales y determinar sentencias (20). El abordaje más contemporáneo al estudio y entendimiento del fenómeno filicidio centra sus esfuerzos en el entendimiento de las circunstancias personales que rodean a la madre que mata su hijo, teniendo en cuenta las pautas sociales y culturales bajo las cuales debe ejercer su rol de madre.

CONTEXTO JURÍDICO

Excluyendo la discusión sobre el aborto que trasciende los objetivos de este artículo, cabe reconocer que ciertas ideas, subyacentes a las leyes y a los crímenes y que provienen de corpus diversos y de tradiciones europeas, han influido para que el tratamiento jurídico

de los filicidios en la Argentina enfatizara durante mucho tiempo en algunas justificaciones al considerarlos como crímenes atenuados. Kundera (21) los resumió claramente en *La Inmortalidad*: “Europa tiene fama de ser una civilización basada en la razón. Pero igualmente podría decirse que es la civilización del sentimiento; creó un tipo de hombre al que denominó el hombre sentimental: homo sentimentales... En la convicción de que el amor nos hace inocentes radica la originalidad de derecho europeo y su teoría de la culpabilidad que toma en consideración los sentimientos del acusado: si matan a alguien a sangre fría y por dinero, no tendrán disculpa; si lo matan porque los ha ofendido su enfado será para ustedes una circunstancia atenuante y recibirán un castigo menor; y si lo matan por un amor desgraciado o por celos, el jurado simpatizará con ustedes...”.

La exploración de las ideas que avalan la sanción del infanticidio como un homicidio atenuado (con muy diversas regulaciones entre los sistemas jurídicos de la tradición romano-canónica) permite encontrar dos ideas rectoras identificables tanto en autores clásicos sobre el tema, como Francesco Carrara⁶ (22) o, más localmente, en las fundamentaciones de los Proyectos de Código Penal para la Argentina que precedieron o inspiraron al actual.⁷

La primera de las ideas rectoras lleva a la atenuación del delito vinculada a un motivo de honor de la mujer. De esta manera, el infanticidio se atenúa pensando en una mujer que, por diversos motivos, considera que el hijo recién nacido mancilla su honor o es una causa que la afecta. Puede incluso involucrar a parientes de la mujer que obran por iguales motivos.

La segunda idea se relaciona con la existencia de un particular estado psíquico de la madre después del nacimiento –su estado puerperal– o de la emoción violenta de sus parientes ante el nacimiento.

Es importante notar este doble motivo de justificación de la atenuación de las penas del infanticidio porque, si bien en la actualidad los motivos de deshonor pueden ser discutidos, las dificultades de orden anímico o psíquico pueden subsistir.

⁶ Estas ideas se pueden pesquisar tanto en autores clásicos sobre el tema, como Francesco Carrara, o en las fundamentaciones que se hicieron en Proyectos de Código Penal para la Argentina que precedieron o inspiraron al actual. También por las razones que se sustentaron con motivo de los primeros comentarios sobre el Código y sus antecedentes. Ver Carrara, Francesco, *Programa de Derecho Criminal* (22) y Moreno, Rodolfo, *El Código Penal y sus antecedentes* (33).

⁷ Ver Moreno, Rodolfo (1922) (33).

Tales ideas tradicionales mantuvieron durante prolongado tiempo la vigencia de congruentes institutos legales. Su evolución en la últimas décadas hacia nuevos paradigmas del niño y de la mujer llevan a cambios legislativos en la Argentina que se comentan a continuación.

Dos modificaciones del Código Penal que poseen ya diez años de antigüedad muestran los cambios producidos por nuevas concepciones de la niñez, de la mujer, y de las estructuras familiares. Se trata del infanticidio y del abandono de personas seguido de muerte. Ambos delitos se han derogado y para entender los cambios es necesario describirlos.

El infanticidio fue una figura legal que el Código Penal de 1921 preveía en el art. 81 inc. 2° y que se mantuvo hasta que la ley 24.410 modificó esta situación.⁸

⁸ Al momento de sancionarse el Código Penal el contexto social divergía en forma significativa del actual. La República Argentina se había transformado con la inmigración europea. La prostitución constituía un importante problema social que preocupaba fuertemente al pensamiento higienista, e involucraba verdaderas redes de trata de blancas, entre ellas una famosa que se denominó la Zwi Migdall. La prostitución se integraba en la mala vida de la literatura criminológico-positivista y en las letras del tango. Fue registrada con claridad por el autor del anteproyecto que concluyó en el Código Penal (Rodolfo Moreno en *El Problema Penal*, 1933, p. 120) (34). La honestidad femenina era privilegiada en la legislación, y también su virginidad que, en las primeras interpretaciones de la expresión mujer honesta empleada para regular el estupro, fue considerada sinónimo de ella. La regulación legal de la mujer era diversa de la del hombre en diferentes cuestiones de la vida política, civil y penal. Se convertía en civilmente incapaz si se casaba (en cuyo caso el marido era su representante legal) debía seguirlo, además, en el domicilio matrimonial. Era considerada adúltera con una sola relación, a diferencia del marido que lo era sólo si mantenía manceba fuera del hogar conyugal. Y si era honesta podía cumplir en su domicilio las penas de prisión inferiores a 6 meses. La mujer, por otra parte, no tenía derecho al voto. Para entender cabalmente estas diferencias es necesario pesquisar también la consideración que merecían los hijos. Al sancionarse el Código Penal se habían eliminado las diferencias entre los hijos naturales y los sacrílegos incestuosos o adulterinos (que se consideraba que carecían de padre y de madre), pero subsistían no obstante las vinculadas con los hijos legítimos e ilegítimos que demorarían en eliminarse hasta mediados de los ochenta. Un panorama más complejo del escenario en el que surgió el Código Penal (contemporáneo al que engendró el llamado Paradigma del Patronato de menores) puede verse en Domenech, Ernesto y Guido, María Liliana, *El Paradigma del Patronato, de la salvación a la victimización del niño* (35).

El infanticidio era un homicidio atenuado sancionado con reclusión hasta tres años o prisión de seis meses a dos años. Su definición requería que la madre, bajo influencia del estado puerperal o para ocultar su deshonra, matase a su hijo, o bien que un familiar de la madre –padre, hermano, hijo, esposo–, para ocultar la deshonra de la madre, en estado de emoción violenta que las circunstancias excusasen, matase al hijo.

La pena prevista era sensiblemente menor que la del homicidio simple –reprimido con pena de 8 a 25 años de prisión o reclusión–, y muchísimo menos grave que la prevista para los homicidios calificados por el vínculo –reprimidos con reclusión o prisión perpetua y la eventual aplicación de la reclusión accesoria por tiempo indeterminado. Ésta era una pena que permitía que se la pudiese ejecutar bajo condiciones –condena condicional– y que en el caso de la mujer honesta se pudiese ejecutar en el domicilio –si era de prisión de 6 meses.

Como se advierte se valoraba en grado sumo la honra de la mujer, considerándose a la muerte del infante como una muerte de menor trascendencia.⁹ Por otra parte, resultaba frecuente que las expresiones “estado puerperal” o “emoción violenta” suscitaran diversas cuestiones de interpretación.

En la actualidad esta figura atenuada está abolida en la legislación y la muerte intencional de un hijo sólo admite las siguientes atenuaciones:

- Que se produzca en estado de emoción violenta que excusen las circunstancias, en cuyo caso la pena que corresponde es de reclusión o prisión de diez a veinticinco años.
- Que existan circunstancias extraordinarias de atenuación supuesto para el cual la escala penal oscila entre ocho y veinticinco años de prisión o reclusión.

⁹ De este modo se introducía una suerte de discriminación positiva de la mujer como también ocurría en la ejecución domiciliaria de la pena. Frente a otros supuestos en los que se la discriminaba de modo negativo como ocurría en el adulterio (ahora derogado), o en la legislación civil que la tuvo por mucho tiempo como incapaz a la mujer casada, al padre como administrador de la sociedad conyugal y titular privilegiado de la patria potestad. En la actualidad la patria potestad es compartida, la mujer casada ha dejado de ser incapaz, el adulterio se ha derogado. Y también la infancia sufrió fuertes modificaciones. Se sancionó la Convención de los Derechos del Niño, se valoró mucho más la identidad del niño sancionando con mayor severidad las alteraciones de su estado y sus documentos de identidad, y derogando el infanticidio y el abandono atenuado.

Claro que la situación varía si se trata de una persona menor de edad la acusada de estos delitos. En estos casos, si la niña es menor de 16 años, es absolutamente inimputable y ninguna pena se le puede aplicar, y, si posee entre 16 y 18 años, aparece un régimen singular que implica un menú de posibilidades de sanción, cuyos extremos son, por una parte, no aplicar sanción alguna y, por la otra, la aplicación de la pena sin reducción de ninguna especie. En el medio de estos extremos existe la posibilidad para el juez de aplicar una escala penal reducida.

En la actualidad las expresiones “*circunstancias extraordinarias de atenuación*” y “*emoción violenta*” y “*circunstancias que la excusen*” también suscitan problemas de interpretación. Las primeras fueron introducidas al Código Penal para atenuar los homicidios cometidos por hijos hacia sus padres con una trayectoria de violencia doméstica, pero en su redacción puede también involucrar la muerte de los hijos por los padres –por ejemplo, situaciones como embarazos productos de violaciones, o de violaciones calificadas por el vínculo.

Por su parte, el abandono de personas era castigado por el Código Penal y, si este abandono se agravaba por ocasionar un grave daño en el cuerpo o la salud del abandonado, o si resultaba la muerte de él, la pena resultaba entre 5 y 15 años de reclusión o prisión. También ocurría agravamiento si era ocasionado por padres a hijos, hijos a padres o entre cónyuges.

Por el contrario, se atenuaba a la mitad si: a) el niño era menor de tres días, b) no había sido inscripto en el registro o c) si el hecho era producido para salvar el honor propio de la esposa, madre, hija o hermana. La atenuación era poco consistente con la regulación del infanticidio porque implicaba una pena particularmente más grave que aquél.

En la actualidad esas escalas morigeradas desaparecieron de la legislación y en general la pena fue aumentada.

¿Cuáles fueron las razones que se invocaron para que el infanticidio y el abandono seguido de muerte fueran derogados? Desaparecidas las cuestiones de honor, ¿qué impacto pueden tener los factores psíquicos de la mujer o del hombre en la regulación penal actual? Éstas son las cuestiones que se abordarán a continuación.

Al estudiar los motivos de la derogación del infanticidio nuevamente es posible encontrarlos en el terreno de las ideas en general y, más puntualmente, en las que se invocaron al sancionarse la derogación.

La derogación del infanticidio atravesó las legislaciones de muchos países europeos.¹⁰ Los motivos que se esgrimieron fueron variados. Por un lado se consideró que era un delito que prácticamente había desaparecido en la praxis y que, en la actualidad, era mucho más difícil de cometer, dados los modos de la asistencia médica en los partos, que hacía poco probable que la madre matara al niño recién nacido. El impacto de los métodos anticonceptivos y la regulación del aborto también se consideraron influyentes en la disminución de los infanticidios, no menos, claro está, que la desaparición de otros valores como el privilegio de los hijos matrimoniales y el honor del matrimonio o la virginidad. De todas maneras, un repaso de estas razones debería ser cuidadosamente verificado en el contexto nacional en el que no está permitido el aborto, las estadísticas de mortalidad femenina en partos es grande, existe diversidad cultural –que puede involucrar desde formas de la sexualidad a formas del nacimiento y cuidado del infante–, y en el que el acceso a medios anticonceptivos no es sencillo ni fácilmente aceptado.

Más allá de estas razones, que también fueron invocadas por muchos países de Europa para desincriminar el infanticidio ¿cuáles fueron las razones dadas por los legisladores? La respuesta sigue a continuación.

La razón indicada para la derogación de la figura por parte de los legisladores ha sido principalmente la ratificación por nuestro país –mediante la ley 23.849 en septiembre de 1990– de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño –CIDN–. Con su incorporación al derecho interno, se les otorgó reconocimiento a dos valores fundamentales: el derecho a la vida y el derecho a la identidad personal de los niños. Ello motivó que se suprimiera la figura del infanticidio contenida en el art. 81 inc. 2° del Código Penal, porque el bien “vida” es sin dudas superior a la protección legal de la honra pública de la mujer (23).

En los debates parlamentarios previos a la derogación del infanticidio, se señaló que, a partir de allí, el homicidio de un recién nacido sólo podría ser atenuado por cualquier circunstancia de las contempladas en los arts. 40 y 41 del Código Penal o podía resultar exento de pena conforme al art. 34 inc. 1° del mismo código (24), sin que se efectuara mención alguna respecto de la emoción violenta calificada. Además, se argumentó

¹⁰ No todos, por cierto. Dinamarca, Suecia, Rusia, Polonia, Turquía, Holanda, Italia y Portugal mantienen la figura atenuada. Estas referencias se encuentran en Huber, Bárbara, *El delito de infanticidio* (36) (p. 135).

que la derogación del infanticidio, más allá de la incorporación de la CIDN, está motivada en que la valoración social de la honra y el honor no es la misma que en 1921. Por aquel entonces prevalecía el honor por sobre la vida cuando se protegía de la consideración pública a la mujer que daba a luz en soltería (25).

Como puede verse, de las múltiples razones invocadas en general para la derogación del infanticidio, sólo una fue tomada en consideración en la Argentina: las mutaciones del honor. Pero también se añadió otra: los derechos del niño no nacido. Por su parte, una de las razones que habían justificado la atenuación del infanticidio quedó en penumbras: el estado psíquico especial de la madre.

ESPECIFICACIONES PARA EL ESTUDIO EMPÍRICO

Las palabras infanticidio y filicidio se usan de modos diversos. Por filicidio se denomina a la muerte de un hijo, y en especial a las muertes deliberadas, es decir, las que se producen con intención y conociendo que el muerto es un hijo. El término infanticidio suele utilizarse, desde su acepción de raigambre jurídica, nominando a la muerte de un niño recién nacido por parte de su madre para salvar la deshonra propia o por parte de un familiar de ésta por iguales motivos, es decir, forma parte de la categorización del hecho criminal con atenuantes.

En la bibliografía puede encontrarse que con la palabra infanticidio se hace referencia a la muerte de un niño en su primer año de vida producida por sus padres y que con otras palabras se especifican homicidios que ocurren en otros momentos de la vida. Así, se utiliza neonaticidio cuando el hecho ocurre durante las primeras 24 hs. de vida del niño, o como feticidio cuando ocurre en útero debido a la muerte de la madre por agresión de un tercero (12). Diversos autores comentan que la muerte del hijo por parte de madre o padre fue considerada una forma de parricidio, siguiendo una denominación genérica del homicidio calificado por el vínculo clásico, cuya raíz etimológica proviene del latín *parens* y se remonta a las XII Tablas, en las que se le daba la acepción de "muerte del pariente", si bien reconocen que la denominación debe quedar restringida a la muerte de los padres por parte de los hijos (22, 26, 27). También se hace referencia, en la bibliografía, a que el agravante vincular de ascendientes y descendientes incluye también al vínculo establecido por la adopción plena (28).

La categoría de neonaticidio ha resultado relevante empíricamente ya que sus características difieren al de los homicidios de infantes mayores de un día de vida. Diversos estudios demuestran el perfil conside-

Tabla 1

POBLACIÓN FEMENINA DEL SERVICIO PENITENCIARIO BONAERENSE Y FILICIDAS ALOJADAS EN UNIDADES (MAYO DE 2005).

Unidad	Mujeres alojadas*	Filicidas*	Porcentaje
33	316	33	10,4
8	187	14	7,5
5	41	4	9,7
3	23	3	13,0
4	37	2	5,4
29	13	1	7,7
7	19	0	0
15	1	0	0
Total	637	57	8,9

* Total de penadas y procesadas. Se excluyeron de la distribución 17 mujeres penadas por diversos motivos que se encuentran en régimen abierto de las unidades 8 y 12.

rablemente definido que ha adquirido el neonaticidio contemporáneo en los países occidentales (17, 19, 20, 29-31).

En esta investigación será utilizado el término filicidio como la muerte de un niño o niña (no feto) producida por su padre o madre o ambos, independientemente de las motivaciones y de que ocurra antes del primer año de vida o después. La parte del estudio con diseño de prevalencia se concentra en la población de filicidas madres biológicas, adoptivas o sustitutas. La parte del estudio dedicado a la incidencia se limita a las madres biológicas. No se discrimina que los delitos hayan sido cometidos por acción u omisión.

PROCEDIMIENTO

Para el estudio de prevalencia se realizaron múltiples visitas a las unidades penitenciarias de la provincia de Buenos Aires durante el periodo comprendido entre el 1 de mayo y el 8 de agosto de 2005. Se revisaron los legajos hasta identificar cada una de las mujeres filicidas allí alojadas y se concretaron entrevistas con las alojadas en las unidades 8 y 33. Toda la actividad se desarrolló con la previa autorización institucional y el correspondiente consentimiento de las entrevistadas. Se obtuvieron las cifras oficiales del total de mujeres alojadas en las distintas unidades.

Para la estimación de la tasa se obtuvieron datos brutos de la Policía de la Provincia de Buenos Aires y de la Dirección de Censos y Estadísticas correspondientes al año 2004.

Tabla 2
EDAD DE LA VÍCTIMA EN MESES SEGÚN TIPO DE VICTIMARIA

Tipo de victimaria	Media	Mediana	N	Desvío típico	Mínimo	Máximo	% del total de N
Madrastra/madre adoptiva	46,78	36,00	9	41,83	4	108	18,4%
Madre biológica	50,50	24,00	40	72,94	0	360	81,6%
Total	49,82	24,00	49	67,95	0	360	100,0%

RESULTADOS

Resultados del estudio de corte transversal

El filicidio es una causa numéricamente importante entre las mujeres penadas y procesadas que se encuentran alojadas en las dependencias del Servicio Penitenciario bonaerense. En la Tabla 1 puede verse la distribución por unidad penal y que las mujeres filicidas constituyen el 8,9% del total.

De las 47 mujeres filicidas alojadas en las Unidades 8 y 33, durante el periodo de estudio pudieron ser entrevistadas 46. Sólo una detenida no quiso ser entrevistada. A excepción de un caso de doble filicidio y otro de triple filicidio, los demás se trataron de víctimas individuales, entre las que se incluyen 9 casos de neonaticidio.

Descripción de las victimarias: La edad promedio de las 47 victimarias al 1 de mayo de 2005 fue 34 años (DT 9,5), con un mínimo de 20 y un máximo de 59 años. La edad promedio al momento del filicidio fue 28 años (DT 7,9), con un mínimo de 18 y un máximo de 55 años. Cabe destacar que la ausencia de menores de 18 años entre las entrevistadas no implica que no haya menores acusadas por filicidios sino que, de haberlas, su lugar de alojamiento no es la unidad carcelaria.

Cuarenta y cinco de las mujeres entrevistadas eran argentinas y 2 de otro país limítrofe (Paraguay). Pudo conocerse la escolaridad de todas ellas, encontrándose que 15 (31,9%) no completaron la escuela primaria, sólo una (2%) tenía estudios secundarios completos. Cuarenta y seis mujeres informaron sobre la vida de pareja al momento del hecho, 7 (15,2%) no tenían pareja; 3 (6,5%) tenían novio, 7 (15,2%) estaban casadas y 29 (63%) estaban en concubinato. Respecto a la relación entre víctimas y victimarias, 39 (83%) eran sus madres biológicas y las 8 restantes eran madrastras o madres adoptivas.

El estatus legal de todas las mujeres indica que al periodo de estudio, 22 (46,8%) mujeres estaban deteni-

das en condición de procesadas, 19 (40,4%) penadas y 6 (12,8%) sobreesidas por inimputabilidad bajo medidas de seguridad. De las 47 mujeres detenidas, 29 (61,7%) tienen compañero de causa, de los cuales 26 (89,7%) son sus cónyuges. La mayor parte de las mujeres (39) se encuentra penada o procesada bajo el cargo de "Homicidio Agravado por el Vínculo"; 5 mujeres tienen cargos de "Abandono de persona seguido de muerte" y 3 mujeres de "Homicidio Simple".

Descripción de las víctimas: Hubo un total de 50 víctimas y de una de ellas no pudo obtenerse información. De las 49 víctimas de que pudo obtenerse información, 21 fueron de sexo femenino y 28 de sexo masculino. La edad promedio fue 50 meses (DT = 68) y la mediana 24 meses con un mínimo de 0 meses y un máximo de 360 meses. Excluyendo tres víctimas con valores extremos altos (16, 17 y 30 años), el promedio de edad fue de 37 meses (DT = 40) y la mediana 23,5 meses, con un máximo de 132 meses. La distribución y estadísticas de las edades de las víctimas discriminadas, según la victimaria fuera madre biológica o no, se expone en Tabla 2. El 22,5% de las víctimas de madres biológicas fueron muertas durante el primer día de vida (neonaticidios)

Resultado del estudio de incidencia para el año 2004

Durante el año 2004 en la Provincia de Buenos Aires se produjeron 17 casos de filicidio –conocidos por la Policía y el Poder Judicial– en los que participó la madre biológica como victimaria, lo que permite calcular las siguientes tasas (en base a población del censo de 2001; Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Argentina):

Tasa anual de filicidios maternos por 100.000 habitantes: 0,12.

Tasa anual de filicidios maternos por 100.000 mujeres entre 15 y 64 años: 0,38.

Los datos brutos de la Policía de la Provincia de Buenos Aires permitieron identificar esos casos en las localidades de La Plata (1), General Rodríguez (1),

Chivilcoy (1) Suipacha (1), General Pueyrredón (2), Tigre (1), Pilar (1), Merlo (1), Tres de Febrero (1), José C. Paz (1), Avellaneda (1), Lomas de Zamora (1) Almirante Brown (1), Pergamino (1), Zárate (1) y Campana (1). La distribución geográfica es sumamente dispersa y no permite realizar conjeturas.

Las víctimas fueron 5 de sexo femenino y 12 de sexo masculino. Siete (41 %) fueron víctimas al recién nacer. El promedio de edad de todas las víctimas fue 23 meses (DT = 37) y la mediana 1,5 meses.

Las victimarias tuvieron un promedio de edad de 25 años (mínimo 18; máximo 42). En dos casos sus parejas varones fueron partícipes del homicidio.

DISCUSIÓN

Los datos de prevalencia permiten aseverar que la población carcelaria femenina que ha cometido homicidio contra su hijo biológico o adoptivo o contra su hijastro, constituye una proporción importante de las mujeres allí alojadas. Esta dimensión cuantitativa, más allá de las razones de derecho y humanitarias, orienta a sostener que sería sumamente valioso para ellas y para el Servicio Penitenciario bonaerense profundizar el estudio, conocer más acerca de sus necesidades y planificar los servicios correspondientemente.

Entre los hallazgos informados en este artículo se destaca que las filicidas alojadas en el Servicio Penitenciario constituyen una población madura, con un promedio de edad de 34 años. Podría argumentarse que en este promedio alto influye el hecho que las mujeres llevan mucho tiempo privadas de libertad (58 meses en promedio, con un mínimo de 3 y un máximo de 197 meses). Si bien eso indudablemente influye, al revisar el promedio de edad al momento del hecho se encuentra que su valor es 28 años y que resulta 3 años mayor que el promedio de edad de las filicidas del 2004 (25 años). Esta diferencia puede estar señalando aspectos del fenómeno que requieren mayores estudios. Cabe plantearse si hay variación en la tendencia a lo largo de la historia y, entonces, el fenómeno del filicidio estaría produciéndose en mujeres más jóvenes o si el hallazgo se debe a la diferente conformación de las muestras (filicidas madres biológicas, adoptivas y madrastras en una muestra, y filicidas madres biológicas en la otra). Esta última alternativa fue revisada en el estudio y se encontró un hallazgo que la apoya: el promedio de edad de las madres biológicas al momento del hecho fue 26,5 años y, si se excluye del cálculo a las tres filicidas cuyas víctimas fueron adultas, la edad promedio se reduce a 25,5 años, mientras que el de las madres no biológicas fue 33 años. El hallazgo, además de estar se-

ñalando promedios de edad similares para las filicidas madres biológicas en ambas muestras, está señalando diferencias en las edades promedio de madres biológicas y no biológicas, lo que podría ser reflejo de diferente tipo de conflictividad o trastorno relacionado con diferentes etapas de la vida, lo que será considerado en un futuro informe.

Las víctimas de las mujeres alojadas en el Servicio Penitenciario tuvieron al momento del delito mayor edad que las víctimas de las madres filicidas del estudio de incidencia. Esta diferencia se mantuvo aun excluyendo los casos extremos del primer grupo ($X = 37$ meses; $DT = 40$; $Md. = 23,5$ meses, vs. $X = 23$ meses; $DT = 37$; $Md. = 1,5$ meses). Si se considera que la primera muestra incluye madres adoptivas o madrastras y que éstas no son las que cometen neonaticidio, el resultado estaría dentro de lo esperable. Sin embargo, al analizar las edades de las víctimas para cada grupo de victimarias en la población alojada en el Servicio Penitenciario, se encontró que el promedio de edad de las víctimas de madres biológicas fue significativamente mayor que el de las víctimas de madres biológicas del estudio de incidencia (50,5 meses vs. 23 meses; $t = 2,30$; $p = 0,3$) y que lo mismo ocurrió con la mediana (24 meses vs. 1,5 mes). Congruentemente, entre víctimas de madres biológicas de la muestra del Servicio Penitenciario hubo 25,5% de neonaticidios, mientras que en los casos de 2004 hubo un 41% de neonaticidios. Este hallazgo es llamativo si se tiene en cuenta que las edades de las madres biológicas son similares y será motivo de escrutinio en el futuro informe que focalizará en la descripción de otras variables criminológicas, además de la descripción de la personalidad de las victimarias y de las circunstancias del hecho.

En cuanto al estatus legal, resalta que una proporción importante de mujeres privadas de libertad está aún procesada. Si bien esta proporción parece alta, es pequeña comparada con lo que ocurre a nivel general de la población femenina alojada en el Servicio Penitenciario (82% de las mujeres procesadas en mayo de 2005 según datos del Servicio Penitenciario bonaerense). Seis (12,8%) de las 47 mujeres detenidas estaban sobreeseadas por inimputabilidad y bajo medidas de seguridad. Las consideraciones sobre esta proporción son limitadas, pues no se conoce cuántas terminarán con el mismo veredicto de las que están procesadas. De todas maneras, cabe destacar que la proporción es similar a la de mujeres homicidas inimputables en el total de mujeres homicidas alojadas en el Servicio Penitenciario en el primer semestre de 2001 (32).

Algunas características analizadas en este estudio orientan a aseverar que las mujeres filicidas alojadas

en el Servicio Penitenciario bonaerense configuran un grupo con particulares vulnerabilidades culturales y sociales: el 32% no había completado la escuela primaria y el 22% no tenía pareja al momento del hecho o simplemente estaba de novio. Si bien no es posible aseverar que tales datos señalan factores de riesgo desde la perspectiva poblacional, se puede conjeturar que la menor educación y el embarazo no buscado, en un medio urbano como el que predomina en la provincia de Buenos Aires, constituyen factores existenciales que conspiran contra una buena integración social.

Las tasas calculadas ponen de manifiesto que, comparativamente con otras acciones delictivas, el homicidio del hijo cometido por su madre es una forma de violencia infrecuente. La tasa anual de filicidios maternos por 100.000 mujeres entre 15 y 64 años resultó 0,38. Indudablemente, la baja frecuencia se torna alta cuando se la examina a la luz de lo socialmente deseable. En el ámbito de la provincia de Buenos Aires no se reconocen tendencias sociales generalizadas que desvaloricen los hijos de determinado sexo ni la existencia de permisión para administrar la cantidad de hijos dándoles muerte una vez nacidos. Tampoco se reconocen otras pautas culturales difundidas que pudieran justificar tales homicidios. Por ejemplo, el ocultamiento de la deshonra que otrora justificara atenuaciones en la punición podría ser visto actualmente, ante el desarrollo del reconocimiento de los derechos del niño y de la fortaleza de los movimientos que estimulan el orgullo feminista, con desaprobación social. Según la casuística personal de los autores, se podría conjeturar que una conducta tan extrema para este medio social, como es la acción homicida de una madre hacia su hijo, estaría condicionada por factores existencialmente opresivos, sea emergentes de severa conflictividad personal o circunstancial, y/o de trastornos psíquicos. Las futuras etapas de este proyecto de investigación intentarán lograr una más extensa descripción de las características personales y circunstanciales de las mujeres filicidas.

REFERENCIAS

- Pissano M. Romina va a ser una buena mamá. La Capital 2005 Aug 6; Sección de Información General
- Pissano M. Marcha en reclamo de la inmediata libertad de Romina Tejerina. La Capital 2005 Sep 6; Sección de Información General
- Pissano M. El caso Romina Tejerina: La Justicia y la cuestiones de piel. La Capital 2005 Dec 6; Sección de Información General
- Ruggiero K. Honor, Maternity, and the Disciplining of Women: Infanticide in Late Nineteenth-Century Buenos Aires. *Hispanic American Historical Review* 1992; 72: 3
- Folino JO. Forensic Psychiatric Study of Homicides in Argentina. *International Bulletin of Law & Mental Health* 1993; 4(1-2): 13-17
- Folino JO, Apezteguía M. Los homicidas. *Revista Mexicana de Prevención y Readaptación Social* 2000; 7: 17-48
- Folino JO, Avalos A, Urrutia MI, Crivos M, Teves L, Marchioni M. Investigación Interprovincial sobre Homicidios –Buenos Aires y Córdoba–. "Intercambios", Revista de la Carrera en Especialización en Derecho Penal 2001; 3. Publicación electrónica: <http://der.jursoc.unlp.edu.ar/intercambios/index.htm>
- Folino J, Urrutia MI, Crivos M, Teves L, Avalos A, Marchioni M, Pezzotti G. Homicides and socio-economic influences. *Jornal Brasileiro De Psiquiatria* 2004; 53(3): 175-182
- Folino J, Nájera E. Homicidas mujeres. *Medicina Forense Argentina - Boletín de la Asociación de Médicos Forenses de la República Argentina* 2003; 26(51): 22-25
- Nájera E. Mujeres Homicidas. La Plata: Tesis de Maestría en Psiquiatría Forense, Universidad Nacional de La Plata, 2001
- Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003
- Castaño B. Características del filicidio en Bogotá, 1998-2003. La Plata: Tesis de Maestría en Psiquiatría Forense; Universidad Nacional de La Plata, 2004
- Adinkrah M. When Parents Kill: An Analysis of Filicides in Fiji. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2001; 45(2): 144-158
- National Statistics. Crime in England and Wales 2003/2004: Homicide and Gun Crime. UK; 2004. Supplementary Volume 1
- Wadhawa S. Lambs to Slaughter, 1995
- George SM. Female Maternal Filicide in Tamil Nadu, India. From Recognition Back to Denial? *Reproductive Health Matters* 1997; 124
- Resnick P. Murder of a Newborn: A Psychiatric Review of Neonaticide. *American Journal of Psychiatry*. *Am J Psychiatry* 1970; 126(10): 58-64
- Scott PD. Parents who Kill their Children. *Med Sci Law* 1973; 13: 120-126
- D'Orban PT. Women Who Kill their Children. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 560-571
- Spinelli MG. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. *Am J Psychiatry* 2001; 158(5): 811-813
- Kundera M. *La inmortalidad*. Tusquets Editores, Buenos Aires, 2001
- Carrara F. *Programa del Curso de Derecho Criminal dictado en la Real Academia de Pisa*. Traducción de la 11ª edición italiana. Volumen 1. Editorial De Palma, Buenos Aires, 1945
- Antecedentes Parlamentarios. La Ley A. Edit. La Ley, Buenos Aires, 1997, pp. 1001-1003
- D'Alessio AJ. *Código Penal de la Nación Argentina comentado y anotado*. Edit. La Ley, Buenos Aires, 2004
- Antecedentes Parlamentarios. La Ley A. Edit. La Ley, Buenos Aires, 1996, p. 1024
- Bujan JA, De Langhe MV. *Tratado de los delitos. Delitos contra las personas. Tomo 1*. Editorial Ábaco de Rodolfo Depalma, Buenos Aires, 2004
- López J. *Los homicidios calificados*. Editorial Plus Ultra, Buenos Aires, 1975
- Figari RE. *Homicidios*. Ediciones Jurídicas Cuyo; Mendoza, 2001
- Palermo GB. Murderous parents. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2002; 46(2): 123-143
- Oberman M. Mothers who kill: Cross cultural patterns in and perspectives on contemporary maternal filicide. *Int J Law Psychiatry* 2003; 26: 493-514
- Marks MN, Kumar R. Infanticide in Scotland. *Med Sci Law* 1996; 36(4): 299-305

32. Nájera E. *Mujeres Homicidas*. Tesis de Maestría en Psiquiatría Forense; Universidad Nacional de La Plata, La Plata, 2002
33. Moreno R. *El Código Penal y sus antecedentes*. Tomassi Editor, Buenos Aires, 1922
34. Moreno R. *El Problema Penal*. Talleres Gráficos Argentinos J.L. Rosso, Buenos Aires, 1933
35. Domenech E y GML. *El Paradigma del Patronato, de la salvación a la victimización del niño*. Edulp, La Plata, 2003
36. Huber B. *El delito de infanticidio*. Revista de Derecho Penal. Delitos contra las personas. Rubinzal Culzoni Editores, Buenos Aires, 2003

INVESTIGACIÓN

EVOLUCIÓN DEL CAMBIO EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO¹

(Rev GU 2006; 2; 3: 287-298)

Mariane Krause² y Paula Dagnino³

A partir de resultados de estudios tanto cualitativos como cuantitativos, existentes en el ámbito de las investigaciones psicoterapéuticas, e incluyendo estudios propios⁴ las autoras dan respuesta a las preguntas ¿qué es lo que cambia en el proceso psicoterapéutico? y ¿cómo se produce este cambio? En este trabajo el cambio psicoterapéutico se entiende como fenómeno esencialmente subjetivo, vale decir, propio de la dimensión de los significados. Este cambio se va construyendo sucesivamente a través de las diferentes fases del proceso psicoterapéutico, iniciándose incluso antes del comienzo de éste. Operacionalmente, el proceso de cambio puede ser aprehendido a través de “indicadores genéricos de cambio” que han sido contrastados empíricamente en procesos terapéuticos de diferente orientación teórica. Las autoras construyen el trabajo de forma tal que resulta en un seguimiento de los cambios sucesivos propios de procesos terapéuticos exitosos, fundamentando y ejemplificando sus planteamientos con casos concretos. Su planteamiento central dice que un proceso psicoterapéutico exitoso permitirá que el consultante desarrolle una nueva mirada sobre sí mismo, sobre sus relaciones interpersonales, sus propios recursos y los de su entorno.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este trabajo es poder responder dos preguntas: ¿cómo se produce el cambio?, con el objetivo de poder determinar factores de cambio; y ¿qué es lo que cambia?, dirigida a establecer los contenidos

del cambio a través de las diferentes fases del proceso psicoterapéutico. Para encontrar las respuestas debemos remitirnos a la investigación en psicoterapia.

Es a partir de los años 1950, y a raíz de un fuerte cuestionamiento a la efectividad de los procedimientos terapéuticos (Eysenck, 1952), que se comenzó a desa-

¹ Publicado originalmente en el libro: *Avances en psicoterapia y cambio psíquico*. Riquelme R y Thumala E (editors) Soc. Chilena de Salud Mental, Santiago, 2005.

² Escuela de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile.

³ Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

⁴ Los estudios fueron financiados por el Servicio de Intercambio Académico Alemán (DAAD) y a través de los proyectos FONDECYT N° 1930700, titulado “Representaciones Sociales de la Ayuda Psicológica en Sectores Pobres” y FONDECYT N° 1030482, titulado “Hacia una práctica efectiva en psicoterapia: Estudio de episodios de cambio relevantes en diferentes tipos de psicoterapia y sus efectos en los resultados terapéuticos”.

rrrollar la investigación en psicoterapia en forma sistemática en distintas partes del mundo. Esta investigación, específicamente aquella centrada en los efectos de la terapia, proliferó durante la segunda mitad del siglo veinte, llegando a conformar una gran masa de estudios empíricos sobre el tema (Lambert y Bergin, 1994, Meltzoff y Kornreich, 1970; Parloff, Wolfe, Hadley y Waskow, 1978; Vandenbos y Pino, 1980). Este auge de la investigación en psicoterapia se plasmó en estudios comparativos sobre efectos terapéuticos (Goldfried, Greenberg & Marmar, 1990), cuya cantidad llevó al desarrollo de investigaciones de meta-análisis (Bozok y Bühler, 1988; Brown, 1987; Wittmann y Matt, 1986).

Los hallazgos de los meta-análisis dejaron pocas dudas sobre la efectividad de la psicoterapia (Asay y Lambert, 1999); sin embargo pusieron de manifiesto un problema que ya había sido señalado en revisiones anteriores (Luborsky, Singer y Luborsky, 1975): la carencia de diferenciación entre los distintos sistemas terapéuticos en relación con su efectividad. De este modo, los resultados no guardaron relación con la inversión realizada, permaneciendo importantes incógnitas, en particular sobre qué tipo de intervenciones terapéuticas producen cuáles efectos (Smith, Glass y Miller, 1980; Roth y Fonagy, 1996). La ayuda profesional parecía tener un tipo de efecto homogéneo (Bozok y Bühler, 1988), lo que fue denominado "la paradoja de la equivalencia" (Meyer, 1990). Este hecho fue interpretado por algunos (Czagalik, 1990) como problema metodológico y fue, entonces, motor de nuevas investigaciones en psicoterapia, dando lugar a tres líneas de investigación con procedimientos metodológicos alternativos (Krause, 2005):

- a. el estudio del proceso terapéutico (Bastine, Fiedler, y Kommer 1989; Greenberg y Marmar, 1990; Hill, 1990; Rees, Hardy, Barham, Elliot, Smith y Reynolds, 2001; Tschuschke y Czagalik, 1990), que se centra tanto en la interacción terapéutica como en el proceso de cambio experimentado durante la relación de ayuda, estudiando los "episodios relevantes de cambio terapéutico";
- b. el estudio de los factores de cambio inespecíficos (Bozok y Bühler, 1988; Krause, 1998; Krause, Arístegui, De la Parra, 2002; Meyer, 1990), actualmente llamados "comunes" (Hubble, Duncan y Miller, 1999), que intenta descubrir qué factores de la terapia o extra-terapéuticos, transversales a diferentes tipos de terapia, resultan responsables del cambio; y
- c. los estudios que relacionan tipos de tratamiento con tipos de problema, a partir de los cuales se

han elaborado listas de tratamientos con apoyo empírico para temas específicos, como depresión, fobias, bulimia, etc. (Blatt y Felsen, 1993; Winkler, 1999).

En el presente trabajo se combinan las líneas de investigación de proceso y el estudio de factores de cambio inespecíficos, enfatizando: (a) la subjetividad de los consultantes, combinada con la observación externa; (b) la conjunción de lo clínico con lo psicosocial; (c) los aspectos comunes o genéricos del cambio; y (d) la construcción sucesiva del cambio a lo largo del proceso psicoterapéutico.

Por otro lado el cambio subjetivo es evaluado desde distintas perspectivas: a través de la apreciación subjetiva de los implicados (tanto consultantes como terapeutas), y a través del juicio externo de expertos, por medio de la observación de sesiones de terapia (Krause, Arístegui, De la Parra, 2002).

INDICADORES DE CAMBIO GENÉRICOS

Es a partir del estudio de momentos de cambio en terapias de distinta orientación teórica que hemos llegado al establecimiento de indicadores genéricos de cambio basados en la Teoría del Cambio Subjetivo (Krause, 2005), construyéndose una lista de indicadores de cambio sucesivos (Krause, De la Parra, Arístegui, Dagnino, Tomicic, Valdes, Vilches, Echávarri, Ben-Dov, Reyes, Altimir, 2006), que pueden ser empíricamente observados durante sesiones terapéuticas en curso. A continuación se presentan dichos indicadores en orden jerárquico, desde cambios iniciales hacia cambios de periodos más avanzados de la terapia.

1. Aceptación de la existencia de un problema
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda
3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente
4. Expresión de esperanza ("remoralización" o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas)
5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales ("fisura"). Puede implicar reconocimiento de problemas antes no vistos, autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas
6. Expresión de la necesidad de cambio
7. Reconocimiento de la propia participación en los "problemas"
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo

9. Manifestación de un comportamiento o de una emoción nuevos
10. Aparición de sentimientos de competencia
11. Establecimiento de nuevas relaciones entre:
 - aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.)
 - aspectos propios y del entorno (personas o sucesos)
 - aspectos propios y elementos biográficos
12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas
13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros
14. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas
15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía
16. Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico
17. Reconocimiento de la ayuda recibida
18. Disminución de la asimetría
19. Construcción de una Teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador “global”)

De acuerdo con la Teoría del Cambio Subjetivo, la evolución del cambio es un proceso que se da en etapas sucesivas, que comienza antes de la terapia y continúa después del término de ésta, y que combina factores intra y extra terapéuticos. Dicho proceso se caracteriza por cambios relacionados con:

1. la fase de la búsqueda de ayuda profesional
2. la trayectoria o acceso hacia la ayuda psicológica
3. la estructura de la relación de ayuda
4. la interacción terapéutica y
5. la evolución de la estructura y dinámica de la relación

Los cambios terapéuticos se construyen unos sobre otros, incrementándose progresivamente el nivel de complejidad de los patrones de explicación e interpretación. Asimismo, implican una sucesiva “psicologización” de los patrones de explicación e interpretación (Krause, 2005).

A continuación mencionaremos los principales indicadores de cambio genéricos ligándolos con la evolución del proceso psicoterapéutico.

FASE DE LA BÚSQUEDA DE AYUDA PROFESIONAL

La primera fase es aquella en que se decide buscar ayuda profesional. Es a través de la investigación que se ha constatado (Krause, 2005) que el cambio comienza mucho antes del inicio del proceso psicoterapéutico, desde que el consultante *acepta de existencia de un problema (Ind.1)⁵ y experimenta sus propios límites reconociendo la necesidad de ayuda (Ind.2)*. Con frecuencia esta experiencia adopta la forma de “crisis”, lo que se ejemplifica en el siguiente caso de un joven polaco radicado en Alemania, quien en la primera entrevista comenta:⁶

“Comencé a tomar mucho ... y dejé de estudiar, sólo iba para pagar la matrícula, lo cual no es mucho decir, y pagaba el seguro de salud. También seguí trabajando como taxista. En ese periodo tuve mis primeras experiencias con Haschisch. No es que yo crea que se trata de una droga peligrosa, pero en esa situación era peligrosa para mí, y de hecho me puse a fumar más y más, y ni siquiera quería estar con otros mientras fumaba”... “Y bueno, la cosa duraba ya dos meses y ... me sentí muy mal, una noche, ... y fui a los primeros auxilios ... yo pensé que me moriría. Tenía el pulso muy rápido, yo pensé, quizás no muero, pero perderé el conocimiento, o perderé la razón ... y ... ella [la doctora] me revisó y ... yo todo el tiempo tenía miedo de que me pudiera pasar algo ... y entonces me dio la dirección del centro de intervención en crisis”.

Durante esta fase, anterior al contacto con el terapeuta, junto con la experiencia de los propios límites, comienzan a producirse algunos cambios que posteriormente se transformarán en cambios “terapéuticos”. En particular, la experiencia de los propios límites constituye la condición más importante para que se produzcan los cambios durante la posterior relación de ayuda. Se trata de dos tipos de límites experimentados subjetivamente: de la resistencia emocional y de los propios intentos de afrontamiento, incluida la búsqueda de ayuda dentro de la red social.

A través de la decisión de buscar ayuda profesional, la experiencia de los propios límites se transforma en conciencia de la propia necesidad de ayuda. Aceptar la propia necesidad de ayuda implica que se tiene ciertas dudas sobre los modos de resolución de los problemas y sobre los patrones explicativos empleados hasta ese momento.

⁵ Para una mejor comprensión del texto se resaltarán en cursivas el indicador de cambio y la posición que ocupa en la jerarquía.

⁶ Los ejemplos de caso fueron tomados de Krause, 2005.

La toma de conciencia de la necesidad de ayuda, definida desde la perspectiva del consultante como la aceptación de sus propios límites para solucionar los problemas es, por lo tanto, una condición necesaria para los cambios posteriores.

Otro aspecto de la fase en que se opta por la ayuda profesional, que constituye una condición para los cambios terapéuticos posteriores, es el apremio por recibir ayuda (experimentado en forma subjetiva). A mayor apremio, mayor disposición a tomar conciencia de la necesidad de ayuda.

FACTORES DE CAMBIO EN LA TRAYECTORIA HACIA LA AYUDA PSICOLÓGICA

Durante la trayectoria hacia la ayuda psicoterapéutica –vale decir, después de la decisión inicial– se continúan produciendo cambios psicológicos (Lichner, 2002; Prochaska y Norcross, 2002).

Un factor impulsor de estos cambios es el lugar donde los consultantes buscan ayuda, el cual, a su vez, depende de:

- el conocimiento previo sobre las ofertas de ayuda profesional
- sus modelos explicativos o “teorías de enfermedad”
- la estructura del sistema de ayuda profesional.

Todos estos aspectos se relacionan con el contexto sociocultural del consultante (Kaplan, 2000).

No obstante, la persona “inexperta” que busca ayuda no puede prever que existe una gama de ofertas en los sistemas asistenciales, de modo que no elegirá conscientemente una u otra modalidad. De este modo, su trayectoria también dependerá de hechos fortuitos, que escapan de su control y de su conciencia. Su encuentro con el profesional estará determinado, también, por el azar (Goffman, 1972).

El lugar en que los consultantes buscan ayuda dice relación entonces con su conocimiento previo de las ofertas de ayuda profesional y con los modelos explicativos de sus propios problemas. Los modelos explicativos se relacionan con el contexto sociocultural del consultante, con su conocimiento previo de temáticas psicológicas y con la intensidad del agobio que le significan sus problemas y síntomas (lo que determina la “urgencia” de la ayuda). Evidentemente el tipo de síntoma (por ejemplo, si son de tipo biológico o no) también influye en el modelo explicativo que se desarrolle y en el lugar donde se busque ayuda.

No obstante, la búsqueda de ayuda no sólo depende de la persona que la busca o, mejor dicho, de sus

problemas y síntomas, de su proceso interno y de la interacción con su entorno social inmediato, sino también de la estructura del sistema de ayuda profesional, la cual entraña ciertas “prescripciones” para la búsqueda individual de ayuda.

En efecto, la persona puede buscar por sí misma un profesional de ayuda, según su conocimiento previo de las estructuras de los sistemas de asistencia y de acuerdo a la clasificación (psicosocial o médica) de su problema; sin embargo, el profesional poseerá su propio patrón explicativo, lo aplicará a los problemas del consultante y, basándose en esto, decidirá si se considera competente o no para el consultante en cuestión. En consecuencia, el consultante iniciará un recorrido por las estructuras de los sistemas de asistencia que sólo concluye (provisoriamente), cuando coincide su propia definición de competencia profesional con la que tenga el terapeuta. En este momento el indicador de cambio observado es *la aceptación del terapeuta como profesional competente* (Ind.3). Durante esta fase comienza el proceso de reinterpretación que luego continuará y se intensificará durante la relación de ayuda. Los facilitadores de este proceso son la intensidad del agobio y la confrontación con nuevos conceptos explicativos para los propios problemas y síntomas, provenientes de los profesionales consultados a lo largo de su trayectoria de búsqueda.

Este recorrido, determinado por la búsqueda de ayuda y por las prácticas de derivación, dejará su marca en el consultante, ya que implica la “negociación” de la clasificación conceptual de su “problema” o, mejor dicho, de su “concepto de enfermedad”, así como también de las expectativas de tratamiento correspondientes, lo cual corresponde al indicador de cambio *expresión de esperanza o expectativa de ser ayudado* (Ind.4).

La construcción de un ámbito de significados compartidos es requisito para el encuentro “efectivo” con el profesional “competente”, en el sentido de que el consultante debe coincidir con el profesional en cuanto al contexto explicativo en el que se diagnostica su problema. Esto implica el reconocimiento de problemas antes no vistos, la autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas, siendo el indicador observado el *descongelamiento o cuestionamiento de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales* (Ind.5).

La reinterpretación de los problemas constituye la etapa que sigue al “descongelamiento” de los modelos explicativos antiguos y será la base para la paulatina construcción de los conceptos y patrones explicativos nuevos.

En esta fase, además, juegan un papel importante algunas características que se analizaron con respecto

a la fase anterior (la fase de la decisión por la ayuda profesional), tales como el aumento de la disposición a aceptar las “reglas” del sistema –por ejemplo, aceptar un tratamiento médico, o bien psicológico, a pesar de estar convencido de lo contrario– cuando se está bajo una situación demasiado agobiante. En casos como éste se produce una interacción entre el individuo y el sistema, que se hace evidente, por ejemplo, cuando el agobio se ha intensificado a causa de un tiempo de espera muy largo o por un tratamiento ineficaz.

Volviendo al ejemplo del caso antes citado, en el camino de Fabián hacia la ayuda profesional competente hay algunos elementos importantes de destacar. Como sabemos, Fabián inicia su búsqueda durante una crisis con sintomatología física y una definición personal inicial de tipo médico de sus problemas. Su trayectoria va desde la asistencia médica a la psicológica. En su caso fueron médicos quienes intentaron derivarlo hacia la atención psicológica, definiéndose a través de esa acción de derivación como “no competentes” para su tipo de problema.

La competencia profesional es definida tanto por el profesional como por el consultante, de tal modo que las definiciones de competencia podrían contradecirse. Así, puede suceder que el profesional señale que el problema no es de su competencia, pero que el consultante insista. Tal situación se da en la primera parte del camino de Fabián, porque en un principio la declaración del médico acerca de su no competencia no le convence. En la siguiente viñeta se puede apreciar que la interpretación subjetiva que Fabián hace de sus síntomas durante su primera sesión en el centro de intervención en crisis es de tipo biológico:

“En ese entonces yo no podía creer, que ... estaba enfermo psíquicamente ... no ... , tenía miedo que esto fuera un problema circulatorio o algo así, porque tenía el pulso muy rápido”.

Sin embargo, hacia la segunda sesión la interpretación que Fabián hace acerca de sus síntomas cambia:

“Ehm ... , bueno, mientras tanto yo ya creía que tenía una neurosis. (...) ... yo había tenido ya ... la tomografía computarizada y ... todo había estado en orden”.

Con ello Fabián está en condiciones, al menos en lo que a su interpretación subjetiva se refiere, de aceptar la competencia del psicólogo.

Para hacer posible este cambio de interpretación se conjugaron dos elementos. Por un lado, los profesionales del sistema médico niegan su competencia. Por

otro lado la tensión emocional es cada vez más fuerte. En efecto, Fabián describe la semana entre la primera y la segunda sesión en el centro de intervención en crisis como “una semana terrible”, en la cual habrían aparecido aún más síntomas. De este modo, él experimenta vivencialmente la relación entre su carga emocional y su aceptación de las propuestas provenientes del sistema asistencial. Es tal su sobrecarga que, por así decirlo, se ve presionado a considerar las propuestas (tanto asistenciales como de definición del problema) que le hacen los profesionales. Además, como no tiene experiencia previa con la ayuda profesional, no le queda otra elección que tomar en consideración la competencia de los nuevos profesionales (los del sistema de asistencia psicológica) y aceptar su intervención (análisis extraído de Krause, 2005).

FACTORES DE CAMBIO DE LA ESTRUCTURA DE LA RELACIÓN DE AYUDA

La relación terapéutica es el contexto en el que ocurren, o desde el que se impulsan, los cambios psicológicos principales de los consultantes. Por este hecho, el análisis de su estructura aporta a la comprensión de los procesos de cambio.

La asimetría de la relación de ayuda, que fue descrita como uno de sus elementos estructurales, es una de las condiciones que determinan su potencial de cambio. Esto coincide con los modelos postulados por Frank (1982), o con los estudios de Vaughn (2000). La asimetría se constituye a través de:

- la definición del terapeuta como experto
- la autoevaluación crítica y
- la aceptación de la necesidad de ayuda (Ind.6)

Estas características están enmarcadas en un contexto de significado que, además de contenidos, implica determinados parámetros, reglas, modos de pensar y, también, un determinado foco (que establece prioridades) con los cuales se construye (o aprehende) la “realidad”. Es algo así como la lente a través de la que se observa el mundo. Este foco y sus parámetros pueden ser aprendidos. Una de las situaciones en que son aprendidos es la relación de ayuda psicológica, en cuyo caso hablaremos de un contexto de significado psicológico.

Entonces, la asimetría se construye por parte del consultante mediante la aceptación de la necesidad de ayuda y a través de la definición del terapeuta como experto. Ambos componentes –junto con la autoevaluación crítica– se consideran tanto requisitos de la

relación de ayuda, como bases para los cambios terapéuticos. La otra condición cuyo desarrollo es parte de los primeros contactos entre cliente y terapeuta, y que resulta fundamental para los cambios terapéuticos posteriores, es la aceptación del contexto de significado psicológico.

Cuando estos componentes no se han comenzado a desarrollar durante las fases anteriores al inicio de la relación de ayuda, serán el producto (necesario) de los primeros contactos con el psicoterapeuta o, al menos, se manifestará en estos contactos entre consultante y terapeuta si son susceptibles de ser desarrollados o no. Este análisis constituye un apoyo adicional a la importancia otorgada por la investigación en psicoterapia a las primeras sesiones en su relación con el éxito terapéutico (Bittner, 1981; Horvath, 2001; Lenz, 1989).

Cuando el consultante no acepta el contexto de significado psicológico, o cuando no se desarrollan los tres componentes de la relación terapéutica nombrados anteriormente, se rompe dicha relación o bien resulta insatisfactoria e ineficaz desde el punto de vista de los involucrados.

Sobre la base de estos elementos –los tres componentes de la relación de ayuda y la aceptación del contexto de significado psicológico– se inicia el cambio de los patrones de interpretación del cliente, siendo el indicador de cambio el *reconocimiento de la propia participación de los problemas* (Ind.7).

El mecanismo que gatilla dicho proceso de reinterpretación es la necesidad de construir un ámbito de significados compartidos como condición general para lograr la comunicación entre personas. Lo que agrega la relación de ayuda psicológica a esta necesidad general es que esta tarea de construir un ámbito de significados compartidos se realizará bajo condiciones de una relación asimétrica, de lo cual se desprende que la visión de realidad del terapeuta será la predominante en el ámbito común de significados.

Esta supremacía se puede reconocer en fases posteriores de terapias consideradas exitosas, entre otras cosas, por el hecho que el cliente asume en importante medida la teoría terapéutica de su terapeuta (Krause, 1992).

La aceptación del contexto de significado psicológico es hasta cierto punto un “adelanto” de confianza del consultante hacia su terapeuta, pero al mismo tiempo es un producto de la primera fase de la relación de ayuda y, visto en detalle, también un proceso: un proceso de reinterpretación. Para los consultantes la reinterpretación es la re-clasificación de sus problemas, síntomas o de características del entorno social en un nuevo contexto de significado. Ello habitualmente im-

plica también una revaloración de ellos. En este nuevo contexto –influido en forma importante por la teoría psicológica del terapeuta– se define o, mejor dicho, se redefine el problema del consultante y, por ende, también las metas terapéuticas. De esta (nueva) definición se derivarán modalidades de acción específicas, tanto para el cliente como para su terapeuta.

INTERACCIÓN TERAPÉUTICA Y CAMBIO

En la interacción entre consultante y terapeuta existen determinados procedimientos terapéuticos que contribuyen al cambio. En una investigación actualmente en curso (Krause, Aristegui, De la Parra, Altimir, Ben-Dov, Dagnino, Echavarrí, Ramírez, Reyes, Tomicic, Valdés, Vilches, 2005) fueron estudiadas las acciones comunicacionales de terapeutas y consultantes, al interior de “episodios de cambio”; en tres niveles de análisis, “formas básicas” que corresponden a la estructura lingüística formal, “técnicas” que serían los recursos metodológicos e “intenciones comunicacionales” que constituyen la esencia de la acción comunicacional realizada, y que a su vez se agruparon en categoría más generales denominadas “estrategias” (Krause *et al.*, 2005).

Sin embargo, desde la perspectiva de los consultantes, las formas generales de intervención terapéutica más importantes son sólo tres: las *preguntas*, las *interpretaciones* y las *orientaciones conductuales* (o “consejos”) (Krause, 2005).

Desde la perspectiva de los consultantes, las preguntas son de importancia para el cambio porque impulsan el (auto)análisis, señalando su dirección, pero perfilando los contenidos solamente en términos gruesos. Así, pueden indicar la dirección y la forma de una reflexión, sin fijar los detalles, es decir, entregan un marco de referencia, pero dejan dentro de este marco cierto margen en el que puede moverse el consultante. Así, mediante las preguntas del terapeuta la interacción se mantiene dentro del contexto de significado psicológico, es decir, se delimita el ámbito en el cual el consultante realizará sus interpretaciones y asociaciones, pudiendo el cliente entonces aprender modos de interpretación psicológicos. A pesar de estos límites prefijados, su respuesta a la pregunta terapéutica será una construcción propia. Lo anterior es importante, ya que mediante la construcción personal de la respuesta él puede internalizar (es decir, “hacer propios”) el marco y la direccionalidad contenidos en la pregunta, logrando percibir también éstos como desarrollo o comprensión propia. Con posterioridad a un proceso de psicoterapia considerado exitoso, los consultantes manifiestan que su terapeuta les brindó sólo “alicientes” para el

pensamiento y no propuestas específicas en cuanto a contenidos. Por consiguiente, el consultante percibirá menos influencia terapéutica de la que tal vez vería un observador externo.

Por otro lado, existen diversos estudios: por ejemplo Hill (1990) u Orlinsky y Howard (1987; Orlinsky, 1994) que muestran que la interpretación es la acción comunicacional terapéutica más relevante, siendo la única categoría asociada en forma consistente con evaluaciones positivas.

La interpretación es una técnica genérica, vale decir, transversal a diferentes modalidades psicoterapéuticas. Por ejemplo, un estudio realizado por Gazzola, Ywakabe y Stalikas (2003) aporta evidencia respecto de que la interpretación es una técnica comúnmente utilizada por los terapeutas de distintos enfoques.

Frente a la posible disyuntiva “preguntas versus interpretaciones” debemos afirmar que estas modalidades de intervención no son excluyentes, obedeciendo más bien a diferentes niveles de análisis. Como muestran nuestros estudios (Krause *et al.*, 2005) la pregunta es una forma lingüística básica, en tanto la interpretación es una técnica comunicacional; en efecto, se puede realizar una interpretación a través de una pregunta.

Por último, en cuanto a las orientaciones conductuales, resalta que si bien éstas son mencionadas por los consultantes como acción relevante para impulsar el cambio, los terapeutas no le otorgan la misma importancia. Así, se da la paradoja que una misma intervención es vista sólo por el consultante como una orientación conductual mientras que el terapeuta la evalúa como acción que estimula al consultante a reflexionar. Como fuere, los consultantes destacan que a través de la entrega de información concreta por parte de sus terapeutas, respecto de modos de comportamiento, ellos no sólo cambian su conducta sino que también el modo en que interpretan la situación.

En términos generales, el cliente percibe la interacción terapéutica como una invitación:

- a la introspección, que correspondería al *descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo* (Ind.8) y
- a establecer conexiones psicológico - biográficas, expresado en el *establecimiento de nuevas relaciones entre aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.) y del entorno, y elementos biográficos* (Ind.11).

Esto se produce independientemente de la escuela terapéutica del profesional y es percibido por los consultantes como “el aprendizaje de una nueva forma de pensar” que puede ser entendido como la *reconceptua-*

lización de los propios problemas o síntomas (Ind.12) y posteriormente la *transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros* (Ind.13).

“No obstante, algo sobre lo cual los consultantes casi no se pronuncian (excepto en relatos de experiencias terapéuticas negativas) es la posible relatividad de las interpretaciones psicológicas, o bien, la posibilidad de que haya interpretaciones alternativas a las ofrecidas por su terapeuta. En las terapias bien logradas la perspectiva del terapeuta se percibe como “la realidad del asunto” y sus interpretaciones como la comprensión de las “relaciones verdaderas”. Por lo tanto, no se considera que la influencia del terapeuta implique la incorporación de “su” teoría o de “sus” patrones de interpretación. A raíz de esto, el cliente –a pesar de la incorporación de los patrones de interpretación provenientes de la terapia– conserva hasta cierto grado el sentimiento de experimentar un proceso de evolución autónomo. Sin embargo, como contraste, resulta evidente desde la perspectiva de la observación externa, en qué grado los consultantes aprenden no solamente patrones de interpretación psicológica generales, comunes a diferentes formas de terapia, sino también los elementos específicos de la escuela terapéutica sustentada por su terapeuta.” (Krause, 2005 p. 341).

Junto con estos cambios representacionales empiezan a aparecer *sentimientos de competencia* (Ind.10) que le dan al consultante la sensación de tener una evolución más autónoma durante esta etapa del proceso, lo cual produce un efecto terapéutico –expresado por los clientes “satisfechos”– que es con frecuencia citado en la investigación en psicoterapia como un cambio positivo en la autoimagen y un fortalecimiento de la autoestima (Elliot y James, 1989; Klein *et al.*, 2002).

EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA Y DINÁMICA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

En el transcurso posterior de una terapia (evaluada positivamente) el cliente necesitará cada vez menos “alicientes” para interpretar, es decir, para llevar a cabo su análisis de las relaciones psicológicas; el consultante internalizará el proceso (Arnold, Farber y Geller, 2004) y ganará con ello autonomía en la relación terapéutica. Mediante la internalización de las “reglas” del contexto de significado psicológico y de los patrones psicológicos de interpretación, el cliente adopta, por cierto, mucho de su terapeuta, pero al mismo tiempo se va independizando en cuanto a la aplicación de lo aprendido. Lo anterior se expresa en una *autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico* (Ind.16) y una *disminución de la asimetría* (Ind.18).

De este modo, en el transcurso de una terapia disminuirá considerablemente la necesaria asimetría de la relación de ayuda. Los componentes de la asimetría, vale decir, la “aceptación de la necesidad de ayuda” y la “definición del otro como experto”, con los cuales ha contribuido el consultante a la estructura de la relación de ayuda cuando ésta comienza, se debilitan en el transcurso de la terapia y, en el caso ideal, desaparecen al final de la relación de ayuda. En lugar de la “aceptación de la necesidad de ayuda” aparece el sentimiento de “autoeficacia” –el clásico concepto de Bandura (1977)– o, dicho de otro modo, la construcción de un sentimiento de competencia (Berg y De-Jong, 1996; Shilkret y Shilkret, 1993). La “definición del otro como experto” permanece en el tiempo, pero sólo de manera general, ya que el consultante ha logrado su propia pericia frente a sus problemas. El componente “autoevaluación crítica” perdura –e incluso se fortalece durante todo el proceso terapéutico– pero ya no está centrado únicamente en los problemas, sino que se convierte en una suerte de “atención” general que se presta a los propios procesos psicológicos.

Una expresión concreta de la disminución de la asimetría hacia el final de procesos terapéuticos exitosos es, por ejemplo, la disminución de la preponderancia del uso de preguntas por parte del terapeuta en comparación con el uso que le da el consultante. Algo similar sucede con las interpretaciones, las que, desde ser mayoritariamente utilizadas por los terapeutas al comienzo del proceso, evolucionan hacia la autointerpretación del cliente (Aristegui, Dagnino, Tomicic, Echavari, *et al.*, 2005).

EVOLUCIÓN DEL CONTENIDO DEL CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO

El cambio psicoterapéutico “genérico” dice relación con la mirada subjetiva del consultante, sobre sí mismo, sus problemas y síntomas, y sobre la relación de éstos con el entorno en que acontecen” (Krause, 2005).

La experiencia psicoterapéutica (cuando es evaluada positivamente) se traduce en el desarrollo de constructos y teorías subjetivas con respecto a los propios procesos psicológicos o a la propia interacción con el entorno social, lo que podemos conceptualizar como la *formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas* (Ind.14) y el *enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía* (Ind.15).

Las teorías subjetivas son “cogniciones de la visión de sí mismo y del mundo, que se pueden entender

como un conjunto complejo que tiene una estructura argumentativa, al menos implícita, y que cumple las funciones de explicación, predicción y tecnología, contenidas también en las teorías científicas” (Groeben, Wahl, Schlee y Schlee, 1988, p 19).

Las teorías subjetivas psicológicas se componen de asociaciones entre los problemas del consultante, su biografía y su situación de vida actual. Se van construyendo paulatinamente a través de asociaciones, impulsadas por la actividad terapéutica. Son, entonces, el producto de un proceso de (re)significación, que conlleva a la *construcción de una Teoría Subjetiva biográficamente fundada sobre sí mismo y la relación con el entorno* (Ind.19).

La resignificación, y con ella la transformación de los patrones de explicación subjetivos del consultante, son tanto un producto de la interacción con profesionales de ayuda como una condición para el desarrollo positivo de la relación terapéutica. En los ejemplos siguientes se analizará este proceso de cambio de significados.⁷

Francisca describe su proceso del siguiente modo:

“Sí... ¿cuántas veces estuve allí? Creo que seis veces. Bueno, al principio... fui lunes y enseguida el miércoles... y luego dejamos un espacio semanal,... pero en que yo, si pasaba algo, podía llamar en cualquier momento y, en ese caso, podría haber ido antes... Y eso fueron, creo que fueron cinco veces... y luego, cuando ya me sentía bastante estable, dejamos pasar un periodo más largo, creo que fueron seis semanas”.

Luego relata el efecto inmediato de las sesiones, efecto que se puede interpretar como su reacción a lo “nuevo” que le aporta el contexto de significado psicológico.

“Las sesiones eran cansadoras. En realidad nunca me di cuenta cuando estaba allí, sino recién después. Después siempre me sentía agotada, como exhausta, como “estrujada”, porque no solamente hablábamos de esta situación puntual, con mi pareja, sino que desde un principio fue muy profundo, siempre, como hasta llegar a mi niñez. Y entonces muchas cosas se me hacían conscientes, o bien yo comenzaba a pensar sobre ellas”.

A través de la intervención psicológica se ponen en movimiento nuevas interpretaciones. Por ejemplo, en

⁷ Ejemplo de caso citado de Krause, 2005.

el párrafo siguiente, una situación de su infancia y su propia participación en ella son reinterpretadas.

“Y cuando venían situaciones, sobre todo con mis padres, en las cuales mi madre, en el fondo, delegaba su responsabilidad, que en realidad le correspondía como madre, sobre mí... o sea, yo me tenía que hacer responsable ante mi abuela. Y así fue con muchas otras cosas también... y nunca me atreví a decir, ‘ya basta!, no voy a seguir permitiendo que hagan esto conmigo’ “.

Francisca también llega a nuevas interpretaciones respecto de su situación actual:

“Y fue a través de estas sesiones que se me fueron aclarando los mecanismos, también en la relación con mi marido”.

Desde su punto de vista, un aporte esencial de la experiencia terapéutica fue que se le hicieron conscientes las conexiones entre las cosas, es decir, comenzó a incorporar y aplicar las nuevas formas de interpretación psicológica que aprendió en la relación. Esto se relaciona con uno de los indicadores más avanzados de la jerarquía, denominado *reconocimiento de la ayuda recibida* (Ind.17):

“... esto me ayudó... a reconocer las cosas, a ser más consciente”.

Francisca se refiere a la posición de experto del terapeuta y con ello también a la asimetría de la relación:

“Ello simplemente fue así, que había alguien que escuchaba, y que por supuesto tenía esa formación, de psicólogo, que le permitía hacer consciente las cosas en el comportamiento de otros. Es decir, yo misma sólo puedo pensar ‘esto podría ser de tal o cual manera’, pero así, exactamente, no lo voy a saber... pero alguien que se dedica a esto puede tener una perspectiva mucho más amplia, de alguna manera puede explicarlo mucho más fácilmente”.

DISCUSIÓN

A modo de conclusión, podemos sostener que el cambio terapéutico es, esencialmente, un cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que lleva al desarrollo de nuevas teorías subjetivas. Desde lo procesual, se puede visualizar su evolución en fases que se construyen unas sobre otras y en las cuales va

en aumento el nivel de complejidad de los patrones de explicación e interpretación. Es decir, los cambios de las fases anteriores son condición para los cambios en las fases posteriores.

Habría, entonces, diferentes etapas del proceso de construcción de nuevos modos de interpretación y de Teorías Subjetivas de tipo psicológico, estando el cambio terapéutico conformado por las siguientes transformaciones (o aprendizajes):

1. Al comienzo de la relación terapéutica resulta esencial aceptar que los problemas por los cuales se ha consultado han de ser interpretados psicológicamente. Cuando esta etapa se traspasa exitosamente, el consultante acepta que sus problemas son de tipo psicológico, psicosocial o psicosomático.
2. Una vez aceptado el contexto de significado psicológico en su validez como marco general, los problemas y síntomas se van conceptualizando, reconceptualizando, y por ende revalorizando en este marco. Por ejemplo, un síntoma que originalmente era percibido y definido como “malfuncionamiento corporal” ahora puede ser redefinido y revalorizado como “señal del cuerpo que es útil porque me ayuda a no someterme al exceso de trabajo” (Krause, 2005). A consecuencia de las reconceptualizaciones y revaloraciones a menudo también se redefinen las metas que el cliente tiene para su terapia.
3. En forma paralela a estos dos primeros puntos se focaliza la biografía del consultante, lo que constituirá la base para una nueva “autocomprensión” y para el trabajo terapéutico posterior. Mediante el relato de su historia de vida durante la terapia, independientemente de la escuela psicológica o la teoría terapéutica del profesional, el consultante ofrece los contenidos a los cuales se aplicarán las “interpretaciones psicológicas” del terapeuta.
4. La interconexión se va realizando a través de las interpretaciones psicológicas, basadas en la teoría terapéutica del profesional. Así se van construyendo las “piezas” y partes que van conformando las Teorías Subjetivas.

Con esto hemos llegado al último eslabón de la cadena:

5. La construcción de una Teoría Subjetiva de tipo psicológico, fundamentada en la biografía, que se puede considerar el producto final del cambio terapéutico.

En términos teóricos, estos cambios en la *esfera de lo representacional* (Fonagy, 2001) han sido conceptualizados como *cambios en "teoría subjetiva"* (Groeben, Wahl, Schlee y Scheele, 1988; Krause, 1991, 1992a, 1992b, 1998; Krause y Winkler, 1995; Krause y Cornejo, 1997; Krause, 2005); en los *"marcos de referencia"* (Duncan y Moynuhan, 1994); en los *constructos personales* (Anderson, 1997b). Desde la perspectiva de los enfoques que enfatizan los aspectos narrativos en la psicoterapia el cambio sería conceptualizado como una *"re-autoría" de aspectos de la propia historia* (McLeod y Balamoutsou, 1996; McLeod, 1998), o –en la vertiente postmoderna– como cambios en los *sistemas de lenguaje y comunicación* (Anderson, 1997a). Como fuere su denominación o estatus epistemológico, esta conceptualización del cambio psicológico goza de abundante apoyo empírico y teórico.

Por último, cabe señalar que el efecto "sanador" de estos cambios subjetivos está en las funciones de las Teorías Subjetivas, que son (Krause, 2005):

- fundamentar y justificar acciones
- fundamentar y justificar los problemas psicológicos
- orientar la acción
- desarrollar la identidad, y
- dar sentido.

Las primeras dos funciones permiten reducir las contradicciones que se pueden generar a partir de la integración a la teoría subjetiva de aspectos previamente excluidos por ser inaceptables –en términos de autoimagen– o traumáticos. A través de estos mecanismos se puede generar una unidad psíquica nueva y consistente, que favorece el desarrollo de la identidad y fortalece la autoimagen. Asimismo, esta unidad fortalecerá el sentimiento de autocontrol, de autoeficacia (Bandura, 1977) y de competencia (Berg y De-Jong, 1996; Shilkret y Shilkret, 1993).

La tercera función, la "orientación a la acción", sirve a la puesta en práctica de los contenidos terapéuticos. Adicionalmente, las teorías subjetivas pueden dar sentido a acciones específicas, o bien conectarlas unas con otras en una relación de sentido más general.

Las teorías subjetivas son favorecedoras del "desarrollo de la identidad", como se ha dicho previamente, porque establecen conexiones psicológicas entre los diversos aspectos y cualidades del sujeto y, por cierto, porque permiten asociaciones tanto actuales como históricas. Con esto configuran un hilo conductor en la biografía del consultante. En el caso de terapias exitosas, el consultante adquiere una nueva versión de su

historia personal, la cual es internamente congruente y con la que puede identificarse (Polkinghorne, 1988). Como consecuencia de ello empieza entonces a contar la historia de la propia vida de una manera distinta: interpretando los factores y vivencias aislados para integrarlas en relaciones mayores. La biografía –y dentro de ella la infancia– cobra así mayor importancia en la autocomprensión.

Debido a que los problemas psicológicos, la búsqueda de ayuda y las primeras exigencias de la relación de ayuda resultan a menudo amenazantes, el favorecimiento del sentimiento de identidad es un resultado importante del proceso terapéutico.

Así como lo hacen también otros modelos explicativos, las teorías subjetivas psicológicas "construyen sentido", básicamente, de dos formas: por un lado, al ser retrospectivas, ya que adscriben a las experiencias de vida pasadas un sentido y, por otro, en tanto son prospectivas, es decir, en la medida que contribuyen al desarrollo de motivos y metas vitales. En algunos casos esta función está delimitada a determinados ámbitos de la vida; en cambio, en otros, las teorías subjetivas psicológicas se entremezclan con la cosmovisión y la orientación vital general. Sin embargo, el peligro que conlleva esta función es que la teoría terapéutica se transforme en ideología.

Por último, tomando todas las funciones en conjunto, una teoría subjetiva bien integrada acerca de sí mismo aumentará el sentimiento de seguridad. En la medida en que los problemas psíquicos, las dificultades en la interacción con el entorno, o la percepción de la propia necesidad de ayuda causan inseguridad (compárese con el concepto de "desmoralización" planteado por Frank (1971, 1982), el sentimiento de seguridad facilitado por la teoría subjetiva contribuye de manera importante al proceso de cambio terapéutico. No obstante, este aporte sólo es efectivo cuando las teorías subjetivas están lo suficientemente integradas, es decir, cuando se pueden aplicar o seguir desarrollando en forma independiente del terapeuta.

REFERENCIAS

1. Anderson RH. (1997a). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York: Basicbooks
2. Anderson RH. (1997b). Interpreting therapeutic process: A constructivist perspective. *Journal of Constructivist-Psychology*, 10, 297-319
3. Aristegui R, Dagnino P, Tomicic A, Echávarri O, Krause M, De la Parra G, Valdés N, Vilches O, Ben-Dov P, Altimir C, Ramírez I. (2005). Effective communication between therapists and patients: A study of therapeutic interactions in change episodes. Ponencia World Congress of the Society for Psychotherapy Research, Montreal, Canada

4. Arnold EG, Farber BA, Geller JD. (2004). Termination, post termination, and internalization of therapy and the therapist: Internal representation and psychotherapy outcome. Charman DP. (Ed), *Core processes in brief psychodynamic psychotherapy: Advancing effective practice* (pp. 289-308). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates
5. Asay TP, Lambert MJ. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. En: Hubble, Duncan & Miller (Eds.), *The heart & soul of change. What works in therapy*, (pp. 23-55). Washington, D.C.: American Psychological Association
6. Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behaviour Change. *Psychological Review*, 84, 191-215
7. Bastine R, Fiedler P, Kommer D. (1989). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der Psychotherapeutischen Prozeßforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 18, 3-22
8. Berg IK, De-Jong P. (1996). Solution-building conversations: Co-constructing a sense of competence with clients. *Families in Society*, 77, 376-391
9. Bittner U. (1981). Ein Klient wird "gemacht". En: EV Kardorff, E Koenen (Eds.), *Psyche in schlechter Gesellschaft - Zur Krise klinisch-psychologischer Tätigkeit* (pp. 103-137). München: Urban & Schwarzenberg
10. Blatt SJ, Felsen I. (1993). Different kinds of folks may need different kinds of strokes: The effect of patients' characteristics on therapeutic process and outcome. *Psychotherapy Research*, 3, 245-259
11. Bozok B, Bühler KE. (1988). Wirkfaktoren der Psychotherapie - spezifische und unspezifische Faktoren. *Fortschr Neurol Psychiat*, 56, 119-132
12. Brown J. (1987). A review of meta-analyses conducted on psychotherapy outcome research. *Clinical Psychology Review*, 7, 1-23
13. Czogalik D. (1990). Wirkfaktoren in der Einzelpsychotherapie. En: V. Tschuschke, & D. Czogalik (Eds.), *Was wirkt in der Psychotherapie?: Zur Kontroverse um die Wirkfaktoren* (pp. 7-30). Berlin: Springer
14. Doucette A, Bickman L, Boyd S, Rumberger DT. (2002). Therapeutic Alliance: Measurement, Research, and Application. 33rd Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research. Santa Barbara, California, Junio
15. Duncan BL, Moynihan DW. (1994). Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 31, 294-301
16. Elliott R, James E. (1989). Varieties of client experience in Psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467
17. Eysenck HJ. (1952). The effects of psychotherapy research: An evaluation. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319-324
18. Fonagy P. (2001). El proceso del cambio y el cambio de los procesos: qué puede cambiar en un "buen análisis". *Rev Chil Psicoanal*, 18, 80-96
19. Frank JD. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En: JH Harvey, MM Parks (Eds.), *The Master Lecture Series I. Psychotherapy Research and Behavior Change*. Washington: APA
20. Gazzola N, Iwakabe S, Stalikas A. (2003). Counsellor interpretations and the occurrence of in-session client change moments in non - dynamic psychotherapies. *Counselling Psychology Quarterly*, 16, 81-94
21. Goffman E. (1972). *Asyle - Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt: Suhrkamp
22. Goldfried MR, Greenberg LS, Marmar CR. (1990). Individual Psychotherapy: Process and Outcome. *Annu Re Psychol*, 41, 659-688
23. Groeben N, Wahl D, Schlee J, Scheele B. (1988). *Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien: Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts*. Tübingen: Francke
24. Hill CE. (1990). Exploratory In-Session Process Research in Individual Psychotherapy: A Review. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294
25. Hubble MA, Duncan BL, Miller SD. (1999) (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association
26. Kaplan AS. (2000). An examination of client worldview and expectations about psychotherapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 61, 2765
27. Klein MJ, Amer M, Partyka R, Timular L, Wagner J, Elliot R. (2002). Qualitative Outcome of Process Experiential Therapy: Client Accounts of Personal Change. 33rd Annual Meeting Society for Psychotherapy Research. Santa Barbara, California, Junio
28. Krause M. (1991). "Ich glaube inzwischen schon, daß ich eine Neurose habe" - Veränderung von subjektiven Theorien durch Interaktion mit professionellen Helfern. En: U Flick (Ed.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit* (pp. 198-215). Heidelberg: Asanger
29. Krause M. (1992a). *Erfahrungen mit Beratung und Therapie - Veränderungsprozesse aus der Sicht von KlientInnen*. Freiburg: Lambertus
30. Krause M. (1992b). Efectos subjetivos de la ayuda psicológica - Discusión teórica y presentación de un estudio empírico. *Psyche*, 1, 41-52
31. Krause M. (1998). Construcción y transformación de teorías subjetiva a través de la psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 7, 29-43
32. Krause M, Winkler MI. (1995). Soziale Repräsentationen psychologischer Interventionen unter Armutsbedingungen. *Journal für Psychologie*, 3, 31-44
33. Krause M, Cornejo M. (1997). Psicoterapia y Percepción de Cambios: Su expresión en metáforas. *Terapia Psicológica*, 6, 83-91
34. Krause M. (1998). Construcción y transformación de teorías subjetivas a través de la psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 7, 29-43
35. Krause M, Aristegui R, De la Parra G. (2002) "Hacia una Práctica Efectiva de la Psicoterapia: Un estudio de Episodios de Cambio en diferentes tipos de Psicoterapia y su relación con los resultados psicoterapéuticos". CONICYT: Proyecto FONDECYT Nº 1030482
36. Krause M, Aristegui R, De la Parra G, Altimir C, Ben-Dov P, Dagnino P, Echavarrí O, Ramírez I, Reyes L, Tomicic A, Valdés N, Vilches O. (2005). Panel: ¿Qué define el cambio en psicoterapia? ¿cómo detectarlo? ¿y ... cómo se produce? VI Encuentro de la Soc. de Neurología Psiquiatría y Neurocirugía; V Encuentro Chileno de Investigación Empírica en Psicoterapia, Reñaca, Chile
37. Krause M. (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica
38. Krause M, De la Parra G, Aristegui R, Dagnino P, Tomicic A, Valdés N, Vilches O, Echavarrí O, Ben-Dov P, Reyes L, Altimir C. (2006). Indicadores de Cambio Genéricos en el Proceso Psicoterapéutico. Manuscrito enviado para publicación
39. Lambert M, Bergin A. (1994). The effectiveness of psychotherapy En: A Bergin, S Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 143-189). New York: John Wiley & Sons
40. Lenz A. (1989). *Ländlicher Alltag und Familiäre Probleme- Eine qualitative Studie über Bewältigungsstrategien bei Erziehungs- und Familienproblemen auf dem Land*. Tesis de Doctorado. München: Ludwig- Maximilians- Universität
41. Lichner TK. (2002). Stages of change: Client progress and outcome in psychotherapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 63, 1566

42. Luborsky L, Singer B, Luborsky L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008
43. McLeod J, Balamoutsou S. (1996). Representing narrative process in therapy: Qualitative analysis of a single case. *Counseling Psychology Quarterly*, 9, 61-76
44. McLeod J. (1998). *Narrative and psychotherapy*. London, England UK: Sage Publications
45. Meyer AE. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 14, 287-291
46. Meltzoff J, Kornreich M. (1970). *Research in Psychotherapy*. New York: Atherton Press
47. Orlinsky DE, Howard KI. (1987). A Generic Model of Psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27
48. Orlinsky D, Grawe K, Parks B. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy – Noch Einmal. En: AE Bergin, SL Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 270-376). New York: John Wiley & Sons
49. Parloff MB, Wolfe B, Hadley S, Waskow IE. (1978). *Assessment of Psychosocial Treatment of Mental Disorders: Current Status and Prospects*. Rockville: National Institute of Mental Health
50. Polkinghorne DE. (1988). *Narrative Knowing and the Human Sciences*. New York: State University of New York Press
51. Rees A, Hardy GE, Barkham M, Elliott R, Smith JA, Reynolds S. (2001). "It's like catching a desire before it flies away": A comprehensive process analysis of a problem clarification event in cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 11, 331-351
52. Roth A, Fonagy P. (1996). *What works for whom?*. New York: The Guilford Press
53. Shilkret R, Shilkret CJ. (1993). How does psychotherapy work? Findings of the San Francisco psychotherapy research group. *Smith College Studies in Social Work*, 64, 35-53
54. Smith ML, Glass GV, Miller TI. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press
55. Tschuschke V, Czogalik D. (1990). "Psychotherapie - Wo sind wir jetzt und wohin müssen wir kommen?" Versuch einer Integration. En: V Tschuschke, D Czogalik (Eds.), *Was wirkt in der Psychotherapie?: Zur Kontroverse um die Wirkfaktoren* (pp. 407-412). Berlin: Springer
56. Vandenbos GR, Pino CD. (1980). Research on the Outcome of Psychotherapy. En G.R
57. Vaughn MJ. (2000). Creating "maneuvering room": A grounded theory of language and therapist influence in marriage and family therapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60, 5796
58. Winkler MI. (1999). Psicoterapia: logros y tareas pendientes. Conferencia Jornadas "Evaluación de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en Hospitales Generales", Olmué, Chile
59. Wittmann WW, Matt GE. (1986). Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 37, 20-40.

RELATO

LA PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA Y YO

(Rev GU 2006; 2; 3: 299-304)

Francisco Huneus

Cada vez que me refiero a la Programación Neurolingüística (PNL) siento cierta intranquilidad, como si estuviera traicionando a alguien, en este caso a la Gestalt, por hablar de esta tendencia tan contrapuesta en muchos sentidos y que sin embargo logró interesarme. Y hay que admitir que a pesar de todo lo que se haya dicho de ella, ha sido un aporte interesante y útil y su popularidad es algo sorprendente –además de ser un tanto difícil de ubicar dentro de la psicología y las terapias. Algo pasa con la PNL y su atractivo, y eso es lo que me propongo describir aquí.

Un antecedente personal importante: yo venía de una carrera científica con una formación médica, fisiológica y bioquímica y varios años (8) trabajando como investigador asociado del Massachusetts Institute of Technology (MIT), actividad que para mí concluyó en 1970. Pude vivir la revolución que experimentó la biología cuando se interesó en ella gente que provenía de otras disciplinas; físicos, cristalógrafos, químicos, y físico-químicos. Fue un cambio dramático y fascinante estar inmerso en el crisol de la biología molecular y la neurociencia. De modo que mi visión de las cosas al llegar a la Gestalt, psicoterapia y la psiquiatría iba con un fuerte sesgo sistemático, científicista y mecanicista, que aún conservo en parte, pero con importantes agregados.

Mi primera noticia de la existencia de la PNL fue por allí por 1977 por una carta de mi amigo y mentor editorial, el entonces John O. Stevens (actual Steve Andreas) quien me comunica que ha encontrado una nueva terapia fenomenal y que debía ir a conocer eso. También recibí una carta de Barry Stevens –su madre– quien me decía que efectivamente John se estaba ‘virando’ a una nueva tendencia –que ella encontraba interesante– y de la cual Gregory Bateson también decía cosas ma-

ravillosas. En esa época Cuatro Vientos llevaba unos 3 años de vida bastante precaria y enteramente dedicada a publicar en español los libros de Real People Press de propiedad de Barry y John Stevens –cosa que hacía con la franquicia (que concluyó luego del fallecimiento de Barry) de no pagar derechos de autor.

Fue una época muy especial, muy interesante desde el punto de vista intelectual por estar conociendo la Gestalt e iniciándome como editor, con Nana Schnake como pareja y socia, traduciendo casi todo lo que publicábamos (vaya manera de aprender y conocer a los autores), y al mismo tiempo un horror desde el punto de vista ciudadano y político. Estábamos acá en Chile con los militares metidos hasta en la sopa –igual que en Argentina, Uruguay y Brasil– y este salvavidas de cartas llenas de ideas y libros de esta pareja madre e hijo (unos verdaderos hippies desde el punto de vista del mundo convencional) fue realmente maravilloso, de modo que sus opiniones eran tomadas en cuenta y si ellos creían en esa nueva idea, valía la pena que me asomara. (Ver *No Empujes* el Río de Barry Stevens, Cuatro Vientos)

Tengo que mencionar que años antes –cuando recién los conocía– y todo por un error de alguien que iba a NY, a la cual le encargué el libro de Gestalt Therapy de

Perls, Hefferline y Goodman, y en lugar de ese, me traje el Gestalt Therapy Verbatim de Perls, publicado por una minúscula editorial independiente llamada Real People Press de un pueblito desconocido (Moab) en Utah –que luego traduciría con el nombre de Sueños y Existencia. Un pequeño detalle que hizo que en el mundo de habla hispana primero se conociera el Perls californiano –más vivencial y liberado que el Perls de los años 50 en NY. De este detalle surgió Cuatro Vientos, algo que tendré que relatar en forma especial algún día.

Por el año 72 en California se inicia, con la invención del D.O.S. (el primer sistema operativo para computadoras caseras, ahora Windows y Linux), la revolución de la computación en las cercanías de Santa Cruz y San José en California. Por aquel entonces Fritz Perls, Milton Erickson y la Virginia Satir eran las luminarias del cambio psicológico, y no faltó quien decidiera aplicar las mismas técnicas lógico-matemáticas para analizar las cosas que estos genios de la terapia instantánea hacían en talleres y demostraciones.

Richard Bandler fue uno de ellos –conocía bien el trabajo de Perls ya que había compilado el libro *El Enfoque Gestáltico y Testimonios de Terapia* publicado por Real People Press (1973) y Cuatro Vientos (1976) lo cual indica que estuvo cerca de Perls, lo vio trabajar, compiló su libro y por ende conoció muy bien su accionar.

Lo cierto es que este “chico malo” de San José, Richard Bandler junto a John Grinder, programador de computadoras uno (es decir fabricante de modelos virtuales lógico-matemáticos de sistemas reales) y lingüista el otro (modelador de sistemas de lenguaje, además de decodificador lingüista experto de la CIA) sumidos en el pensamiento lógico matemático de la cibernética y computación –y ayudados por las ideas sobre comunicación humana de Bateson (quien a la sazón era residente de Santa Cruz como Profesor Invitado, culto y europeo) decidieron modelar la conducta, es decir, sistematizar y diferenciar lo que hacían estos genios de la terapia, haciendo caso omiso a lo que estos pudieran decir sobre lo que hacían.

Esto ya en sí es un proyecto ambicioso y arriesgado que tiene que ver con todos los proyectos pedagógicos de la humanidad. ¿Cómo traspasarle a otro lo que sabemos hacer? Una pregunta de gran profundidad filosófica, ética, y moral, que no tocaré aquí. Pero como EE.UU. es el país de las oportunidades –donde todos pueden ser estrellas, millonarios o cualquier cosa– la tentación de poder extraer, empaquetar y luego vender (“marketear”) las recetas para ser un terapeuta eficaz, resultaba demasiado seductora –esto sumado al pragmatismo reinante, donde lo que vale es lo que tiene resultados– ¿entonces por qué no? (Efectivamente, alguna gente

puede aprovechar los libros de cocina y otros manuales para hacer cosas –pero, ¿basta eso para hacer una buena maestra o maestro de cocina y preparar una comida como un chef profesional?).

Esta apuesta fue una réplica, quizás, del sueño de principios del siglo XX de que la lógica matemática y sus productos: la cibernética, las computadoras y los robots, iban a solucionar los problemas de la humanidad –el sueño de Russell, Wittgenstein y Whitehead y más adelante Skinner y las demás escuelas conductuales y cartesianas en general. (Ver *La Ilusión de la Técnica, La Búsqueda de Sentido dentro de una Civilización Tecnológica* de William Barrett, Cuatro Vientos 2001, y *Ser en el Mundo, Comentario a la parte I de Ser y Tiempo* de Martin Heidegger por Hubert Dreyfus, Cuatro Vientos 1996).

Esta incursión en la nueva tecnología psicológica estaba ocasionando una pequeña conmoción y significó que John abandonara por completo la Gestalt y para que no hubiera duda alguna se cambió de nombre adoptando el mismo apellido que su también nueva compañera Connirae Andreas (con la cual tiene tres hijos varones, dos de ellos antes de ingresar a la Universidad vinieron a Chile por temporadas largas para palpar esta cultura, aprender el idioma matriculándose en escuelas públicas en Ancud, cerca de Anchimalén). Fui a un curso de una semana en Santa Cruz, que fue muy interesante y divertido. Lo impartían Richard Bandler y Leslie Cameron Bandler, su esposa de entonces, además de un mimo cuyo nombre no recuerdo. Steve y Connirae han seguido publicando e impartiendo cursos y talleres de PNL. (Conociéndolos como los conozco, no me cabe la menor duda de que realmente los impulsa un deseo de ayudar a la gente y de mejorar la convivencia social en todos sus aspectos).

Ellos toman algunos puntos y los ordenan jerárquicamente de una forma muy racional y lógica, en cierto modo sencilla. Como si uno tuviera que diseñar un robot que funcionara como nosotros funcionamos. En cierto modo algo semejante a lo que se había hecho con las computadoras –las máquinas estaban, pero faltaba un sistema operativo que las ordenara e hiciera marchar en forma racional y jerárquica–, o sea un proyecto de sistema operativo humano. (En lo que conocí como PNL quedan fuera los aspectos de psicología profunda y desarrollo infantil, los aspectos transferenciales de las terapias de crecimiento además de muchos temas que son tratados por la psicología y filosofía –a pesar de que la consideré y considero aún como un elemento útil– una suerte de deconstrucción esquematizada del funcionamiento de la mente.)

Me parecía que era un camino muy sencillo para describir todos los aspectos del darse cuenta o la toma

de conciencia (el famoso *awareness*)— por ende un enfoque muy didáctico y comprensible por legos en la materia, y creo que esta es la clave de su popularidad y de su aplicabilidad especialmente en el mundo de las empresas y la educación. Y yo al menos creo que sí produce cambios —ya que hay un incremento de la toma de conciencia— que es la misma prescripción, por lo demás, de todas las escuelas psicoterapéuticas de cierta envergadura.

En ese seminario —y posiblemente en toda esa época— insistían en que todo lo que decían era tan sólo un modelo, debiera tomarse como tal y que, en cierto modo, todo es una mentira.

Para mí fue impactante, porque decían en lenguaje claro y sencillo, muy afín a mi manera de entender, cosas que quizás intuía, pero que no había escuchado articuladas. Recogían cosas relativamente complejas, transformándolas en generalizaciones como éstas:

“Las personas responden a las conductas y no a las intenciones” —quizás es una obviedad, pero ¡cuántas veces nos ocurre a nosotros o a un paciente/cliente que no consigue lo que quiere/necesita del otro/otra— y espera que este otro/otra *adivine* sus intenciones!

“Las personas están siempre comunicando” —en un sentido estricto, ya sea con su silencio o su expresión facial y corporal. De modo que cuando en una pareja alguien dice que no nos comunicamos, es también una comunicación, asimismo una pelea es una comunicación (caótica, si se quiere), etc.

“Si te fijas bien verás que el color de la piel y la expresión fina del rostro siempre están cambiando, como la piel de un calamar”. Esto aparejado con la fina observación de movimientos de ojos, cambios de grosor del labio inferior, del tipo y ritmo respiratorio —todas claves involuntarias e inconscientes usadas por los hipnotistas especialmente Milton Erickson y su increíble destreza para inducir y trabajar síntomas.

El síntoma siempre tiene una intención positiva, o la tuvo en su momento, sólo que se quedó instalado. El asunto del trabajo del síntoma es buscar cuál es su intención positiva (o ganancia secundaria), es decir para qué es, señal de qué es. Una vez encontrada ésta, investigar mediante qué otra conducta se podría satisfacer la intención, sin recurrir al síntoma no deseado. Con esto uno le da más opciones al cliente —y también le da otro significado (reencuadre o cambio de significado). La aplicación del principio de variedad requerida de la cibernética, que dice que entre dos sistemas quien controla la situación es quien tiene más conductas. Si no se puede eliminar el síntoma —que es, mal que mal, una conducta— el solo hecho de descubrir otra manera

de conseguir el mismo resultado —es ya una nueva conducta, y de por sí da más espacio de maniobra y control. En pareja, la persona que tiene más conductas (estilos - síntomas - personajes, etc.) es la que controla (¿apología del histrionismo?)

“El mapa no es el territorio” la famosa frase de la semántica general (Korzibsky) - repetida por Perls muchas veces y que todos deberíamos recordar a cada paso, con sus profundísimas consecuencias en el modo como construimos la realidad a partir de nuestras percepciones, asociaciones, emociones, etc. Lo que me seduce es haber descubierto que TODO lo que diga del mundo o de ti, o de mí, es tentativo, una hipótesis. Y su monumental consecuencia para la vida subjetiva cotidiana.

“Las personas responden más a sus representaciones del mundo que al mundo real mismo”, lo que significa que uno subjetivamente está más conectado a su visión de las cosas, que a las cosas mismas —los recuerdos, asociaciones, anhelos, deseos, temores, el discurso interno o ‘rollo’ etc.—, colorean el estado subjetivo de la situación real en transcurso. Perls repetía constantemente:

“El neurótico es el único que no ve lo obvio”, donde lo obvio es lo que desprejuiciadamente captan nuestros sentidos —o lo que se describe fenomenológicamente, sin prejuicios ni expectativas— la realidad ‘entre paréntesis’ de Husserl. Otra frase-mandato de Perls muy frecuente era:

“Abre tus ojos y tus oídos” que implica el concentrarse en la percepción externa como una manera de dejar a un lado la producción subjetiva que interfiere con la captación del mundo exterior.

Formulaciones generales claras y precisas de este tipo y que caen dentro de una cierta lógica que no es aparente en el trabajo terapéutico. Sin embargo, nada de lo que dijeron y de lo que he traducido y leído de PNL está ausente en los trabajos de Perls, Erickson y Satir de la época, aunque inmersos en un discurso muy diferente matizado, en el caso de Perls, con ideas psicoanalíticas y de psicología y medicina clásica, además de gestalt psicologie. Todo esto sumado al tipo de pensamiento Sistémico de la Escuela de Palo Alto (Watzlawick con su idea de cambio de significado, o reencuadre, además del cambio tipo I y tipo II) sumado a la influencia de Bateson y a unas cuantas otras ideas, armó un paquete bastante atractivo. Ya no era necesario estudiar psicología de la forma, ni conductismo, epistemología, ni filosofía, ni psicoanálisis, ni neurología, ni neuroanatomía para tener un modelo ‘comprensible’ y al alcance de cualquier vecino para iniciarse en la tentadora actividad de inducir cambios en las personas. Lo llamativo era su forma y su ordenamiento. (Steve Andreas me

confidenció que los primeros apuntes de PNL los hizo como una semi-broma para hacerlos circular entre los amigos del barrio.)

Es como si todo se pudiera poner en la forma de una sencilla ecuación algebraica donde se dice menos y menos acerca de más y más. Y con esta perspectiva de ‘modeladores matemáticos’ aplican una mirada analítica de-construyendo microscópicamente la conducta humana desde los procesos perceptivos más habituales, hasta los sistemas de valores y creencias, incluyendo la motivación hasta la producción del lenguaje desmenuzándolos en procesos y sub procesos, rutinas y sub rutinas.

Por ejemplo, en casi todos los trabajos de Perls uno puede leer que súbitamente dirige la atención de la persona hacia lo que está ‘imaginando’, otras veces a lo que ‘sintiendo’, o le pide al paciente/cliente que diga algo, con lo cual está refiriéndose a las diversas áreas de atención consciente o ‘*awareness*’ –lo que los PNL llaman “sistemas o modalidades representacionales”. Seguramente esto para Perls era tan obvio que no se dio el trabajo de sistematizarlo o referirse a él. (El representacionalismo como modelo de la mente es algo antiguo y un camino sin salida porque si uno tiene una representación de algo que está viendo, una imagen exacta o no de lo que hay afuera, a su vez tiene que haber una mente que esté mirando esa representación la que a su vez se hace una representación de la primera representación, y así sucesivamente. Las ciencias cognitivas más actuales llaman a esto “el modelo del homúnculo”, porque requiere que uno tuviera un hombrecito o una mujercita dentro de la cabeza, mirando las representaciones y así sucesivamente, lo cual no lo invalida como algo práctico de conocer porque todos podemos confirmarlo con nuestra experiencia personal. También es bastante obvio que algunas personas efectivamente han desarrollado más, o están más acostumbradas, a prestar atención preferentemente a un tipo de representación. Así, encontraremos personas que privilegian lo visual por encima de lo auditivo, o lo kinestésico sobre lo visual, etc.

Pero hay más en esto, porque las representaciones supuestamente son neutras en sí. Sin embargo sabemos que la cosa no termina ahí. En las sesiones, ya sea que la persona está conversando con un ser ‘fantaseado’ o con un síntoma, generalmente se le plantea la pregunta “¿qué estás sintiendo?”, con lo cual uno dirige la atención de la persona a lo que en PNL llaman el “sistema referencial” que en definitiva está por ‘dentro’ de la persona y por lo tanto es “kinestésico” o corporal y tiene la última palabra en términos de darle valor; agradable o desagradable, me gusta o no me

gusta, siento angustia o no, siento rabia o pena, etc. Yo creo que todos sabemos esto, pero es bueno ponerle nombre.

PNL trata también el tema de las llamativas “claves de acceso”, esos movimientos oculares inconscientes de las personas cuando “buscan” algún tipo de información. Esto los buenos actores lo han sabido de siempre –y no sin razón dicen que la buena actuación está en los ojos. Esto aparece claramente en el libro *IMPRO, Improvisación y el Teatro*, de Keith Johnstone, Cuatro Vientos, libro muy ingenioso y recomendable por los demás.

Detrás de todo este afán de modelar la conducta de un terapeuta hay una presuposición importante y es: “lo que uno hace muy bien, lo hace sin necesariamente saber cómo lo hace y por lo tanto es difícilmente transmisible”. Dicho de otro modo “no porque lo haga bien puedo decir como lo hago”. Se habla de que uno ha ‘automatizado’ o ‘concientizado’ esa destreza. Por ejemplo, tú hablas muy bien el castellano pero, ¿podrías decir como lo haces? ¿Hay reglas en el modo cómo eliges las palabras que vas a usar y cómo las vas a ordenar? Dicho de otro modo ¿Cómo puede ser que uno hable bien, digamos, sin errores sintácticos ni gramaticales, sin tener grandes conocimientos de sintaxis ni de gramática? Y otra pregunta perturbadora –suponiendo que efectivamente haya reglas ¿Primero se hicieron las reglas o fue la praxis primero y luego se elucidaron las reglas?

El hecho de presentarle a otro algo que yo hago (el territorio, en este caso) requiere que yo haga una representación o un ‘mapa’ de esto que hago, de manera que el otro pueda entender. Y claro, estamos tratando de modelar gente bastante sofisticada y experimentada, además con un bagaje cultural, profesional y de vivencias personales bastante impresionantes, en el caso de Perls. Bastaba con escucharlo hablar para quedar con la cabeza llena de ideas y con la sensación de estar ante un gran hombre, y ahora ¿intentar analizar sus conductas durante la terapia?

Eso sí que fue una tarea ambiciosa. Poner ese ‘expertise’ o ‘*know how*’ en un lenguaje comprensible para el asistente promedio de estos seminarios, que poco o nada sabe de psicoanálisis, filosofía, psicología, etc., y que son personas supuestamente bien intencionadas y racionales. Dicho de otro modo ¿cómo sonsacar a estas brillantes personas sus habilidades y trucos para poder entregárselas a otros en forma rápida y económica?

Así comenzó de deconstrucción de la Terapia Gestalt hecha por Fritz Perls en California, la terapia hipnótica y paradójica de Milton Erickson y la modalidad de terapia de familia Virginia Satir –a fines de los años 60 y comienzo de los 70– ahora camuflada en otro lenguaje

y otros procedimientos, camuflada de tal forma que su esencia, definitivamente es otra aunque su intención original hubiera sido la misma. (No es primera vez que en EE.UU. se toman inventos europeos y los deconstruyen para luego armarlos con otros fines y usos...)

A pesar de todo tengo que agradecerles a Bandler y Grinder el haberme dado el impulso para estudiar a Chomsky y su escuela de gramática transformacional o generativa (*Estructura de la Magia Vol I*, Cuatro Vientos), que junto a otro autor desconocido, Wally Ellerbroek, me sirvieron para escribir mi libro *Lenguaje, Enfermedad y Pensamiento* (Cuatro Vientos, 1986). Por ejemplo, habernos mostrado en forma simplificada las tres categorías de procesos donde invariablemente cometemos errores lógico-semánticos, es decir, donde lo que decimos, por muy bien dicho que esté lingüística, literaria y gramaticalmente, puede contener discrepancias con la realidad real: las generalizaciones, eliminaciones y transformaciones, que son una parte muy importante del relato de los pacientes, pues en su diálogo interno estos errores necesariamente “empaña” la posibilidad de hacer mapas que les satisfaga de la realidad vivida, presente y por vivir. Equivale a sostener que el lenguaje cotidiano común y corriente lleva en sí errores que se filtran desde muy temprano en nuestra manera de pensar reflejándose en nuestras vidas, en lo que nos permitimos y no nos permitimos.

Y acá tengo que agradecer a otro personaje oscuro de la filosofía, Hans Vaihinger, autor de un libro que se llama *La Filosofía del Como Si*, un estudio de las ficciones humanas. Perls fue quien lo citó y luego lo retoma la PNL. Su pensamiento central puede resumirse en una frase muy sencilla y en sus corolarios “¿El azúcar, ahí en el azucarero, es o no dulce?”. Lo curioso es que las personas se pueden dividir en los que dicen que “sí” y los que dicen que “no”. Los que dicen que ‘sí’ parten platónicamente de que el azúcar tiene un principio ‘dulce’ y cualquier cosa dulce lo es porque tiene algo de esa sustancia. Los que dicen “no” se basan aristotélicamente en que “dulce” es el nombre de la sensación que produce lo que hay en el azucarero cuando es colocado en la boca (y únicamente en la boca). De modo que “dulce” es el nombre de una sensación que se me produce cuando interactúa el azúcar conmigo en mi boca, pero no es una cualidad del azúcar, sino de ambos. Es el resultado de la interacción de ambos. Es como si digo que eres hermosa o interesante. En realidad no lo eres en ti misma. Eres sólo cuando yo interactúo contigo y lo que siento, yo lo llamo así. O sea, depende tanto de mí como de ti. (De esta antigua percepción proviene el dicho inglés: “*beauty is in the eye of the beholder*”, atribuido erróneamente a Shakespeare).

Desde luego que en lo personal esto me ha ayudado muchísimo para vivir mi vida, porque como buen hijo de familia tradicional numerosa, cada uno a lo largo de los años se va cargando de epítetos de distintos tipos, todos para ‘marcarte’ de alguna manera, para controlarte y para que te ubiques. Esto es especialmente así en la educación católica tradicional y así uno se va construyendo un relato personal, cargado de adjetivos calificativos, que casi siempre son una carga negativa, inhibitoria y represora. Al saber que son un error lógico semántico o filosófico de la más alta trascendencia cuya historia viene desde Platón hasta nuestros días amplificadas por la Escolástica y el Vaticano, por muy tradicionales y entronizados en nuestra cultura cotidiana, uno se puede ir liberando de estas creencias acerca de uno mismo con lo cual poco a poco se llega a ser no más: ni bueno, ni malo; ni tonto, ni inteligente; ni hermoso, ni feo, y cuando te dicen esas palabras uno sabe que vienen del otro –porque uno ES, así no más. (Steve Andreas me mandó una fotocopia de este libro encontrado en alguna biblioteca universitaria de EE.UU. Edición 1924).

La psicoterapia ha sido absolutamente esencial para difundir la obra de Chomsky, ya que ésta trabaja fundamentalmente con el lenguaje, que es el soporte comunicacional de la palabra. Es como si, en realidad, tuviéramos 6 órganos sensoriales, donde el lenguaje es el 6° y está por encima de los demás pues al hablar uno se puede referir a cada uno de los otros ámbitos de sensaciones, y el habla tiene el poder para teñir a todas las demás sensaciones, incluidos los estados afectivos y emocionales.

También la psicoterapia ha enunciado que efectivamente el lenguaje es una representación de lo que ya es una representación (sensorial) del mundo, es decir, una metarrepresentación, lo que es un gran aporte. Esto debiera ser muchísimo más difundido en la educación y en la política porque constituye uno de los pilares de la tolerancia, la diversidad y la democracia.

Esta es mi deuda con los que difundieron la Programación Neurolingüística. Creo sinceramente que ellos no se esperaban la popularidad ni el éxito financiero que les ha significado. Incluso, creo que jamás pensaron que su idea saldría del barrio de San José en California. Y curiosamente, lo mismo que la Gestalt californiana que fue dada a conocer por Barry y John Stevens y su Real People Press, 10 años más tarde sería el mismo sello editorial quien daría a conocer la PNL.

Esta escuela o tendencia, o como quiera que se le llame, no ha ingresado al mundo académico ortodoxo ni ha querido hacerlo (no tiene ni publica estadísticas y sus publicaciones no son sancionadas por un comité editorial) y sigue concitando gran interés y prestando

utilidad especialmente en ambientes institucionales y empresariales donde la psicología clínica y la psicoterapia no tienen cabida.

Creo que su aporte al mundo psicoterapéutico también es significativo, al menos conceptualmente, en tanto sistematiza de una manera sencilla los procesos cognitivos. También hay que reconocer que sus ideas sobre comunicación humana, para los que no hemos estado en el mundo del teatro, la hipnosis de espectáculo o la publicidad, son importantes de conocer.

Yo sigo siendo muy amigo de Steve y Connirae Andreas, quienes fueron desde el principio practicantes entusiastas y muy creativos, realmente comprometidos con el cambio (ver *Corazón de la Mente, Casos y Ejemplos de Cambio con Programación Neurolingüística* de Connirae y Steve Andreas, Cuatro Vientos), aunque tengo que admitir que los defraudé porque no abracé la PNL como lo hicieron ellos en esa época, aparte de unos cuantos cursos y demostraciones que hice a principios de los 80. Tampoco me embarqué en la hipnosis ericksoniana –la otra gran vertiente de la PNL–, no me gusta trabajar

con las mentes dormidas. Creo que el camino es todo lo contrario, es estar despierto, muy alerta. Y así como no me gusta que me induzcan e influyeran medio dormido, no me gusta hacerlo con otros. En principio, al menos, todo lo que digo debe poder ser corroborado por la experiencia propia y ser resultado de una elección libre y consciente. Pero no todos piensan como yo.

La PNL produce cambios porque es un muy buen esquema o mapa de los diversos aspectos (modalidades, submodalidades, cambios de significado, sistemas de creencias, etc.) de este complejo proceso que llamamos: “darse cuenta”, “toma de conciencia” o “percatación”. No cabe duda que algunos cambios rápidos se pueden conseguir por esta vía de la apertura del Darse Cuenta.

Sin embargo todos sabemos que la cura en psicoterapia depende más que nada de esa relación intersubjetiva de empatía que establecemos con “el otro”, la cual ocurre en un terreno inexplorado y sin otros mapas que nos orienten que lo que dicte nuestra intuición, nuestra experiencia y nuestro “creer” en el otro.

ANÁLISIS CLÍNICO

MINDFULNESS¹ Y ESCENIFICACIÓN EN PSICOANÁLISIS²

(Rev GU 2006; 2; 3: 305-317)

Jeremy Safran³

Andrea ha estado en tratamiento conmigo hace tres años. Es una mujer profesional extremadamente atractiva, de alrededor de 40 años. Está divorciada hace 6 años. Inicialmente me consultó debido a su dificultad para establecer una relación estable y duradera con un hombre, y por sentirse estancada en su carrera. Ella presenta un patrón característico de involucrarse con hombres que no están emocionalmente disponibles y de tener relaciones sexuales casuales, las que si bien son satisfactorias en un nivel, la dejan sintiéndose explotada y vacía en otro.

Su padre es un hombre emocionalmente no disponible y pasivo, mientras que su madre es más dominante y expresiva pero en el fondo centrada en sí misma y narcisista.

Los hombres con los que Andrea típicamente se involucra tienden a ser dominantes, encantadores y emocionalmente expresivos, pero que al fin y al cabo no están disponibles y a menudo son narcisistas y explotadores. Además son típicamente hombres fuertes, grandes, a quienes describe como muy masculinos. Ella percibe este tipo de hombres como capaces de cuidarla y protegerla. Los conflictos de Andrea en el trabajo se centran en su dificultad de motivarse para desarrollarse profesionalmente y en una relación conflictiva con su jefe, un hombre que es aparentemente muy demandante, despreciativo, centrado en sí mismo y desinte-

resado o incapaz de proveer la guía y tutoría que ella desesperadamente quiere de él.

En nuestra primera sesión Andrea me pidió que hiciera una formulación de su problema y de un plan de tratamiento sistemático. Ella quería saber cómo sería nuestro trabajo juntos, cómo conceptualizaba los objetivos del tratamiento y como deberíamos proceder para alcanzarlos. Sintiéndome confundido, presionado e incapaz de producir lo que ella me estaba pidiendo en ese momento, me las arreglé para articular algunos de estos sentimientos a ella y sugerir que la intensidad de su necesidad podría estar interfiriendo con el desarrollo de un proceso orgánico entre nosotros que podría eventualmente llevar a lo que ella realmente necesitaba. Pareció encontrar este intercambio ayudador. Le hizo sentido y pareció proveerla de una manera útil de

¹ El concepto "mindfulness" no tiene una traducción literal en español. Se mantendrá el término en inglés en la traducción. "Mindfulness" es un estado mental que alude a ser capaz de contener en la mente. Francisco Varela lo define como "presencia plena, conciencia abierta".

² Publicado originalmente en: Riquelme R, Thumala E. *Avances en psicoterapia y cambio psíquico*. Soc. Chilena de Salud Mental, Santiago, 2005. Traducción desde el inglés a cargo de Constanza Buguñá.

³ Profesor de Psicología en la New School for Social Research, New York.

comenzar a entender, que podrían ir mal en algunas de sus otras relaciones.

Desde esta sesión nos asentamos en un patrón de trabajo conjunto en el cual hubo extensos periodos de relativa armonía en nuestra relación, durante los cuales Andrea parecía encontrar ayudador nuestro trabajo juntos. Estos periodos son puntuados por sesiones en las cuales ella demanda nuevamente algo más sustancioso de mí y me acusa de ser retentivo. En estos momentos Andrea típicamente me demanda ser más activo y directivo. Ella quiere que yo me haga más cargo en determinar cómo pasaremos nuestras sesiones, darle más consejo, más feed-back, etc. O me pide que le diga cómo conceptualizo sus problemas y le verbalice cómo yo pienso que tendrá lugar el cambio. En esos momentos intento explorar el significado que tendrían para ella sus peticiones y comprender que ha sido escenificado entre nosotros y cómo cada uno de nosotros contribuye a esa interacción. También experimento modificando mi actitud con ella. En general, pienso que soy más activo y directivo con Andrea, que con muchos otros pacientes, aunque no tengo duda de que puedo llegar a ser bastante retentivo y retirado cuando me siento presionado por ella y me siento resentido. Esto también es algo de lo que hablamos. Hasta ahora nos hemos arreglado para negociar productivamente cada uno de estos periodos de crisis en nuestra relación y continuamos trabajando juntos.

Uno de los cambios más importantes que han tenido lugar en la tradición psicoanalítica en las 2 últimas décadas es un alejamiento de la visión del terapeuta como un observador neutral que puede estar afuera del campo relacional y observar a sus pacientes de un modo objetivo, hacia una visión del terapeuta como un participante comprometido que es inevitablemente parte del fenómeno que él o ella está observando.

En esta perspectiva la viñeta descrita más arriba sería conceptualizada como lo que se ha denominado una escenificación. Escenificaciones son patrones interaccionales repetitivos, entre pacientes y sus terapeutas, que reflejan las historias personales únicas, conflictos y maneras de relacionarse con el mundo de ambos participantes. El esquema relacional personal (o las expectativas generalizadas acerca de las interacciones self-otros) modela su percepción del mundo interpersonal y esto lleva a variados planes, estrategias y acciones, los que en un momento determinado empujan a reacciones que confirmen su esquema relacional. Por ejemplo, si uno anticipa hostilidad, siente un derecho de actuar hostilmente, lo que despierta la hostilidad que él o ella anticipan. Si uno anticipa abandono, se encadena en variadas acciones, que desper-

tarán el abandono que se anticipa (pegoteo o contradependencia).

La respuesta particular que despierta en otro, es que el modo característico de una persona, sin embargo, depende de las características únicas de ese otro. Por ejemplo ser dominante puede despertar sometimiento en una persona y rabia en la otra. Agresión puede evocar agresión directa en una persona y agresión pasiva en otra. En el pensamiento psicoanalítico contemporáneo se asume que los patrones interaccionales característicos que emergen entre pacientes y sus terapeutas serán similares en algunos aspectos a los patrones característicos para el paciente fuera de la terapia y diferentes en otros. Es inevitable que los pacientes y sus terapeutas encajen (ver al final Nota de la traductora *) inconscientemente en patrones interaccionales que reflejan la particularidad de cada uno de ellos.

Obviamente estos patrones interaccionales o escenificaciones pueden ser tremendamente destructivos. Pueden obstruir el progreso terapéutico y traumatizar potencialmente al paciente. Al mismo tiempo estas escenificaciones proporcionan una tremenda oportunidad para el cambio terapéutico, si se trabaja con ellas de un modo constructivo. De la misma manera que todas las manifestaciones de la mente son empleadas hacia el objetivo del *insight* en el entrenamiento de *mindfulness*, el trabajar con escenificaciones terapéuticas de una manera autorreflexiva o, uno debería decir, de una forma mindful, es considerado el corazón de la práctica psicoanalítica.

Hay dos razones para esto. Primero, trabajando con pacientes para ayudarlos a darse cuenta de sus contribuciones (cognitivas /afectivas y conductuales) a estas escenificaciones terapéuticas inevitables, los ayuda a desarrollar la clase de destrezas de pensamiento que serán útiles para el propósito de darse cuenta de y des-automatizar sus patrones inconscientes de auto-derrotarse en las relaciones con otras personas y desautomatizarlos. Segundo, en la medida que los terapeutas sean capaces de colaborar con sus pacientes en un proceso de observar y desengancharse de estas escenificaciones, los pacientes son capaces de participar en un nuevo tipo de experiencia relacional con sus terapeutas, que puede, con el paso del tiempo, modificar sus esquemas relacionales maladaptativos o creencias acerca de las interacciones self-otros.

Un punto crítico de enfatizar aquí es que el tipo de destrezas que requieren los terapeutas para facilitar este tipo de exploración colaborativa y proceso de desengranaje, no son destrezas técnicas que se puedan definir restringidamente. Son destrezas interpersonales e internas, complejas y multifacéticas. Para desengan-

chase de las escenificaciones los terapeutas requieren una capacidad básica de autoaceptación (o la capacidad de trabajar hacia el logro de eso), así como el deseo y coraje de enfrentar sus propios demonios y comprometerse en un proceso dinámico de autoexploración y crecimiento personal. Requieren también sensibilidad interpersonal, ser perceptivos, tener tacto y capacidad de comprometerse en un diálogo genuino con pacientes, a través del cual están dispuestos a desafiar sus propias PRE-concepciones acerca de lo que está ocurriendo. Terapeutas atrapados en el dominio de escenificaciones difíciles experimentarán inevitablemente sentimientos difíciles y dolorosos, que pueden tener dificultad de tolerar o de permitir que emerjan completamente y tener conciencia de ellos. El terapeuta que está centrado en verse a sí mismo como un ayudador magnánimo tendrá dificultad en aceptar y darse cuenta completamente de sentimientos agresivos u odiosos hacia su paciente. Esta tendencia natural a disociar sentimientos dolorosos o que amenazan la imagen de uno mismo lleva a la gente a actuar sin darse cuenta de los factores que motivan sus acciones. Esto puede hacer extremadamente difícil para los terapeutas el llegar a darse cuenta de su propia contribución a las escenificaciones y comenzar a desengancharse de ellas.

Por ejemplo, un terapeuta puede hacer una interpretación que en un nivel consciente es hecha para ayudar al paciente, pero al mismo tiempo es un reflejo de su hostilidad inconsciente. El paciente sentirá la hostilidad subyacente a la interpretación del terapeuta aun si el terapeuta mismo no se da cuenta de ello y aunque el paciente no sea capaz de poner su experiencia en palabras. El estado mental del terapeuta interferirá así con su capacidad de ver lo que está pasando claramente con el paciente, así como con la capacidad del paciente de encontrar cualquier cosa útil en lo que le dice el terapeuta. El significado relacional o subtexto no verbal de la intervención es tan importante, o más importante, que la información verbal que es comunicada por ella.

EL TRABAJO INTERNO DEL TERAPEUTA

En la mañana de la sesión particular que voy a describir iba al trabajo sintiéndome vagamente bajoneado por un resfrío y también agotado y más bien frágil, por un doloroso conflicto en el que estaba metido con un amigo cercano.

Andrea era mi primera paciente del día y mientras entraba a mi oficina esa mañana me pillé rogando en silencio que ojalá ésta no fuera una de nuestras sesiones difíciles. Ella inició la sesión diciéndome que uno de

sus amigos, que es terapeuta, le sugirió tomar terapia de grupo y que ella había pedido una hora para una entrevista con el terapeuta que dirige al grupo. Empecé a sentir que me ponía tenso. Antes, en el tratamiento, Andrea me preguntó qué pensaba acerca de la posibilidad de que ella hiciera terapia de grupo, y en ese momento exploramos el significado de que ella considerara esta posibilidad en términos de nuestra relación. Parte de lo que surgió para Andrea en esta exploración era una sensación de que participar en una terapia de grupo podría ayudarla a sentir que alguna de sus necesidades estaba siendo atendida en otro lugar, haciendo de esta manera que sus sentimientos de frustración, en nuestra relación, fuesen más tolerables. Habíamos explorado la similitud de lo que estaba ocurriendo con ella aquí y su tendencia a involucrarse románticamente con más de un hombre al mismo tiempo. Finalmente Andrea había decidido no entrar al grupo, pero ver cómo sería intentar trabajar las cosas entre nosotros dos, sin el buffer emocional que el grupo proveería.

Ahora ella no estaba sólo introduciendo la posibilidad del grupo nuevamente, ella había pedido una hora para entrevista con el terapeuta. Me sentía sorprendido y un poco enojado. Mi impresión era que las cosas iban bien entre nosotros. Si Andrea estaba molesta por algo que hubiese pasado entre nosotros, ¿por qué no lo había hablado conmigo? ¿Cómo podía decidir entrevistarse para grupo sin siquiera tratar el tema nuevamente conmigo? Intenté de estar tranquilo y pensar en algo útil que decir. "Creo que estoy medio sorprendido", me encontré diciendo. "¿Sorprendido?" repitió Andrea con un dejo frío en su voz. Me escuché tartamudeando: "Bueno, creo que me parece salido de ninguna parte. O sea, yo sé que hemos hablado acerca de que Ud. se integre a un grupo en algún momento, pero pensé que esa idea había sido desechada y que Ud. estaba relativamente contenta con la forma en que las cosas iban entre nosotros": "¿Cómo puede estar sorprendido? ¿Cómo no sabe lo frustrada que yo estoy?", replicó.

Andrea. "¿No le he dicho antes?" "Bueno, sí", dije como farfullando. ¿Qué tengo que hacer para alcanzarlo?". Andrea me interrumpió. "Ud. rehusa responder a mis necesidades". Eso no es justo, pensé, pero antes de empezar a defender mi punto de vista mentalmente, Andrea habló nuevamente: "De todos modos, si empiezo el grupo tendremos que terminar nuestro trabajo juntos. No voy a ser capaz de financiar ambas cosas".

Ahora yo estaba paralizado con emociones intensas y en conflicto "¿Cómo podía ella hacer esto?" pensé. Después de todo lo que hemos pasado juntos. Todo el tiempo que he tolerado sus acusaciones de ser frío y retentivo y en que traté de responder de una manera

abierta y no defensiva. Las variadas maneras en las cuales me he acomodado a sus necesidades. Ella piensa que soy frío y retentivo. Me pregunto cómo se sentiría si estuviese trabajando con un analista más tradicional, pero tal vez ella te está tocando algo tuyo, me susurró otra voz en mi cabeza. Ella no es la primera persona que te acusa de ser frío y retentivo. Por un momento empecé a deslizarme en un estado de mirarme mal a mí mismo, pero rápidamente volví a defenderme en contra de mi acusador interno. “Al diablo con eso” pensé. He sido bueno con ella. Puedo no ser perfecto, pero de verdad he tratado de hacer lo mejor que puedo para ayudarla. Me eché hacia atrás para mirar mi propio drama, me vi jugando con varios conceptos psicoanalíticos en la mente en un intento de ayudarme a retomar una sensación de control. Al mismo tiempo me sentí un poco crítico de mi intento de distanciarme de mi experiencia inmediata al usar conceptos y formulaciones, y me divertí un poco verme a mí mismo.

Como en otras ocasiones, Andrea y yo trabajamos este impasse como lo habíamos hecho cada vez previamente. En lugar de focalizarme en los detalles de cómo hicimos esto, quisiera mantener la atención en mi experiencia interna. Quiero resaltar mi experiencia de parálisis interna y mi dificultad de vérmelas y procesar el rango de sentimientos conflictivos que estaba experimentando: shock, rabia, indignación, devaluación, impotencia, etc. Desde hace tiempo estoy crecientemente intrigado con la pregunta de cómo los terapeutas son capaces de trabajar constructivamente con su propia experiencia interna de una manera que les permita trabajar constructivamente con escenificaciones terapéuticas. ¿Cuál es exactamente el estado mental que les permite a los terapeutas relacionarse con los sentimientos de rabia, impotencia, autodepreciación y desesperación, que emergen durante escenificaciones difíciles, sin definirse ellos mismos a través de estos sentimientos y sin disociarlos? ¿Cómo entramos en este estado mental y cómo podemos empezar a hablar acerca de procesos internos relevantes de una manera significativa?

Se ha hecho habitual en los escritos psicoanalíticos contemporáneos hablar acerca de la importancia de la presencia subjetiva y procesos inconscientes durante escenificaciones complejas y difíciles. Al mismo tiempo, se dedica escasa atención a explicar e ilustrar los procesos a través de los cuales los terapeutas pueden trabajar con su propia experiencia interna para negociar su salida de un estado mental en el cual no existen posibilidades para un trabajo terapéutico constructivo a uno en el cual se reabre un espacio interno y emergen nuevas posibilidades. En un nivel general, el

estado mental relevante parece tener que ver algo con la auto-aceptación, con la capacidad de aceptar la experiencia interna de uno, cualquiera que sea, en lugar de pelear en contra de ella. Este estado mental parece tener que ver con un proceso de “dejarse ir” y rendirse a la experiencia de uno, y al mismo tiempo de reflexionar acerca de él, de una manera no enjuiciadora. Tiene que ver con cultivar el tipo de espacialidad interna (dar amplia cabida), que permite a los pensamientos y sentimientos de uno emerger como ellos son y aparecer y pasar sin apegarse a ellos y sin intentar controlarlos rígidamente.

Este énfasis en el trabajo en el mundo interno del terapeuta ha influenciado nuestro acercamiento en el entrenamiento de terapeutas de manera importante. (Safran y Muran, 2000). Desde algunos años hasta ahora hemos estado usando el entrenamiento de *mindfulness*, derivado de la tradición budista, con el propósito de ayudar a los terapeutas a cultivar el tiempo en que son necesarias destrezas internas, para reabrir el espacio interno cuando ha colapsado. Mindfulness implica aprender dirigiendo la propia atención de una manera no enjuiciadora para llegar a darse cuenta de los pensamientos propios, fantasías, sentimientos y acciones que emergen en el momento presente. Mindfulness es un método altamente sofisticado de autoexploración, la que puede ser adaptada para ayudar a los terapeutas a cultivar esta instancia de observación participante. (I.e. la habilidad de participar en la escenificación mientras se observa la naturaleza de la participación de uno al mismo tiempo. Tiene un importante paralelo con lo que Freud llamó atención parejamente flotante y a lo que el analista Richard Sterba denominó “desarrollar el yo observador”. En contraste a la relativamente escasa literatura psicoanalítica que detalle el proceso implicado en cultivar este estado mental, la literatura acerca de mindfulness es extensa y hay numerosos tratados técnicos detallados y sistemáticos acerca de cómo desarrollar e implementar la habilidad de mindfulness, que data tan atrás como en el tercer siglo B.C.E.).

Mindfulness implica dirigir la atención de uno para darse cuenta de pensamientos, sentimientos, fantasías o acciones en la medida que tienen lugar en el momento presente. El objetivo de la mindfulness es darse cuenta de y desautomatizar nuestras maneras habituales de estructurar nuestra experiencia a través de actividad psicológica y acciones automáticas. Mindfulness comprende 3 componentes: 1) la dirección de la atención, 2) recordar, y 3) darse cuenta de forma no enjuiciadora. La dirección inicial de la atención implica prestar atención intencionalmente y observar las experiencias o acciones de uno. Esto implica cultivar una actitud de

intensa curiosidad acerca de la experiencia de uno. En la meditación *mindfulness* el individuo puede inicialmente cultivar la capacidad de atender focalizando la atención en un objeto (ej.: la respiración) y luego notar cuándo su atención se va o vuelve al foco que se propone ser el foco de atención. Al notar hacia qué cosa se va la atención de uno (ej.: un pensamiento o sentimiento particular), antes de re-dirigir la atención, el individuo desarrolla la capacidad de observar e investigar su experiencia desde una perspectiva desapegada en lugar de estar completamente inmerso en ella o identificado con ella.

El componente de recordar juega un rol crucial en permitir al individuo llegar a darse cuenta de cuándo él o ella ha perdido el lugar de observador desapegado, a través de estar absorbido en un pensamiento, sentimiento o fantasía particular sin darse cuenta. Se puede anticipar que la atención de la gente constantemente merodea de un foco a otro y que puede llegar a perderse en los objetos de su atención (ej.: fantasías, memorias, sentimientos placenteros y desagradables) de una forma progresiva.

Una vez más la tarea es periódicamente darse cuenta del objeto de esta manera, permitiendo que se disuelva y vuelva a la atención de uno, a una posición de atención parejamente flotante una vez más.

El componente de darse cuenta de manera no enjuiciadora juega un rol en ayudar a la gente a observar cualquier cosa que emerja, sin empujarla fuera de la conciencia y sin perder la posición de *mindfulness* al quedar atrapado en un espiral infinito de autocritica. Aunque la suspensión del juicio crítico es considerada esencial, se reconoce que es inevitable que el individuo se sentirá, cada tanto, crítico de sus propias experiencias o de las de otros. La tarea es, así, no eliminar completamente el juicio crítico sino de darse cuenta de él cuando aparece. Este proceso de toma de conciencia permite que se disuelva el juicio, al hacerlo completamente consciente, privándolo de esta forma de su poder y liberando la atención una vez más. *En el nivel más fundamental, lo que emerge como particularmente crucial en la posición de mindfulness es esta actitud de aceptación.* Los objetos de atención no pueden nunca ser empujados forzosamente fuera de la conciencia, sin crear un problema interno que sólo los hará más poderosos. Sólo el acto de aceptación priva a los contenidos de la mente de su fuerza.

Un importante subproducto de la práctica del *mindfulness* es el descubrimiento del *espacio interno*. Esto consiste en un soltar el apego a los procesos cognitivo-afectivos –una capacidad de verlos como construcciones de la mente. Esto lleva a reducir la experiencia de

constricción, resultante de una sobreidentificación con estos procesos y le permite a uno reflexionar acerca de ellos y usarlos terapéuticamente. Esta experiencia es similar a lo que teóricos psicoanalíticos como Thomas Ogden (1986) y Glen Gabbard (1996) refieren como *espacio analítico* i.e., estado de “doble conciencia”, que permite a los terapeutas ser “succionados dentro del mundo del paciente” mientras pueden, de todas maneras, mantener su capacidad de observación (Gabbard y Wilkinson, 1994, p. 87).

Hay, sin embargo, una diferencia crucial entre el objetivo de la práctica del *mindfulness* en la meditación budista y la práctica del *mindfulness*, como lo hemos adoptado en la práctica psicoanalítica. En la tradición budista el objetivo último de la práctica del *mindfulness* es darse cuenta de que todo el fenómeno, incluyendo el self, está vacío de existencia intrínseca. Los contenidos específicos de la mente son en cierto sentido irrelevantes. La tarea es observar las variadas manifestaciones de la mente que aparecen y pasan, sin apegarse a ellas. En nuestra adaptación de la práctica del *mindfulness* hay 2 objetivos. El primero es ayudar al terapeuta a cultivar un mayor sentido de espacio interno, a través de disminuir su apego a cualquier sentimiento particular, pensamiento o fantasía. El segundo objetivo es entrenar al terapeuta en refinar sus habilidades de poner atención, con el propósito de llegar a darse cuenta, y hacer uso, de su experiencia interna como una fuente potencialmente importante de información.

En lo que sigue delinearé la manera cómo la práctica del *mindfulness* puede ser integrada a un tipo de diálogo terapéutico entre terapeuta y paciente, que les permite explorar colaborativamente y desentramarse de las escenificaciones terapéuticas. Este proceso dialógico es referido como meta-comunicación. La meta-comunicación consiste en intentar pararse afuera del ciclo relacional que está siendo escenificado en ese momento, tratándolo como el de una exploración colaborativa: esto es, comunicando acerca de la comunicación que está teniendo lugar. Esto puede ser pensado como un tipo de *mindfulness en acción*. Es un intento de producir una capacidad progresiva de darse cuenta y de sostener la interacción entre el terapeuta y el paciente así como se va desplegando. La meta-comunicación intenta disminuir el grado de inferencia y es lo más aterrizado que se pueda, en la experiencia inmediata del terapeuta, de algunos aspectos de la relación terapéutica (ya sea los sentimientos propios del terapeuta o la percepción inmediata de algún aspecto de las acciones del paciente). Por ejemplo, el terapeuta puede decir: “siento que tengo que ser muy cauteloso en este momento” o “siento que sería fácil decir algo

que podría ofenderlo". El autodevelamiento juega un rol importante en la meta-comunicación, pero también se usan otras formas de retroalimentación. Por ejemplo el terapeuta puede decir: "Lo vivencio como retirado en este momento" o "tengo una imagen de nosotros dos encerrándonos". El objetivo de afirmaciones de este tipo es articular el sentido implícito o intuitivo de uno, de algo que está teniendo lugar en la relación terapéutica para iniciar una exploración explícita de lo que está escenificado sin darnos cuenta.

La tarea del terapeuta cuando se embarca en este tipo de exploración es identificar sus propios sentimientos y usarlos como un punto de partida de una exploración colaborativa. Diferentes formas de exploración son posibles. El terapeuta puede proveer al paciente con un *feedback* acerca de su impacto en otros. Por ejemplo: "me siento cauteloso con Ud. Como pisando huevos" o "siento que es difícil hacer contacto verdaderamente con Ud.". "Por un lado las cosas de las que está hablando parecen importantes, pero en otro lado hay un sutil nivel en el que es difícil para mí sentirlo realmente". O "me siento juzgado por Ud." Este tipo de *feedback* puede pavimentar la manera de explorar la experiencia interna del paciente. Por ejemplo, el terapeuta puede agregar: "¿Le hace algún sentido este *feedback* que le doy? ¿Tiene alguna sensación de estarme juzgando?" Es útil a menudo para los terapeutas el puntualizar instancias específicas de las acciones que se deducen de los pacientes. Por ejemplo: "Me siento desechado por Ud., y creo que puede estar relacionado con la forma en la cual Ud. tiende a no hacer una pausa y reflexionar de una forma que sugiera que Ud. está realmente considerando lo que estoy diciendo".

VIÑETAS CLÍNICAS

En esta sección usaré dos breves viñetas clínicas ilustrando el proceso de meta-comunicación. Explicaré luego algunos de los principios subyacentes de modo sistemático.

1. Roxana era una estudiante graduada en Antropología. Había algo que me gustaba mucho de ella, algo sólido, maduro y abierto. Ella parecía tener un genuino deseo de comprenderse y hacer uso de nuestro trabajo. Inició terapia debido a sus sentimientos ambivalentes hacia su marido, con el que llevaba casada 2 años. Aunque ella se preocupaba profundamente de él y sentía que era un marido maravilloso, sentía falta de pasión en su relación y no sabía si estaba lista para tener hijos con él. Los primeros meses de terapia fueron buenos. Se estableció rápidamente una alianza y me encontré esperando sus visitas. Desarrollé una sensación de que estábamos sintonizados uno con el otro y, de hecho, me di cuenta, con interés, que en más de una ocasión parecíamos estar inconscientemente girando nuestras sillas adelante-atrás en ritmo, uno con el otro, como un reflejo de nuestra mutua sintonía. En la medida que la terapia prosiguió, gradualmente me di cuenta de que no esperaba nuestros encuentros de la misma manera. Aunque aún me agrada Roxana y siento que ella sigue trabajando duro en el tratamiento, me di cuenta de una sutil sensación de algo plano en sus sesiones. Era difícil saber que era el causante de esta sensación, dado que al mirar las cosas la terapia proseguía bien y no había nada obvio a lo que echarle la culpa. En razón de clarificar lo que estaba ocurriendo, en algún momento le dije a Roxana: "Sabe, he estado tratando de hacerme una idea acerca de lo que está pasando entre nosotros. Me parece como que hay una cierta cualidad, como algo aplanado en nuestras últimas sesiones. Pienso que he estado un poco temeroso de traerlo porque no quisiera echar a perder las cosas entre nosotros y porque he tenido la sensación de que las cosas están yendo bien entre nosotros y de disfrutar nuestro tiempo juntos". En respuesta, ella fue capaz de reconocer que estaba consciente de lo aplanado y de un miedo similar de hacer algo que pudiese echar a perder la relación. Esto llevó a la exploración de la manera en que ella tendía a presentarme aquellos aspectos de sí misma que ella creía eran más admirables y agradables y cómo tenía dificultad en reconocer y expresar aspectos discordantes de su experiencia. Esto llevó a su vez a la exploración de sentimientos de descontento de que después de 6 meses de tratamiento se sentía todavía atascada en su relación con el marido.
2. Susan era una mujer depresiva veinteañera, que era tratada simultáneamente con antidepresivos. Había sido tratada satisfactoriamente una vez antes con antidepresivos, pero había experimentado una recaída sin poder identificar claramente una razón psicológica o ambiental. Ella estaba extremadamente ambivalente acerca de estar en psicoterapia, ya que esto significaba que ella era la culpable de sus problemas. En más de una ocasión me preguntó si yo sentía que ella debía tomar antidepresivos y yo percibí que ella estaba testeándome para ver si era capaz de aceptar que su depresión era biológica y por lo tanto más fuera de su control.

Intenté explorar el significado de su pregunta con ella y también convenir que yo apoyaría cualquier cosa que ella decidiera, pero ella parecía tomar cualquier intento de explorar su experiencia como intrusiva y cualquier intento de reasegurarla como vacío.

Durante intercambios de este tipo a menudo me sentía cauteloso, constreñido y preocupado de decir algo equivocado. En una ocasión la imagen que vino a mi mente era de 2 personas jugando ajedrez y le dije: "Me da la sensación de que fuésemos 2 jugadores de ajedrez, cuidadosamente midiendo al otro y tratando de decidir su próxima movida. ¿Ud. entiende lo que quiero decir?". Ella reconoció que la imagen le calzaba a ella también y entonces le pregunté cómo se siente jugar ajedrez conmigo. Esto me llevó a una exploración de su necesidad de actuar con extremo cuidado para protegerse de mí y esto entonces la ayudó a empezar a explorar su profunda desconfianza y sentimientos de vulnerabilidad.

PRINCIPIOS DE META-COMUNICACIÓN

Más abajo hay descrito un número de principios generales subyacentes al uso diestro de la meta-comunicación terapéutica:

1. *Explorar con destreza tentativamente y enfatizar la subjetividad propia.* Los terapeutas deberían comunicar observaciones de un modo tentativo y exploratorio. El mensaje a nivel explícito e implícito debería ser de invitación a los pacientes a involucrarse en un intento colaborativo de comprender lo que está ocurriendo más que de adquirir información con un estatus objetivo. Es también importante enfatizar la subjetividad de las percepciones de uno ya que esto promueve el que los pacientes usen las observaciones del terapeuta como un estímulo de la autoexploración más que reaccionar positiva o negativamente a afirmaciones autoritarias.
2. *No asumir el paralelo con otras relaciones.* Los terapeutas deben ser cautos al intentar prematuramente establecer una relación entre la configuración que está siendo escenificada en la relación terapéutica y otras relaciones en la vida del paciente. Intentos de hacer conexiones de este tipo (aunque útiles en algunos contextos) pueden ser experimentados como culpabilizadores por los pacientes y pueden servir como función defensiva para los terapeutas. El foco debería estar en la exploración de la experiencia interna y acciones del
3. *Fundamentar todas las formulaciones en el awareness** de los sentimientos de uno y hacerse cargo de las contribuciones de uno.* Todas las observaciones y formulaciones deberían tomar en cuenta lo que el terapeuta está sintiendo. Una falla en hacer esto aumenta el riesgo de una comprensión distorsionada que es influenciada por factores inconscientes. Es crucial hacerse responsable de las contribuciones de uno en la interacción. Nosotros estamos siempre inadvertidamente contribuyendo a la interacción de maneras en que no nos damos cuenta, y una tarea importante consiste en clarificar la naturaleza de esta contribución de una manera progresiva. En algunas situaciones, el proceso de reconocer explícitamente la responsabilidad de las contribuciones de uno a los pacientes puede ser una potente intervención. Primero, este proceso puede ayudar a los pacientes a darse cuenta de sentimientos inconscientes o semi-conscientes que tiene dificultad de articular. Por ejemplo, que uno ha sido crítico puede ayudar a los pacientes a articular sus sentimientos de daño y resentimiento. Segundo, al validar las percepciones del paciente de las acciones del terapeuta el terapeuta puede reducir su necesidad de defenderse.
4. *Parta desde donde está.* La exploración colaborativa de la relación terapéutica debe tomar en cuenta sentimientos, intuiciones y observaciones que están surgiendo para el terapeuta en el momento. Lo que es verdad en una sesión, la próxima puede no serlo y lo que es verdad en un momento puede cambiar al próximo. Dos terapeutas reaccionarán diferentemente frente al mismo paciente y cada terapeuta debe comenzar haciendo uso de su experiencia única. Así por ejemplo, mientras una tercera parte observadora podría ser capaz de adoptar una respuesta empática hacia un mismo paciente, los terapeutas no pueden manipularse conceptualmente a sí mismos para tener una postura empática, que ellos no sienten. Ellos deben comenzar por aceptar y trabajar enteramente con sus propios sentimientos y reacciones subjetivas.
5. *Focalizar en lo concreto y específico y en el aquí y ahora de la relación terapéutica.* Cuando sea posible, preguntas, observaciones y comentarios deberían focalizarse en instancias concretas en el aquí y ahora, más que en generalizaciones. Esto promueve awareness experiencial en lugar de especulación abstracta e intelectualizada. Por ejemplo: "Tengo la sensación de que Ud. se distancia de

mí en este momento. ¿Tiene Ud. alguna noción de estar haciendo esto?

6. *Evaluar y explorar la respuesta de los pacientes a las intervenciones.* Los terapeutas deben monitorear la calidad de las respuestas de los pacientes a las intervenciones de una forma progresiva. ¿Usa el paciente las intervenciones del terapeuta como un estímulo para mayor exploración? ¿Responde de una manera mínima y sin elaboración? ¿No responde? ¿Responde de una manera defensiva o auto justificándose de alguna manera? ¿Está de acuerdo muy rápido en lo que parece ser un intento de ser un buen paciente? Es importante aquí para el terapeuta poner atención a sutiles intuiciones acerca de la cualidad de las respuestas del paciente. Por ejemplo, una cualidad sutil de sumisión puede ser difícil de operacionalizar, pero el terapeuta podría sentirla de todos modos. El terapeuta puede sentir en algún nivel que el paciente tiene una respuesta ambivalente a su intervención, aunque tenga dificultad en articular las claves relevantes. Si una intervención falla en profundizar la exploración o más aún la inhibe, o el terapeuta siente algo particular en la respuesta del paciente a esto, es crucial explorar la forma en que el paciente lo experimentó. ¿Experimentó la intervención del terapeuta como crítica, culpabilizadora o acusatoria? ¿La experimentó como dominante, demandante o manipulativa? Con el tiempo este tipo de exploración puede ayudar a articular la naturaleza de la escenificación que está teniendo lugar. Puede ayudar al paciente a articular la forma característica de construir relaciones interpersonales y gradualmente llevarlo a despojarse de sus esquemas relacionales. También puede llevar a un refinamiento progresivo en la comprensión del terapeuta de su propia contribución a la interacción.
7. *Exploración colaborativa de la relación terapéutica y desenganche* ocurren al mismo tiempo.* No es necesario que los terapeutas tengan una clara formulación previa a meta-comunicar. De hecho, el proceso de pensar en voz alta acerca de la interacción a menudo ayuda al terapeuta a desengancharse de la configuración que está siendo escenificada al poner en palabras percepciones sutiles que de otra manera permanecerían implícitas. Más aún, el proceso de decirles a los pacientes acerca de la experiencia de uno, con la que uno tiene problemas, puede liberar al terapeuta para ver la situación más claramente.
8. *Recordar que los intentos de explorar lo que está ocurriendo en la relación terapéutica puede funcio-*

nar como nuevos ciclos de una escenificación inconsciente en evolución. Por ejemplo, el terapeuta articula una intuición creciente de que el paciente está distanciándose y dice: "Me da la sensación de que estoy tratando de sacar una muela". En respuesta, el paciente se retira aún más y la intensificación de un baile interpersonal emerge, en el que la terapeuta trata más y más de romperlo y el paciente se pone más defensivo. Es crucial rastrear la cualidad de las respuestas del paciente a todas las intervenciones y explorar su experiencia de las intervenciones que no han sido facilitadoras. ¿La intervención profundiza la autoexploración del paciente o lo lleva a defenderse o a someterse más? El proceso de explorar la forma en la cual los pacientes experimentan las intervenciones que no son facilitadoras, ayuda a refinar la comprensión del baile interpersonal inconsciente que está teniendo lugar.

ILUSTRACIÓN CLÍNICA

El siguiente diálogo ilustra el proceso de meta-comunicación de una forma más detallada. Está tomado de una sesión del inicio del tratamiento, con una paciente desesperada y agresivamente demandante llamada Silvia. Un comentario acerca del diálogo se transcribe en letra itálica.

T: Bueno, ésta es la segunda sesión juntos y me pregunto qué siente y si tiene algún pensamiento o preguntas después de nuestra última sesión.

P: No estoy muy feliz. Estoy muy frustrada con Ud. en realidad. La última vez entré aquí, me senté y hablé, hablé y hablé. Y nada, absolutamente nada. Ud. se sentó ahí de la misma forma en que está sentado ahora y no dije verdaderamente nada y yo... Me enrabia porque si se supone que vengo, si estoy viniendo a terapia, si estoy viniendo aquí y estoy haciendo esto, quiero una respuesta. No puedo sólo hablar y hablar y hablar y tenerlo a Ud. para que me diga cosas que me llevan a meterme por un camino abstracto. ¿Cómo va a funcionar esto? Necesito que me diga cómo va a funcionar esta cosa. Necesito una respuesta concreta. ¿Cómo voy desde donde estoy ahora a alguna otra parte? Necesito una forma de ir. No sé cómo ir. He estado en terapia por 2 años y nada parece ayudarme. Y Ud. tampoco me está ayudando. Así es que es algo así como ¿Qué hago?

T: OK. Estoy escuchando que Ud. no está contenta con nuestra última sesión y que se está sintiendo frustrada y también, si es que entendí correctamente, que le gustaría escuchar más desde mí, cosas como por ej. cómo funciona la terapia...

P: ¿Cómo Ud. trabaja? ¿Cómo hace lo que hace? ¿Cómo se supone que esto me va a ayudar? ¿Cómo fijo lo que esta ocurriendo?

T: OK. Voy a tratar de responder que... Pero antes que diga nada quiero decirle que me preocupa si lo que le voy a decir es lo que realmente Ud. quiere. Pero lo haré lo mejor que puedo, OK.....Ud. tiene una expresión curiosa en la cara...

P: No estoy segura de por qué está preocupado por eso. ¿No es ése su trabajo? Decirme como se supone que deben ir las cosas... Entonces estoy confundida.

Silvia inicia la sesión expresando su rabia y frustración con la manera en que las cosas se han ido dando y presionando al terapeuta a darle una explicación de cómo va a ayudarla la terapia. El terapeuta comunica su preocupación de que va a ser difícil satisfacerla y entonces pesquisando su mirada exasperada empieza a explorar su reacción a su meta-comunicación.

T: Sí, yo quiero decir que es mi trabajo hacer lo mejor que puedo para ayudarla y tratar de responder sus preguntas, sí pero hay algo relacionado... Es un poco difícil para mí ponerlo en palabras. Pero algo acerca de la intensidad con la cual Ud. está preguntando por las cosas, que me hace un poco.... Que me lleva a cuestionar mi capacidad de darle la respuesta que Ud. está esperando. Pero trataré, ¿OK? Básicamente, como yo lo veo, la manera en que la terapia funciona es que nosotros dos trabajaremos juntos para explorar cosas que Ud. podría estar haciendo en la relación con otras personas que pueden ser autodevaluadoras, de las que Ud. no está completamente al tanto...maneras en que puede ver las cosas que son autodestructivas o maneras en las cuales Ud. lidia con sus sentimientos que son autodestructivos, o maneras en las cuales Ud. está... Ud. está sacudiendo su cabeza...

P: Yo no me estoy autodestruyendo. Yo no me destruyo. No entiendo cómo viniendo aquí y trabajando en ello juntos ayudará. ¿No se supone que se trata de que yo diga lo que está pasando y Ud. me responde... me da una respuesta? ¿No es ésa la manera habitual en que esto funciona? Ud. hace una pregunta, Ud. obtiene una respuesta. No entiendo lo que Ud. está tratando de hacer que ayudaría. Yo no creo que me esté derrotando.

T: Mmm.

P: No pienso que estoy autodestruyéndome. Para nada.

T: Mmm.

P: Pienso que vengo aquí por respuestas y Ud. no me las está dando.

T: Mmm. Yo le voy a dar respuestas en la medida que las tenga. Pero también algo de eso tendrá que salir de nosotros dos explorando verdaderamente las cosas juntos.

P: Sí, eso es muy abstracto para mí. Necesito algo concreto. Necesito saber como ir desde un punto A a uno B.

T: Mmm.

P: Y si sólo me voy a sentar aquí y obtener esta cuestión abstracta... es como perder mi tiempo, ¿no es cierto? Es una pérdida de mi tiempo. Eso es lo que han sido los 2 años anteriores con otra gente. Sólo una pérdida de mi tiempo, si sólo me siento y recibo cosas abstractas.

T: Estoy tratando de pensar si hay alguna forma en que pueda ser más concreto de lo que estoy siendo ahora mismo. Mmm. Déjeme darle un ejemplo, ¿OK?

P: OK, eso es concreto

T: Incluso ahora mismo tratemos de mirar lo que está pasando entre los dos. Ud. obviamente, quiere una respuesta y yo entiendo que Ud. quiere una respuesta y yo quiero darle lo que Ud. necesita, pero pienso que hay algo que tiene que ver con –sólo trate de comprender lo que me pasa a mí– hay algo en la intensidad con la cual Ud. está preguntando, la presión de que yo debiera producir algo, que me hace difícil a mí...

P: ¿No es ése su trabajo? ¿Producir algo?... ¿darme una respuesta? ¿No es ése su trabajo?

T: Bueno, mi trabajo es ayudarla. Pero hay algo relacionado con lo que se está dando entre nosotros ahora, que me hace difícil darle realmente lo que Ud. está necesitando o queriendo.

P: ¿Me está pidiendo que trabaje también? ¿Me está pidiendo que le dé cosas también?

T: Cuénteme más acerca de eso. Parece...

P: ¿Me está pidiendo que le dé lo que está ocurriendo conmigo y articular lo que me pasa a mí? O sea ¿estoy siendo requerida para trabajar también? ¿No es cierto?

T: Me pregunto si se sintió criticada con lo que le dije hace un momento.

P: Por supuesto que sí. Sentí que me culpaba. Como que vine aquí y estaba tratando de decir cómo me sentía y tratando de decir lo que quería y necesitaba de Ud. y se devuelve todo a mí.

T: OK, necesito pensar acerca de eso un poco. No creo que mi intención fuera culparla, pero tal vez había una manera en la que yo estaba respondiendo al sentirme presionado y quizás sintiéndome culpable de no darle lo que Ud. quiere. Entonces eso me hizo de alguna manera culparla. O sea, es como pasarse una papa

caliente de ida y vuelta. Si Ud. está diciendo que “yo no estoy haciendo mi trabajo” y yo estoy diciéndole “Ud. no está haciendo su trabajo”. ¿Le hace eso algún sentido?

P: Sí, un poco.

T: OK, si eso es lo que está ocurriendo entre nosotros, entonces no estoy seguro cómo vamos a salir de esto, pero creo que el que los dos podamos acordar, que es lo que está ocurriendo, es un punto de partida... ¿verdad? Y mi sensación es que sería un importante primer paso para nosotros ¿OK?

P: OK, sí, OK

T: OK.

Aunque el terapeuta sospecha que cualquier intento de proveer una respuesta a sus preguntas está destinado a fallar, intenta dar una razón corta, asumiendo que no hacerlo será experimentado por la paciente como un acto agresivo y exacerbará la situación aún más. Como se esperaba, Silvia no encuentra que su respuesta la ayuda y continúa expresando su rabia y frustración y lo presiona para obtener una respuesta. El terapeuta intenta meta-comunicar nuevamente poniendo en palabras la forma en la que la presión que él siente desde ella le hace más difícil aún decir algo que sea de ayuda para ella. Cuando Silvia sugiere que se siente presionada a trabajar también, el terapeuta sospecha que ella ha vivido su meta-comunicación como una acusación. Monitorear y explorar la experiencia que tiene el paciente con la intervención del terapeuta es un principio clave de la meta-comunicación. En respuesta a la prueba del terapeuta, Silvia es capaz de reconocer que se sintió culpada. Esto ayuda al terapeuta a empezar a desengancharse de la escenificación. Él piensa en voz alta acerca de cuáles son sus intenciones y es capaz de reconocer que quizás él ha estado respondiendo defensivamente al sentirse atacado. Él enmarca las cosas en términos de un círculo vicioso en el que ellos dos están atrapados: “Ud. está diciendo que no estoy haciendo mi trabajo, y yo estoy diciendo Ud. no está haciendo su trabajo”. En este punto Silvia empieza a suavizarse. El comienzo de una alianza se establece alrededor del objetivo de trabajar juntos para encontrar una vía fuera de la escenificación.

EL ESTADO MENTAL DEL TERAPEUTA COMO UN INSTRUMENTO DE CAMBIO

He llegado a creer, progresivamente, que cuando la meta-comunicación permite al terapeuta y al paciente desengancharse* de una escenificación, esto ocurre no sólo porque el terapeuta ha encontrado las palabras correctas sino porque las palabras reflejan el hecho de

que el terapeuta se las ha arreglado para entrar en el estado mental correcto. Más aún, he llegado a creer que una de las funciones primarias de la meta-comunicación acerca de la relación terapéutica es ayudar al terapeuta a entrar a este estado mental, al poner en palabras eso que se siente imposible de hablar (Safran y Muran, 2000).

Pero hablarlo como “el estado mental del terapeuta” es de alguna manera engañoso. Una frase más precisa sería “el estado del terapeuta, de estar encarnado”. La mente está encarnada y la interacción paciente-terapeuta, como toda otra interacción humana, implica un proceso de mutua influencia y regulación en un nivel sentido como corporal. El corazón del proceso terapéutico implica comunicación afectiva en los niveles conscientes e inconscientes (Safran y Muran, 2000).

Para comprender lo significativo de este punto vale la pena hacer un pequeño desvío hacia el ámbito de la teoría de las emociones y la investigación. Hay un movimiento dando vuelta en diversas tradiciones terapéuticas, para desarrollar una teoría motivacional comprensiva enraizada en la teoría contemporánea de la emoción y la investigación (Greenberg y Safran, 1987; Jones, 1995; Lichtenberg, 1989; Safran y Greenberg, 1991; Spezzano, 1993). Es central en esta teoría la noción de que las emociones son cableadas biológicamente dentro del organismo humano a través de un proceso evolutivo y que ellas juegan un rol adaptativo en la sobrevivencia de las especies. Las emociones funcionan para salvaguardar los intereses del organismo (Ekman y Davidson, 1994; Frijda, 1986; Spezzano, 1993). Algunos de estos intereses u objetivos están biológicamente programados (ej. El apego), mientras otros son aprendidos. Las emociones son conceptualizadas como una forma de acción, disposición, información. Ellas nos proveen de retroalimentación interna acerca de las acciones en las que podemos comprometernos y para las que estamos preparados. Nos dan información acerca del self como un organismo biológico, con una historia particular, en interacción con el ambiente. De esa forma, ellas son el corazón del significado subjetivo e intersubjetivo.

Es útil comprender la estructura subyacente a las secuencias fundamentales de la conducta social en términos de los sistemas motivacionales que han sido cableados en la especie humana a través de un proceso de selección natural. Ejemplos incluyen apegos, exploración, excitación sexual, pelea y agresión (ej. Bowlby, 1988; Jones, 1995; Spezzano, 1993). Las emociones funcionan como el lector subjetivo (o monitor experiencial) de cuáles son los sistemas motivacionales o combinaciones de ellos que son dominantes en algún

momento. Estos sistemas se activan en respuesta a la emergencia (la que es típica y sólo parcialmente consciente) de variadas contingencias ambientales. Por ejemplo, la rabia ocurre en respuesta a eventos experimentados como un asalto o violación. Informa al individuo de su preparación orgánica para comprometerse en una conducta de autoprotección. Tristeza ocurre en respuesta a una pérdida y orgánicamente lo prepara a uno para recuperarse o compensar lo que está perdido. Miedo es evocado por eventos que surgen como peligrosos e informa al sujeto de una preparación orgánica para la huida. Las emociones pueden así ser pensadas como un tipo de conocimiento encarnado en el cuerpo.

Mientras la emoción provee al individuo con un monitor de su propia disposición a la acción, las conductas motoras-expresivas asociadas con ésta proveen a los otros con un monitor progresivo de este mismo tipo de disposiciones. Mientras este proceso de leer los dispositivos afectivos del otro puede tener un elemento consciente, una buena cantidad de él ocurre fuera del awareness** (sin darse cuenta), de la misma forma que tienen lugar otros gatilladores afectivos. Así por ejemplo, podemos gatillar inconscientemente la disposición agresiva del otro hacia nosotros, y sentirnos enojados (i.e. estar preparados para responder con agresión) sin darnos totalmente cuenta de si estamos listos para ser agresivos o de las claves a las cuales estamos respondiendo. Más aún, podríamos estar respondiendo inconscientemente a una disposición a la acción de la que el otro no tiene noción.

Parkinson (1995) sugiere, en su revisión de la literatura sobre comunicación afectiva, "las reacciones momento a momento a los dispositivos de otra persona no son mediadas por ninguna conclusión emocional acerca de qué pueden significar estas expresiones, sino que son parte del propio compromiso diestro y automatizado en la vida interpersonal, y de la propia sintonía ecológica con los aspectos dinámicos que se despliegan en la situación" (p. 279).

El funcionamiento sano implica la integración de información afectiva con el más alto nivel de procesamiento cognitivo para actuar de una manera que está sustentada en una necesidad orgánicamente basada, pero no mediada por una acción reflexiva. (Greenberg y Safran, 1987; Leventhal, 1984; Safran y Greenberg, 1991). Así por ejemplo, un individuo puede darse cuenta de su rabia hacia alguien, pero encontrar inapropiado responder agresivamente. Individuos que tienen dificultad en acceder al rango completo de su experiencia emocional estarán privados de importante información. Ellos pueden suprimir o fallar en movilizar

un sistema motivacional que sea adaptativo, en un contexto específico. Por ejemplo, el individuo que tiene dificultad en experimentar rabia puede fallar en movilizar agresión adaptativa. El individuo que tiene dificultad en experimentar sentimientos de vulnerabilidad puede fallar en llenar necesidades saludables de crianza. Una segunda consecuencia del proceso de disociar la experiencia emocional es que puede existir una incongruencia entre la experiencia subjetiva y las acciones de uno. Debido a que la activación de un sistema motivacional no es dependiente de la experiencia consciente de la emoción asociada, es común que la gente tenga sólo una noción parcial del impacto que tienen en los otros. Así, por ejemplo, el individuo que disocia sentimientos de rabia puede actuar agresivamente y evocar agresión en respuesta. Este tipo de comunicación incongruente puede jugar un rol central en la psicopatología y en el tipo de escenificaciones terapéuticas discutidas previamente.

Hay evidencia creciente que un rango de diferentes formas de psicopatología tiene déficit en la capacidad para la regulación del afecto (Schore, 2003). La regulación del afecto implica tolerar, modular y hacer uso constructivo de un rango de diferentes estados afectivos, incluyendo aquellos que son intensamente dolorosos o placenteros, sin necesitar disociarlos. La gente desarrolla inicialmente la capacidad para regulación afectiva a través de sus interacciones con sus figuras de apego. Como han mostrado los investigadores, en niños hay un proceso progresivo de mutua regulación afectiva entre madres e hijos a través de los cuales ambos partners influyen el estado afectivo del otro (Beebe y Lachman, 2002, Tronick, 1989). En un proceso de desarrollo saludable hay un balance óptimo entre autorregulación y regulación interactiva. Hay periodos en que la madre y el niño están afectivamente coordinados uno con el otro y periodos en que no lo están. Cuando este proceso se desriela hay un exceso de uno o de dos tipos de regulación afectiva (i.e. ya sea un exceso de regulación interactiva o un exceso de autoregulación). Así por ejemplo, la madre que es excesivamente dependiente del contacto emocional con su hijo perseguirá el contacto visual con él, en un intento de evocar una sonrisa aun después de que el niño ha desviado su mirada. O alternativamente, el niño que aprende que los padres responden a sus propios sentimientos dolorosos (e.g., ansiedad, rabia) con respuestas catastróficas propias (e.g., aterrarse o enojarse excesivamente), aprenderán a intentar regular sus sentimientos por sí mismos. Sin tener la experiencia de aprendizaje que estos sentimientos son tolerables dentro de la relación, él o ella nunca desarrollará la capacidad de autorregu-

larse de una manera saludable y nunca aprenderá a ser capaz de usar las relaciones de una manera saludable para ayudar a la regulación de sentimientos dolorosos o de distress.

En tratamiento, la capacidad del terapeuta de resonar con las emociones más dolorosas de sus pacientes y tolerar las emociones intensamente dolorosas y amenazantes que pueden ser evocadas en ellos durante las escenificaciones, puede ser transformador para los pacientes. Este tipo de contención (para usar el término del psicoanalista Wilfred Bion), en el cual los terapeutas procesan emociones evocadas en ellos por los pacientes en una forma no defensiva, puede ser una poderosa manera de ayudarlos a aprender que las relaciones no serán necesariamente destruidas por sentimientos potencialmente divisorios, dolorosos o agresivos y que ellos mismos pueden sobrevivir estos sentimientos. Para ser capaz de proveer este tipo de regulación del afecto o contención para el paciente, el terapeuta requiere de la capacidad de regular sus propios sentimientos dolorosos y difíciles de una manera constructiva. Los psicoanalistas han mantenido siempre que la capacidad del terapeuta de dominar sentimientos difíciles evocados en ellos durante el tratamiento (lo que es referido como sentimientos contra-transferenciales) es una destreza terapéutica crucial. Se ha asumido que uno desarrolla esta capacidad a través del propio tratamiento personal. Y en la medida que la capacidad para regulación afectiva se desarrolla como un resultado de experiencias saludables de desarrollo, esto parece razonable. Ha sido mi experiencia que cultivar una práctica progresiva de mindfulness juega un rol extremadamente valioso en ayudar a los terapeutas a refinar aún más esta capacidad.

Es también importante enfatizar que mientras en muchos casos el proceso de meta-comunicación sirve dos funciones, ayuda a desengancharse de una escenificación y ayuda al terapeuta a entrar en un estado mental terapéutico, hay algunos casos en los cuales cualquier intento de meta-comunicar sólo lleva a una intensificación de un ciclo tóxico que está siendo escenificado. Un paciente puede experimentar el intento del terapeuta de meta-comunicar como una forma de autoabsorción narcisística. Otro puede experimentarlo como una forma de persecución. Otra puede experimentarlo como puntudo o intrusivo. En ese tipo de casos es crítico para los terapeutas tener la capacidad de trabajar con sus propios sentimientos difíciles de una manera constructiva, sin explorar explícitamente lo que ha sido escenificado en la relación terapéutica. Y aquí también la práctica del mindfulness prueba ser invaluable.

CONCLUSIÓN

Aunque hubo un florecimiento de interés de los psicoanalistas en el Budismo durante los '50 y '60, este interés se sepultó hasta hace algunos años. En la década pasada el diálogo entre estas dos tradiciones se ha acelerado rápidamente. El psicoanálisis y el Budismo son sistemas de cura o tradiciones de sabiduría, que han evolucionado en el tiempo en la medida que han sido asimilados por nuevas culturas. Ambos han transformado las culturas que los han asimilado. El psicoanálisis de hoy es muy diferente del psicoanálisis de Freud y el psicoanálisis americano es muy diferente del psicoanálisis francés. El budismo hindú sufrió importantes transformaciones en la medida que fue asimilado por otras culturas asiáticas y se mezcló con tradiciones indígenas, como el Taoísmo en China o Bon en el Tibet. Y en su momento transformó estas culturas. El diálogo progresivo entre psicoanálisis y budismo ofrece un potencial de enriquecimiento para ambas tradiciones. A través de este diálogo el Budismo será transformado inevitablemente tal cual ocurrió cuando se esparció más allá de la India a otras culturas de Asia. Y el psicoanálisis será transformado, así como ocurrió cuando se esparció más allá de su cultura de origen en el fin de siglo vienes (Safran, 2003). El acercamiento descrito en este capítulo provee de un ejemplo de este proceso transformativo en sus estadios iniciales.

NOTAS DE LA TRADUCTORA

* La palabra *embedded* se traduce como incrustar o encajar. En el texto está usada para significar una cualidad del patrón relacional que se produce en las escenificaciones entre terapeuta y paciente. Hace sentido el concepto de que este patrón se *encarna* de manera muy intensa en la relación, entendiendo el trasfondo biológico dado a las emociones como sistema motivacional en la regulación de la relación con el otro.

** El autor utiliza la palabra Awareness aludiendo al proceso de darse cuenta o tomar nota de sentimientos, acciones o estados mentales. Se refiere a una capacidad del sujeto. Podría traducirse como tener conciencia.

REFERENCIAS

1. Beebe B, Lachmann FM. *Infant research and adult treatment*. Hillsdale, The Analytic Press, New York, 2002
2. Bowlby J. *A secure base*. Basic Books, New York, 1988

3. Ekman P, Davidson RJ. *The nature of emotions: Fundamental questions*. Oxford University Press, New York, 1994
4. Frijda NH. *The emotions*. Cambridge University Press, New York, 1986
5. Gabbard GO. *Love and hate in the analytic setting*. Aronson, Northvale, NJ, 1996
6. Gabbard GO, Wilkinson SM. *Management of countertransference with borderline patients*. American Psychiatric Press, Washington DC, 1994
7. Greenberg LS, Safran JD. *Emotion in Psychotherapy*. Guilford Press, New York, 1987
8. Jones JM. *Affects as process: An inquiry into the centrality of affect in psychological life*. Analytic Press, Hillsdale, NJ, 1995
9. Leventhal H, Berkowitz L. *A perceptual-motor theory of emotion. Advances in experimental social psychology*. Academic Press, New York, 1984
10. Lichtenberg J. *Psychoanalysis and motivation*. Analytic Press, Hillsdale, NJ, 1989
11. Ogden T. *The matrix of the mind*. Aronson, Northvale, NJ, 1986
12. Parkinson B. *Ideas and realities of emotion*. Routledge, London, 1995
13. Safran JD, Safran JD. *Psychoanalysis and Buddhism As Cultural Institutions. Psychoanalysis and Buddhism An unfolding Dialogue*. Wisdom Publications, Boston, MA, 2003
14. Safran JD, Greenberg LS. *Emotion, psychotherapy, and change*. Guilford Press, New York, 1991
15. Safran JD, Muran JC. *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. The Guilford Press, New York, 2000
16. Schore AN. *Affect dysregulation and disorders of the self*. W.W. Norton & Company, New York, NY, 2003
17. Spezzano C. *Affect in psychoanalysis*. Analytic Press, Hillsdale, NJ, 1993
18. Tronick E. Emotion and emotional communications in infants. *American Psychologist* 1989; 44: 112-119

REVISIÓN

EL AÑO MÁS DEPRESIVO DE LOS ANTIDEPRESIVOS

(Rev GU 2006; 2; 3: 318-328)

Juan Carlos Martínez¹, Hernán Silva²

El año 2003 los organismos reguladores norteamericano y británico desaconsejaron el empleo de antidepresivos de nueva generación, particularmente de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) en menores de 18 años, y alertaron sobre su empleo en adultos. Esta polémica decisión se basó en un supuesto aumento de las conductas suicidas inducidas por estos fármacos. En este trabajo se analizan los estudios que se tuvieron en consideración para adoptar estas medidas y las publicaciones más importantes sobre el tema. Se concluye que la resolución de alertar y desaconsejar el empleo de antidepresivos de nueva generación no está basada en evidencias científicas y que, por el contrario, estos fármacos han contribuido decisivamente a reducir el riesgo de suicidio por depresión.

La depresión, por sí misma, es considerada la principal causa de suicidio, el cual a su vez se encuentra entre las principales causas de muerte. Por esta razón la suicidalidad está incluida en la cuarta edición del Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) como un criterio diagnóstico clave para el trastorno depresivo (1). Se ha estimado que 60 a 70% de los pacientes que presentan un cuadro depresivo agudo experimentan ideación suicida, y que entre el 10 y el 15% de los pacientes depresivos cometen suicidio (2). Más aún, la depresión parece estar presente en al menos 50% de todos los suicidios cometidos por adultos (3, 4) y en el 76% de los suicidios en edad infanto-juvenil (5). De acuerdo a las recientes cifras de los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC), durante el

año 2002 en Estados Unidos el suicidio pasó a ser una de las causas más importantes de mortalidad. Cuando los datos fueron analizados por cohortes según edad, el suicidio constituyó la quinta causa de muerte en el grupo entre los 5 y los 14 años, la tercera causa entre los 15 y los 24 años, la cuarta entre los 25 y los 44 años, y la octava en el grupo entre los 45 y los 64 años (6). En la Tabla I se observan el lugar y la prevalencia del suicidio según grupo de edad.

Hasta la década de 1980 la depresión era tratada con terapia electroconvulsiva y antidepresivos como los tricíclicos y los inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAOs). Pese a ser muy efectivos en el tratamiento de los síntomas de la depresión, estos fármacos podían causar un importante número de reacciones adversas, por lo que su empleo requería de un detallado cono-

¹ Servicio de Psiquiatría, Hospital Naval "Almirante Nef", Viña del Mar.

² Clínica Psiquiátrica Universitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Tabla 1
PREVALENCIA DE SUICIDIO POR EDAD EN ESTADOS UNIDOS DURANTE EL AÑO 2002

Edad	Ranking (*)	Número (**)	Tasa de Mortalidad (***)
Todas las edades	11	30.646	10,6
5 a 14 años	5	259	0,6
15 a 24 años	3	3.932	9,7
25 a 44 años	4	11.501	13,6
45 a 64 años	8	9.517	14,3

(*) Ranking entre las causas de mortalidad; (**) Número total de suicidios reportados; (***) Tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes. Modificado de Kochanek *et al.* (2002). (ref. 6).

cimiento de sus propiedades psicofarmacológicas. Con el advenimiento de la primera generación de antidepresivos, la suicidalidad fue particularmente discutida debido a que tanto los tricíclicos como los IMAO podían ser letales en caso de sobredosis (o cuando los IMAOs eran ingeridos junto con alimentos y bebidas ricos en tiramina o con otros fármacos con los que presentan interacciones peligrosas).

Del mismo modo, el periodo inicial de la terapia antidepresiva era considerado un factor relevante en el riesgo suicida, ya que los signos más precoces de mejoría correspondían a la disminución del retardo psicomotor y al aumento en los niveles de energía, mientras que los sentimientos de baja autoestima, la desesperanza, la culpa y la ideación suicida mejoraban más tardíamente. En consecuencia, durante el curso del tratamiento con estos fármacos existiría un “periodo de ventana” durante el cual los pacientes aún depresivos se sienten con mayor energía, la cual podría canalizarse en actos suicidas. Por esta razón, entre los años 1960 y 1980 en la formación de los psiquiatras se enfatizaba que el tratamiento de la depresión tenía una fase precoz crítica, durante la cual los pacientes necesitaban ser cuidadosamente observados, particularmente por el riesgo de ingesta de una sobredosis de medicamentos con fines suicidas (7, 8).

A comienzos de 1980 fue introducida una nueva clase de antidepresivos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), cuya llegada significó un importante cambio en el manejo de la depresión. Pese a que estos fármacos no son más efectivos que los antidepresivos tricíclicos, y a que también demoran semanas en lograr sus efectos terapéuticos, su perfil de reacciones secundarias (por ejemplo, cardiovasculares) son más favorables, por lo que resulta difícil cometer suicidio ingiriéndolos en sobredosis. Debido a este perfil aparentemente benigno, los ISRS fueron vistos como un arma terapéutica efectiva y de fácil uso por médicos

generales (7, 8) e incluso por psicólogos sin entrenamiento médico-farmacológico (9).

Pese al perfil “benigno” asignado inicialmente, los ISRS no escaparon a la polémica del suicidio, tema de preocupación desde hace ya 16 años. En 1990, Teicher *et al.* reportaron los casos de seis pacientes previamente libres de ideación suicida que, al ser tratados con fluoxetina, desde el tercer día de administración hasta tres meses después de suspendida la medicación presentaron ideación suicida. Ninguno de ellos había presentado previamente síntomas de ese tipo en respuesta al tratamiento con otras drogas psicotrópicas (10). Siguiendo ésta y otras evidencias anecdóticas, la FDA realizó un panel de expertos, pero no se dieron recomendaciones ni advertencias respecto a la fluoxetina (11).

COMIENZO DE LA POLÉMICA ACTUAL

En junio del año 2003 la United Kingdom’s Department of Health (UK) y la United States Food and Drug Administration (FDA), advirtieron públicamente sobre los cuidados con el uso de paroxetina en menores de 18 años de edad. Posteriormente, en agosto del año 2003, el laboratorio Wyeth –productor de venlafaxina y venlafaxina XR–, distribuye una carta a los médicos sugiriéndoles detener la prescripción de dichos antidepresivos a pacientes depresivos menores de 18 años, considerando la baja eficacia y el riesgo de incrementar un sentimiento de hostilidad y diversas conductas suicidas. En octubre del año 2003 la FDA informa que se estaban conduciendo estudios con antidepresivos como citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, mirtazapina, nefazodona, sertralina y venlafaxina, pero que hasta ese momento no habían datos suficientes para sostener que dichas medicaciones causan incremento de suicidio o de conductas agresivas. La FDA sugiere a los médicos estar atentos al prescribir un antidepresivo.

Tabla 2
PREVALENCIA DE SUICIDALIDAD PARA ANTIDEPRESIVOS Y PLACEBO

Antidepresivo	Suicidalidad (%)			
	N	Antidepresivo	Placebo	p
Fluoxetina	458	3,6	3,8	0,90
Sertralina	373	2,7	1,1	0,45
Citalopram	418	8,9	7,3	0,40
Paroxetina	663	3,7	2,5	0,50
Venlafaxina	334	2,0	0,0	0,25

Suicidalidad: ideación, autoagresiones, intentos suicidas.
Brent DA, Birmaher B. 2004 (ref. 15).

En diciembre del 2003 la British Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRS) sugiere el cese del uso de antidepresivos en menores de 18 años, a excepción de la fluoxetina, basándose –en parte– en tres estudios acerca del incremento de conductas suicidas en niños y adolescentes, dos de los cuales no habían sido publicados (12). El único estudio publicado comparaba la prevalencia “de novo” de ideación suicida en pacientes con paroxetina versus placebo, encontrándose un promedio de 3,7% (14 en 378 pacientes) y 2,5% (7 en 285) respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0.5$) (13, 14). En estos estudios la definición de suicidalidad resulta ambigua, ya que incluye conductas tales como ideación suicida, autoagresiones e intentos de autoeliminación. En este caso, como en otros reportes anteriores, no hubo muertes por suicidio.

Por otra parte, en una extensa revisión que incluyó 24 estudios efectuados en Estados Unidos, con un total de 4.100 pacientes (14 estudios en depresión, el resto en cuadros ansiosos y en déficit atencional hiperactivo), los individuos medicados con antidepresivos tuvieron 1,8 veces más eventos suicidas en comparación con

el placebo (3,8 versus 2,1%) (15, 16). En la Tabla 2 se observa la prevalencia de suicidalidad para antidepresivos y placebo.

En la Tabla 3 se observan distintos estudios en que se evalúa el riesgo de suicidalidad con los distintos tipos de antidepresivos (ver Tabla 3).

En la Tabla 4 se presentan los resultados obtenidos por la FDA al reanalizar los eventos relacionados con actos suicidas en jóvenes tratados con antidepresivos por un episodio depresivo mayor y por todo tipo de patología. Para este último caso y considerando la totalidad de los antidepresivos estudiados, el riesgo relativo de eventos suicidas (ideación suicida, intentos suicidas o conductas autolesivas) ascendía a 1,95. Según lo observado en esta tabla, con excepción de la venlafaxina, quienes reciben antidepresivos no evidencian una probabilidad mayor de tener experiencias suicidas por sobre al placebo, posiblemente por la baja tasa de ocurrencia. Cuando la FDA reanalizó los hallazgos con la venlafaxina, encontró que para toda conducta suicida el riesgo relativo ascendía a 8,84, mientras que la ideación suicida era de 7,89 y las conductas suicidas de 2,77. El mismo patrón de comportamiento se obtuvo con

Tabla 3
CARACTERÍSTICAS DE ESTUDIOS SOBRE SUICIDALIDAD Y ANTIDEPRESIVOS

Antidepresivo	Duración del estudio (semanas)	Resultados Adversos (antidepresivo vs placebo)	Riesgo Relativo
Fluoxetina	8	Intento suicida 2,4% (6/249) y 1,9% (4/209)	1,3
Sertralina	10	Eventos relacionados con suicidio (incluye ideación). 2,7% (5/189) vs. placebo 1,1% (2/184)	2,4
Citalopram	8 a 10	Autolesiones 8% (17/213) vs. 4,9% (10/205)	1,6
Paroxetina	8 a 12	3,7% (14/378) vs. 2,5% (7/285)	1,5

Modificado de Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency. (ref. 17).

Tabla 4
RIESGO RELATIVO PARA CONDUCTAS SUICIDAS EN ESTUDIOS CLÍNICOS SEGÚN ANTIDEPRESIVO

Antidepresivo	Estudios en Depresión Mayor	Estudios en todas las patologías
Celexa	1,37	1,37
Fluvoxamina	No hay estudios	5,52
Paroxetina	2,15	2,65
Fluoxetina	1,53	1,52
Zoloft	2,16	1,48
Venlafaxina XR	8,84	4,97
Mirtazapina	1,58	1,58
Serzona	Ningún evento	Ningún evento
Bupropion	No hay estudios	Ningún evento
Total	1,66	1,95

Modificado Cheung *et al.* (2005). (ref. 18).

sertralina; sin embargo, para paroxetina, citalopram o fluoxetina, el riesgo fue mayor para los actos suicidas versus la ideación, aunque en ningún caso hubo superioridad a placebo (18).

Posteriormente, en marzo del 2004, la FDA sugiere restringir y vigilar el uso de antidepresivos en los pacientes adultos ante la posibilidad de empeorar los síntomas depresivos y la ideación suicida, extendiendo la "duda" a la fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram, bupropion, venlafaxina, nefazodona y mirtazapina. Finalmente en octubre del año 2004, tras evaluar 26 estudios, extendió el *black box* (alerta, duda, sospecha) al empleo de todos los antidepresivos actuales (y futuros) en menores de 18 años de edad. Sin embargo, ninguno de los 26 estudios evidenció algún caso de suicidio consumado, y muchos de ellos no han sido presentados a la comunidad científica, desconociéndose su rigurosidad metodológica y estadística (18, 19).

En febrero del 2005 el *black box* original fue cambiado y acotado por la FDA, precisando que el uso de ISRS produciría incremento de la ideación y de conductas suicidas, no así de suicidio propiamente tal. En junio de ese mismo año el mismo organismo advierte nuevamente la posibilidad de incrementar la suicidalidad en adultos (20).

ANTECEDENTES A FAVOR DEL EMPLEO DE ANTIDEPRESIVOS

1. Reducción de la tasa de suicidios y evolución de la suicidalidad según los días de tratamiento con antidepresivos

El examen directo de los datos obtenidos en los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades durante el periodo comprendido entre 1960 y 2002 mostró que el número de suicidios en la población general se incrementó linealmente desde 1960 hasta fines de la década de los ochenta, periodo en el que la curva de prevalencia tiende a estabilizarse e incluso a declinar. Dicha declinación se produce a pesar de que la población mundial continuaba en aumento, por lo que el número total de suicidios debería haber aumentado. La observación anterior permitió establecer una relación entre la introducción de los ISRS el año 1988 con una evidente reducción en las tasas de suicidio durante la década de los noventa (21-24).

Hay autores que, contradiciendo la evidencia estadística, han señalado que si bien los ISRS reducen los síntomas depresivos, su potencia en reducir el suicidio es incierta (25). Sin embargo, la posibilidad de que los ISRS reduzcan el suicidio está basada en la relación bien establecida entre depresión y suicidalidad; de hecho, las tasas suicidas entre pacientes depresivos superarían 21 veces lo reportado en la población general (26).

Un hecho que apoya la acción beneficiosa de los antidepresivos es que el incremento de un 13% en las ventas de ISRS en 27 países durante el año 1999 se tradujo en una reducción de un 2,5% en las tasas de suicidio (27). Por su parte, en Suecia la reducción del 25% en las tasas de suicidio estaría asociada a un aumento del 400% en el empleo de antidepresivos. Del mismo modo, el incremento de uso del 1% de estos fármacos en adolescentes se traduce en una disminución de la tasa de suicidio de 0,23 x 100.000/año (28-30).

Tabla 5
ASOCIACIÓN ENTRE TIEMPO DE INICIADA LA TERAPIA ANTIDEPRESIVA Y LAS CONDUCTAS SUICIDAS

Días	Intentos Suicidas no Fatales	Control	Riesgo Relativo
1 a 9	74	104	4,1
10 a 29	109	207	2,9
30 a 89	150	548	1,5
Mayor a 90	222	1.203	1,0

Modificado de Jick *et al.* (2004) (ref. 31).

Jick *et al.* (2004) para determinar la relación entre suicidio y días transcurridos de tratamiento con antidepresivos, estudiaron 555 pacientes con un primer episodio de conductas suicidas no fatales (85% intento y 15% ideación; donde el 12,3% tenía edades entre 10 y 19 años) versus 2.062 controles (31). Cuando se estudió el posible efecto de cuatro antidepresivos sobre las conductas suicidas, se encontró una fuerte relación con el tiempo transcurrido desde el inicio de la terapia farmacológica. En comparación con los pacientes que llevaban más de 90 días tomando el antidepresivo, quienes llevaban entre 1 a 9 días tenían 4 veces más probabilidad de desarrollar un acto suicida no fatal, entre 10 y 29 días 3 veces más probabilidad, y entre 30 a 89 días de tratamiento el riesgo se reducía a 1,5 veces; las asociaciones fueron más consistentes desde el punto de vista estadístico a medida que se incrementaba la edad. Los resultados se pueden ver en la Tabla 5.

Con el objeto de estudiar el riesgo relativo de cada uno de los antidepresivos se comparó la amitriptilina, la fluoxetina y la paroxetina con la diotepina, tomando a la última como referencia (31). Para los tres primeros el riesgo relativo fue estimado en 0,83, 1,16 y 1,29 respectivamente. Los hallazgos no evidenciaron diferencia

según sexo y edad, y sólo la paroxetina tuvo resultados cercanos a la significación estadística. Los resultados se pueden ver en la Tabla 6.

2. Uso de medicamentos más “potentes y modernos” para los casos de alto riesgo

Una posible explicación para los resultados obtenidos con venlafaxina (Tabla 4) es que este antidepresivo dual goza de gran prestigio en el tratamiento de la depresión severa, siendo habitualmente utilizado por los médicos en los casos más complejos, que de suyo tienen mayor riesgo suicida. Un muy buen estudio realizado por Mines *et al.* (2005) confirma estos postulados (32). En la Tabla 7 se presentan las características, algunas de ellas relacionadas con las conductas suicidas, de los pacientes tratados con distintos antidepresivos. Los pacientes tratados con venlafaxina tenían antecedentes de un mayor número de conductas suicidas previas, más antecedentes de hospitalización por depresión y por intentos de suicidio y con mayor frecuencia habían recibido previamente uno o más antidepresivos, en comparación a los grupos tratados con fluoxetina y citalopram. De hecho, los pacientes que recibían venlafaxina tuvieron 6,55 y 3,1 veces mayor probabilidad

Tabla 6
ASOCIACIÓN ENTRE TIPO DE ANTIDEPRESIVO Y LAS CONDUCTAS SUICIDAS

Antidepresivo	Intentos Suicidas no Fatales (n=555)	Control (n=2.062)	Riesgo Relativo
Amitriptilina	77	367	0,8
Fluoxetina	176	588	1,2
Paroxetina	135	400	1,3
Dotiepina	167	707	1,0

Modificado de Jick *et al.* (2004) (ref. 31).

Tabla 7
RIESGO PARA CONDUCTAS Y CARACTERÍSTICAS GENERALES RELACIONADAS CON SUICIDIO SEGÚN ANTIDEPRESIVO

Característica	Venlafaxina N=27.096 N (%)	Fluoxetina N=134.996 N (%)	Citalopram N=52.035 N (%)	Riesgo relativo	
				Venlafaxina vs. Fluoxetina	Venlafaxina vs. Citalopram
Diagnóstico previo					
Depresión	20.574 (75,9%)	57.918 (42,9%)	27.883 (53,6%)	4,10	2,80
Bipolar	423 (1,6%)	452 (0,3%)	328 (0,6%)	4,83	2,51
Esquizofrenia	705 (2,6%)	1.343 (1,0%)	714 (1,4%)	2,70	1,91
Ansiedad	10.210 (37,7%)	28.788 (21,3%)	15.560 (29,9%)	2,13	1,45
Evento un año previo					
Conductas suicidas	260 (1%)	474 (0,4%)	207 (0,4%)	2,75	2,43
Conducta suicida que requirió hospitalizar	99 (0,4%)	177 (0,1%)	67 (0,1%)	2,79	2,84
Hospitalización por depresión	670 (2,5%)	551 (0,4)	302 (0,6%)	6,19	4,34
Prescripción de otro anti-depresivo previamente	19.651 (72,5%)	37.318 (27,6)	20.563 (39,5%)	6,91	4,04
Número de ANTIDEPRESIVOS prescritos en el último año					
0	7.445 (27,5%)	97.678 (72,4%)	31.472 (60,5%)	0,14	0,25
1	12.132 (44,8%)	29.836 (22,1%)	14.831 (28,5%)	2,86	2,03
2 o más	7.519 (27,7%)	7.482 (5,5%)	5.732 (11,0%)	6,55	3,10
Uso actual de...					
Estabilizadores	1.010 (3,7%)	1.536 (1,1%)	977 (1,9%)	3,36	2,02
Benzodiazepinas	2.740 (10,1%)	6.893 (5,1%)	4.253 (8,2%)	2,09	1,26
Antipsicóticos	2.653 (9,8%)	3.393 (2,5%)	2.230 (4,3%)	4,21	2,42

Modificado de Mines *et al.* (2005) (ref. 32).

de haber recibido dos o más antidepresivos durante el último año respecto a quienes habían recibido fluoxetina y citalopram.

Cuando se estudiaron de modo prospectivo los intentos de suicidio y las autoagresiones en adultos usuarios de antidepresivos (n=2.776), se encontró una frecuencia significativamente mayor de autoagresiones en los pacientes que recibían ISRS (16,6 x 10.000 prescripciones) respecto a los que recibían tricíclicos (5,6 x 10.000). La duración del tratamiento fue similar para las dos clases de antidepresivo. Una diferencia importante fue que el 67% de quienes recibieron ISRS tenían antecedentes previos de autoagresiones, en comparación con el 54% del grupo tratado con tricíclicos. Por otra parte, el promedio de edad de quienes fueron

tratados con ISRS fue de 34 años, versus 42 años para el grupo con tricíclicos. Un 62% de los pacientes con ISRS tenía entre 17 y 34 años de edad, comparado con el 40% del grupo con tricíclicos. Pese a estos hallazgos, hay que considerar que los pacientes que recibieron ISRS tenían de modo considerable antecedentes previos de autoagresiones, por lo que es posible que se hayan elegido fármacos de buena tolerabilidad y baja toxicidad por la eventualidad de una sobredosis voluntaria, ya que quienes con anterioridad han intentado autoagredirse o suicidarse tienen una mayor probabilidad de reincidir en dichas conductas. Por lo demás, el grupo que recibió ISRS era mayoritariamente joven, y en ellos las autoagresiones son particularmente frecuentes (33).

POSIBLES CAUSAS RELACIONADAS CON SUICIDIO Y ANTIDEPRESIVOS

Las consultas por episodios depresivos tanto monopares como bipolares se han incrementado notablemente durante la última década y paralelamente la prescripción de antidepresivos, por lo que evidentemente la exposición a dichos fármacos resulta mayor. Si consideramos el riesgo suicida del depresivo, un análisis ligero de dichos casos podría injustamente atribuir responsabilidad a los antidepresivos. Por ejemplo, la tasa de suicidio consumado e intento suicida en pacientes depresivos en tratamiento con antidepresivos ha sido estimada en 0,12 y 1,4 por 100 pacientes/año respectivamente (34), siendo más elevada que en la población general (0.0166 para suicidios completados y 0.299 para intentos suicidas por cada 100 pacientes al año) (35).

Tanto por su eficacia como por su seguridad, a partir del año 1990 el empleo de los ISRS se masificó, incluso de forma no supervisada (36-38). De ese modo, se prestó poca atención a que la enfermedad que subyacía era potencialmente letal, y a que es particularmente difícil manejar temas como la suicidalidad, la cual es un síntoma propio de la enfermedad que se está tratando. Por los resultados positivos obtenidos con los ISRS, las compañías de seguros disminuyeron drásticamente los pagos de las estadías hospitalarias relacionadas con depresión, y los médicos comenzaron a dar de alta de manera más precoz a sus pacientes, antes de lograr un efecto antidepresivo clínicamente significativo, tanto por presión económica como por exceso de confianza (36-38).

El litio ha sido catalogado como una droga de alta eficacia para prevenir el suicidio; la causa de este efecto positivo es desconocida, aunque por los controles plasmáticos periódicos se establece un contacto más cercano entre el médico y el paciente, lo que ejercería un efecto contenedor frente a la ideación autoagresiva (39). Este hecho sugiere que un exceso de confianza en los ISRS y el consecuente distanciamiento de los controles podrían resultar un factor negativo. Pese a ello, desde su introducción no se evidenció un incremento en la tasa de suicidio, por el contrario –como hemos señalado– la curva de prevalencia de suicidios sufrió una inflexión hacia la declinación.

En el caso hipotético de que realmente los ISRS incrementaran la ideación suicida por sí mismos, esto tampoco sería una causal para no tratar la depresión mayor con antidepresivos, puesto que 1 de cada 6.000 niñas y 1 de cada 400 niños depresivos con ideación suicida presente cometen suicidio (40).

Un estudio recientemente publicado, realizado entre enero de 1992 y junio de 2003, identificó a 65.103 pacientes con 82.285 episodios de tratamiento con antidepresivos (41). Se encontró que en los 6 meses posteriores al uso de antidepresivos hubo 31 muertes por suicidio (40 por cada 100.000 episodios tratados), y 76 intentos graves de suicidio que requirieron hospitalización, con una tasa de 93 por 100.000. El riesgo de intento suicida en niños y adolescentes fue de 314 por 100.000, comparado con 78 por 100.000 en adultos. La prevalencia de estas conductas fue mayor durante el mes previo al uso de los antidepresivos y disminuyó progresivamente una vez que éste fue iniciado. Cuando se compararon las 10 drogas cuestionadas por la FDA con los antidepresivos más antiguos, se observó un incremento en los intentos suicidas posteriormente al inicio del tratamiento sólo en el grupo de los antidepresivos no ISRS. Esto permitió concluir que, durante la fase aguda de tratamiento, el riesgo suicida era de aproximadamente 1 por cada 3.000 episodios, y que 1 de cada 1.000 intentos era grave. Por lo tanto, no era posible asignar un rol “suicidio-génico” a los antidepresivos.

VIRAJE FARMACOLÓGICO Y FASES MIXTAS

Otro factor que pudiese impactar en un eventual incremento de la suicidalidad es el viraje de depresión a manía, y particularmente a manía disfórica o irritable, en pacientes bipolares tratados con antidepresivos sin estabilizadores del ánimo asociados; o bien el viraje en un paciente “pseudo-unipolar” en el que se sospechó inicialmente una depresión monopolar.

Los bipolares diagnosticados y no diagnosticados representarían el 14,9% y 6,2% de la totalidad de usuarios de antidepresivos respectivamente (42). Se ha visto que, pese al riesgo de viraje a manía, menos de la mitad de los bipolares que usaban antidepresivos lo hacía en asociación a un estabilizador del ánimo. Por otra parte, los bipolares no diagnosticados tuvieron cerca de 4 veces más riesgo de intentar suicidio, y 50% más probabilidad de ser hospitalizados al compararlos con quienes no tenían una enfermedad bipolar (42).

Martin *et al.* (2004) examinaron 87.920 pacientes de entre 5 y 29 años de edad, seguidos durante un promedio de 41 semanas. Los autores reportaron que el 6% del total tuvo una conversión de depresión a manía, contribuyendo para ello tanto la edad como el tipo de antidepresivo utilizado. La tasa de conversión entre los pacientes con antidepresivos (7,7%) fue 3 veces más alta que entre los pacientes sin exposición a este tipo de medicamentos (2,5%). En cuanto al tipo de antide-

presivos, el riesgo más alto fue con tricíclicos (3,9 veces) versus ISRS (2,1 veces); siendo mayor en el grupo de edades entre los 10 y 14 años, por lo que una posibilidad es que muchos adolescentes presenten fases mixtas, las que constituyen el 70% de las fases maníacas del bipolar en dicho grupo etario (43).

ACATISIA Y SUICIDALIDAD

La acatisia secundaria a los antidepresivos a menudo se presenta durante los primeros 10 a 14 días de tratamiento, siendo comúnmente ignorada o confundida con ansiedad o con empeoramiento de la condición original (44). Con los antipsicóticos clásicos la acatisia tendría una incidencia del 25 a 75%, mientras que con –por ejemplo– fluoxetina, las cifras varían entre un 9,8 a 25% (45). Hay autores que señalan una posible relación entre suicidio y acatisia, tanto en depresivos como en esquizofrénicos (secundario a neurolepticos o a antidepresivos), sobre todo cuando originalmente se encontraban con una marcada ideación autolítica (45). Hamilton y Opler (1992) señalan que la acatisia directamente podría inducir a ideación suicida de novo y a conductas violentas no especificadas (46). Incluso hay quienes sostienen la existencia de una alta y estrecha relación entre intento suicida y acatisia (44). Sin embargo, otros autores descartan la posibilidad de la “ideación de novo”, planteando sólo un impacto sobre quienes ya tienen pensamientos suicidas (47). Pese a la evidencia, no es clara la relación o la influencia de la acatisia en el suicidio, aunque una probable relación estaría basada en la sensación desagradable, inquietud, insomnio secundario, y en la baja adherencia al tratamiento antidepresivo que se desprende de su sintomatología.

DISCONTINUACIÓN DE LOS ANTIDEPRESIVOS COMO CAUSAL DE ACTOS SUICIDAS

Diversos estudios toxicológicos efectuados en pacientes muertos por suicidio revelan que un muy bajo porcentaje de los pacientes que recibía antidepresivos tenía niveles plasmáticos detectables. Esto permite concluir que el suicidio ocurría en quienes no respetaban las indicaciones, o en quienes habían suspendido el tratamiento. De hecho, sólo un 8 a 20% tendría reporte positivo para antidepresivos en sangre al momento de su muerte, es decir, la gran mayoría no habría tomado su medicación a lo menos el día o los días previos a su muerte (48-51).

En dos artículos separados, un mismo grupo de investigadores estudió la presencia de antidepresivos en

una muestra de pacientes que habían muerto por suicidio en Suecia y en San Diego-California (52,53). En el primer estudio 3.400 (85%) de 4.000 casos habían sido sometidos a estudios toxicológicos durante los años 1990 y 1991, encontrándose concentraciones de antidepresivos en 542 casos (15,9%). En San Diego, en una muestra de 247 pacientes, sólo 12% de quienes tenían el diagnóstico de episodio depresivo mayor tuvieron resultados positivos para antidepresivos. Los autores concluyeron que la mayoría de los pacientes depresivos suicidas no había tomado sus medicamentos inmediatamente antes de su muerte, siendo la falta de adherencia el principal problema involucrado.

Con el objeto de determinar la influencia de la paroxetina y de la amitriptilina en la suicidalidad, Möller *et al.* realizaron un estudio prospectivo de doble-ciego de 6 semanas de duración, encontrando una marcada reducción en los pensamientos suicidas en ambos grupos (54). Al iniciar el estudio, 80% de los pacientes presentaba ideación suicida, mientras que, finalizada la observación, estas cifras se habían reducido al 20%, sin diferencias significativas entre ambos fármacos.

Otro estudio, realizado en Nueva York, incluyó 66 suicidios cometidos entre los años 1993 y 1998 en menores de 18 años. Ninguno de los evaluados presentó niveles plasmáticos de paroxetina medidos por cromatografía, lo que permitió concluir que la paroxetina no contribuyó en el suicidio de niños y adolescentes al menos durante los primeros 6 años de introducida en el mercado (55).

En otro trabajo que incluyó 521 pacientes con depresión mayor y/o distimia, se comparan las tasas de las conductas suicidas durante el tratamiento con antidepresivos y luego de su discontinuación, comparándose además dichas tasas durante el tratamiento de mantención con ISRS y tricíclicos. Se encontró que el riesgo de cometer actos suicidas se incrementó en 5 veces luego de suspender los fármacos, sin diferencias durante el tratamiento de mantención con los distintos grupos de antidepresivos. Los autores sostienen que los antidepresivos tendrían un efecto protector como antisuicidas (56).

El litio es la droga antisuicida por excelencia, disminuyendo 6,4 veces la prevalencia de dichas conductas (de 2,3 a 0,355 x 100 pacientes/año). Sin embargo el riesgo suicida se incrementa a más del doble respecto a las tasas previas al uso del litio cuando dicho estabilizador se suspende bruscamente. Pese a la evidencia de estos hallazgos, nadie ha cuestionado al carbonato de litio y nadie ha puesto en duda su utilidad basado en dichos hallazgos (57), hecho que no ha sucedido para el caso de los antidepresivos.

REFERENCIA A LA PAROXETINA

Un estudio realizado por Montgomery *et al.* (1995) demuestra una significativa superioridad de la paroxetina por sobre el placebo en reducir las puntuaciones en los ítem relacionados con el suicidio tanto en las escalas de Hamilton para depresión (HAMD) como en la Escala de Montgomery-Asberg (MADRS) (58). Dicha superioridad fue alcanzada a partir de la primera semana, manteniéndose hasta finalizado el estudio (6 semanas). La imipramina fue superior al placebo sólo a partir de la sexta semana en la MADRS, y a partir de la segunda semana en la HAMD. Por otra parte, los pacientes tratados con paroxetina –calculado por paciente año expuestos al medicamento– tuvieron 2,8 veces menos suicidios en relación al grupo control activo (con antidepresivos tricíclicos), y 5,6 veces menos comparado con el placebo.

La paroxetina, quizás por tener una vida media corta, al ser suspendida bruscamente podría descompensar al paciente desde el punto de vista afectivo, o bien influir negativamente el síndrome de retirada en exacerbar la ideación suicida. Del mismo modo, es importante considerar que existen metabolizadores lentos por deficiencia en el citocromo P450 2D6 en el 10% de los caucásicos, en quienes una baja dosis de paroxetina se expresaría como una alta concentración en plasma, con lo que eventualmente podrían surgir efectos como viraje a manía irritable, acatisia o síntomas de un síndrome serotoninérgico. Por otra parte, también puede influir el hecho de que la relación entre dosis administrada de paroxetina y niveles plasmáticos no es lineal como en otros antidepresivos, incrementándose hasta 6 veces su concentración en sangre al aumentar la dosis de 20 a 40 mg/día (59).

SUGERENCIAS DE LA AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) ha sugerido a la FDA no aplicar el *black box warning* (alerta) a todos los antidepresivos en depresión infantil basándose en los siguientes postulados (60):

1. Existe una fuerte evidencia de la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor.
2. La exacerbación de eventos suicidas no tiene significación estadística, y si así fuera, podrían ser monitorizados.
3. Según la FDA sólo 78 entre 4.400 niños y adolescentes (2-3%) incrementaron la ideación suicida o

las conductas autoagresivas, sin ningún reporte de suicidio.

4. El costo de la depresión para la vida del paciente es mayor que un incremento del 2% de la suicidalidad.
5. Ante la posibilidad de ideación o conductas suicidas al inicio de un tratamiento con antidepresivos o secundariamente al cambio de las dosis se recomienda: control telefónico o personal frecuente (primer mes) así como entregar una lista de síntomas de alarma y buscarlos en los controles; estar alerta ante aparición o aumento de síntomas como ansiedad, crisis de pánico, agitación, acatisia, insomnio, irritabilidad, hostilidad (agresividad), impulsividad, hipomanía, y manía. Pese a lo anterior, no hay claridad causal entre estos síntomas y la ideación o las conductas suicidas.
6. Si los síntomas son severos, de inicio brusco, o no estaban presentes en el cuadro inicial, considerar el cambio de esquema terapéutico.

CONCLUSIONES

Mientras más grave es una depresión, existe mayor probabilidad de consultar al médico y de recibir tratamiento con uno o más antidepresivos, eligiéndose –por lo general– los más modernos, por cuanto son efectivos y cada vez más seguros. Este hecho evidentemente establece una relación entre quienes usan antidepresivos y el mayor riesgo suicida, el que en muchos casos es atribuible a la severidad del cuadro clínico.

Los estudios en los que se han basado los organismos reguladores norteamericanos y británicos para sugerir la restricción y vigilancia en el empleo de antidepresivos no poseen una metodología rigurosa y sus resultados no alcanzan significación estadística. Los resultados sistemáticamente demuestran que de cada 100 pacientes, 2 ó 3 tienen un riesgo incrementado de suicidalidad, el doble de lo reportado para el placebo, cifras que no tendrían mayor impacto para la seguridad del paciente.

Nos parece que la FDA ha tenido una actitud poco reflexiva al alertar respecto al uso de antidepresivos, sin considerar el efecto negativo para los médicos y particularmente para los enfermos.

La recomendación de no emplear antidepresivos por un eventual aumento de la suicidalidad equivale a desaconsejar el uso de antibióticos, broncodilatadores o antihistamínicos en el tratamiento de la neumonía, asma bronquial o urticaria, respectivamente, con el argumento de que dichos fármacos pueden producir tos, disnea o prurito, o exacerbar la patología de base. En

realidad se trata de síntomas propios de esos cuadros clínicos, cuya exacerbación puede deberse a la severidad de la enfermedad o a que los fármacos utilizados, o su dosificación, no son suficientes para controlar los síntomas antes señalados. En ningún caso la conclusión sería abstenerse de usar esos medicamentos.

Llama mucho la atención que, en una época marcada por el cultivo de la medicina basada en la evidencia, un organismo como la FDA adopte resoluciones en base a supuestos para los cuales no hay evidencia.

Frente a la polémica que analizamos, quizá la actitud del psiquiatra clínico debiera ser de un acabado conocimiento de cada paciente que trata. De este modo podrá detectar precozmente un viraje a manía disfórica, una acatisia por antidepresivos o un síndrome de privación y podrá tratarlos adecuadamente. Asimismo, vale la pena recordar las lecciones aprendidas con el empleo de la primera generación de antidepresivos. Todo paciente con depresión tiene riesgo de suicidio. Se trata de un síntoma que debe ser explorado dirigidamente en todos los casos y deben adoptarse medidas preventivas, especialmente durante las primeras semanas de tratamiento, periodo en el cual mejora el impulso mientras aún persiste el ánimo depresivo y la ideación suicida. Cuando el paciente aparentemente empieza a estar mejor, el riesgo de suicidio puede volverse mayor y el cuidado debe ser más estrecho.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, Washington DC, 1994
2. Moller HJ. Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2003; Suppl. 418, 73-80
3. Henriksson M *et al.* Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 935-940
4. Balazs J, Lecrubier Y, Csiszer N, Kosztak J, Bitter L. Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: importance of the first depressive episodes and of bipolar II diagnoses. *J Affect Disord* 2003; 76: 113-119
5. Shafii M, Lenarsky J, Derrick AM, Beckner C, Whittinghill JR. Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *J Affect Disord* 1988; 15: 227-233
6. Kochanek KD, Smith BL. Deaths: Preliminary data for 2002. *National Vital Statistics Reports (CDC)* 2004; 52: 1-48
7. Lapid MI, Rummans TA. Evaluation and management of geriatric depression in primary care. *Mayo Clin Proc* 2003; 78: 1423-1429
8. Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. *CMAJ* 2002; 167: 1253-1260
9. Norfleet MA. Responding to society's needs: prescription privileges for psychologists. *J Clin Psychol* 2002; 58: 599-610
10. Teicher MH, Glod C, Cole JO. Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 207-210
11. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Food and Drug Administration. Psychopharmacological Drugs Advisory Committee [online] <http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/prozac/2443T1.PDF> (1991)
12. Möller HJ. SSRIs: Are the Accusations Justified? *World J Biol Psychiatry* 2004; 5: 174-175.
13. Goode E. (2003). British warning on antidepressant use for youth. *The New York Times*. December 11, 2003. p. A1
14. Interim Report of the Committee on Safety of Medicines' Expert Working Group on selective serotonin reuptake inhibitors. <http://www.mca.gov.uk/ourwork/monitorsafequalmed/safety-messages/ssiewginterimreportfinal.pdf>. Accessed October 23, 2003
15. Brent DA, Birmaher B. British warnings on SSRIs questioned. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43:4, xxx
16. Goode, E. (2003). British warning on antidepressant use for youth. *The New York Times*. December 11, 2003. p. A1
17. Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): overview of regulatory status and CSM advice relating to major depressive disorder (MDD) in children and adolescents including a summary of available safety and efficacy data. http://medicines.mhra.gov.uk/ourwork/monitorsafequalmed/safetymessages/ssrioverview_101203.htm (accessed 16 May 2004)
18. Cheung AH, Emslie GJ, Mayes TL. Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 46: 735-754
19. Hammad TA, Laughren T, Racocoin J. Suicidality in Pediatric Patients Treated With Antidepressant Drugs. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:332-339
20. Food and Drug Administration. Suicidality in adults being treated with antidepressant medications. FDA Public Health Advisory, June 30, 2005. Available at: <http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/SSRI200507.htm>. Accessed July 11, 2005
21. Centers for Disease Control and Prevention. Leading Causes of Death 1900-1998 online], http://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/lead1900_98.pdf > 2004)
22. Anderson N. Deaths: leading causes for 1999. *National Vital Statistics Reports (CDC)* 2001; 49: 1-88
23. Minino AM, Arias E, Kochanek KD, Murphy SL, Smith BL. Deaths: final data for 2000. *National Vital Statistics Reports (CDC)* 2002; 50: 1-120
24. Arias E, Anderson RN, Kung HC, Murphy SL, Kochanek KD. Deaths: final data for 2001. *National Vital Statistics Reports (CDC)* 2003; 52: 1-116
25. Khan A, Warner HA, Brown WA. Symptom reduction and suicide risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials: An analysis of the Food and Drug Administration database. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 311-317
26. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 11-53
27. Dave J, Marcotte E. Antidepressants, Suicide, and Drug Regulation. *J Policy Anal Management* 2005; 24: 249-272
28. Isacson G. Suicide prevention – a medical breakthrough? *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 113-117
29. Isacson G, Holmgren P, Druid H, Bergman U. The utilization of antidepressants – a key issue in the prevention of suicide: an analysis of 5281 suicides in Sweden during the period 1992-1994. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 94-100
30. Dave J, Marcotte E. Antidepressants, Suicide, and Drug Regulation. *Journal of Policy Analysis and Management* 2005; 24: 249-272. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 978-982

31. Jick H, Kaye JA, Jick SS. Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *JAMA* 2004; 292: 338-343
32. Mines D, Hill D, Yu H, Novelli L. Prevalence of risk factors for suicide in patients prescribed venlafaxine, fluoxetine, and citalopram. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005; 14: 367-372
33. Donovan S, Clayton A, Beeharry M, *et al.* Deliberate self-harm and antidepressant drugs. Investigation of a possible link. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 551-6
34. Isacson G, Bergman U, Rich CL. Epidemiological data suggest antidepressants reduce suicide risk among depressives. *J Affect Disord* 1996; 41: 1-8
35. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J. Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: update and new findings. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(suppl. 5): 44-52
36. Lapid MI, Rummans TA. Evaluation and management of geriatric depression in primary care. *Mayo Clin. Proc* 2003; 78: 1423-1429
37. Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. *CMAJ* 2002; 167(11): 1253-1260
38. Norfleet MA. Responding to society's needs: prescription privileges for psychologists. *J Clin Psychol* 2002; 58: 599-610
39. Tondo L, Ghiani C, Albert M. Pharmacologic interventions in suicide prevention. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl 25): 51-55
40. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(7 Suppl): 24S-51S
41. Simon GE, Savarino J, Operskalski B, Wang PS. Suicide Risk During Antidepressant Treatment. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 41-47
42. Shia L, Thiebaud P, McCombs JS. The impact of unrecognized bipolar disorders for patients treated for depression with antidepressants in the fee-for-services California Medicaid (Medi-Cal) program. *J Affect Disord* 2004; 82: 373-383
43. Martin A, Young C, Leckman JF, *et al.* Age effects on antidepressant-induced manic conversion. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158(8): 773-80
44. Lane RM. SSRI-induced extrapyramidal side-effects and akathisia: implications for treatment. *J Psychopharmacol* 1998; 12: 192-214
45. Hansen L. A critical review of akathisia, and possible association with suicidal behavior. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2001; 16: 495-505
46. Hamilton MS, Opler LA. Akathisia, suicidality and fluoxetine. *J Clin Psychiatry* 1992; 53: 401-406
47. Cheng WSD, Chiu HFK. Drug-induced akathisia revisited. *BJCP* 1996; 50: 270-278. Hansen L. A critical review of akathisia, and possible association with suicidal behavior. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2001; 16: 495-505
48. Isacson G, Bergman U, Rich CL. Antidepressants, depression and suicide: an analysis of the San Diego study. *J Affect Disord* 1994; 3: 277-286
49. Isacson G, Holmgren P, Druid H, Bergman U. The utilization of antidepressants - a key issue in the prevention of suicide: an analysis of 5281 suicides in Sweden during the period 1992-1994. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 94-100
50. Henriksson S, Boethius G, Isacson G. Suicides are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jamtland county, Sweden, 1985-95. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 301-306
51. Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC *et al.* Use of prescription psychotropic drugs among suicide victims in New York City. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1520-1522
52. Isacson G, Holmgren P, Wasserman D, Bergman U. Use of antidepressants among people committing suicide in Sweden. *BMJ* 1994; 308: 506-509
53. Isacson G, Bergman U, Rich CL. Antidepressants, depression and suicide: an analysis of the San Diego study. *J Affect Disord* 1994; 32: 277-286
54. Möller H, Steinmeyer EM. Are serotonergic reuptake inhibitors more potent in reducing suicidality? An empirical study on paroxetine. *Eur Neuropsychopharmacol* 1994; 4: 55-59
55. Leon AC, Marzuk PM, Tardiff K, Teres JJ. Paroxetine, other antidepressants and youth suicide in New York City: 1993 through 1998. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 915-918
56. Yerevanian BI, Koek RJ, Feusner JD, Hwang S, Mintz J. Antidepressants and suicidal behaviour in unipolar depression. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 452-458
57. Sanchez LE, Lan T. Suicide in mood disorders. *Depress Anxiety* 2001; 14: 177-182
58. Montgomery SA, Dunner DL, Dunbar GC. Reduction of suicidal thoughts with paroxetine in comparison with reference antidepressants and placebo. *Eur Neuropsychopharmacol* 1995; 5: 5-13
59. Findling RL, *et al.* (1999). Paroxetine pharmacokinetics in depressed children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38: 952-959
60. http://www.aacap.org/announcements/AACAP_comment.htm

REVISIÓN

REGULACIÓN AFECTIVA, PSICOPATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA

(Rev GU 2006; 2; 3: 329-336)

André Sassenfeld¹

Este trabajo examina algunos aspectos fundamentales del concepto de la regulación afectiva desde una perspectiva histórica, conceptual y clínica, recurriendo para ello a diversas nociones teóricas articuladas en el psicoanálisis relacional, la teoría psicoanalítica de la intersubjetividad, la investigación empírica de infantes y algunas otras áreas. Desde el punto de vista histórico, se destaca de modo resumido la presencia a menudo implícita de consideraciones en torno a la relevancia de la regulación afectiva en las contribuciones de diversos teóricos significativos. Desde el punto de vista conceptual y clínico, el trabajo se centra particularmente en explorar las características definitorias de dos modalidades regulatorias básicas –autorregulación y regulación interactiva– en el marco de las interacciones diádicas tempranas que se producen entre infante y cuidador y en el marco de las interacciones diádicas posteriores que transcurren entre psicoterapeuta y paciente. Se consideran, en este sentido, las relaciones de la regulación afectiva con la génesis infantil de la psicopatología, con la forma que adopta la psicopatología en individuos adultos y, en términos generales, con los procesos psicoterapéuticos. De distintos modos, queda al descubierto y se enfatiza el vínculo indisoluble de la regulación afectiva con los contextos relacionales en el seno de los cuales el individuo en un inicio aprende a regular sus afectos y en el seno de los cuales, con posterioridad, los afectos siguen siendo simultáneamente autorregulados y regulados de manera interactiva.

EL CONCEPTO DE LA REGULACIÓN AFECTIVA

Los términos autorregulación y regulación afectiva surgieron con fuerza en la literatura de la psicología del desarrollo alrededor de la década de 1980 y, desde entonces, los procesos psíquicos, psicosomáticos y

biológicos a los cuales remiten han sido objeto de una creciente atención (Beebe y Lachmann, 1994, 2002; Gross, 1999; Klopstech, 2005; Schore, 1994, 2001a, 2001b, 2002, 2003). El uso explícito del concepto originalmente biológico de la autorregulación en la psicología y el psicoanálisis tiene, sin embargo, orígenes

¹ Psicólogo. Departamento de Psicología y Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

históricos mucho anteriores. Jung (1943 [1917, 1926]) hizo referencia a la psique como sistema de autorregulación dedicado a equilibrar tendencias opuestas. Reich (1942) se refirió a la autorregulación como proceso orgánico que regula la circulación bioenergética del cuerpo y como principio que “sigue las leyes naturales del placer y que no sólo es compatible con los instintos naturales; es, de hecho, funcionalmente idéntico con éstos” (p. 181).

Schore (2002) piensa que los procesos regulatorios ya habían ocupado el núcleo intelectual del trabajo de teóricos como Freud, Klein, Bowlby y Kohut al menos de manera implícita. Mientras que tanto Freud como Klein estuvieron principalmente interesados en la manera a través de la cual las defensas psicológicas actúan al servicio de la regulación de la ansiedad y la angustia, Kohut consideró desde una perspectiva más relacional que los selfobjetos² llevan a cabo funciones de regulación fundamentales para el niño.³ Estas funciones regulatorias se refieren en especial a los afectos del niño. Durante la infancia los “selfobjetos son, por lo tanto, reguladores psicobiológicos externos que facilitan la regulación de las experiencias afectivas y actúan en niveles no-verbales, debajo de la conciencia, con la finalidad de co-crear estados de cohesión máxima [del self]” (p. 443). Como resultado de las experiencias selfobjetales infantiles, el niño se vuelve cada vez más capaz de llevar a cabo por sí mismo gran parte de las funciones regulatorias que habían cumplido objetos externos.

Schore (2001a) califica la teoría del apego como teoría de la regulación, afirmando que “la madre segura, en un nivel intuitivo no consciente, está continuamente regulando los cambiantes niveles de activación y, con ello, los estados emocionales del bebé” (p. 14) y que “el apego puede ser definido como la regulación diádica de emociones [...]” (p. 14). En el marco de la teoría del apego se ha supuesto que los mecanismos defensivos tienen la finalidad primordial de facilitar la regulación

afectiva, en un inicio mediante la regulación de la distancia física respecto de las figuras relevantes de apego en momentos marcados por afectos angustiosos. Para la teoría del apego, que subraya la relevancia de los intercambios relacionales tempranos, “los mecanismos intrapsíquicos pueden ser entendidos como forma simbólica de la regulación de la distancia, una manera de mantener recuerdos e ideas dolorosas a una distancia segura de la conciencia [...]” (Knox, 2003, p. 211).

Más allá, Lichtenberg, Lachmann y Fosshage (2002) piensan que, en parte, los conceptos de sostenimiento y contención de Winnicott y Bion, respectivamente, hacen alusión al rol del cuidador primario en cuanto a la regulación de los afectos del niño. Winnicott destacó el desarrollo emocional primitivo del niño y, dada su concepción de la naturaleza de éste, la función de sostén ejercida por la madre incluye el sostenimiento de estados afectivos intensos y disruptivos que atraviesa el niño. Refiriéndose al trabajo de Bion, Sjödin (1998) indica que la modulación y transformación de los estados emocionales del niño requiere la presencia de cuidadores capaces de “pensar” y con ello de contener tales estados, una función que eventualmente se internaliza.

En las últimas décadas el concepto de la regulación se ha convertido en una noción clave en la literatura de los investigadores de infantes y los psicólogos dedicados al estudio del desarrollo infantil, particularmente en relación al papel de la regulación afectiva en el contexto de la comprensión de la temprana interacción entre madre e infante y sus consecuencias para la organización óptima o bien deficiente del self del niño. En términos generales, puede afirmarse que la “investigación interdisciplinaria y la evidencia clínica están apoyando la concepción de que, en la infancia y más allá de ésta, la regulación afectiva es un principio organizador central del desarrollo y la motivación humana” (Schore, 2001a, pp. 9-10). Desde esta perspectiva, podemos considerar:

1. que los afectos cumplen la función de regular la interacción humana y la comunicación entre individuos y que están simultáneamente sujetos a los procesos de autorregulación (Beebe *et al.*, 2000; Beebe y Lachmann, 1994, 2002; Fosha, 2001, 2002; Greenberg *et al.*, 1993; Klopstech, 2005; Tallberg, 2003; Traue *et al.*, 2005) y
2. en las palabras de Schore (1994), que el “núcleo del self yace en patrones de regulación afectiva que integran un sentido del self a lo largo de transiciones de estado, permitiendo con ello una continuidad de la experiencia interior” (p. 33). De este modo,

² “Un objeto es un selfobjeto cuando es experimentado intrapsíquicamente como cumpliendo funciones en una relación que despiertan, sostienen o influyen de modo positivo el sentimiento del self” (Bacal, 1990, p. 279); estrictamente, tal como indica Wolf (1988), un selfobjeto no es ni self ni objeto, sino el aspecto subjetivo de una función que es ejercida por medio de una relación.

³ Kohut (1984) utilizó de modo explícito el término *regulación* no en términos de la regulación de afectos sino en términos de la regulación de la autoestima por parte de funciones selfobjetales ejercidas por los cuidadores tempranos.

queda al descubierto la crucial relación entre regulación afectiva y organización del self (Beebe & Lachmann, 1994, 2002; Cornell, 2003; Klopstech, 2005; Schore, 1994, 2001a, 2001b, 2002).

AUTORREGULACIÓN Y REGULACIÓN INTERACTIVA

Dada la crucial importancia atribuida actualmente al concepto de la regulación, las definiciones de éste abundan. Beebe *et al.* (1994, 2000, 2002, 2003) han enfatizado la necesidad de diferenciar entre dos procesos básicos que forman parte del fenómeno general de la regulación –Schore (2001a, 2001b, 2003) los entiende como dos modalidades fundamentales de la regulación– y que, aunque son complementarios, han tendido a ser estudiados por separado. Tomados en conjunto, reflejan el inextricable vínculo que une los procesos afectivos y los procesos relacionales.

Por un lado, se encuentra el fenómeno de la *autorregulación* que, en términos amplios, hace referencia a la forma en la que una persona se ve afectada por su propio comportamiento (Beebe *et al.*, 2000). Más específicamente, la autorregulación afectiva (1) puede ser definida en función de la forma en la que los individuos influyen qué emociones experimentan, cuándo las experimentan y cómo las experimentan y expresan; y (2) puede ser definida en función del conjunto de procesos que incluyen la regulación individual de los aspectos fisiológicos y expresivos de los afectos (Gross, 1999; Klopstech, 2005; Schore, 2002, 2003). Beebe y Lachmann (2002) la entienden como “la capacidad individual de regular desde el nacimiento en adelante los propios estados: dominar estados de activación, mantener la vigilia y la vitalidad, reducir la excitación en el caso de sobreestimulación e inhibir arrebatos emocionales” (pp. 42-43).

Beebe y Lachmann (2002) aseveran que la autorregulación afectiva emerge al comienzo de la vida a partir del surgimiento de la percepción de la existencia de un estado interior. Involucra una disposición a reaccionar frente a señales del entorno y a emitirlas y, durante todo el ciclo vital, representa una capacidad decisiva para poder entrar en contacto e involucrarse en intercambios significativos con el ambiente. Beebe y Lachmann se refieren al trabajo de Louis Sander y afirman que éste entiende la tarea de la autorregulación en la adultez en términos de posibilitar el acceso, la articulación y la utilización de los propios estados internos. Comportamientos no-verbales como tocar el propio cuerpo, desviar la mirada o restringir la mímica facial pueden ser visualizados como estrategias que a menudo apuntan a la autorregulación de los propios afectos.

En la adultez tales estrategias incluyen, asimismo, los mecanismos defensivos y las fantasías. Para Beebe y Lachmann,

todas las estrategias autorregulatorias son intentos de adaptación que, por medio de la mantención del nivel de activación dentro de límites tolerables, buscan establecer un compromiso entre la necesidad de mantener la vinculación con el otro por un lado y la necesidad de proteger la propia integridad por otro lado (p. 147).

Por otro lado, dada la ligazón entre los afectos y los contextos relacionales en los cuales éstos se manifiestan y expresan, la autorregulación es complementada por los procesos de *regulación interactiva*. Beebe *et al.* (2000) definen estos procesos en términos generales como la forma en la que el individuo se ve afectado por el comportamiento de otro individuo. Más específicamente, la regulación afectiva interactiva hace referencia a la capacidad de regular los propios estados afectivos en y a través de la interacción con otras personas (Beebe y Lachmann, 2002; Klopstech, 2005; Schore, 2002, 2003). Durante la infancia una de las características fundamentales de este proceso es facilitar la formación de una relación de apego con los cuidadores primarios al proporcionar al niño oportunidades para maximizar los estados afectivos positivos y minimizar los estados afectivos negativos (Schore, 2002). Tomando en consideración nuestros comentarios previos sobre el concepto del selfobjeto de Kohut, parece claro que las experiencias selfobjetales pueden ser entendidas desde esta perspectiva como procesos intersubjetivos que involucran la regulación interactiva de los estados afectivos del niño.

Schore (2001b, 2002, 2003) y Klopstech (2005) creen que la posibilidad del uso flexible de ambas modalidades regulatorias mencionadas en función de contextos interpersonales cambiantes es el sello distintivo de una organización óptima del self y que esta flexibilidad se desarrolla en base a una relación segura y entonada de apego con los cuidadores tempranos. Otros investigadores han señalado, de modo más o menos explícito, que la capacidad de autorregulación afectiva del niño surge a partir de las pautas de regulación interactiva existentes en los vínculos tempranos y su gradual internalización (Fonagy y Target, 2002; Fosha, 2001; Maroda, 1999; Schore, 2001a, 2001b; Stern, 1985; Stolorow *et al.*, 1987). Stern (1985), por ejemplo, piensa que el infante “está con un otro que regula la experiencia del sí-mismo del bebé. En este sentido, el otro es para el infante un *otro regulador del sí-mismo*” (p. 131,

cursiva del original) que le facilita la vivencia de estar con un otro que lo ayuda a autorregularse. En el transcurso del desarrollo óptimo del self, en gran medida el niño hace suyas estas funciones regulatorias originalmente llevadas a cabo por los cuidadores.

En una línea similar, según Fosha (2001) y Klopstsch (2005) uno de los aspectos centrales de la regulación interactiva que la hacen ser tan relevante desde el punto de vista del desarrollo del self y de la capacidad de autorregulación es su potencial para ampliar las posibilidades autorregulatorias del individuo debido a la disponibilidad de los recursos regulatorios conjuntos de la díada en cuestión. En términos generales, esto implica que la “regulación diádica de los estados afectivos permite a los individuos experimentar, expresar y hacer un uso adaptativo de sus emociones” (Fosha, 2001, p. 229) y que, además, las “estrategias de regulación afectiva de la díada, sean óptimas o no, se reproducen en cómo el individuo maneja su experiencia afectiva” (p. 234) en otros contextos. También Stolorow (2002) piensa que la variabilidad de los horizontes dados de la experiencia emocional del individuo –que guarda estrecha relación con los procesos autorregulatorios y regulatorios interactivos– debe ser entendida como una propiedad emergente de sistemas intersubjetivos.

Por otro lado, en la relación temprana entre madre y niño y en las relaciones entre adultos tanto los procesos autorregulatorios como los procesos de regulación interactiva son, en esencia, recíprocos aunque no simétricos (Beebe *et al.*, 2000; Beebe y Lachmann, 1994, 2002; Fosha, 2001; Pally, 2001; Schore, 2001a, 2002; Stern, 1985). Como consecuencia de esta circunstancia se puede afirmar que la organización individual de la autorregulación se encuentra en un diálogo continuo con lo que ocurre en la interacción relacional, un diálogo en medio del cual los procesos autorregulatorios influyen y son influenciados por los procesos regulatorios interactivos. Así, los intercambios relacionales son tanto fuente como producto del interjuego circular de autorregulación y regulación interactiva. Ambos participantes construyen en conjunto modalidades diádicas de regulación que contienen tanto patrones autorregulatorios habituales como patrones regulatorios interactivos habituales. En este sentido, desde una perspectiva que toma en consideración las dos modalidades regulatorias que hemos descrito, los procesos diádicos de interacción son capaces de reorganizar los procesos internos y relacionales que son propios de un vínculo humano (Beebe y Lachmann, 2002) –una idea que tiene evidentes implicancias para la práctica clínica.

Para Beebe y Lachmann (2002) la reciprocidad de los procesos autorregulatorios y regulatorios interactivos

es de importancia fundamental desde el punto de vista del desarrollo del self. Consideran que la “expectativa y representación de las modalidades diádicas de regulación [...] constituyen la organización intrapsíquica” (p. 164) y, con ello, se estructuran las representaciones de sí mismo y del otro propias del niño y se organizan sus expectativas respecto de futuras interacciones vinculares –“las autorregulaciones y las regulaciones interactivas organizan patrones relacionales” (p. 167). Desde esta perspectiva, las representaciones tempranas implícitas, procedurales y no-verbales que conforman los inicios del desarrollo del self son el resultado de interacciones humanas concretas y, en efecto, contienen esencialmente la representación de procesos dinámicos de interacción.

Beebe y Lachmann (1994, 2002) piensan que los procesos de internalización involucrados en esta construcción de representaciones tempranas incluyen tanto los momentos de elevación afectiva, como también el proceso de la regulación continua –la existencia de pautas predecibles y esperables de interacción que regulan el comportamiento de ambos participantes– y el proceso de la interrupción y el restablecimiento de la regulación continua –la organización de patrones de interacción en términos del entorpecimiento de las pautas interactivas esperadas y sus consiguientes esfuerzos por lograr el restablecimiento de la regulación continua, lo que implica un patrón específico de la regulación interactiva fallida esperable y un patrón asociado de autorregulación. Así, las representaciones tempranas del niño están ligadas a secuencias esperadas de interacción y regulación afectiva y, puesto que estas representaciones pueden modificarse en presencia de información y experiencias relacionales nuevas, el desarrollo del self transcurre a través de re-estructuraciones de las formas de relación mantenidas y representadas.

Gross (1999), quien supone que la regulación afectiva puede implicar tanto la disminución de afectos negativos como el aumento de afectos positivos, resume algunas de estas estrategias regulatorias generales de la siguiente manera: (1) escoger enfrentar o bien evitar algún tipo particular de situación que suscita determinados afectos; (2) modificar concretamente algún aspecto de la situación en cuestión; (3) cambiar el centro de la propia atención hacia otros aspectos de la situación involucrada; (4) llevar a cabo un cambio cognitivo con la finalidad de alterar el significado emocional de una situación; y (5) modular los aspectos fisiológicos y/o expresivos de la respuesta afectiva. Sjödin (1998) agrega que los afectos no sólo pueden ser disminuidos y amplificados mediante los procesos regulatorios, sino

también neutralizados, enmascarados o fusionados con otras expresiones afectivas.

REGULACIÓN AFECTIVA Y PSICOPATOLOGÍA

En la actualidad, puede afirmarse que el concepto de la regulación afectiva resulta de fundamental importancia para comprender los estados psicopatológicos (Beebe y Lachmann, 2002; Fosha, 2001; Gross, 1999; Schore, 1994, 2001b, 2002, 2003). Schore (2002) piensa que ya el trabajo de Kohut supone, al menos de modo implícito, que una de las fuentes primarias de la psicopatología es la existencia de estructuras regulatorias internas defectuosas o insuficientes. Lichtenberg *et al.* (1996) aseveran que la disregulación afectiva es un principio central para entender adecuadamente los estados psicopatológicos y que ésta es producto de perturbaciones o deficiencias en las experiencias selfobjetales tempranas. Así, en términos generales, los “estados mentales patológicos están pasando a ser entendidos como sistemas inconscientes rígidos de autorregulación” (Spezzano, 2004, p. 204).

De acuerdo a Fosha (2001), la aparición de dificultades en la regulación afectiva se debe, en esencia, a la ausencia de relaciones tempranas caracterizadas por lo que llama coordinación mutua, que implica la presencia diádica de una motivación compartida por mantener la conexión y comunicación emocional incluso frente a la disonancia sin retraerse, cerrarse y generar una distancia emocional infranqueable respecto del otro. En este sentido, Fosha cree que un “factor clave en el desarrollo de dificultades en la regulación afectiva es la soledad indeseada [del niño] frente a experiencias emocionales intensas y, por tanto, abrumadoras” (p. 230). Según Fosha, esta soledad se anuncia cuando ciertos afectos amenazan con perturbar vínculos significativos y, en vista de esta temida amenaza, debe ser evitada a toda costa. En consecuencia, el niño se ve obligado a distorsionar su experiencia emocional a través de estrategias defensivas y deja de poder recurrir a ella como señal que guía su adaptación al entorno. La comodidad de los cuidadores con su propia afectividad es el factor primordial que les permite enfrentar y manejar las emociones del niño sin experimentar la ansiedad que los puede llevar a interrumpir el contacto emocional con éste, privándolo de la posibilidad de disponer de un modelo que le muestra cómo los afectos pueden ser integrados de modo adecuado en el funcionamiento personal e interpersonal.

De esta manera, las defensas son establecidas “con la finalidad de compensar el fracaso de las figuras emocionales clave a la hora de proporcionar apoyo con la

regulación afectiva” (Fosha, 2001, p. 230). La construcción de defensas ayuda al niño a tolerar ciertas experiencias afectivas y, al mismo tiempo, a mantener intactos ciertos vínculos de apego, aunque conduce a una restricción o pérdida del acceso al potencial adaptativo de las emociones. Fosha propone, así, una concepción de la psicopatología como fenómeno ligado tanto a experiencias afectivas abrumadoras como a una falla en la regulación interactiva de esas experiencias en el marco de las relaciones tempranas emocionalmente significativas. Para ella, la regulación diádica no puede funcionar de modo óptimo en ausencia de una responsividad y disponibilidad emocional plena y, en esta circunstancia, el niño intenta reparar la falla regulatoria interactiva por medio de una regulación diádica secundaria que se focaliza en la exclusión defensiva de determinados afectos. “La evitación crónica de la experiencia afectiva –en cualquiera o en todos los ámbitos de la emoción, el self y la relación– lleva a las dificultades crónicas del funcionamiento y del vivir que visualizamos como psicopatología [...]” (p. 230).

Schore (2001a, 2001b, 2002) opina que los cuidadores tempranos del niño no siempre pueden estar entonados empáticamente con los estados afectivos de éste, produciéndose momentos frecuentes de desentonamiento con la consiguiente ruptura vincular. Estas situaciones provocan una falla regulatoria y, en el caso óptimo, las funciones selfobjetales ejercidas por los cuidadores son capaces de remediar el desequilibrio experimentado por el niño. En este patrón habitual de ruptura y reparación, “el cuidador ‘suficientemente bueno’ que induce mediante un desentonamiento una respuesta de estrés en su infante suscita de manera oportuna un re-entonamiento, una regulación del estado afectivo negativamente cargado del infante” (2002, p. 442). Así, según Schore, el logro evolutivo del establecimiento de un self capaz de regular adaptativamente diversas formas de activación y estados afectivos sólo se alcanza en el marco de un entorno emocional temprano facilitador del crecimiento del individuo. El factor más importante que hace posible la evitación de la psicopatología es la seguridad de un vínculo de apego que incluye a un cuidador que pueda regular los afectos del niño y reparar las fallas regulatorias que se producen en la relación temprana.

Un cuidador que promueve un apego inseguro “muestra una participación mínima o impredecible en los diversos tipos de procesos de regulación de la activación. En vez de modular, induce niveles extremos de estimulación y activación [...]” (Schore, 2002, p. 449). De este modo, Schore considera que en las experiencias traumáticas infantiles, además de la circunstancia

de que el cuidador des-regula al niño, este le retira la necesitada función selfobjetal regulatoria “dejando al infante por largos periodos en un estado psicobiológico intensamente disruptivo que se encuentra más allá de sus inmaduras estrategias de manejo” (p. 449). En este sentido, los contextos relacionales traumáticos carecen de intercambios exitosos de regulación interactiva; más bien, en ellos tanto madre como niño, aunque estén muy próximos en términos físicos, están simultáneamente autorregulándose sin que sus estados afectivos se puedan cruzar –existe un vacío en las comunicaciones emocionales involucradas en la regulación interactiva que el niño requiere.

Tal como hemos descrito en una sección anterior, desde la perspectiva de Beebe y Lachmann (1994, 2002) los procesos relacionales principales que están implicados en la construcción de las representaciones constituyentes del self y de las expectativas vinculares del individuo son los momentos de elevación afectiva, la regulación continua y los procesos de interrupción y restablecimiento de la regulación continua. En términos de las posibles consecuencias psicopatológicas de estos procesos, Beebe y Lachmann han enfatizado especialmente aquellas relacionadas con las expectativas relacionales que el individuo adquiere en el transcurso de las regulaciones interactivas. Consideran que una constante regulación diádica fallida de los afectos y la activación del niño organiza expectativas básicas de patrones sub-óptimos de regulación interactiva y de autorregulación.

Existe un cierto acuerdo respecto de que muchos, si no la mayoría, de los pacientes adultos manifiestan algún tipo de dificultad en torno a su desarrollo afectivo y su capacidad de regulación afectiva (Fosha, 2001; Maroda, 1999; Schore, 2003; Stolorow *et al.*, 1987). Maroda (1999) ha destacado que los pacientes adultos en general sufren en alguna medida las consecuencias de déficits tempranos en cuanto a la expresión, experiencia, tolerancia, verbalización, reconocimiento, orientación, transformación y conciencia tanto de las emociones innatas básicas como de los afectos más diferenciados que involucran algún grado de mediación cognitiva. Pally (2001) afirma que los adultos necesitan estar conectados con sus sentimientos con tal de desenvolverse de manera adaptativa y, debido a la función suscitadora de reacciones por parte de otras personas que la expresión afectiva cumple, que la falta de expresión emocional puede estar relacionada con la dificultad para provocar empatía en los demás. Más allá, puesto que la experiencia emocional es crucial para establecer relaciones basadas en la confianza, la apertura y la intimidad que son a su vez esenciales para el mane-

jo de emociones difíciles, su restricción puede generar dificultades importantes en esta área (Fosha, 2001).

Schore (2002) piensa que el fracaso de la construcción de un sistema regulatorio interno eficaz a partir de las interacciones entre niño y cuidador da lugar a una capacidad deficiente y disminuida de autorregulación que, en la adultez, es parcialmente compensada por medio de un cierto grado de dependencia respecto de reguladores externos. Por otro lado, la resultante capacidad limitada para modular en situaciones estresantes la intensidad y la duración de los propios estados afectivos lleva a una situación en la que no se experimentan afectos discretos y diferenciados, sino sensaciones somáticas y viscerales abrumadoras. Un factor importante que contribuye a producir y mantener esta circunstancia es la capacidad restringida para reflexionar sobre los estados emocionales que el individuo atraviesa, que también puede ser visualizada como consecuencia de las experiencias infantiles traumáticas.

REGULACIÓN AFECTIVA Y PSICOTERAPIA

Hemos mencionado, por un lado, que desde la perspectiva de los conceptos presentados en este trabajo la psicopatología incluye en alguna medida dificultades de la regulación afectiva del individuo y, por otro lado, que el afecto no sólo se autorregula sino que también se regula de modo interactivo y recíproco en contextos relacionales. En este sentido, el paciente acude a psicoterapia tanto con una historia de interacciones vinculares específicas como con un conjunto de estrategias autorregulatorias y expectativas regulatorias interactivas que fueron construidas a partir de la forma concreta que adoptaron tales interacciones pasadas. Tal como indica Fosha (2001), la condición del paciente refleja su historia de regulación afectiva diádica. En este marco general, uno de los objetivos terapéuticos cardinales guarda relación con la adopción de estrategias autorregulatorias más adaptativas y eficaces por parte del paciente y con la transformación de sus expectativas disruptivas e insatisfactorias de regulación interactiva.

Maroda (1999) sugiere que, dado que la regulación emocional es originalmente llevada a cabo no por el individuo sino por otros y dado que sólo gradualmente es transformada en mecanismos autorregulatorios, los psicoterapeutas debieran seguir el mismo principio general en el tratamiento de sus pacientes. Sus ideas colocan, en consecuencia, la importancia del entonamiento afectivo del terapeuta respecto del mundo afectivo del paciente en un primer plano. Maroda además indica en relación a los procesos de regulación en contextos clínicos que tanto el paciente como el te-

rapeuta experimentan la necesidad de mantener sus afectos regulados en el transcurso del trabajo psicoterapéutico. Desde este punto de vista, un psicoterapeuta que debido a sus propias estrategias autorregulatorias evita sentimientos fuertes a través de un foco circunscrito a los procesos cognitivos no sólo fracasa a la hora de estimular la vivencia, expresión y manejo de afectos del paciente, sino que también se aleja de un factor esencial que le permite comprender de manera más óptima las necesidades del paciente –su propio estado emocional. Maroda (1999) cree que si “el paciente repetidamente estimula una emoción intensa o una respuesta visceral en el analista, entonces probablemente sea tiempo para una respuesta afectiva” (p. 139), algo que el terapeuta sólo puede reconocer y realizar cuando está en contacto cercano y consciente con su propia afectividad.

Como ya hemos señalado, Beebe y Lachmann (2002) consideran que los procesos diádicos de interacción tienen el potencial de reorganizar los procesos internos y relacionales propios de los participantes de la díada en cuestión, incluyendo por supuesto la interacción entre paciente y terapeuta. Partiendo de la noción de que una de las formas más relevantes de acceso a la autorregulación está constituida por los patrones relacionales de la regulación interactiva, puede afirmarse que el alcance y la flexibilidad de los procesos autorregulatorios de paciente y psicoterapeuta emergen a raíz de las características específicas únicas que adopta su interacción. Es decir, distintos terapeutas con distintos pacientes y viceversa disponen de una capacidad autorregulatoria variable. En este sentido, el “grado de autorregulación alcanzado en el transcurso de un tratamiento depende de la regulación interactiva, como también del compromiso y la autorregulación de ambos participantes” (p. 141) si tomamos en consideración la fundamental reciprocidad de los procesos autorregulatorios y regulatorios interactivos. Desde esta perspectiva, una vía básica y profunda del cambio terapéutico guarda relación con flexibilizar y optimizar las habilidades autorregulatorias del paciente a través de un abordaje psicoterapéutico que presta atención a las posibilidades de transformación de la interacción entre terapeuta y paciente y las consiguientes modificaciones de los procesos regulatorios interactivos que se producen entre ambos. Con el tiempo, el foco sobre la interacción también permite que las expectativas desadaptativas de regulación interactiva vayan cambiando de manera progresiva.

Fosha (2001) asume que tanto terapeuta como paciente regulan sus propios afectos por medio de la interacción con el otro y que, aunque “no es simétrico,

el proceso de la regulación diádica es bidireccional y mutuo [...]” (p. 231). Debido a ello, en alguna medida ambos se ven inevitablemente transformados mediante su participación en el encuentro terapéutico. Más allá, comparte la opinión de Maroda respecto de que los procesos de regulación interactiva que se producen en el marco de la psicoterapia constituyen una base a partir de la cual el paciente gradualmente aprende a hacer por sí mismo lo que se ha hecho en una relación significativa. Asevera que son dos los procesos fundamentales involucrados en la generación del cambio terapéutico: (1) experimentar las propias emociones de modo pleno con la finalidad de maximizar sus funciones adaptativas y (2) aprender a usar ciertos vínculos para regular experiencias afectivas tan intensas o dolorosas que no han podido ser autorreguladas eficazmente, un proceso en el cual la disponibilidad y el uso de las propias emociones por parte del terapeuta resulta crucial.

Klopstech (2005) piensa, de manera similar, que la regulación interactiva en la relación psicoterapéutica permite al paciente empezar a nombrar verbalmente y con ello a integrar sus afectos. Más allá, cree que terapeuta y paciente tienen que ser flexibles, permitiéndose fluctuar entre los procesos autorregulatorios y regulatorios interactivos. En particular, el psicoterapeuta debe estar atento y responder frente a los cambios del paciente siendo un regulador afectivo externo o bien permaneciendo como testigo silencioso del proceso de autorregulación del paciente.

Schore (2002) ha enfatizado que el desarrollo de los sistemas regulatorios del individuo depende, tanto en la infancia como en la relación terapéutica, de un conjunto de experiencias relacionales de apego que sean “suficientemente buenas.” Así, afirma que “la alianza terapéutica co-construida puede actuar como ambiente facilitador del crecimiento para la maduración dependiente de la experiencia de [...] los sistemas de regulación [...]” (pp. 470-471). En este contexto, Schore cita a Spezzano (1993):

La relación analítica sana al atraer aquellos métodos de procesamiento y regulación de afectos a los cuales el paciente recurre para la supervivencia psicológica y entonces los transforma. El mecanismo de estas transformaciones es una mejor regulación afectiva dentro del análisis de la que fue previamente utilizada por el paciente y la subsiguiente modificación de aquello que, en el lenguaje clásico del cambio estructural, podrían llamarse las estructuras inconscientes de regulación afectiva del paciente (pp. 215-216/p. 471).

Buirski y Haglund (2001) piensan que las experiencias afectivas y la expresión emocional que se producen en el vínculo con el terapeuta proporcionan oportunidades no sólo para la emergencia de nuevas formas de organización del self, sino también para el crecimiento del paciente en términos de su capacidad autorregulatoria. Concluyen que, “claramente, la articulación, regulación e integración de la experiencia afectiva en nuestros pacientes amplían su mundo subjetivo” (p. 63).

REFERENCIAS

1. Bacal H. Selbstpsychologie (Selbstobjekt-Theorie): Heinz Kohut. En Bacal H. & Newman K. *Objektbeziehungstheorien: Brücken zur Selbstpsychologie*. Frommann-Holzboog, Stuttgart, 1990, pp. 274-334
2. Beebe B, Jaffe J, Lachmann F, Feldstein S, Crown C, Jasnow M. Systems models in development and psychoanalysis: The case of vocal rhythm coordination and attachment. *Infant Mental Health Journal* 2000; 21; 1-2: 99-122
3. Beebe B, Lachmann F. Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology* 1994; 11: 127-166
4. Beebe B, Lachmann F. *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*. Klett-Cotta, Stuttgart, 2002
5. Beebe B, Sorter D, Rustin J, Knoblauch S. A comparison of Meltzoff, Trevarthen, and Stern. *Psychoanalytic Dialogues* 2003; 13; 6: 777-804
6. Buirski P, Haglund P. *Making Sense Together: The Intersubjective Approach to Psychotherapy*. Jason Aronson, New Jersey, 2001
7. Cornell W. Entering the gestural field: The body in relation. *Energy and Character* 2003; 32: 45-55
8. Fonagy P, Target M. Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry* 2002; 22; 3: 307-335
9. Fosha D. The dyadic regulation of affect. *Journal of Clinical Psychology* 2001; 57; 2: 227-242
10. Fosha D. True self, true other and core state: Toward a clinical theory of affective change process [on-line]. Artículo presentado en la Los Angeles Psychoanalytic Society and Institute 2002 (www.traumaresources.org/pdf/True_Self.pdf)
11. Gross J. Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion* 1999; 13; 5: 551-573
12. Jung C. (1943 [1917, 1926]). On the psychology of the unconscious. En Jung C. *Two Essays on Analytical Psychology*. The World, New York, pp. 9-130
13. Klopstech A. Catharsis and self-regulation revisited: Scientific and clinical considerations. *Bioenergetic Analysis* 2005; 15: 101-131
14. Knox J. Trauma and defences: Their roots in relationship. *Journal of Analytical Psychology* 2003; 48: 207-233
15. Lichtenberg J, Lachmann F, Fosshage J. *The Clinical Exchange*, The Analytic Press, New Jersey, 1996
16. Lichtenberg J, Lachmann F, Fosshage J. *A Spirit of Inquiry: Communication in Psychoanalysis*. The Analytic Press, New Jersey, 2002
17. Maroda K. Show some emotion: Completing the cycle of affective communication. En Aron L, Harris A. *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (Vol. 2). The Analytic Press, New Jersey, 1999, pp. 121-143
18. Pally R. A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21; 1: 71-93
19. Reich W. *The Function of the Orgasm: Sex-Economic Problems of Biological Energy*. Souvenir Press, London, 1942
20. Reich W. *Análisis del carácter*, Paidós, Barcelona, 1945 [1933]
21. Schore A. *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, 1994
22. Schore A. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 2001a; 22; 1-2: 7-66
23. Schore A. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 2001b; 22; 1-2: 201-269
24. Schore A. Advances in neuropsychology, attachment theory, and trauma research: Implications for self psychology. *Psychoanalytic Inquiry* 2002; 22: 433-484
25. Schore A. *Affect Regulation and the Repair of the Self*, Norton, New York, 2003
26. Sjödin C. Affects – Modulation and transformation. *International Forum of Psychoanalysis* 1998; 7: 35-44
27. Spezzano C. *Affect in Psychoanalysis*. The Analytic Press, New Jersey, 1993
28. Spezzano C. American psychoanalysis: A comparative attempt. *Psychoanalytic Dialogues* 2004; 14; 2: 193-206
29. Stern D. *El mundo interpersonal del infante: Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Paidós, Buenos Aires, 1985
30. Stolorow R. From drive to affectivity: Contextualizing psychological life. *Psychoanalytic Inquiry* 2002; 22; 5: 678-685
31. Stolorow R, Brandchaft B, Atwood G. *Psychoanalytische Behandlung: Ein intersubjektiver Ansatz*. Fischer, Frankfurt am Main, 1987
32. Tallberg T. Transforming emotional experiences: Perspectives from neurobiology. *Scandinavian Psychoanalytic Review* 2003; 26: 131-140
33. Traue H, Deighton R, Ritschi P. Emotional inhibition and disease. *Bioenergetic Analysis* 2005; 15: 55-88
34. Wolf E. *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1988

REVISIÓN

PSIQUE Y SOMA, MENTE Y CUERPO: ¿DOS CABALLOS PARA UN JINETE?

REFLEXIONES ACERCA DE LO PSICOSOMÁTICO¹

(Rev GU 2006; 2; 3: 337-344)

Susan Mailer y Edy Herrera²

Se revisa la relación mente-cuerpo a partir de los conceptos psique-soma y la mente encarnada elaborados por Winnicott y Francisco Varela, respectivamente. Se explora la conexión entre algunos aspectos de la teoría psicoanalítica y las neurociencias en lo que se refiere a lo psicosomático. Utilizando el modelo del psicoanálisis relacional se desatacan los conceptos de “regulación afectiva mutua” y “disociación”, los cuales amplían la concepción psicoanalítica de los fenómenos psicosomáticos. Las autoras acentúan cómo lo mental y lo corporal son aspectos de una totalidad que va emergiendo constantemente en la situación terapéutica. Lo anterior invita a revisar la técnica, lo cual se ilustra por medio de ejemplos clínicos.

La noción que la mente y el cuerpo son entes separados ha ido transformándose en una visión holística centrada en la idea de una interrelación íntima entre la mente y el cuerpo. Es sabido que dicha separación tiene raíces en los albores de la medicina occidental y que se prolongó hasta no hace mucho en la historia de la cultura. Históricamente, muchos de los aspectos relacionados con la mente han sido abordados por los animismos, los misticismos y las religiones en general. Ciertamente que también la reflexión filosófica, durante siglos, los convirtió en materia de investigación y en parte de sus sistemas. Lo anterior ayudó a crear, en el

ámbito de la medicina, la dicotomía entre una orientada al cuerpo y otra orientada al alma, culminando esto en el siglo XIX con la división entre el cuerpo físico y el cuerpo psíquico.

El siglo XX vio la creación de especializaciones dentro de la práctica médica, las cuales se centraron en el funcionamiento de los sistemas y órganos del cuerpo. En otro ámbito se desarrolló la investigación y tratamiento de las motivaciones inconscientes del padecer psíquico. El campo de la psiquiatría somática se centró en el cerebro como objeto de investigación de las enfermedades mentales, mientras que para el psicoanálisis el foco de

¹ Presentado en V Encuentro Psicoterapéutico de Investigación y Clínica - Reñaca, 2004.

² Psicoanalistas APCH.

interés fue la elaboración de un método de abordaje de los problemas psíquicos. Freud, en el *Proyecto de Psicología* (1895), trató de unir conceptos sobre la mente en relación al sistema nervioso, pero, finalmente, optó por la elaboración de una teoría psicológica sobre el aparato psíquico. Sin embargo, en las últimas décadas, ha habido un desarrollo de investigaciones psicoanalíticas en torno a la relación mente-cuerpo.

En este trabajo indagaremos sobre el tema del psiquesoma, deteniéndonos en la pregunta “¿existe la mente?”, y si es así ¿dónde está? Intentando mostrar que lo mental y lo corporal son aspectos de una totalidad que va emergiendo constantemente, se desarrollará brevemente el concepto de psique-soma elaborado por D.W. Winnicott y el de emergente postulado por Francisco Varela. Nos detendremos en los avances de la neurociencia que demuestran la interrelación cerebro-mente-cuerpo. Abordaremos la importancia del afecto, aspecto central en el psiquesoma e intersubjetivo por definición. Veremos algunos estudios contemporáneos sobre regulación mutua entre el bebé y su madre, así como la importancia del concepto de la disociación para comprender los fenómenos psicósomáticos desde un modelo relacional. Asimismo, mostraremos, con algunos ejemplos clínicos, la influencia recíproca que se da en la pareja analítica y cómo la conciencia de dicha reciprocidad tiene un efecto en la actitud y la relación entre el analista y su paciente.

PRIMERAS TEORÍAS POSTFREUDIANAS ACERCA DE LO PSICOSOMÁTICO

Muy tempranamente, en el *Proyecto de Psicología* de 1895, Freud señalaba en forma clara que el yo, como organización mental, tenía su núcleo en el registro mnémico de las sensaciones corporales pertenecientes a las primeras vivencias del bebé. Tales memorias eran fundamentales en la posibilidad de comprender, a través del pensar, las percepciones. Se trataba, entonces, para Freud, de un yo esencialmente corporal. Estas ideas se reflejarían, posteriormente, en el modelo freudiano estructural de la mente. Las teorías tempranas de la enfermedad psicósomática se derivaron de la teoría estructural de Freud sobre las psiconeurosis. Existieron variadas discusiones sobre la aplicación del modelo de la histeria de conversión a las enfermedades somáticas y se desarrollaron varias teorías sobre la etiología de las mismas.

En Estados Unidos surgieron cinco grandes grupos (Taylor, 1988). Algunos como el de Flanders Dunbar señalaban la relación entre tipos de personalidad y enfermedades específicas. Otros, como los estudios de Franz

Alexander y la escuela de Chicago, ligaban conflictos específicos, especialmente los oral agresivos con enfermedades determinadas como el asma y la úlcera gástrica. Diversos investigadores destacaron respuestas específicas frente a situaciones de estrés, otros, como Max Schurr, señalaron la relación entre la regresión fisiológica del yo y las situaciones límite o traumáticas. Hubo interés en indagar la diferencia entre lo que se llamó conversiones pregenitales y la conversión genital. Finalmente en la década de 1970 Sifneos elaboró el concepto de alexitimia, el cual ha sido usado por numerosos investigadores.

En Europa, la Escuela Francesa incluye a pensadores como Pierre Marti (1950-1960), quien desarrolló el concepto de Pensamiento Operatorio. Posteriormente, Joyce MacDoucgall elabora los conceptos de Marti haciendo alusión a los normópatas y a la alexitimia. Destaca cómo las enfermedades psicósomáticas son defensas frente a temores psicóticos. Por último, es importante mencionar a Sami Ali y Didier Anzieu, quien ilumina la importancia de la piel en el desarrollo del psique-soma.

Muchas de las investigaciones realizadas durante las décadas anteriores contienen hipótesis que con el devenir del tiempo resultaron parcialmente plausibles. Sin embargo el elemento central ausente ha sido la mutua regulación psico-física que se produce desde el nacimiento (y previa a él) hasta la adultez y la tercera edad. Por otro lado, las teorías mencionadas mantienen la disociación mente cuerpo al proponer, por ejemplo, que se regresaría a un yo corporal (asumiendo que el yo deja de ser corporal en algún momento, convirtiéndose en un ente mental). Investigaciones recientes (Aron (1998), Sommer, Looker, Rye (1998), etc.) sugieren que dicha disociación es parte del tejido de la teoría psicoanalítica. Conciernen en que sería importante considerar un modelo de psique-soma integrado que incluyera la diada paciente-analista.

¿DÓNDE ESTÁ LA MENTE? EL CONCEPTO DE EMERGENCIA

Francisco Varela (2000) afirma que la mente no puede existir fuera del organismo, aún más, sólo tiene sentido si está en-carnada y envuelta en el mundo circundante. Desde este punto de vista no existe nada de la esfera de lo mental que no esté inscrito en el cuerpo y relacionado con el ambiente. Varela plantea que la mente no está en la cabeza y que, como se mencionó, es inseparable del organismo como un todo. En el mismo sentido, Winnicott afirma que la mente podría estar en un pie o en el estómago, concordando con Varela al afirmar que

no es un ente colocado en la cabeza. Este autor planteó en 1949 el concepto de psiquesoma para aludir a un estado de unidad psicósomática en el cual la mente sería sólo una función de ésta. Las fallas ambientales perturbarían dicha unión, generando en muchos casos una oposición entre la mente y el psique soma. El resultado sería una psique aislada del soma, es decir, disociada y alojada en lo que se reconoce como mente.

Al respecto el psicoanalista Solms y el neuropsicólogo Turnbull (2002) hacen una interesante reflexión. Para ellos la división mente cuerpo implica la perspectiva desde la que se está percibiendo el fenómeno. Para ellos no somos en nuestra esencia seres mentales ni físicos. El cerebro es algo que visto desde una perspectiva externa es físico pero visto desde adentro, es decir, como un sujeto, es algo mental. Cuando un individuo se observa en el espejo puede percibir su cuerpo que es externo, pero al mismo tiempo siente que es él mismo, desde su percepción interna. O sea que para esos autores el problema mente cuerpo es en el fondo un artefacto de la percepción y estaría estrechamente relacionado con el punto de vista desde donde se observa.

Volvamos a Varela. Para este autor la mente es un emergente de la tonalidad afectiva anclada al cuerpo. Dicho emergente surge a cada momento desplegándose, por así decirlo, hasta la punta del iceberg constituido por lo racional, y siempre en el contexto de una actividad con el entorno. El objeto y el sujeto estarían constantemente co-emergiendo y la mente por tanto residiría en el lugar de la co-determinación, el que a su vez no se podría localizar en un lugar específico, aunque sí se podría decir que está entre lo interno y lo externo. En este sentido se acerca al concepto de D.W. Winnicott sobre el espacio potencial, ese lugar en el cual se desarrollan las relaciones humanas y que no es ni interno ni externo sino ambos.

Podemos ver entonces que tanto para Varela como para Winnicott la mente no sólo está encarnada en el cuerpo sino que es emergente de la experiencia y, por tanto, intersubjetiva. Como consecuencia de lo anterior, no es una representación de un estado de cosas sino la producción constante de una realidad coherente que constituye el mundo. Cualquier objeto o evento nos sirve para co-crear la realidad, siempre y cuando podamos manipularla a través de la percepción y la experiencia del entorno.

LA EMERGENCIA DEL PSIQUESOMA Y EL ENFOQUE INTERSUBJETIVO

A lo largo de 30 años (1940-1970) Winnicott elaboró en numerosos artículos sus ideas sobre el desarrollo in-

fantil primitivo. En éstos subraya una y otra vez que en el inicio mítico de la vida el bebé existe solamente en cuanto también exista una madre o un ambiente maternal. La manipulación física y emocional del cuerpo del bebé que realiza el entorno permite que éste desarrolle el yo, el cual proporcionará la posibilidad de habitar un cuerpo que se relaciona con otros cuerpos, inicialmente el de la madre. Un sujeto emerge de la experiencia de ser reconocido por otros, los cuales, a través de interacción o mutualidad, le ayudan a establecer sus límites y a vivenciar sus emociones como propios: "...la idea del reconocimiento mutuo es una categoría cada vez más esencial para abordar la experiencia temprana...el infante es un participante activo que contribuye a dar forma a las respuestas de su ambiente y que crea sus propios objetos" (Benjamin, 1988, p.28).

En los últimos 20 años se ha cuestionado el concepto de la mente aislada. Atwood y Stolorow (2002) al igual que Donna Orange y Brandshaft (2001) han estudiado la interacción entre las subjetividades del paciente y el analista. Postulan que es imposible que la subjetividad del analista quede fuera del espacio analítico y que por tanto no influya la experiencia del paciente. Lo mismo puede decirse desde el vértice del paciente, aspecto que ha sido estudiado en el psicoanálisis, a través del concepto de la identificación proyectiva. El Psicoanálisis Relacional amplía los conceptos de Atwood y Stolorow proponiendo la idea de una regulación mutua bio-psicológica en la cual la disociación en cualquiera de los miembros de la diada psicoanalítica puede reflejar problemas en el psique-soma (Taylor 1987, Sommer, Balamuth, Looker, 1998).

En relación al tema que nos concierne, Atwood y Stolorow (2002) proponen la tesis que los límites entre la mente subjetivamente vivida y el cuerpo son producto de contextos intersubjetivos específicos, especialmente en el área del afecto. Krystal (1988 en Atwood y Stolorow) sugiere que los afectos son vividos inicialmente como experiencias corporales que paulatinamente se van integrando a estados subjetivos que se pueden verbalizar con la adquisición del lenguaje. Por supuesto que es muy importante el rol del cuidador(a) en la tarea de reconocer y nombrar los diferentes estados por los que pasa el bebé. Esto ha sido ampliamente descrito por Winnicott en numerosos escritos. De esta manera la sintonía emocional de la madre con su bebé (Stern, 1985), permite que se integren gradualmente las experiencias corporales afectivas y se transformen en significados emocionales. Por lo tanto, según Krystal, la posibilidad de experimentar afectos en el psiquesoma depende de un sujeto facilitador, o lo que Atwood denomina un contexto intersubjetivo facilitador.

UN CONCEPTO INTERSUBJETIVO DE LO PSICOSOMÁTICO: LA BIO-PSICORREGULACIÓN MUTUA

La bio-psicorregulación mutua se da principalmente en tres niveles. La emoción, el apego y la comunicación no verbal de la emoción. Desde la perspectiva intersubjetiva y la del Psicoanálisis Relacional podemos pensar en el psique soma como una unidad que no sólo se autorregula con el tiempo sino que necesita de los demás para mantener dicha regulación estable. Pensemos en un bebé con su madre. La salud físico-psíquica del infante depende de la sintonía emocional de la madre, o el ambiente materno (Stern, 1987), Beebe and Lachman 2002). A esto se refiere Winnicott cuando habla de mutualidad, de handling y de holding. La madre-ambiente cumple la función de regular los estados de su infante permitiéndole, en pequeñas dosis, el conocimiento del entorno. Lo anterior no es solo labor de la madre sino que el pequeño también da las claves para que ella o el entorno pueda descifrar sus necesidades. D. Stern lo ha llamado sintonía afectiva y Benjamin lo ha descrito como un elemento precoz del reconocimiento del otro (1988). Con el advenimiento del lenguaje, paulatinamente, el pequeño puede verbalizar sus deseos y necesidades, que por cierto van cambiando en cada etapa del desarrollo. Sin embargo la unión psiquesoma se mantiene, aunque más elaborada o sofisticada.

Desde la neurobiología, Regina Pally propone una visión similar. Plantea que la función de la emoción es coordinar la mente y el cuerpo del individuo y también la relación mente cuerpo entre los individuos. Por la estrecha conexión entre la emoción y las respuestas hormonales, viscerales y musculoesqueléticas, es evidente que la emoción lleva a cambios físicos reales que pueden contribuir a las perturbaciones psicosomáticas. A su vez, Eckman (Pally, 2001) ilumina aspectos de la biología de la sintonía empática y muestra el vínculo entre la expresión facial, la modulación autonómica y los sentimientos subjetivos asociados a la emoción.

Lo anterior nos lleva a plantear que se da una regulación bio-psico-afectiva que por su naturaleza no puede estar aislada. Maggie Turp (2001) y Hoffer (Pally 2001) han descrito cómo esta regulación también se da entre adultos, a través del apego. Por ejemplo, entre las parejas suele ocurrir que cuando uno de ellos muere, la persona que le sobrevive ha perdido una instancia importante de regulación emocional y física. Por tanto queda más expuesto a alteraciones de los sistemas biológicos y a la ocurrencia de enfermedades.

Son numerosos los estudios que circulan en el ambiente psiquiátrico y psicoanalítico que muestran

la sintonía y regulación mutua entre niños y madres, las cuales son expresiones de comunicación no verbal. Horst Kachele, en una investigación continua que lleva a cabo en Alemania sobre el apego, ha demostrado cómo la actitud de la madre va modelando la tonalidad emocional y la postura corporal del niño cuando ésta se ausenta. Maggie Turp, ya mencionada, también hace numerosas alusiones en su *Psychosomatic Health* (2001) a la modelación mutua que se da entre los bebés y/o los niños con sus madres. El sostén psicológico está basado en primer lugar en un holding emocional, que se expresa en la interiorización del bebé en la mente de su madre y en el sostén de la mirada que lo acaricia. Asimismo, el sostén concreto que hace la madre al bebe le muestra sus límites corporales. Igualmente la madre le proporciona sensaciones posturales y propioceptivas y, con la estimulación de la piel, le permite conocer su cuerpo. Todo esto, a su vez, tonifica la musculatura y le permite al bebé no sólo sentarse erguido sino empezar a caminar.

Hay múltiples ejemplos y variantes de esta situación. Por ejemplo, una de nosotras atendía a una mujer, madre de un bebé de 3 meses, quien recientemente había sufrido la muerte de un hijo. En las sesiones reiteradamente manifestaba preocupación por la inquietud casi permanente que observaba en su bebé. La alimentación era continuamente interrumpida por movimientos bruscos e hipertónicos. Mientras dormía se observaba el mismo fenómeno. Cada vez que el bebé era alzado reaccionaba con verdadero pánico, especialmente si este movimiento lo separaba abruptamente del cuerpo de la madre. En resumen, el bebé era extremadamente sensible a todos los estímulos, fueran éstos sonidos o movimientos. Por otro lado, la madre notaba que cuando sus miradas se encontraban, en ocasiones el bebé lloraba. Ella lo relacionaba con el hecho que en ocasiones estaba emocionalmente ausente recordando a su hijo muerto.

La analista indicó un tratamiento con fármacos antidepressivos para la madre e incluyó algunas sesiones de terapia vincular entre la paciente y su hijo. Pudo observar que el infante se mantenía en un estado de hipertonía muscular casi permanente. Cuando era sostenido por la madre se aferraba a las ropas de ésta con una tensión considerable. Pensamos que el bebé no se sentía suficientemente sostenido, y tal vez estaba desarrollando, defensivamente, lo que Esther Bick denominó la segunda piel muscular. Éste serviría como un modo de autosostenerse y así compensar el déficit relacionado con la depresión materna.

Basada en las observaciones de este periodo la analista propuso una readecuación en la manera de

sostener al bebé. Se le sugirió que lo mantuviera más apegado a su cuerpo, que usara la mochila-canguro algunas horas al día, que le hiciera masajes, que le hablara en un tono de voz más suave y que evitara movimientos repentinos. Se observó una rápida mejoría del bebé, de su madre y de la relación entre ellos.

En este ejemplo vemos cómo se ha producido una alteración en la regulación de la díada materno-infantil, la cual se expresa en la madre a través de una dificultad en el contacto con el niño producto de su depresión. En el bebé se observa hipertonía muscular y necesidad de aferrarse como resultado de la ansiedad que produce la falla temporal en el sostén emocional. También observamos que dicha situación puede ser revertida por la intervención vincular y el tratamiento farmacológico de la depresión de la madre. Es interesante que la intervención y regulación se hacen simultáneamente en distintos niveles. El somático (fármacos, handling adecuado y sonidos), en la relación afectiva madre-hijo y en la relación terapeuta-paciente. Madre e hijos se han regulado en aspectos que generalmente se tratan por separado, pero que en realidad están unidos formando un todo que emerge según la situación.

LA DISOCIACIÓN MENTE-CUERPO: UNA DISTORSIÓN EN LA PERSPECTIVA DE LO PSICOSOMÁTICO

Hemos mencionado que la dualidad cartesiana ha afectado el modo de abordar las enfermedades dividiéndolas en psíquicas y somáticas. Esta disociación no sólo ha afectado a la medicina sino también al psicoanálisis tanto en el ámbito de la teoría como en el de la clínica. Se ha tendido a sobreinterpretar los síntomas intrapsíquicos excluyendo los somáticos. Cuando se incluye el cuerpo, generalmente es para indicar la falta de mentalización del paciente y la necesidad, por tanto, de elaborar psíquicamente el síntoma. Aún más, se ha tendido a excluir del espacio analítico el cuerpo del analista, y las expresiones contratransferenciales en su psiquesoma. Winnicott, en sus trabajos sobre el psiquesoma, explicita que la así llamada enfermedad psicósomática es en realidad un intento de salir de la disociación y que el problema estaría en la disociación misma y no en el síntoma.

Kimble Rye (1998), Didier Anzieu (1998), K. Hopenwasser y F. Sommer Anderson (1998), entre otros, han indicado, en concordancia con los avances neurocientíficos, la existencia de mecanismos disociativos relacionados con la patología psicósomática. Así como Winnicott, Varela y otros ya mencionados, parten de la base que la mente no está en la cabeza sino en todo el cuerpo, por tanto la memoria no sería sólo psíquica

sino también corporal. Lo anterior es dramáticamente ilustrado cuando consideramos eventos traumáticos, en los cuales podemos observar cómo el soma recuerda lo que ha quedado como un hoyo psíquico. Pally describe, por ejemplo, a una mujer violada que tiene amnesia en cuanto al evento traumático pero aun así presenta síntomas angustiosos físicos y mentales cuando se acerca al lugar del suceso. Asimismo, Karen Hopenwasser (1998) se pregunta si “podemos entender ciertas sensaciones físicas como memoria aun cuando no haya asociaciones semánticas simultáneas” (p. 219).

Tamsin Looker y Frances Sommer (1998) indican que la emergencia de procesos disociativos se produce tempranamente en la díada madre-hijo, y posteriormente en las relaciones afectivas o en la díada analista-paciente. En relación a lo anterior se pueden mencionar tres ideas básicas de Winnicott: el rol de espejo de la madre en la constitución de la subjetividad del niño, el impacto de la depresión de la madre en el desarrollo de la capacidad del niño para reconocer sus necesidades y, por último, cómo la dificultad de la madre de habitar su propio cuerpo (disociación) induce una disociación en el niño expresada en la necesidad de llenar el hueco en la madre, dejando apartadas sus propias necesidades de expresión agresiva y vital. Dichos eventos, inicialmente alojados en la madre, perturban el desarrollo del niño, el cual al no tener la sintonía necesaria para aprender a escuchar sus necesidades, se centra en las de la madre, confundiéndolas como propias, produciendo de esta manera una escisión en su psiquesoma.

Desde el ángulo de la díada analista-paciente puede ocurrir algo similar. Looker (1998) menciona que mientras la analista pueda mantenerse presente “totalmente viva y consciente de los cambios del peso de la experiencia mientras se mueve por el continuo mente cuerpo... manteniendo su conciencia del cuerpo... podrá ser usada por el paciente”. De esta manera el paciente no tendrá que leer o interpretar lo que pasa con su analista a expensas de su propia vitalidad y subjetividad. También es importante que la analista pueda darse cuenta de los cambios, o estados en su cuerpo y tomarlos como expresiones de lo que está pasando en el momento analítico. Una disociación en la díada puede expresarse como la manifestación de un afecto no tolerado por el paciente, así como también puede ser un estado propio del analista, que al ser captado (inconscientemente) por el paciente lo influye en la expresión de su problemática. Con esto se alude a que la falta de sintonía es un síntoma de la díada analítica y es labor de la analista pesquisar desde dónde, cómo y por qué se presenta. En este sentido, la bio-psicoregulación mutua es influenciada y afectada por los meca-

nismos disociativos de cualquiera de los miembros de la pareja analítica. Veamos ahora el impacto que puede tener esta visión en la técnica psicoanalítica.

IMPLICANCIAS TÉCNICAS DE LA BIO-PSICO-RREGULACIÓN MUTUA Y LA DISOCIACIÓN EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Desde esta perspectiva, es evidente que el analista necesita tener mayor conciencia de lo que podríamos denominar su subjetividad corporal, la cual incluye las emociones, pero también las trasciende. Dichas expresiones corporales pasan desapercibidas ya que muchas veces no son dramáticas sino expresiones sutiles. Por ejemplo, incomodidades o inquietud corporal, sensaciones de estar en el aire, angustia difusa, la sensación de estar en otra parte, etc. Por tanto, es necesario que la analista desarrolle lo que Mitchell (1988), Muran y Safran (2000) han llamado "conciencia plena" (mindfulness) durante la sesión. También es importante que amplíemos nuestro interés a las expresiones corporales del paciente, ya sean éstas verbales o no verbales. Nos referimos a la postura corporal, los sonidos del cuerpo, los olores que emiten, y también a las descripciones verbales que hacen de su cuerpo los pacientes, del ejercicio que realizan, de los dolores que mencionan, en fin, de los cambios físicos que perciben. Todo lo anterior implica desarrollar la capacidad de autoobservación, de percibir la propia subjetividad y la del paciente y lo que emerge de estas dos subjetividades. Esto alude a lo que sucede en los cuerpos de ambos.

Por ejemplo, una de nosotras notó que una paciente que sufría de alergia, cuando se tendía en el diván empezaba a toser y carraspear. Pasado un periodo, la analista se percató que cuando esperaba a esta paciente sentía en su cuerpo un estado de inquietud que nombró irritación. También es necesario mencionar que la analista, desde hacía un tiempo, pasaba por un periodo personal en que la irritación era frecuente. Un día, mientras su paciente se sonaba ruidosamente la nariz, la analista le señaló que parecía que la irritación aumentaba cada vez que se tendía en el diván. Al mismo tiempo la analista recordó que su propia irritación aumentaba cada vez que ingresaba la paciente a la oficina. La paciente aceptó el señalamiento agregando que no sabía por qué le aumentaba específicamente en dicha situación. Podríamos preguntarnos ¿de quién era la irritación?

Si usamos el modelo de la identificación proyectiva podemos proponer que la paciente expulsaba algún objeto interno irritante, el cual era recibido por la analista. Es decir, la irritación era de la paciente y a través

de la proyección hacía que la analista experimentara en carne propia esa sensación. Sin embargo, si lo pensamos desde el modelo intersubjetivo no podemos dejar de preguntar ¿De quién era la irritación? ¿Cómo se transmitía? Es posible que la paciente haya captado el estado de inquietud de su analista, la no presencia parcial, produciéndose un desencuentro entre ambas. Dicha experiencia se expresaba en su propio cuerpo con la intensificación de los síntomas alérgicos, tal vez buscando atraer la atención de la analista.

El denominador común es la irritación ¿somática o psíquica? Pensamos que ambas, ya que tanto en la analista como en la paciente se expresaba una disociación. Mientras la paciente tenía concretamente la irritación en el cuerpo, la analista la experimentaba como un afecto displacentero. El encuentro hacía que emergiera una vivencia específica y compartida, lo cual nos recuerda al lema de Varela : "Esa Mente es esta Mente" Es interesante que una vez que la analista se percató del fenómeno, identificó el afecto que la perturbaba y se hizo dueña de él, el síntoma somático desapareció en la paciente durante las sesiones.

Se ha mencionado que es importante prestar atención a la postura corporal del paciente y a los sonidos (lenguajes) del cuerpo. También es necesario prestar atención a las descripciones verbales de lo que pasa con el cuerpo. Por ejemplo, una paciente que se siente enjaulada en su relación de pareja menciona que de nuevo ha presentado prurito en el cuero cabelludo, se ha estado rascando continuamente la cabeza y una vez más le han salido llagas. Cree que se debe a la desesperación que siente con respecto a su situación. Se investiga detenidamente su situación vital y todas las descripciones giran en torno a la rabia y el encierro. La analista hace una intervención del orden que la rabia le sale por los poros, y le brota en la picazón de la cabeza. La paciente asiente y agrega que con su pareja no pasa nada, que no se tocan, que para él ella es invisible, que no la ve. La analista piensa que su paciente está privada sensorialmente a nivel de piel y espontáneamente le dice: "no me sorprendería que crearas un eczema." En ese momento la paciente se saca el chaleco y muestra el brazo. Dice. "Siempre tengo un poco de molestia y algo de erupción, me pongo cremas y se va, pero ahora hizo total erupción, está hinchado y me duele".

En esta sesión podemos observar la emergencia del aspecto psicósomático en distintos niveles. En el más consciente, la paciente se percata y habla espontáneamente del daño corporal que se provoca. Logra conectar dicha situación con sentimientos de rabia y desesperación. Cuando la analista verbaliza que podría crear un eczema emerge el aspecto psicósomático

que está más oculto, en un nivel preverbal, y que como tal, no es “hablado” previamente, sino que es concretamente mostrado a la analista como una manera de confirmar lo que ésta intuye. La paciente habla de una pareja disregulada, no se miran, no se tocan. Asimismo expresa dramáticamente su necesidad de ser vista. Por un lado rascarse es una manera disruptiva de poner en primer plano la piel. Por otro, cuando muestra el brazo, hace evidente una demanda: que la analista calme su necesidad de ser mirada y participe en la regulación físico-afectiva que necesita.

Pensamos que la acción de preguntarle al paciente cómo siente sus síntomas corporales le da un lugar específico al cuerpo en la sesión. Por otro lado, hablar de las sensaciones físicas produce mayor conciencia en el paciente de que tiene un cuerpo y de cómo lo habita. Por último el interés que muestra el analista o terapeuta al proporcionar handling y holding simbólico, es parecido a lo que hace la madre cuando se pregunta qué le pasa al bebé, si estará mojado, con heces, con frío, y lo toma físicamente para aliviar sus molestias.

Hacer preguntas sobre el cuerpo del paciente y no ignorar las numerosas menciones que hace de sus problemas físicos amplía el espacio de comprensión, a la vez que incluye el cuerpo a través de un handling/holding simbólico. Como plantea Kimple-Rye (2000) es necesario descentrar el lenguaje verbal y extender el marco psicoanalítico más allá de lo visible. Esta escucha a las expresiones corporales se extiende a todo tipo de actividad física que desarrolle el paciente, intentando entender de esta manera la función que cumple dicha actividad. Lo anterior implica que es necesario crear un espacio ¿mental? o mejor dicho una experiencia subjetiva que incluya el cuerpo, ya sea el propio o el del paciente o de ambos, y así poder entender en conjunto lo que emerge desde ese espacio.

Didier Anzieu ha elaborado la interpretación de continente en oposición a la interpretación de contenido. Este autor describe a varios pacientes que, habiendo estado en psicoanálisis previos básicamente centrados en la interpretación de contenido, no han podido elaborar y resolver angustias primitivas vividas en el cuerpo. Didier Anzieu propone ampliar la técnica interpretativa para incluir la falta de continentación en este tipo de pacientes. Sugiere que se preste atención a las formas, o significantes formales, que van emergiendo en la mente del analista y del paciente. Estos significantes podrán convertirse eventualmente en continentes que permiten dar una imagen o forma a las experiencias de angustias primitivas difícilmente expresadas de manera verbal. Éstas pueden ser: deshacerse en pedazos, caer al vacío, deshabitar el cuerpo, todas éstas ínti-

mamente relacionadas con la experiencia subjetiva del cuerpo, en última instancia con el self.

A propósito de lo anterior, podemos describir la experiencia con un paciente cuyo motivo de consulta era una impotencia sexual de varios años que le había impedido consumir su matrimonio. Sufría de angustia que calificaba de intolerable, “una maraña” sentida en la región abdominal de tal intensidad y turbulencia que llegaba a pensar en el suicidio. Las angustias eran intensas y las fantasías suicidas cada vez tomaban más cuerpo. Tanto era así que la analista decidió cambiar el encuadre y sentó al paciente. En ese periodo la analista vio la película “Tornado” y algunas de las imágenes le ayudaron a comprender visual y emocionalmente lo que experimentaban ella y el paciente en sesión. Coincidió que una vez aparecida esta imagen en la mente de la analista, cedió la intensidad de la fantasía suicida que el paciente acostumbraba a confesar. Al final de la terapia el paciente señaló espontáneamente que hacía tiempo había visto la película “Tornado” y había encontrado en esas imágenes una representación simbólica de sus primitivas angustias. De esta manera, tanto el paciente como la analista pudieron colocar en un continente las angustias que se producían en los dos, para beneficio del psiquesoma de ambos. Es interesante recalcar que lo que se produjo primero en la analista fue la experiencia física y emocional. Tanto ella como el paciente sentían la turbulencia. Una vez que surgió el emergente visual “tornado” pudieron ambos colocar su experiencia “turbulenta” en un continente adecuado.

CONSIDERACIONES FINALES

La interacción de dos personas en un espacio produce un efecto en el psiquesoma de ambos. La postura física de los dos, el tono de voz, la mirada o la falta de ésta pueden envolver o rechazar a cualquiera de los participantes de esta diada. Sin embargo, hay acuerdo que dos personas se pueden tocar con otros sentidos que no sean el tacto. Es evidente que ambos participantes usan el lenguaje y sus contenidos verbales para comunicarse, pero lo que emerge de las palabras tiene que ver también con el tono de voz. Simultáneamente tal interacción produce la emergencia de emociones y cambios corporales en los dos. Éstos pueden ser visibles, notorios o sutiles. La verbalización que se da en la interacción es psicósomática. La regulación psicósomática se produce en todas las sesiones aun cuando en algún momento predomina un aspecto sobre otro. Podría decirse que la escucha es físico-psíquico-emocional y afecta simultáneamente al analista y al paciente, produciendo cambios en todos esos niveles.

Observar la interacción psique-soma y meditar sobre ella en la sesión ayuda a restarle protagonismo a la interpretación de contenido con el paciente psicósomático. Permite una mayor integración de lo que transcurre en la sesión en ambos participantes ya que se parte de la idea que todo lo que ocurre en ésta da paso a un proceso de regulación mutua, en la cual la interpretación es uno de los factores pero no el único.

Winnicott sostenía que cuando se producían fallas graves o sostenidas en la regulación mutua madre e hijo se abría paso a un tipo de disociación en la cual la mente, encargada de categorizar y clasificar, se escindía del psique soma y se transformaba en un ente prácticamente autónomo que arrastraba a la psique separándola del soma y cortando las vías de comunicación entre éstas.

Pensamos que la práctica psicoanalítica, inadvertidamente y contrariando sus raíces, ha mantenido al cuerpo en el sótano, y ha producido a través de la excesiva importancia que le ha adjudicado a la interpretación verbal de contenidos una escisión similar a la que Winnicott describió. Estamos de acuerdo con Kimble-Rye (1998), quien afirma que nuestro vocabulario psicoanalítico es muy limitado en lo que se refiere al cuerpo. Necesitamos ser más precisos, explorar, indagar y encontrar un nuevo vocabulario “que por lo menos contenga el equivalente a las veinte palabras que tienen los esquimales para describir la nieve” (p. 99).

Históricamente lo “psicósomático” ha sido un problema especialmente en lo que se refiere a su ubicación. Se lo ha encerrado en el concepto de “enfermedad psicósomática”. Se le ha colocado entre el soma y lo psíquico, entre lo verbal y lo preverbal, o entre la medicina y el psicoanálisis. Pensamos, en consonancia con el concepto de psiquesoma, que lo psicósomático es una unidad que siempre emerge, de una o de otra forma, en todas las situaciones y también en todas las sesiones.

REFERENCIAS

1. Ali S. (1997) *El Sueño y el Afecto*, Amorrortu Ed. Buenos Aires
2. Aron L. (1996) *A Meeting of Minds*. The Analytic Press, NY
3. Anzieu D. (1987) *El Yo Piel*. Biblioteca Nueva, Madrid
— (1990) *Las Envolturas Psíquicas*, Amorrortu. Madrid
4. Bebe B, Lachman F. (2002) *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing Interactions*. Analytic Press, NY
5. Benjamin J. (1988) *The Bonds of Love*, Pantheon Books. NY
6. Hoppenwasser K. (1998) Listening to the Body: Somatic Representations of Dissociated memory, en, Aron and Somner eds. (1998) *Relational Perspectives of the Body*, The Analytic Press. NY
7. Looker T. (1998) “Mama Why don't your feet touch the Ground?” Staying with the Body and the Healing Moment. En Aron, Sommer, eds (1998) *Relational Perspectives on the Body*. Analytic Press. NY
8. McDougall J. (1989) *Teatros del Cuerpo*. Julian Yebenes, Madrid
9. Mitchell S. (1988) *Relational Concepts in Psychoanalysis*, Analytic Press, NY
10. Muran C, Safran J. (2000) *Negotiating the Therapeutic Alliance*, Guilford Press, NY
11. Orange D, Atwood G, Stolorow R. (2001) *Working Intersubjectively: Contextualism in Psychoanalytic Practice*, Analytic Press, NY
12. Pally R. (2000) *The Mind Brain Relationship*, Karnac Books, NY
13. Solms M, Turnbull O. (2002) *The Brain and the Inner World*, Karnac Books. NY
14. Stern D. (1985) *The Intersubjective World of the Infant*, Basic Books, NY
15. Stolorow R, Atwood G. (2002) *Contexts of Being. The Intersubjective Foundations of Psychological Life*, Analytic Press. NY
16. Taylor G. (1987) *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*, International Univ. Press. Connecticut
17. Turp M. (2001) *Psychosomatic Health*, Palgrave, NY
18. Varela F. (2000) *El Fenómeno de la Vida*. Dolmen, Eds
19. Winnicott DW. (1945) Primitive Emotional Development, en *Through Paediatrics to Psychoanalysis*, (1987) Karnac Books. London
20. Winnicott DW. (1949) Mind and its relations to the Psyche Soma. (1949) En: *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. (1987) Karnac Books, London
21. Winnicott DW. (1954) Primary Maternal Preoccupation, en *The Maturation Processes and The Facilitation Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, (1989), Karnac Books, London
22. Winnicott DW. (1971) *Juego y Realidad*, Gedisa
23. Wrye HK. (1998) The Embodiment of Desire, Relinking the Bodymind Within the Analytic Dyad. En: Aron y Sommer Eds. (1998) *Relational Perspectives on the Body*. Analytic Press. NY

ENSAYO

LA INVESTIGACIÓN INTERDISCIPLINARIA EN DEPRESIÓN COMO CAMINO DE INTEGRACIÓN ENTRE PSICOANÁLISIS Y CIENCIAS NEUROCOGNITIVAS

(Rev GU 2006; 2; 3: 345-349)

Juan Pablo Jiménez¹

Como psiquiatra y psicoanalista que por tres décadas ha trabajado –en clínica, en investigación y en docencia–, guiado por el modelo bio-psico-social de la patogenia, estoy en condiciones de plantear que la investigación interdisciplinaria en depresión constituye una buena vía de integración del psicoanálisis a la academia y a la discusión científica, en especial a las neurociencias. Por su parte, como lo plantean crecientemente muchos neurocientíficos, el psicoanálisis puede contribuir al desarrollo de esta última. De paso, contribuiríamos con ello al progreso de la psiquiatría dinámica, expresión usada clásicamente para denominar una psiquiatría informada por el psicoanálisis.

El aislamiento del psicoanálisis de las disciplinas y ciencias vecinas ha sido denunciado reiteradamente y señalado como una de las causas que subyacen a la llamada “crisis del psicoanálisis” (Michels 1994, Fonagy *et al.* 1999, Fonagy 2003). Este aislamiento se atribuye en gran parte a razones metodológicas, es decir, a la resistencia de los analistas de ampliar el conocimiento teórico y práctico mediante datos recolectados por métodos extra clínicos (Kandel 1999). Con muchos otros, sostengo que si el psicoanálisis ha de sobrevivir –como teoría y como práctica terapéutica– es necesario que se abra sin temor a un pluralismo metodológico que maximice los criterios de correspondencia o coherencia externa, esto es, que permita un escrutinio permanente de la compatibilidad del conocimiento logrado a partir de los datos recogidos en la clínica con aquellos alcanzados

por métodos extra clínicos (Jiménez 2001). Por su parte, el psicoanálisis, como disciplina de la subjetividad, debe mostrar la manera cómo puede contribuir al progreso de las neurociencias. En todo caso, Eric Kandel, premio Nobel de Medicina y Fisiología, ha dado un fuerte respaldo a la posibilidad del reencuentro entre psicoanálisis y biología en dos importantes trabajos (1998, 1999). No es sólo el psicoanálisis el que necesita de la ciencia; Kandel (1999) ha planteado convincentemente que “así como la medicina ha guiado una y otra vez a la biología y la psiquiatría a las neurociencias, así también el psicoanálisis puede servir como tutor sagaz y realista para un entendimiento sofisticado de la mente/cerebro” (p. 520)

La tesis central de mi presentación es que así como la histeria constituyó el modelo en torno al cual Freud construyó el psicoanálisis como disciplina

¹ Departamento de Psiquiatría Oriente, Universidad de Chile.

hermenéutica, la investigación clínica, teórica y empírica en depresión representa actualmente un terreno privilegiado para la integración del psicoanálisis con las ciencias biológicas.

Con todo, la validación de la terapia psicoanalítica como tratamiento para los trastornos depresivos representa un aspecto importante del reconocimiento del psicoanálisis como opción terapéutica. En esto no bastan las impresiones que los clínicos hayan acumulado, es también necesario aplicar los criterios que actualmente rigen para la *Medicina Basada en la Evidencia*. Nos guste o no, la sociedad percibe a los psicoterapeutas como proveedores del sistema de salud y, como tales, nuestros tratamientos deben ser validados de acuerdo con los criterios de cientificidad vigentes. En lo que sigue, tocaré sólo dos de las áreas que creo importantes para avanzar en el sentido que he señalado. Éstas son:

1. La validación de los tratamientos psicoanalíticos para la depresión.
2. El estudio psicoanalítico de la depresión y la aproximación del psicoanálisis a las neurociencias.

LA VALIDACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PSICOANALÍTICOS PARA LA DEPRESIÓN

Los trastornos depresivos constituyen uno de los principales problemas de salud de la población mundial. Estudios recientes confirman la impresión que la presentación clínica de la depresión es mucho más variada que lo que se pensaba habitualmente. Actualmente se sabe que las condiciones subumbrales son muy frecuentes y a menudo progresan a episodios mayores, que la cronicidad es más prevalente y que los síntomas subclínicos producen notable incapacidad en quienes los sufren. Los estudios longitudinales han mostrado que los distintos subtipos de depresión incluidos en las clasificaciones diagnósticas oficiales (DSM-IV, ICD-10), como depresiones menores y distimias, no son trastornos clínicos discretos sino probablemente fases diferentes de una sola condición, que se expresa a lo largo de un continuo dimensional de severidad sintomática (Judd 2001; Merikangas *et al.* 2003).

Esta visión que ofrece la psiquiatría moderna es mucho más afín a los psicoanalistas, quienes desde siempre hemos afirmado que la depresión se entiende mejor como una dimensión psicopatológica –que va desde el rasgo de personalidad hasta el cuadro de estado–, que como una categoría diagnóstica discreta.

Por otra parte, se sabe que la mayor parte de las personas que padecen de un cuadro depresivo responden a los tratamientos convencionales con fármacos

antidepresivos o psicoterapia. Sin embargo, las investigaciones también han mostrado que aproximadamente un tercio de los pacientes que se recuperan de un cuadro depresivo presentan síntomas residuales. Estos pacientes recaen 5 veces más rápido que aquellos cuya recuperación los dejó libres de síntomas depresivos. Por esta razón la tendencia actual es que el tratamiento debe buscar la remoción completa de todos los signos y síntomas de depresión.

La gran mayoría de las investigaciones en resultados de tratamiento para la depresión se refiere a tratamientos breves, generalmente de 16 sesiones. En la revisión de Roth y Fonagy (1996) el número de estudios controlados de la eficacia de terapias psicoanalíticas breves en depresión era escaso y sus resultados eran “al menos equívocos. Ningún estudio favorece la terapia dinámica sobre otras terapias, un número de ellas sugiere que se comporta más pobremente” (p. 90). Por cierto, ellos no encontraron estudios sobre resultados de terapias psicoanalíticas en distimias. Revisando la revista *Evidence Based Mental Health* (1998 a 2004), que resume y comenta los estudios mejor diseñados de 52 importantes revistas, tampoco encontré referencias directas a estudios sobre eficacia o efectividad de terapias dinámicas para la depresión. Por otra parte, de 269 ensayos clínicos financiados actualmente por el NIMH, encontré sólo un estudio psicoanalíticamente orientado, aún no terminado, que compara la terapia dinámica breve expresiva de apoyo con un medicamento antidepresivo (Barber *et al.* 2004).

Con todo, quizás probar específicamente la superioridad de la terapia psicoanalítica breve no sea tan importante, pues cada día aparecen nuevas evidencias de que 16 sesiones de terapia, sea ésta cognitivo conductual, interpersonal o dinámica, no establecen diferencias en los resultados, todas muestran igual eficacia. Un meta-análisis reciente (Leichsenring 2001) concluye que no hay diferencias en los resultados entre la psicoterapia psicodinámica breve (estructurada) y las terapias cognitivas o cognitivo-conductuales en el tratamiento de la depresión. En todo caso, en ambas formas de terapia, 16 a 20 sesiones son insuficientes para lograr remisiones estables en la mayoría de los pacientes. La llamada “paradoja de la equivalencia” (Stiles *et al.* 1984) ha sido una y otra vez confirmada por la investigación en resultados (Wampold 2001; Wampold *et al.*, 2002).

Si esto es así, entonces sería más importante probar la efectividad de las terapias psicoanalíticas prolongadas y frecuentes en el tratamiento de depresiones resistentes o residuales (véase Gabbard *et al.* 2002). En estos casos la teoría psicoanalítica de la patogenia –que entrelaza biografía (eventos vitales), rasgo

de personalidad y estado depresivo—, predice que un tratamiento psicoanalítico prolongado puede producir cambios estructurales que conduzcan a la remisión del cuadro depresivo. Por cierto, tales estudios de efectividad requieren aunar a muchos psicoanalistas que estén dispuestos a colaborar con un costoso estudio multicéntrico (Marianne Leuzinger-Bohleber 2003).

Este planteamiento es compatible con investigaciones recientes (Thase 2000; Thase y Jindal 2004), que concluyen que no hay evidencias que apoyen la posición de que tratamientos combinados de psicoterapia y farmacoterapia deban ser considerados como rutina estándar en el tratamiento de trastornos depresivos o ansiosos moderados o menos graves, que constituyen las condiciones y motivos de consulta de mayor prevalencia. En opinión de estos expertos, la falta de efectos aditivos definitivamente comprobados justifica la aplicación primero de monoterapias (psicoterapia o psicofármacos), basada en la disponibilidad y en las preferencias del paciente, con la estrategia alternativa de considerar, secuencialmente, la combinación para aquellos pacientes que responden mal al tratamiento inicial. Hay que hacer notar que ésta parece ser la estrategia a la que apunta el Plan Nacional de Tratamiento de la Depresión.

En general, se considera que la combinación de tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos es más efectiva que la aplicación de una de estas estrategias por separado. Si esto fuera así, debiera esperarse un efecto aditivo, o sinergia entre ambos tratamientos (por ejemplo, $0.5 + 0.5 = 1.2$). Sin embargo esto no ha podido ser comprobado; al contrario, el máximo tamaño de efecto de la combinación encontrado es más bien modesto ($0.5 + 0.5 = 0.8$) (Keller *et al.* 2000). Hay razones estadísticas y prácticas que pueden explicar esta “sumación incompleta”. La más estudiada de estas razones es el llamado “efecto techo” (*ceiling effect*), que se refiere a la pérdida progresiva de sensibilidad de las mediciones, a medida que se produce la mejoría sintomática. Un efecto techo puede ocurrir porque la medición de los resultados se efectúa en términos de severidad sintomática más que por la presencia de indicadores de sanidad mental (por ejemplo esperanza, alegría, ecuanimidad, flexibilidad, reciprocidad o paciencia). Por lo demás, los clínicos sabemos que la farmacoterapia exclusiva no modifica las vulnerabilidades interpersonales (los “rasgos”) que subyacen a los cuadros de estado. Otro factor ampliamente reconocido es la falta de consideración de los llamados efectos inespecíficos, a veces minimizados como “efecto placebo”. Parte importante del efecto de la medicación hay que atribuirlo al efecto placebo. Un estudio mostró que la fortaleza de la alianza terapéutica fue capaz de predecir

igualmente el resultado del tratamiento con imipramina, placebo, terapia cognitiva y terapia interpersonal (Krupnick *et al.* 1996). La naturaleza del efecto placebo requiere de mayor investigación en el marco de los hallazgos recientes en neurociencias que fundamentan lo que podríamos llamar una “biología relacional”. En todo caso, debemos suponer que la medicación y la psicoterapia tienen mecanismos de acción diferentes, pues corrigiendo el efecto placebo aparecen indicios de sinergismo (Thase y Jindal 2004, p. 745).

LA DEPRESIÓN Y EL REACERCAMIENTO DEL PSICOANÁLISIS A LAS NEUROCIENCIAS.

Los hallazgos de estudios neurocientíficos en pacientes deprimidos activos versus los remitidos sugieren la siguiente hipótesis patogenética para la depresión, ampliamente aceptada: Recuerdos de experiencias pasadas dolorosas son retenidos en regiones cerebrales como la amígdala o la corteza parietal y pueden permanecer latentes —constituyendo lo que en psiquiatría llamamos el “rasgo”—, predisponiendo al individuo a desarrollar una depresión clínica —el “estado”— sólo si surgen factores adicionales. Pero un punto crucial en esto es que la anatomía de la depresión puede ser modificada tanto por experiencias psicológicas como químico-moleculares. El estado depresivo puede ser revertido a través de tratamientos que afecten los sistemas de las aminas biógenas cerebrales, pero también puede ser tratado por una psicoterapia cuyo objetivo es modificar las expectativas negativas. La depresión puede surgir como consecuencia de la respuesta plástica del cerebro/mente a las experiencias, y también puede remitir por manipulaciones farmacológicas o psicoterapéuticas de la plasticidad cerebral (Andreasen 1997).

Un estudio longitudinal reciente de una cohorte de nacimiento representativa (Dunedin), buscó responder a la pregunta de por qué experiencias estresantes conducen a la depresión a algunas personas y no a otras. Se encontró que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen transportador de serotonina (5-HTT) modera la influencia de eventos vitales estresantes en el surgimiento de depresión. Individuos con una o dos copias del alelo corto de este gen exhiben más síntomas depresivos, depresión conspicua y suicidalidad en relación con eventos vitales estresantes que individuos homocigotos para el alelo largo. Este estudio genético-epidemiológico provee así evidencia de una interacción gen-medio ambiente, en la que la respuesta del individuo a las injurias ambientales es moderada por su composición genética (Caspi *et al.* 2003). La interacción gen-medio ambiente en la patogénesis de

condiciones psiquiátricas mayores ha sido demostrada ya en muchos estudios (Strickland *et al.* 2002; Kendler 2003). Las investigaciones destacan el efecto protector de la composición genética pero, como lo ha destacado Fonagy (2003), *hay pocos estudios que demuestren el efecto contrario, esto es, el efecto moderador del entorno en la expresión del gen en los humanos*. Más aún, Kendler (2003 p. 789) hace notar que una “cuestión central en la investigación de eventos vitales es la especificidad diagnóstica de los eventos, puesto que eventos vitales estresantes también preceden episodios de trastornos de angustia, alcoholismo, bulimia y esquizofrenia”.

La teoría psicoanalítica moderna sobre la patogénesis establece múltiples caminos para llegar a la depresión (véase Bleichmar 1996). Esta etiología psicogenética múltiple es compatible con enfoques alternativos al concepto de la pérdida como la experiencia depresiógena central. Otra visión, influida por la teoría de la evolución y la investigación en comportamiento animal, es que la reducción del estatus –que fuerza al individuo a una posición subordinada– constituye el atributo depresiógeno esencial de los eventos vitales. Otra perspectiva, también influenciada por estudios en animales, plantea que el entrapamiento desamparado es el rasgo clave de las experiencias que conducen a la depresión.

Estudiando una población de 7.322 gemelos adultos de ambos sexos, Kendler, Hettema *et al.* (2003) lograron mostrar que, además de la pérdida, situaciones de humillación que devalúan directamente al individuo en un rol nuclear de su personalidad se asociaron fuertemente con el riesgo de aparición de episodios depresivos. Las dimensiones y categorías de eventos que predisponen a una depresión mayor pura, versus episodios puros de ansiedad generalizada pudieron ser distinguidos con moderada especificidad. Las dimensiones situacionales que preceden a episodios mixtos de depresión y ansiedad fueron claramente la acumulación de aquellos que preceden a episodios puros tanto de ansiedad como de depresión. Por otra parte, la cercanía genética de los cuadros depresivos y los ansiosos ha sido demostrada por estudios genético-epidemiológicos (Kendler, Prescott *et al.* 2003).

Estos hallazgos abren una brecha por la cual el psicoanálisis puede, en palabras de Kandel, “servir como tutor sagaz y realista para un entendimiento sofisticado de la mente/cerebro” (1999 p.520):

1. *No es el evento estresante en sí el que desencadena la expresión de un gen sino la manera cómo el individuo interpreta tales eventos, a través de la mediación de procesos representacionales intrapsíquicos, básicamente inconscientes.*
2. El estudio psicoanalítico de pacientes genéticamente en riesgo de deprimirse (como, por ejemplo, gemelos de la muestra de Kendler) pero que no sufren de tal condición, puede dar luz sobre la manera cómo el mundo interno puede proteger de impactos vitales depresiógenicos, lo cual serviría de base para programas preventivos.
3. El parentesco entre depresión y angustia es un antiguo tema psicoanalítico En el apéndice de *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud (1925) se preguntaba cuándo la angustia de pérdida se convierte en reacción de duelo. En la evaluación del programa chileno de tratamiento de la depresión en atención primaria (Unidad de Salud Mental, 2003) se encontró que el 40% de las mujeres deprimidas presentaban comorbilidad ansiosa y que la intensidad de la angustia se relacionaba con la severidad de la depresión.
4. El que la depresión sea dos veces más frecuente en mujeres que en hombres amerita más investigación, pues los estudios no han podido demostrar diferencias en los factores de riesgo genético. (Kendler, Prescott *et al.* 2003). En el estudio chileno más de la mitad de las mujeres deprimidas habían vivido algún episodio de violencia psicológica, física y/o sexual, en los dos meses previos a la entrevista de evaluación y estaban aisladas de la red social. El estudio psicoanalítico de esta condición de género puede ser un puente que explique la influencia de los factores sociales en la expresividad de los genes.

REFERENCIAS

1. Andreasen NC. Linking mind and brain in the study of mental illnesses: A project for a scientific psychopathology. *Science* 1997; 275: 1586-1593
2. Barber JB, Rynn M, Rickels K, Marin K, Barret M. Efficacy of Dynamic Therapy vs. Selective Serotonin Reuptake Inhibitor for Depression. *ClinicalTrials.gov* (Internet), 2004
3. Bleichmar H. Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *Int J Psycho-Anal* 1996; 77: 935-961
4. Caspi A, Sugden K, Moffit TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braitwaite A, Poulton R. Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. *Science* 2003; 301: 386-389
5. Fonagy P. Genetics, developmental psychopathology, and psychoanalytic theory: The case for ending our (not so) splendid isolation. *Psychoanalytic Inquiry* 2003; 23(2)
6. Fonagy P, Kächele H, Krause R, Jones E, Perron R. *An open door review of outcome studies in psychoanalysis. Report prepared by the research committee of the IPA at the request of the president.* University College London, London, 1999
7. Freud S. Inhibición, síntoma y angustia. *BN* 1925; VIII: 2833-2883

8. Gabbard GO, Gunderson, JG, Fonagy P. The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 505-510
9. Jiménez JP. ¿Sobrevivirá? Una visión comprometida de los desafíos actuales del psicoanálisis. *Revista Chilena de Psicoanálisis* 2001; 18(2): 148-157
10. Judd LL. Major depressive disorder: longitudinal symptomatic structure, relapse and recovery. *Editorial Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 81-83
11. Kandel E. A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998; 155(4): 457-469
12. Kandel E. Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999; 156(4): 505-524
13. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, Markowitz JC, Nemeroff CB, Russell JM, Thase ME, Trivedi MH, Zajecka J. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *The New England Journal of Medicine* 2000; 342: 1462-1470
14. Kendler KS, Hettema JM, Butera F, Gardner CO, Prescott CA. Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 789-796
15. Kendler KS, Prescott CA, Myers J, Neale MC. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 929-937
16. Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, Pilkonis PA. The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 532-539
17. Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review* 2001; 21(3): 401-419
18. Leuzinger-Bohleber M. Caring for depressed patients. Assessment and evaluation of cultural primary and stepped-up care systems, genetics, and the specific treatments for depressed patients in an European Public Health Perspective. *Proyecto de investigación integrado (Manuscrito)*, 2003
19. Merikangas KR, Zhang H, Avenevoli S, Acharyya S, Neuenschwander M, Angst J. Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study. The Zurich cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 993-1000
20. Michels R. Psychoanalysis enters its second century. *Annu Psychoanal* 1994; 22:37-45
21. Roth A, Fonagy P. *What works for whom?* Guilford, New York-London, 1996
22. Stiles WB, Shapiro DA, Elliot R. Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist* 1986; 41: 165-180
23. Strickland PL, Deakin JFW, Percival C, Dixon J, Gater RA, Goldberg DP. Bio-social origins of depression in the community. Interactions between social adversity, cortisol and serotonin neurotransmission. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 168-173
24. Thase ME. Recent developments in the pharmacology of depression. *Psychiatric Clinics of North America: Annual of Drug Therapy* 2000; 7: 151-171
25. Thase ME, Jindal RD. Combining Psychotherapy and Psychopharmacology for treatment of mental disorders. En: Lambert M (ed.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Bergin & Gardfield)*. Wiley, New York, 2004, pp. 743-766
26. Unidad de Salud Mental. Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile. Evaluación de la efectividad e identificación de buenas prácticas en el "programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria" del Ministerio de Salud (Manuscrito), 2003
27. Wampold B. *The great psychotherapy debate. Models, Methods, and Findings*. Erlbaum, New Jersey, 2001
28. Wampold B, Minami T, Baskin T, Tierney S. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affective Disorders* 2002; 68: 159-165

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