UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA

REVISIONES • INVESTIGACIÓN • TEORÍA

GACETA UNIVERSITARIA

Temas y controversias en Psiquiatría

AÑO 2, VOLUMEN 2, Nº 4 **DICIEMBRE 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

REVISIONES • INVESTIGACIÓN • TEORÍA
GACETA UNIVERSITARIA
Temas y controversias en Psiquiatría

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)

JULIA AMANDA ACUÑA ROJAS

Médica Psiquiatra. Graduada como médico-cirujana de la Facultad de Medicina de la 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.

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 profesora 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. Fundadora y 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, psicosomática y psicopatología.

SUSANA CUBILLOS MONTECINO

Psiquiatra-psicoterapeuta, formada en el Departamento de Psiquiatría Oriente, Universidad de Chile y en la Unidad de Psicoterapia Psicoanalítica Focal del Hospital Salvador.
Postítulo en Terapia Conductual Dialéctica. Seminarios en el Instituto Wilhelm Reich de Santiago y en la Academia de Medicina Integrativa (Francia). Postítulo 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.

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. Formacion 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 limítrofe y trauma infantil y la investigación sobre síntomas psicológicos en la Atención Primaria, llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud. Ha publicado artículos sobre Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general, Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención, Epidemiología de los trastornos del ánimo en Chile y Latinoamérica y Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, además de colaborar en diversas otras publicaciones de otros autores.

ALEJANDRO GÓMEZ CHAMORRO

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

NINA HORWITZ

Socióloga, Postítulo en Sociología de la Salud.

Postgrados:

Community Studies, Boston College, Boston, Massachusetts. 1975

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

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

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

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

Magister en Bioética, Universidad de Chile (c).

Cargos y Funciones Académicos:

Profesora Asistente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

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

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

Integrante de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina

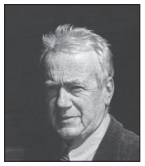
Integrante del Comité Académico del Magister de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina

Líneas de Investigación:

Sociología de la Salud, Familia y Salud Mental

Salud Mental y Subjetividad

Bioética y Humanidades Médicas



FRANCISCO HUNEEUS COX

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

FERNANDO IVANOVIC-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.

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).

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) perteneciente a la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Primer Presidente (fundador) del capítulo sudamericano de la Society for Psychoterapy 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 Psicanalise da Sociedade Psicanalítica* de Porto Alegre y del Consejo Editorial de la *Revista Brasilera 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 Al-

cohol 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 del Cáncer.
Secretario de la Sociedad Chilena de Psiquiatría Biológica. Afiliado a la WFSBP.
Miembro fundador del Colegio Chileno de Neuropsicofarmacología, afiliado al CINP.
Miembro de la Sociedad Chilena de Salud Mental.
Miembro de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor (ACHED)

GRICEL PAULINA ORELLANA VIDAL

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

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.

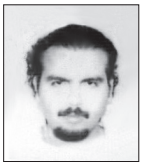
Médico Psiquiatra, Director de la Unidad de Enfermedades del Ánimo del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Profesor de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo.
Director de la 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.

ANDRÉ MICHEL SASSENFELD JORQUERA

Psicólogo, U. de Chile. Magíster© 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.

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 Psiquiatria 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

359 EDITORIAL

359 GÉNERO vs GÉNERO
Juan Pablo Jiménez, César Ojeda

362 ESCRÍBANOS

363 BREVES
Francisco Bustamante

364 RESONANCIAS NUCLEARES
Por Pu-Edser

367 ACADÉMICAS

370 COMENTARIO DE LIBROS

370 LOS CONTEXTOS DEL SER: LAS BASES INTERSUBJETIVAS DE LA VIDA PSÍQUICA
Autores: R. D. Stolorow y G. E. Atwood
Editorial Herder, Barcelona, España, 2004
Comentarista: Catalina Scott

375 LA ESQUIZOFRENIA CLÁSICA
Autor: César Ojeda
Segunda edición ampliada
C&C Ediciones, Santiago de Chile, 2006
Comentarista: Patricio Olivos

379 CUANDO EL ESTADO CASTIGA: EL MALTRATO LABORAL A LOS EMPLEADOS PÚBLICOS EN CHILE
Autora: Oriana Zorrilla Novajas
Editorial Universitaria Bolivariana, 2005
Comentarista: Susana Cubillos

383 TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA
Editor: Arturo Roizblatt
Mediterráneo, Santiago-Buenos Aires, 2006
Comentarista: Ramón Florenzano

385 NO HUMANO, PERO INTELIGENTE
Autor: Jeff Hawkins
Owsl Books, New York, 2005, 265 páginas
Comentarista: César Ojeda

389 OPINIÓN

389 LA FORMACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN CHILE: UN APORTE LEGAL PARA EL DEBATE
Claudio Filippi

393 ENTREVISTA DE GACETA UNIVERSITARIA

393 JULIO SANJUÁN: GENÉTICA, TEORÍA EVOLUCIONARIA Y PSIQUIATRÍA

400 REVISIÓN

400 TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS EN LA ESQUIZOFRENIA
Gricel Orellana y Andrea Slachevsky

410 PRESENTACIÓN CLÍNICA

410 POLIDIPSIA PSICÓGENA: COMENTARIO DE UN CASO TRATADO CON CLOZAPINA
César Jara, Roberto Gallardo, Natalia Clavijo, María I. Covarrubias, Wally Schlechter

415 ENSAYO

415 VÍNCULOS: UNA PERSPECTIVA BIOLÓGICA
César Ojeda

432 CONCIENCIA Y LENGUAJE: ANÁLISIS DEL VÍNCULO PROYECTADO A TRAVÉS DE LA INTENCIONALIDAD
Rodolfo Bächler

439 RAÍCES Y RAZONES DE LA VIOLENCIA: CULTURA, PODER, GÉNERO
Susana Cubillos

451 ANÁLISIS CLÍNICO

451 "MI PERRO ESTÁ MURIENDO HOY DÍA": NARRATIVAS DEL APEGO E INTERPRETACIÓN PSICOANALÍTICA DE UNA ENTREVISTA INICIAL
Anna Buchheim, Carol George y Horst Kächele

460 TÉCNICA

460 PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPOS: TÉCNICA Y CAMBIO PSÍQUICO
Edgardo Thumala

473 TEORÍA

473 TEORÍA PSICOANALÍTICA DE LA DEPRESIÓN: UNA REVISIÓN DE DISTINTAS PROPUESTAS PARA SU COMPRENSIÓN Y CLASIFICACIÓN
Miguel Arros y Felipe Valenzuela

482 CONTROVERSIA

482 PSIQUIATRÍA COMUNITARIA O RAZÓN COMUNICATIVA
Hernán Villarino

EDITORIAL

GÉNERO vs GÉNERO

Judith Butler, profesora de retórica, literatura comparada y estudios de género en la Universidad de California, Berkeley, titula un reciente libro "Undoing Gender"[1], el que puede ser traducido al castellano como "Desconstruyendo el Género" o "Deshaciendo el Género". Si bien se trata de un texto complejo acerca del género y la sexualidad y que está focalizado en temas como el incesto, la transgresión, los estados intersexuales, la transexualidad y sus complejas relaciones con el feminismo y lo que se ha llamado "queer theory", el título tiene resonancias muy profundas. Desde luego, pareciera que la construcción social de la sexualidad podría (o puede) ser disuelta en su versión tradicional y polar (masculino-femenino) a través de una ingeniería social reversa y ser armada de otra manera estimada más justa e igualitaria, tomando en consideración la variabilidad real de las maneras de ser hombre o de ser mujer. Sin embargo, es difícil saber hoy cómo o desde dónde tal reingeniería o proceso de descontrucción y construcción puede ser llevado a cabo, puesto que sabemos que la evolución social no obedece a diseños ni a programas teóricos. El solo planteamiento de la posibilidad de cambios en esta materia genera profundos temores, puesto que apunta a un sector básico de lo que somos como seres humanos, a menos que alguien crea que su ser masculino o femenino, en cualquiera de sus expresiones, es un asunto irrelevante para su vida. La discusión, sin embargo, aún no logra superar la vieja disputa entre *nature vs nurture*, es decir, entre biología y cultura, y, por lo mismo, todos los intentos de otorgar a la masculinidad y a la feminidad una mirada biológica, se topa con la disputa señalada y con un rechazo frontal por parte de las ciencias sociales y la antropología. Sin embargo este rechazo no surge gratuitamente sino que tiene sus raíces en quienes conciben a la biología desde algunos lugares comunes darwinianos, como el de la lucha por la existencia y la supervivencia del más fuerte. Así, desde la sociobiología se ha pretendido dar un fundamento "científico" a las diferencias sociales, al racismo, la xenofobia, la competencia mercantil desenfrenada y a diferentes formas de abuso y violencia. No obstante, tal fundamentalismo no es necesariamente biología, ni menos el resultado de la forma en que hoy se concibe la compleja estructura genoma-ambiente-cambio y biosfera. Excluir la mirada biológica las más de las veces por la comprensible repugnancia, compartida por nosotros, frente a los fenómenos históricos señalados, corre el riesgo de volver a aquello que se desea superar: la intolerancia a la diversidad.

Desde la psiquiatría y la psicología y, especialmente desde la psicoterapia, la configuración de los roles sexuales presenta un rostro algo diferente. No decimos que allí se pongan a la luz experiencias de mayor validez o profundidad que los parámetros habituales en los que se mueven las ciencias sociales sino, simplemente, que allí se agrega un escorzo de cualidad diferente. El deseo y el placer encarnados en cada persona y la forma en que cursan biográficamente y buscan satisfacción no tienen nada de obvio. Son este placer y este deseo los que suelen estar ausentes en las discusiones acerca de la identidad de género. No obstante, la sexualidad humana literalmente se deshace si no se los toma en consideración, aunque, al mismo tiempo, el pudor, la vergüenza y la culpa sean los correlatos de la exposición de estas experiencias ante los ojos de los "otros" no deseados, y en algún grado y momento superados frente al otro deseado, en una especie de "pudor compartido". Es evidente que las formas del pudor y de la vergüenza son variables en diferentes épocas y culturas, pero pareciera que no han dejado de estar presentes en la historia de la especie humana como uno de los sentimientos básicos de la intersubjetividad.

Por lo brevemente señalado, y tomando en consideración el carácter de red distribuida y el movimiento y difusión alcanzados por *Gaceta Universitaria*, hemos

[1] Butler J. *Undoing Gender*. Rouledge, New York, 2004

decidido realizar un primer "Simposium de Reflexión Universitaria" bajo del título de "Género vs Género: Un diálogo oculto", el que se llevará a cabo el viernes 12 de enero de 2007 en la Sala Bicentenario de la Ilustre Municipalidad de Vitacura. Hemos invitado a este simposium a destacados sociólogos y antropólogos que han trabajado en los temas del género y la sexualidad con rigurosidad y profundidad, pero también hemos querido que psiquiatras, psicoterapeutas y psicoanalistas de amplia trayectoria aporten desde la profunda experiencia individual que surge en el encuadre clínico (ver programa en la sección "Académicas"). Estamos conscientes que toda perspectiva incluye un sesgo, y que todo punto de vista está basado en supuestos y axiomas implícitos. Pero también creemos que reflexionar públicamente es una manera saludable de desclasificar las apretadas consideraciones académicas y profesionales que se generan en los medios universitarios. De allí que este simposium esté dirigido a profesionales psiquiatras, psicólogos, sociólogos, filósofos, antropólogos y biólogos, pero también a estudiantes de todos esos ámbitos y al público general que se interese por participar de esta reflexión.

Juan Pablo Jiménez, 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, 1970

   Es decir, el autor y los títulos de los artículos en letra normal y, luego, año, vol, páginas; el de los libros: nombre del autor, el título en cursiva, y luego editorial, ciudad, año. En el caso de otro tipo de colaboraciones (como ensayos o comentarios), las referencias (de haberlas) y las notas pueden ir al pie de página con numeración correlativa, respetando la diferencia entre libro y artículo.[1, 2]

3. Se sugiere, si cabe, iniciar el artículo con un resumen en castellano (e inglés si el autor lo desea) con la estructura que el autor estime más conveniente para el tema tratado. Los escritos no tradicionales no necesitan resumen.

4. Los editores se comunicarán personalmente con los autores a efectos de cualquier sugerencia, y se reservan el derecho de rechazar una colaboración por fundamentos que deben ser comunicados por escrito al autor.

5. Los trabajos recibidos podrán ser publicados, además de en los números regulares de la *Gaceta Universitaria*, en suplementos y/o separatas de la misma revista.

---

[1] Capra F. *The Hidden Connections*. Dubleday, New York, 2002

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

ESCRÍBANOS

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

20 de Octubre de 2006.

Estimado Dr. Ojeda:

En primer lugar quiero felicitarlo y agradecerle por la calidad de la GU: se respira en ella una atmósfera de libertad para la reflexión que lo anima a uno a decir cosas que en ninguna otra se atrevería. He leído recientemente su libro sobre Heidegger, y no me cabe duda que el clima de su revista se debe a quien posee el rigor y la propia libertad interior como para plasmar una obra de esa envergadura. Lamento que nadie la haya comentado aún en la GU.

En segundo lugar, esta semana he leído el trabajo de don Joaquín Gaete, publicado en GU, donde polemiza en un tono muy cordial, muy correcto y muy razonable, con uno del que yo soy autor. Me parece, sin embargo, que sus argumentos presentan una gran equivocidad. La razón comunicativa, al fin de cuentas, no está para zanjar disputas o salvar opciones que se han de justificar sólo con argumentos científicos. La razón comunicativa no puede respaldar a quien suma cinco cuando los sumandos son dos y dos, pero hace posible que quien lo sostiene pueda decirlo y que su opinión sea tomada en cuenta. La razón comunicativa, fiel a su origen kantiano, es una forma que carece de contenido, el contenido lo pone siempre la experiencia, no la razón. En fin, como he sido aludido creo que estoy en la obligación de responderle y en este sentido quisiera rogarle que me conceda un espacio para hacerlo, incluso, si no tiene el próximo número completo me comprometo a hacerle llegar el mío en un plazo de quince días.

Muchas gracias y mucha suerte

Hernán Villarino

Nota del editor: La respuesta del Dr. Villarino aparece en este número de GU.

BREVES

Francisco Bustamante[1]

BUENAS NOTICIAS PARA PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LIMÍTROFE

Recientemente fue publicado un nuevo resultado del *Mclean Study of Adult Development*, un estudio prospectivo de seguimiento a pacientes con trastorno de personalidad limítrofe. El estudio evaluó la proporción de pacientes que alcanzaron la remisión de los criterios para el diagnóstico del trastorno, junto a los factores que otorgan un mejor pronóstico (1).

Estos resultados, después de 10 años de seguimiento, complementan aquellos de una publicación anterior de los mismos autores (2), quienes evaluaron a los pacientes cada 2 años mediante entrevistadores ciegos y entrevistas estructuradas.

De un total de 275 pacientes sólo el 8,6% abandonó el estudio (increíble para un seguimiento tan largo). Con respecto a la remisión, a los 4 años había remitido el 49,4% de los pacientes, a los 6 años el 73,5% y concluyó con un 88% a los 10 años. Sólo el 5,9% recurrió a los 6 años. Además, los investigadores establecieron factores de buen pronóstico (remisión precoz), a saber: edad menor a 25 años, sin historia de abuso sexual en la infancia, sin historia familiar de abuso de drogas, ausencia coocurrente de un trastorno de personalidad ansioso, competencia vocacional y bajo nivel de neuroticismo junto a un alto nivel de "agradabilidad".

Sin embargo los autores no mencionan para nada el tipo de tratamiento que recibieron estos pacientes (si es que recibieron alguno). Lo más probable es que hayan recibido el "treatment as usual", el tratamiento habitual a pacientes con este diagnóstico en los servicios de psiquiatría.

Otro artículo importante de destacar es uno publicado en julio en el *Archives of General Psychiatry* realizado por Marsha Linehan (3), creadora de la terapia conductual dialéctica (TCD). Si bien la TCD es la psicoterapia para pacientes con trastorno de personalidad limítrofe que más publicaciones tiene demostrando su eficacia, este estudio es el primero en comparar 2 tipos de terapia, la TCD versus psicoterapias psicodinámicas o existenciales. Los pacientes fueron evaluados con instrumentos estructurados y observadores ciegos y seguidos por un periodo de 2 años.

Con respecto a las psicoterapias de control, la TCD obtuvo diferencias estadísticamente significativas para sus pacientes, ya que:

- Presentaron un menor abandono durante la terapia
- Menor número de intentos suicidas
- Menor uso de servicios de urgencia y hospitalizaciones
- Menor uso de psicofármacos

Ambos tipos de psicoterapia mejoraron en forma significativa los índices de calidad de vida (Hamilton para depresión). El NNT *(number needed to treat)* para conductas suicidas a 2 años para TCD fue de 4,24, mientras que para las otras terapias fue de 13,3. Esto quiere decir que, en un plazo de 2 años, para evitar que *un* paciente realice conductas suicidas hay que tratar a cuatro con TCD, mientras que con otras, a trece.

Esta publicación destaca por la solidez de su metodología, lo cual le valió felicitaciones públicas del NIMH *(National Institute for Mental Health)*, organismo que financió parte de este estudio.

1. Zanarini MC, *et al*. Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder. Am J Psychiatry 2006; 163: 827-832
2. Zanarini MC, *et al*. The Longitudinal Course of Borderline Psychopathology: 6-Year Prospective Follow-Up of the Phenomenology of Borderline Personality Disorder. Am J Psychiatry 2003; 160: 274-283
3. Linehan MM, *et al*. Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 757-766

NUEVO EFECTO DE ACCIÓN PARA FLUOXETINA Y REBOXETINA

Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) reciben su nombre por su principal mecanismo de acción, el cual se observa rápidamente en las primeras horas luego de administrado el fármaco. Sin embargo el efecto antidepresivo lo observamos varios días después, aproximadamente entre 2 a 4 semanas.

Uno de los mecanismo propuestos para explicar este periodo de latencia es la síntesis de BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor) involucrado en la plasticidad neuronal. Sin embargo, hasta el momento no existían estudios en ratas que lo demostraran usando dosis similares a los humanos.

Pues bien, un grupo de chilenos de la Universidad de Los Andes, encabezados por el Profesor Doctor Fernando Orrego, comprobó que –en ratas a dosis equivalentes a un humano de 40 mg/día de fluoxetina y 9 mg/día de reboxetina– disminuyen los receptores postsinápticos de BDNF (llamados TrkB) en neuronas excitatorias. Esto se correlaciona, además, con un aumento en la concentración de BDNF en homogenizado de corteza y de hipocampo.

El efecto antidepresivo estaría mediado por un aumento de la liberación de BDNF, el cual se une a su receptor TrkB. Este complejo es incorporado a la neurona mediante endocitosis, viajando desde la espina dendrítica hacia el soma, donde produce un feedback positivo en la síntesis de BDNF. Esto explicaría la latencia del efecto, ya que la inhibición de la bomba de recaptación ocurre en forma aguda.

1. Wyneken U, *et al*. Clinically Relevant Doses of Fluoxetine and Reboxetine Induce Changes in the TrkB Content of Central Excitatory Synapses. Neuropsychopharmacology 2006; 31: 2415-2423

[1] Universidad de Los Andes

RESONANCIAS NUCLEARES

Por Pu–Edser

Más acá:

–Vamos entrando, despacio, cuidado, por aquí, mire sus pasos... sí, sí, dos filas por favor... por aquí los psiquiatras biológicos y por este otro lado los terapeutas... Ud., señor, deje de cambiarse de fila y decídase.

–Es que yo le hago a ambos lados..

–Mire, aquí, llegando al Limbo, va a tener que decidirse: mal que mal se trata de la recta final que lo llevará inevitablemente a alguna eternidad.

Mas allá:

–¿Que está pasando? No sé donde ponerme, vengo saliendo de la beca.

–Vas a tener que elegir, no hay alternativa, al parecer.

–Pero, ¿como saber cuál será el lado más conveniente?

–Depende. Por el lado de los biológicos el asunto está cargado hacia los números; del otro, a las letras. Como diría Watzlawick unos van por lo analógico y los otros por la digitalización que permite el registro y el conteo.

–Nos están apurando , ¿donde me pongo? Dame más información.

–El analógico es medio difuso y relativo, se la pasa entre incertidumbres y metáforas, y el otro cree ver la cosa más clara, los bordes le parecen nítidos, algo parece esto y no lo otro,

–Y si me equivoco, ¿puedo volver a cambiar de lado?

– Me temo que, dadas las condiciones que se nos presentan en este momento, eso no será posible.. Tendrás que descartar un ojo. Quieren que entremos tuertos, por lo que entiendo.

Al otro extremo:

–Profesor Heinze, qué gusto verlo por aquí, ¿tiene alguna idea de qué ha ocurrido?

–En cierto sentido, sí. En verdad, puedo decirle que se rumorea hubo un cataclismo, un virus ingresó a las mentes psiquiátricas del mundo a través de la difusión de ese texto, ése... supongo, que si está aquí, lo leyó al igual que yo. A ése me refiero, al DSMVI, sí el mismo, específicamente al capitulo que dice relación con la definición de mente, ¿lo recuerda? Se cree que la frase *Y TODO LO DICHO PUDO NO HABER SIDO NUNCA ASI* contenía un virus encriptado que se activaba no bien se utilizaba con un paciente la frase... "complicado su caso"...

–Pero doctor, esa frase es muy usada!!!

–Esa era la idea, quitarle responsabilidad al virus, pues el propio psiquiatra podía activarlo no más pronunciara las palabras clave, que en este caso, por ser de uso común, aseguraban la acción .

–¿Y usted cree que esto continuará? Es decir ¿seguiremos llenando este lugar?

–Algunos dicen que ésta es una especie de cacería de brujas del siglo XXI ya que, como ve, cada día somos más los que llegamos al Limbo y no sabemos cuántos al Infierno. Al Paraíso no creo que haya llegado nadie de una vez!!!..

–Sólo por curiosidad, Dr. Heinze ¿quienes serán los que están en el infierno?

–En verdad, ya que estamos en tiempo de espera, le puedo confesar que tengo algunas intuiciones.

–Dígame doctor, yo le guardaré con discreción el comentario.

–Pues creo que uno de ellos puede ser Charcot y ¿le digo por qué? Por reírse de las histéricas. Sí, así es, fue como mucho su asunto. Piense que las hacía *REPRESENTAR* su enfermedad delante de un público!!! Y como a ellas les encantaba el público, ahí estaban las niñas de Francia *HACIENDO SU ENFERMEDAD*. Esto me ha parecido siempre inaceptable!!! Nadie que *GENERE* enfermedad, en vez de eliminarla, llamándose a sí mismo médico, puede llegar, sino al Infierno; esto va contra el juramento hipocrático!!!

–...hummm , nunca se sabe dónde tira los dados Dios, Dr Heinze.

–Quién sabe, quién sabe, se lo digo yo, con Charcot no nos encontraremos aquí.

Nuevamente al ingreso:

–Se avisa a los señores y señoras psiquiatras que se acerquen con cautela a buscar sus credenciales. Los biológicos tendrán credenciales azul oscuro y los terapeutas celestes. Deberán colocarla en su frente para quedar marcado. El procedimiento es fácil: una tinta indeleble ingresa a sus células dermoepiteliales, muta una alanina por guanina en el gen PSI y se reproducirá el color con su número cada treinta días.

Una vez realizada esta tarea cada grupo pasará a lugares distintos de limpieza. La basura palabreada que traen al Limbo será primero clasificada, luego evaluada, y finalmente veremos su utilidad. Para eso cada uno de ustedes tendrá un *METAASESOR* con el cual podrán negociar alguna función a ese contenido lenguajeado que han contenido con tanto esmero y que por ahora no parece servir en esta nueva realidad.

Más cerca del más acá:

–Dra Honey, qué gusto en verla, a pesar de las circunstancias! ¿Se acuerda de mí? Hicimos juntos la tesis sobre "Trauma y Resiliencia en las auxiliares de enfermería sometidas a duelos secuenciales"

–ah... claro, claro, en la UTI del hospital de Buenos Vientos.

–Bueno, y ahora que ya no hay nada que perder, le cuento que mi motivación…

–No, no hay necesidad que me lo diga a mí, ya se lo preguntarán en su audiencia, porque supongo que tendremos derecho a una, ¿no cree?

–Considerando que se nos ha abierto el Limbo sólo a los psiquiatras, como una especial gracia, supongo que se pondrá en ejecución la *AUDIENCIA ABIERTA A LOS DESCARGOS DEL SENTIDO*. En el decreto de clausura anterior se dejó una pequeña disposición, suponiendo que jamás ocurriría eventualidad semejante, sin embargo... aquí estamos, no hubo más que abrirnos el albergue, mal que mal hemos servido a la cordura ¿no cree?

Más cerca de allá:

–Pero, que no es el Dr. Akiskal!! Sí, yo lo vi una vez en una conferencia con esos mismos lentes... A ése no creo que lo dejen pasar muy rápido, seguro que va a encontrar que los asesores son o muy pausados o muy acelerados y va a intentar diagnosticarlos...

–Cierto, capaz que concluya que más de la mitad del personal del Limbo es bipolar!

–Shhh, que te puede escuchar, uno no está libre de la crítica, aunque estemos en el Limbo, yo más bien me preocuparía

por establecer algo, tal vez un *CONGRESO DE INTEGRACION EVOLUCIONARIA* podríamos aprovechar de soñar (o dormir), ¿que te parece mi iniciativa? Por lo menos no hay que pagar pasajes ni estadía, eso está dado por casa. Además, mientras esperamos, qué mejor que *INTERCAMBIAR EXPERIENCIA*.

–De acuerdo, designemos una comisión y lo decidimos, claro que habrá que invitar a los presidentes de sociedades, a los profesores universitarios, a los jefes de departamentos y otros infaltables. La cuestión política no podremos olvidarla, incluso aquí, donde estaremos casi todos.

En otra parte:

Maestro, qué honor compartir con usted este lugar!!! Estaba esperando mi cinta celeste cuando miré hacia el Paraíso y lo vi contra el sol de la tarde..

–Hombre, qué poético.

–Ud. sabe, yo y la poesía nos hicimos amigos-amantes hace tiempo.

–En verdad, nunca entendí por qué no se dedicó a eso junto con ser analista.

–Hay razones que el corazón conoce y no comparte con la razón, como usted bien sabe, mi maestro. *FUE LO NO INTERPRETABLE LO QUE GOBERNÓ MI HACER* aunque esto se lo puedo decir sólo aquí y a Ud. En otras circunstancias creo que habría sido imposible.

–No, doctorcito, no lo crea. Fíjese que pensando en la razón irracional de la lógica biológica estaba (es mi loop preferido) cuando de pronto se me cerró la conciencia y desperté en este lugar. Escribía un texto acerca de la soberbia del lenguaje que hace *ILUSIÓN* donde la biología se despliega impenitente. Sabía que pronto acabaría mis días y quería dejar dicho lo no dicho pero sabido; pero ya ve, se acabó el tiempo en el intento.

–No podemos perder esta oportunidad de escucharlo!! Usted está cerca del verdadero eslabón perdido... ¿como se juntan el soma y la palabra? Deberíamos organizar Trastorno de Alimentación vez, un DES-*ENCUENTRO DE LOS OBJETOS EN LA CAIDA DE LA SUJETACIÓN* podría ser estimulante hablar de la *SUPREMACÍA DE LA PROTEÍNA SOBRE EL LENGUAJE.* A nosotros, que nos hemos enamorado de las palabras y los significados, nos podría cambiar el ánimo escucharlo. Me da la idea que más de alguno ha llegado a la conclusión que el lenguaje es el encuentro entre un flujo eléctrico y uno proteico abriendo el mismo canal neuronal.

– Usted se refiere al fenómeno de la LTP, por supuesto, pero fue hace años ya que se describió; como sabe, fue un premio Nobel... sí, así es, Hebb se llamaba y lo descubrió en un conejo, para ser mas exactos, en el hipocampo de un conejo.

–Como yo soy poeta, diría que Lewis Carrol tenía razón cuando puso un conejo a contar el tiempo.

–Disculpe, doctorcito, no le entiendo

–Es que el tiempo es lo que corta el flujo y hace el ritmo, y el ritmo produce formas, por ejemplo: dos pulsos seguido, luego silencio, luego cuatro luego repetir...todo un lenguaje binario, como el de su computador: si/no; abierto/cerrado; está/no está; ...bueno, esos "cantos binarios" son la memoria humana. Somos tiempo pillado por un alfiler en el espacio.

–Doctorcito, ¡qué está diciendo! Aunque, como no hay nada interesante que hacer, le voy a seguir el amén. Dígame, y ¿quién puso el alfiler? ¿Acaso el mismo que ahora lo sacó?

–Ya ve, maestro, aquí en el Limbo estamos en un espacio que no existe, estamos sujetados por una transición en el tiempo. Creo que cuando decidieron enviarnos acá justamente se derogó el *DERECHO AL ESPACIO,* es decir, de pronto nos quedamos sin geometría, sin coordenadas. Estamos sólo sujetos en el tiempo. ¿Ud. cree que nuestro cerebro seguirá funcionando sin un espacio donde ubicar la acción?

–Qué interesante pregunta... tal vez debiéramos invitar a los... hummm ¿hay alguien más aparte de nosotros aquí o sólo está abierto a psiquiatras?

–Sólo somos psiquiatras, doctor, sólo psiquiatras, y mejor no preguntemos porqué.

Otra vez ahí:

–Los Terapeutas, escuchen los terapeutas, ustedes serán confinados durante la espera de la audiencia a contar libros de literatura y filosofía, está prohibido leerlos, sólo los podrán tocar y ordenar en las gavetas dispuestas para esto. La otra mitad de libros será para los biológicos, los cuales tendrán estrictamente prohibido hacer recuentos o clasificaciones con ellos. Tomarán uno y sólo uno, lo leerán y comentarán con su *PURGOASESOR* hasta encontrarle sentido. Esperamos que su estadía en el Limbo sea de su agrado y cualquier reclamo lo pueden hacer directamente en recepción, para eso se ha dispuesto un *BUZÓN DE LOS LAMENTOS*. Por favor, absténganse de preguntar por *CAUSAS*, desde hoy han sido derogadas.

En un reducido allá:

–José este caos es muy raro, nosotros estábamos apenas en primer año de especialización y nos tuvo que tocar esto. Tómalo con humor, Maca, imagínate ¿en qué otra circunstancia podríamos estar con todos los capos, sin que intentaran evaluarnos?

–Cierto, pero esto es extraño. ¿Te fijaste que acaba de llegar un tipo ultracanchero medio afrancesado? ¿Quién será?

–¿Que palabras usaba?, digo, si escucharas como desde un lugar sin comprensión ¿qué queda flotando en el aire después de su discurso?

–Me acerqué hace un rato, justamente para intentar comprender, pero tengo la impresión que precisamente lo que quería era que no comprendiéramos, como si nos hiciera jugar con un acertijo no narrable.

–Entonces, ¿qué palabras recuerdas?

–Usó la palabra significante, pero de un modo que parecía pellizcara la frase que iba hilando. Como si la presencia de la palabra cortara en sí misma la idea que desplegaba. Es una sensación, yo no entiendo mucho. Es raro que en la trama de lo que estudiamos no haya algo referente al lenguaje, que es el lugar desde donde tendremos que intentar conectarnos y operar. Nada es como tendría que ser.

–Pero, si ni el ser es lo que tendría que ser... ja ja

–No estamos para bromas..Aquí en el Limbo estamos fritos. ¿Alguien habrá traído libros, CD o DVD? Porque conexión a Internet, ya averigüé y no hay. ¿Cómo llenaremos el vacío del ocio? Qué susto!!! Estoy que me pongo a comer.

–O sea, entre que no podremos saber quién era el hombre que viste, y menos quiénes seremos aquí, no sé qué nos va a pasar. ¿Te fijas que estamos sin tribu, sin pertenencia? Nadie nos protegerá y, lo peor, no tendremos enemigos... eso es

grave! El enemigo aglutina, organiza, entrega objetivos y estrategias para sobrevivir. Entrega *RAZONES*. Tendremos que inventar algo con urgencia. ¡Tengo una idea! Tomemos nota de quiénes aparecen, podemos hacer una estadística del número de contactos que cada personaje tiene, contar cada uno de sus gestos o los músculos utilizados o podemos correlacionar el ángulo que el fémur proyecta sobre los pies con el ancho de la sonrisa. Ahora, hecho esto, podemos demostrar que alguno, llego hasta acá sin mérito, con eso nos ganamos enemigos rápidamente, generamos controversia, nos conocen y empezamos a existir. ¡Voila!

–Existir ¿será el efecto colateral de una agresión? ¿Como un empujón en el territorio de los otros?

–No pienses tanto, ¡mira, va llegando más gente, vienen grupos! ¡El mundo se quedará sin psiquiatras!

–¿Importa?

–……

GÉNERO VS GÉNERO

Universidad de Chile
Facultad de Medicina

UN DIÁLOGO OCULTO

Simposium de reflexión universitaria

Directores: Juan Pablo Jiménez y César Ojeda

León Cohen (psiquiatra-psicoanalista)
Susana Cubillos (psiquiatra)
Mariam Alizade (psiquiatra-psicoanalista) (Argentina)
Juan Pablo Jiménez (psiquiatra-psicoanalista)
César Ojeda (psiquiatra)
José Olavarría (sociólogo)
Michelle Sadler (antropóloga)
Teresa Valdés (socióloga).

ORGANIZA

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

Profesionales y público general:	*$ 50.000*
Estudiantes:	*$ 30.000*
Inscripciones:	*Sra. María Luisa Vila*
Teléfono:	*269 75 17*
E. Mail:	*cyc@consultoriaycapacitacion.cl*
CUPOS LIMITADOS	

Viernes 12 de enero de 2007, de 8:30 a 19:00 h.
Municipalidad de Vitacura - Sala Bicentenario. Av Bicentenario 3.800.

GÉNERO VS GÉNERO

La revista "Gaceta Universitaria: Temas y controversias en Psiquiatría", perteneciente al Departamento de Psiquiatría Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, realiza este primer simposium de reflexión universitaria, para el que se ha elegido el tema conocido habitualmente como "género". Las formas sociales de ser hombre y de ser mujer no se estructuran sólo como la polaridad masculino-femenino sino que presentan múltiples variantes en las sociedades humanas. Sin embargo, la convicción ampliamente aceptada de los derechos de las minorías sexuales, así como las consideraciones teóricas que de allí se desprenden, no son impedimento para reflexionar acerca de la forma más frecuente en la que hombres y mujeres estructuran su identidad sexual y el ejercicio del poder en las poblaciones de los países del mundo occidental.

Sabemos que vivimos inmersos en un potente mundo de convicciones que nos afecta y en gran medida determina nuestro modo de sentir y concebir la erótica, el deseo, el placer y los roles sexuales. Sabemos también que la biología contemporánea, especialmente con el desarrollo de disciplinas como la genómica, la sociobiología, la etología y las neurociencias, ha generado puntos de quiebre radicales en la manera en que nos concebimos como seres biológicos generadores de cultura. Sin embargo, también sabemos de la profundidad de las respuestas emocionales que estos quiebres y controversias despiertan en prácticamente todos y cada uno de los seres humanos. Mirando desde la psiquiatría y la psicoterapia, la colisión entre las concepciones dominantes y las emergentes, como todo cambio radical, es fuente de grandes sufrimientos y conflictos íntimos, familiares, laborales y sociales. Por lo mismo, frente a esto, la indiferencia es imposible.

Hemos invitado a este simposium a destacados sociólogos y antropólogos que han trabajado en los temas del género y la sexualidad con rigurosidad y profundidad, pero también hemos querido que psiquiatras, psicoterapeutas y psicoanalistas de amplia trayectoria aporten una perspectiva desde la experiencia individual e íntima que surge en el encuadre clínico. Estamos conscientes que toda perspectiva incluye un sesgo, y que todo punto de vista está basado en supuestos y axiomas implícitos. Pero también creemos que reflexionar públicamente es una manera saludable de desclasificar las apretadas consideraciones académicas y profesionales que se generan en los medios universitarios. De allí que este simposium esté dirigido a profesionales psiquiatras, psicólogos, sociólogos, antropólogos y biólogos, pero también a estudiantes de todos esos ámbitos y al publico general que se interese por participar de esta reflexión.

Finalmente, deseamos expresar que la palabra "versus" es el pretérito de la expresión "vertu", que significa, en latín, girar, volverse hacia algo. Ese giro creemos que constituye el diálogo oculto en esta discusión, pues el volver amorosamente la mirada y el rostro hacia otro tal vez sea uno de los gestos que nos definen como seres humanos.

¡Bienvenidos!

PROGRAMA

MAÑANA LA MASCULINIDAD

8:30-8:45 Inscripciones.

8:45-9:00 Palabras de apertura.

9:00-9:45 Evolución biológica, sexualidad y género.
César Ojeda (Psiquiatra).

9:45-10:30 La masculinidad desde la experiencia erótica: placer, poder, rol y deseo.
León Cohen (Psiquiatra-psicoanalista).

10:30-11:00 Café

11:00-11:45 La masculinidad desde la experiencia clínica y psicoterapéutica. Susana Cubillos (Psiquiatra).

11:45-12:30 La masculinidad desde la antropología cultural y la sociología. Michelle Sadler (Antropóloga).

12:30-13:15 Panel de discusión con los asistentes.
Coordinación: Teresa Valdés (Socióloga).

TARDE LA FEMINIDAD

14:30-15:15 La feminidad desde la experiencia erótica: placer, poder, rol ydeseo.
Mariam Alizade (Psiquiatra-psicoanalista) (Argentina).

15:15-16:00 La feminidad desde la experiencia clínica y psicoterapéutica.
Juan Pablo Jiménez (Psiquiatra-psicoanalista).

16:00-16:30 Café

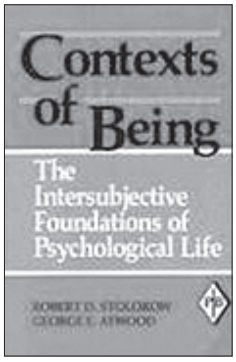
16:30-17:15 La feminidad desde la antropología cultural y la sociología. José Olavarría (Sociólogo).

17:15-18:30 Panel de discusión con todos los expositores.
Coordinación: Teresa Valdés (Socióloga).

18:30-19:00 La ruptura del silencio: un intento de integración.
Teresa Valdés (Socióloga).

COMENTARIO DE LIBROS

LOS CONTEXTOS DEL SER: LAS BASES INTERSUBJETIVAS DE LA VIDA PSÍQUICA



Autores: **R. D. Stolorow**[1] y **G. E. Atwood**[2]
Editorial Herder, Barcelona, España, 2004

(Rev GU 2006; 2; 4: 370-374)

Catalina Scott[3]

La primera edición de "Contexts of Being: The Intersubjetive Foundations of Psychological Life" (1992), de Stolorow y Atwood, es el resultado de 20 años de trabajo compartido por dos psicoanalistas de reconocida trayectoria en Estados Unidos. "Los Contextos del Ser" es el cuarto libro que los autores escriben en colaboración y el primero traducido al castellano. La versión en español comienza con un prólogo que introduce a los lectores de lengua castellana a la perspectiva intersubjetiva y continúa organizado en dos partes, una sobre formulaciones teóricas, otra acerca de aplicaciones clínicas, más un epílogo.

Desde un principio, es claro para el lector el modelo que subyace a las formulaciones teóricas de los autores: "Una teoría de campos que comprende los fenómenos psicológicos como construcciones emergentes de la interacción de dos o más subjetividades en relación y no como productos de mecanismos intrapsíquicos aislados". Si nos atenemos a lo planteado, podríamos pensar las contribuciones del presente volumen como "creaciones emergentes construidas en el interjuego mutuo" de dos mentes que han compartido "en un contexto intersubjetivo específico" una experiencia de investigación psicoanalítica continuada. Y así es como los autores formulan la emergencia de las construcciones mentales: "Tal como repetidamente hemos destacado, los fenómenos psicológicos no se pueden comprender aislados de los contextos intersubjetivos en los que toman forman". Un modo de aproximación innovador que postula una mente emergente, construida entre dos en un contexto relacional específico. Desde esta perspectiva, la única realidad subjetiva accesible a la investigación psicoanalítica que otorga sentido a las conductas, gestos y estados anímicos del paciente es

[1] Psicoanalista didacta. Miembro Fundador del Instituto de Psicoanálisis Contemporáneo de Los Ángeles. Profesor de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de UCLA y fundador del Instituto Estudios Psicoanalíticos de la Subjetividad de Nueva York. Entre sus publicaciones recientes destacan: Worlds of Experience: Interweaving Philosophical and Clinical Dimensions in Psychoanalysis, en colaboración con Donna M. Orange y George E Atwood, 2002; Working Intersubjectively: Contextualism in Psychoanalytic Practice, en colaboración con George W. Atwood en 1997, y Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach, 1987. En 1995 la División de Psicoanálisis de la American Psychological Association le otorga The Distinguished Scientific Award en reconocimiento a sus contribuciones al psicoanálisis contemporáneo.

[2] Psicoanalista. Miembro Fundador del Instituto Estudios Psicoanalíticos de la Subjetividad, de Nueva York, Profesor de Psicología en Rutgers University y coautor con Stolorow de: Faces in a Cloud , 1979-1993; Structures of Subjectivity, 1984, y Psychoanalytic Treatment, 1987, entre otros.

[3] Psicóloga UC, Psicoterapeuta Psicoanalítica Adultos, docente UNAB. E mail: cscott@rdc.cl. Las reflexiones del presente comentario son fruto del trabajo compartido en el Grupo de Estudio sobre Psicoanálisis Relacional dirigido por Marta del Río, en el que participan Zelma Alster, Carolina Alessandri, Bárbara Cagdler y Loreto Hernández.

el campo interaccional construido entre analista y paciente. Analizar las repercusiones que estas reformulaciones tienen para el psicoanálisis, en general, y para el abordaje psicoterapéutico, en particular, es el desafío que emprenden los autores.

La indagación de las bases intersubjetivas de la vida psíquica interroga nociones psicoanalíticas fundamentales, abre nuevas controversias e introduce una multiplicidad de preguntas: ¿Que repercusión tiene este paradigma en la práctica del psicoanálisis, en la formación de analistas y terapeutas y en la formulación de nuevas teorías? y más relevante aún: ¿En qué lugar se juega el efecto terapéutico para esta perspectiva?

Antes de continuar con los cambios introducidos por la teoría intersubjetiva del psicoanálisis es necesario situar las coordenadas teóricas que han organizado el pensamiento de los relatos de la cultura. El psicoanálisis como disciplina nace, a fines del siglo XIX, impregnado de la atmósfera positivista de su época. En la primera mitad del siglo XX el determinismo psíquico es el eje organizador de las teorías psicoanalíticas. En los últimos años el aporte de otras disciplinas, sin duda, ha enriquecido el discurso psicoanalítico al ampliar el espacio de reflexión a los contextos intersubjetivos del ser y a otros ámbitos de influencia en la vida mental del sujeto.

Por otro lado, en los últimos 50 años la ciencia ha tomado derroteros impensables para el paradigma de la modernidad. Una serie de evidencias ha cuestionado la visión determinista del mundo. Las investigaciones científicas han demostrado que "co-existen en tiempo simultáneo universos múltiples e inadvertidos para el sujeto". Destino y azar, permanencia y cambio dejan de ser factores absolutos. Se pone en duda la noción de objetividad y progreso, se desconfía de los sistemas explicativos absolutos, de las categorías universales y de las certezas que promulga el hombre moderno.

El pensamiento contempóraneo, debido a una cantidad de variables, que no es posible discutir en este momento, se convierte en un discurso de múltiples lecturas. Un discurso que propone pensar las diferencias mediante conceptos que no se dejen atrapar por el sistema, conceptos que estén en los márgenes, en el entre, de modo que las diferencias se mantengan en los bordes sin resolver. Y es justamente en esta interfase donde se instala la teoría intersubjetiva del psicoanálisis.

Es un hecho: un número cada vez más amplio de psicoanalistas ha comenzado a reconocer el contexto intersubjetivo de la vida mental en el desarrollo de sus ideas. Kohut acuña el término self-selfobject, Mitchell habla de matriz relacional, Bebee y Lachmann plantean estructuras de influencia mutua, y Stolorow y Atwood sugieren el concepto de contexto intersubjetivo. Sin lugar a dudas, los autores mencionados están entre aquellos que han contribuido a la construcción del paradigma intersubjetivo en psicoanálisis. Un giro teórico fundamental si pensamos en que "el mito de la mente aislada" construido por el hombre moderno para sostener su omnipotencia y negar la inminencia de la muerte, la vulnerabilidad y la dependencia, se encuentra en todas las teorías psicoanalíticas, con excepción de la teoría transicional de Winnicott. Para el psicoanálisis clásico, la psicología del Yo y las teorías de las relaciones objetales, la evolución intrapsíquica organizada, en fases o posiciones, está determinada por las vicisitudes de la pulsión. La intersubjetividad ensancha los límites de la experiencia mental más allá de las fronteras del cuerpo y la biología, cuando plantea que la psiquis es una construcción intersubjetiva que cursa como proceso continuo en un espacio abierto y en expansión. Una propuesta que exige reformular principios psicoanalíticos fundacionales.

Cuando se postula el concepto de intersubjetividad como un constructo teórico nuclear, se propone una nueva forma de abordar la investigación en psicoanálisis, se reconceptualizan la mente y la experiencia analítica como una creación intersubjetiva emergente en proceso de expansión y renovación constante. La perspectiva intersubjetiva en psicoanálisis se opone a la demarcación nítida entre sujetos y entre observador y observado, puesto que no comparte el énfasis en la razón y el progreso. Reconoce la validez de múltiples percepciones construidas en contextos intersubjetivos específicos. Es una visión que permite vislumbrar la singularidad de la experiencia analítica antes de prefigurarla en categorías universales. Pero hablemos, ahora, de lo que dicen Stolorow y Athood respecto a las influencias de los relatos de la cultura en las teorías, en este caso especifico el psicoanálisis. La insistencia de Freud en resguardar "las reglas del encuadre", abstinencia, neutralidad y anonimato, se corresponden, según el análisis de los autores, con el afán de objetividad científica que caracteriza a la modernidad. El psicoanálisis clásico reconoce las exigencias de la ciencia de su época, ante la cual Freud procuró demostrar la validez de sus teorías. Preguntar si las reglas del encuadre son características intrínsecas al psicoanálisis o construcciones que responden al paradigma de una época parecen cuestionamientos atingentes y a favor del enriquecimiento de la reflexión psicoanalítica. En contraste, la intersubjetividad pone el énfasis en "la interacción, la puesta en escena, la espontaneidad, la mutualidad y la autenticidad" (Mitchell) al reconocer que la experien-

cia subjetiva y su organización están enclavadas en un contexto intersubjetivo específico.

Tal vez el desafío consiste en abrir el debate sobre la intimidad a otras esferas que traspasen los límites del Yo, para incorporar dimensiones humanas más amplias que la pura realidad intrapsíquica. Por supuesto que la intersubjetividad en psicoanálisis no aspira a zanjar la discusión ni formular propuestas definitivas. Al contrario, propone la diversidad conceptual, la bifurcación del pensamiento y la exploración de una multiplicidad de procedimientos. La apertura del espacio intersubjetivo expande los límites de la mente a la diversidad. Como ya lo he venido diciendo, la intersubjetividad postula la vida mental como una creación emergente en proceso, que se va co-construyendo una y otra vez y a cada instante, desde un lugar particular y una posición específica e intransferible. Si la mente se construye en un sistema abierto y en expansión, no tiene sentido construir categorías universales que, a priori, la organicen. Para la intersubjetividad, el conocimiento derivado de la experiencia es necesariamente un conocimiento *a posteriori*.

Pero veamos la especificidad de la teoría intersubjetiva de Stolorow y Atwood. El punto de inicio que articula, la tesis de la intersubjetividad de los autores es la reformulación de las teorías del inconsciente. Desde allí se reconceptualizan, en la primera parte del libro, las teorías del desarrollo psicológico normal y su patogénesis, las teorías del trauma, la fantasía y la relación mente-cuerpo. En la segunda parte se investiga en la naturaleza del vínculo analítico, en la alianza terapéutica y en las modalidades del *impasse*.

El psicoanálisis intersubjetivo de Stolorow y Atwood establece, en primer lugar, un modelo relacional de la mente (Mitchell) cuyo objeto de estudio es el campo interaccional creado por subjetividades en contacto. Para los autores, el deseo se experimenta en el contexto de la relación y es ésta la que articula su significado. La mente estaría compuesta de configuraciones relacionales inconscientes (patrones organizacionales invariantes) que se ponen en juego en la experiencia, un campo interaccional abierto de interacciones mutuas continuadas.

El desarrollo psicológico y la patogénesis son conceptualizados tomando en cuenta los contextos intersubjetivos específicos que facilitan u obstruyen las negociaciones del niño con las tareas del desarrollo. El foco de observación es el campo psicológico constituido por la interacción entre la subjetividad del niño y la del cuidador. La organización del desarrollo de la experiencia es propiedad del sistema de regulación niño-cuidador. Es esta experiencia la que regula y organiza los estados emocionales del niño. Los patrones recurrentes de transacción intersubjetiva establecen principios de ordenación inconscientes invariables que son la base de la personalidad y del modo en que se organizan las experiencias relacionales en el futuro.

Para los autores, tanto el núcleo afectivo del ser como la motivación derivan de la historia de transacciones intersubjetivas. Los estados afectivos y motivacionales se entienden como una propiedad del sistema de regulación mutua niño-cuidador. La motivación surge solamente de la experiencia vivida: "la vitalidad de las experiencias motivacionales depende de la forma en que se desplegaron los intercambios entre el niño y sus cuidadores" (Lichtenberg). Respecto del trauma, éste tambien se origina en el sistema de regulación niño-cuidador derivado de fallas tempranas en la sintonía. Se concibe como una pérdida de la capacidad para regular los afectos y se manifiesta en la tendencia a crear estados de desorganización o desintegración del ser. La dinámica inconsciente no se piensa a partir de la represión de conflictos sino como una respuesta de protección defensiva ante la evocación de estados afectivos no sintonizados tempranamente en el sistema de regulación mutua niño-cuidador. Las resistencias se movilizan por temor o anticipación de una posible retraumatización. El objetivo de las defensas, en este caso, es reajustar el sistema intersubjetivo, restablecer la seguridad y evitar la experiencia de retraumatización.

La retraumatización se entiende como una réplica que confirma los principios organizadores del trauma original o como una amenaza de pérdida de alguna relación sustituta que ha protegido al paciente de la experiencia traumática. Kohut (1959) y Winnicott (1963) subrayan, al igual que los autores, la importancia del reconocimiento de la realidad subjetiva del paciente. Reconocer la validez de la experiencia traumática en la relación transferencial es una función terapéutica crucial para la continuidad del proceso. En algunas circunstancias, independiente de la capacidad empática del analista, la intensidad de la relación analítica puede evocar, en el paciente, temor a la retraumatización.

Las reformulaciones de Stolorow y Atwood respecto del inconsciente se alejan de los conceptos metapsicológicos para acercarse a definiciones cercanas a la experiencia afectiva. Distinguen tres formas de inconscientes asociados con experiencias afectivas vividas en contextos intersubjetivos específicos. Las formas propuestas son: el inconsciente pre-reflexivo constituido por principios organizadores que toman su forma de las transacciones recurrentes del sistema de regulación mutua niño-cuidadores. El Superyó es un prin-

cipio organizador inconsciente construido a partir de las percepciones del niño sobre las expectativas de sus cuidadores y a las que debe responder para mantener el vínculo con ellos. Ésta es una de las tantas invariantes que moldean la forma en que se construyen las experiencias subjetivas. El inconsciente dinámico conformado por estados afectivos disociados derivados de fallas en la sintonía de los cuidadores. Estas experiencias no son aceptadas porque amenazan la continuidad de una relación vital para la sobrevivencia del niño. El inconsciente invalidado formado por experiencias afectivas no articuladas permanecen en el inconsciente y no están disponibles porque no evocaron respuestas afectivas en los cuidadores ni en el entorno próximo del niño.

En la segunda parte del libro, sobre aplicaciones clínicas, los autores señalan la acción terapéutica especifica para cada una de las formas del inconsciente. Sugieren abordar el inconsciente prerreflexivo investigando en la relación analítica los principios organizadores que dan forma a las experiencias del paciente. Se analiza el modo en que el paciente organiza la relación con el analista desde su propia subjetividad, teniendo siempre presente la participación del analista. Este análisis facilita la emergencia de modos alternativos de relación. El análisis del inconsciente dinámico se aborda investigando las resistencias del paciente a ser retraumatizado en la experiencia analítica. El objetivo es crear una experiencia de confianza y seguridad para que los estados afectivos disociados puedan ser integrados. El análisis del inconsciente invalidado es especialmente importante en pacientes psicosomáticos y en pacientes que presentan estados de fragmentación y desorganización del Yo. Son personas que no consiguieron evocar sintonía en sus cuidadores, les resulta difícil, por ello, sostener sus percepciones, fácilmente pueden quedar anuladas. La sintonía del analista con la experiencia interna del paciente sirve para reforzar la confianza del mismo en la validez de su experiencia.

Los autores abordan la revisión de conceptos clínicos examinando, en primer lugar, la noción de alianza terapéutica desde la perspectiva intersubjetiva. El reconocimiento y validación de la realidad subjetiva del paciente y la aceptación de sus percepciones facilitan la introspección y la confianza. Pero lo central para el establecimiento de la alianza terapéutica es el compromiso del analista con la investigación empática continuada. El compromiso del analista es la búsqueda permanente del sentido de las conductas y estados afectivos del paciente y del impacto que él, como analista, provoca en su paciente. La intersubjetividad reconoce que la investigación empática continuada de las dimensiones relacionales del proceso terapéutico es la función analítica fundamental. Sin embargo, los autores están, en mayor o menor grado, abiertos a investigar en distintos modos de exploración psicoanalítica. La investigación del modo en que analista y paciente interactúan, perciben y organizan las experiencias relacionales emergentes es el foco de atención del analista. Las rupturas del vínculo por fallas en la sintonía, frustraciones o decepciones son parte de la relación analítica y se entienden como *impasses* necesarios e inevitables en la experiencia analítica.

El análisis de las modalidades de impasse derivadas de la interacción intersubjetiva terapeuta-paciente es el último tema que se aborda en el libro. Suponen que si el impasse es investigado desde el punto de vista de los principios que organizan inconscientemente las experiencias del paciente y del terapeuta se transforma en la "via regia" de la investigación psicoanalítica. Reconocen dos situaciones básicas de impasse: la conjunción y la disyunción intersubjetiva. La conjunción intersubjetiva surge cuando los principios que organizan la experiencia subjetiva del paciente son muy parecidos a los del terapeuta. La disyunción intersubjetiva ocurre cuando el terapeuta altera el significado original de las palabras del paciente. Las dos formas de impasse, señalan los autores, son inevitables y se repiten en el proceso analítico. La capacidad del terapeuta para percibir los principios que organizan su mundo subjetivo determina si el impasse, en cualquiera de sus formas, facilita u obstruye el curso del tratamiento. Se muestran dos casos clínicos bastante extensos e ilustrativos de impasses que ponen en peligro la continuidad del análisis. Se analizan, en cada caso, los procesos terapéuticos, los motivos del impasse y la forma en que se abordaron cada uno de ellos.

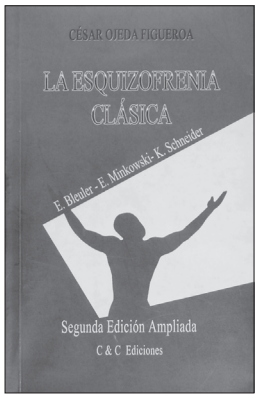
En resumen, los autores hacen una revisión critica del mito de la mente aislada creado por el hombre moderno. Plantean que el dominio de la investigación analítica no es la realidad intrapsíquica, tal como la definen el Psicoanálisis Clásico, la Psicología del Yo y las Teorías de las Relaciones Objetales. Postulan que la investigación psicoanalítica contemporánea focaliza su atención en el campo interaccional creado por el interjuego mutuo de los mundos subjetivos del sistema de regulación niño-cuidador o analista-paciente. Desde esta perspectiva, la psiquis es una experiencia subjetiva cristalizada en una relación intersubjetiva al servicio de facilitar la regulación de los afectos y la emergencia en el niño de funciones psicológicas específicas.

Stolorow y Atwood interrogan las bases epistemológicas del psicoanálisis cuando afirman que el psicoanálisis no se origina aislado del pensamiento de su época. Desde allí, reconceptualizan las teorías del

inconsciente y las teorías intrapsíquicas del desarrollo mental que plantean la internalización transmutadora y la mente aislada como meta ideal del desarrollo. Esbozan la correspondencia del paradigma de la modernidad con las teorías psicoanalíticas del determinismo psíquico.

Para finalizar, una advertencia y una recomendación. La advertencia es para los lectores. A pesar de la claridad de Stolorow y Atwood para exponer sus ideas, a ratos, el exceso de citas teóricas y referencias a otros autores puede ser abrumador para el que no esté interiorizado en la multiplicidad de teorías que co-existen en el psicoanálisis contemporáneo. Pero la destreza de los autores para comunicar conceptos psicoanalíticos complejos es notable. En todo momento se detienen, explican e ilustran sus tesis. Las críticas son siempre sugerentes y controvertidas, están bien planteadas y despiertan curiosidad intelectual. A medida que la lectura avanza se despeja el contexto en que se insertan las referencias aludidas. Es apasionante pensar en la intersubjetividad como un constructo teórico que expande los límites de la mente y abre espacios creativos insospechados para el psicoanálisis. Recomiendo leer a Stolorow y Athood. "Los contextos del ser" es un libro que abre una vía de acceso a la perspectiva intersubjetiva. Pero para dimensionar los alcances y limitaciones epistemológicos de la intersubjetividad es necesario conocer otras teorías relacionales que co-existen en psicoanálisis y, desde allí, analizar sus convergencias, contradicciones e implicaciones clínicas. Las referencias teóricas y las citas a autores, en este contexto, se entienden: abren al lector una multiplicidad de universos teóricos que simultáneamente existen, se topan, se acercan, se encuentran y se alejan.

COMENTARIO DE LIBROS



LA ESQUIZOFRENIA CLÁSICA

Autor: **César Ojeda**
Segunda edición ampliada
C&C Ediciones, Santiago de Chile, 2006

(Rev GU 2006; 2; 4: 375-378)

Patricio Olivos

El Dr. César Ojeda reedita su primer libro, de 1981, "La Esquizofrenia Clásica", presentándonos a tres notables clínicos de la primera mitad del siglo XX: Eugen Bleuler, Eugene Minkowski y Kurt Schneider, los que desarrollaron prácticamente todos los conceptos psicopatológicos sobre la enfermedad que actualmente están en uso en psiquiatría y que, por lo mismo, conservan todo su vigor y vigencia.

Ojeda hace una síntesis de "La Demencia Precoz, o el grupo de las esquizofrenias" de Bleuler, de "La Esquizofrenia" de Minkowski y de lo pertinente de la "Patopsicología" de Schneider –fundamentales en el desarrollo del concepto clínico de esquizofrenia–, con un propósito claramente docente y manteniendo el estilo y el sentido de las obras originales, pero también, aportando comentarios –como un apuntador discretísimo que deja hablar a los maestros– en un intertexto con que ayuda a precisar los términos, hacer distinciones y relacionar conceptos y autores, revelando de paso su dominio de la psicopatología. Esta segunda edición se amplía con un capítulo final sobre conceptos biológicos actuales en la esquizofrenia, especialmente desde un enfoque evolucionario y del neurodesarrollo.

Reeditar esta obra 25 años después, y que mantenga vigencia, revela que su título está muy bien puesto: clásico es aquello que se generó en la época de mayor esplendor de una evolución artística o del pensamiento, y que se constituye en la norma considerada como fórmula de perfección. Y eso fue para la psicopatología de la esquizofrenia el periodo que Ojeda cubre en su libro. En un panorama histórico de las concepciones teóricas acerca de la enfermedad, se ha denominado "*esquizofrenia clásica*" al periodo inicial en el cual se formulan los primeros conceptos de ella, periodo que Ojeda extiende hasta Kurt Schneider. Así, el autor incorpora a él lo que Hernán Silva (1) llama periodo de la escuela de Heidelberg, nombre bajo el cual se acostumbra agrupar a los autores de esa universidad y que desarrollaron la psicopatología fenomenológica, iniciada con la aparición de la *Psicopatología General* de Karl Jaspers en 1913. Para Silva, estos autores de "la esquizofrenia clásica" no modificaron fundamentalmente los límites de la enfermedad determinados por Kraepelin y Bleuler, y su esfuerzo se centró más bien en el estudio de las vivencias morbosas y en su especificidad para el diagnóstico.

Quien mejor representa este esfuerzo de la escuela de Heidelberg es Kurt Schneider, con sus aportes sobre síntomas de primer orden que permiten realizar con bastante seguridad un diagnóstico, y que han sido incorporados en las más importantes clasificaciones psiquiátricas posteriores. Schneider, nos dice Ojeda en la Tercera Parte de su libro, concebía el diagnóstico clínico siguiendo el modelo médico para las enfermedades corporales. Para él, "la sintomatología somática posee primacía diagnóstica y, en tanto se trate de una disciplina *médica* científica, ha de constituir *meta* de la psiquiatría el ir ampliando paulatinamente el número de datos corporales ciertos y unívocos".

Esta aspiración sigue vigente, y a ella dedica Ojeda la última parte del libro bajo el título de "Conceptos biológicos actuales". Sin embargo, hasta hoy el abordaje de las manifestaciones patológicas de la esquizofrenia es *psicopatológico,* y su diagnóstico sigue siendo *psi-*

copatológico, y, por lo tanto, no es aún un diagnóstico *médico*.

De ahí la importancia de la psicopatología en la esquizofrenia, y de este libro. Para quienes están aprendiendo psiquiatría, la psicopatología es la ciencia base y, por lo mismo, es necesario desarrollar una conciencia metodológica como el fundamento de un saber ordenado, comunicable y de validez general. Y, para quienes llevamos un buen tiempo en la especialidad, cada vez que nos relacionamos con un paciente esquizofrénico volvemos a encontrarnos con un misterio que nos supera, y nuestra ayuda entonces es la psicopatología. Aunque todo objeto es particular y toda ciencia general, y aunque la psicopatología diste de tener resuelto el problema de la esquizofrenia, como advierte Gérard Genette, "lo general está en el núcleo de lo singular y, por tanto, lo cognoscible en el núcleo del misterio". Podemos apoyarnos en lo que conocemos y en nuestro pensar psicopatológico para intentar avanzar en el misterio de ese paciente y de lo que desconocemos de su enfermedad.

Jaspers definió la psicopatología como una ciencia empírica que no estudia solamente cómo se relacionan los hechos psíquicos sino, también, las bases del acontecer psíquico, tales como la explicación de las causas neurofisiológicas o psicosociales de esos hechos. Para ello, la psicopatología tiene que ser explicativa (con métodos propios de las ciencias naturales), y a la vez comprensiva (con métodos de las ciencias del hombre)(2). Dice Jaspers: "En realidad, en la psicopatología se reúnen los métodos de casi todas las ciencias: biología y morfología, medición, estadística y matemática, ciencias del espíritu comprensivas y métodos sociológicos, todas [esas disciplinas] encuentran su aplicación en ella. Esta dependencia de la psicopatología de las otras ciencias, cuyos métodos y conceptos se le aplican, es constitutiva para ella. Tiene que ver con el ser humano entero y, ciertamente, con el ser humano enfermo".

Esta pluralidad de aspectos a estudiar obliga entonces a un *pluralismo metodológico*. Y entre estos métodos siempre está, y diría que en primer lugar, la historia de los conceptos psicopatológicos. Porque el objeto de estudio de la psicopatología no son los hechos u objetos naturales, que estén ahí, constantes para nuestra observación, sino las producciones de una mente que se vierten en un espacio que el sujeto participa en crear, interactuando con la realidad que tiene enfrente tal como logra captarla, por lo que síntomas o incluso enfermedades, son hijos de su época, de las formas de subjetividad, de las concepciones y/o creencias culturales predominantes. Es por esto que la psicopatología resulta estrechamente relacionada con su contexto histórico: porque la registra un observador situado en su tiempo, en ese mismo contexto histórico, que describe los hechos, les otorga significado e intenta conceptualizarlos.

Así ocurrió con E. Bleuler a partir de la descripción de un amplísimo número de pacientes, pero inaugurando una exigencia esencial al estudio psicopatológico: la comprensión, en la que las teorías freudianas y su trabajo con C. G. Jung tuvieron gran influencia. Fue así como pudo desarrollar el concepto de esquizofrenia y sus alteraciones fundamentales, que el Dr. Ojeda nos presenta en la Primera Parte de su libro con una síntesis de lo esencial, y aportando breves comentarios suyos a pie de página que enriquecen o actualizan los conceptos. Bleuler concibe la esquizofrenia del siguiente modo general: "Con el término *demencia precoz* o esquizofrenia designamos a un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico y a veces está marcado por ataques intermitentes, que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa *"restitutio ad integrum"*. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, los sentimientos y la relación con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular". Dentro de ella es posible distinguir síntomas fundamentales –aquellos que están presentes en *todos* los casos y en *todos* los periodos de la enfermedad, y son, por lo tanto, síntomas *específicos permanentes*– y síntomas accesorios, que son aquellos que pueden faltar durante ciertos periodos, e inclusive durante todo el curso de la enfermedad, aunque otras veces ellos solos suelen dar la fisonomía permanente al cuadro clínico. Estos últimos pueden también aparecer en otros tipos de enfermedad, por lo que son síntomas *inespecíficos ocasionales*.

Bleuler estudió también los síndromes agudos que pueden interrumpir el curso de la enfermedad esquizofrénica, tales como estados melancólicos, maniacos, catatónicos, crepusculares o delirantes, y los subtipos esquizofrénicos basados en los síntomas accesorios: paranoide, catatónico, hebefrénico y simple. El Dr. Ojeda cierra esta primera parte con el concepto de esquizofrenia de Bleuler: "Postulamos la presencia de un proceso que produce directamente los síntomas primarios; los síntomas accesorios son en parte funciones psíquicas que operan en condiciones alteradas, y en parte los resultados de los intentos de adaptación, más o menos exitosos, a las perturbaciones primarias".

En la Segunda Parte Ojeda nos presenta *La Esquizofrenia*, de Minkowski, discípulo de Bleuler, quien sigue a éste y a Kretschmer en la distinción fundamental entre esquizoidismo y sintonía, y que corresponden a la acti-

tud y a la relación con el ambiente. El maniaco y el depresivo jamás se desentienden totalmente del ambiente y esto hace que podamos penetrar en su psiquismo por muy acelerado o empobrecido que esté. Al esquizofrénico, en cambio, el ambiente parece no conmoverlo, y nos hace sentir frente a algo impenetrable. Kretschmer lleva esta polaridad a la distinción entre caracteres anormales *cicloides*, que funcionan entre la alegría y la tristeza, vibrando con la realidad circundante, confundiéndose su personalidad en ella, y los *esquizoides*, que funcionan entre la hiperestesia y la anestesia afectiva, viviendo la antítesis entre el yo y el mundo hasta límites extremos. Estas dos dimensiones son principios vitales que coexisten en el individuo normal, y mantienen el equilibrio del individuo con el ambiente: el esquizoidismo ayuda a que la personalidad logre afirmarse en sí misma y no se confunda con el ambiente; la sintonía permite la relación con el ambiente y las necesarias influencias de éste sobre el individuo.

Minkowski sigue a Bergson en la necesidad de la intuición como instrumento de conocimiento para captar la vida y su cualidad para el hombre. En la intuición se constituye identidad entre el cognoscente y el conocido, y permite situarse al interior mismo del objeto del conocimiento y, en una especie de simpatía, coincidir con él, y de ese modo captar lo que es auténticamente. Minkowski considera que el único instrumento para medir la sintonía o el esquizoidismo es nuestra propia esfera afectiva, nuestra totalidad personal. De modo que al lado de un diagnóstico por *razón* se avanzará a un diagnóstico por sentimiento, por *penetración,* que trata de llegar al "alma" del enfermo, dejando de lado los conocimientos, tratando de "vivir" al otro y buscando lo esencial.

Para Minkowski la variedad de síntomas y formas clínicas de la esquizofrenia son expresión de la perturbación esencial que la caracteriza como entidad: la ausencia del contacto vital con la realidad. Esto se expresa como una pérdida de la sintonía y sus componentes de sentido común, de adecuación y concordancia, es decir, de aquellos factores instintivos –no de la inteligencia– que permiten captar la duración inherente a lo vivo, lo fluyente y dinámico de la existencia. Esta pérdida se manifiesta en el racionalismo mórbido y en el autismo, que Bleuler caracterizó como "la desvinculación de la realidad, acompañada de un predominio relativo o absoluto de la vida interior", y que Minkowski desarrolla siguiendo a su maestro. El autismo se expresa también en las "actitudes esquizofrénicas", que para Minkowski son verdaderas estereotipias psíquicas, mecanismos compensadores de la desintegración esquizofrénica: el ensueño, el malhumor y el arrepentimiento mórbidos; la actitud interrogativa, el racionalismo y el geometrismo mórbidos.

En la Tercera Parte Ojeda nos presenta la sistemática clínica de Kurt Schneider, quien busca situar a la esquizofrenia como una verdadera enfermedad desde un concepto estrictamente médico. Sin embargo, esta idea choca –justamente– con el hecho de que los procesos "orgánicos" que están en su base son desconocidos. Esta situación lo hace plantear a la esquizofrenia como una anormalidad psicótica sin fundamento somático, como psicosis endógena, lo que para él es "simplemente detenerse en un misterio antropológico". Esta constatación, de que el diagnóstico de la esquizofrenia sea (aún hoy) *psicopatológico* y *no médico*, es el punto de partida desde el cual Schneider desarrolla su psicopatología.

Destaca este autor, en esta estructuración psicopatológica, los síntomas para él más importantes en la esquizofrenia, tales como las alucinaciones auditivas (sonorización del pensamiento, voces que dialogan entre sí o que comentan los actos del paciente) y corporales, y el robo, intervención o difusión del pensamiento. También destaca el delirio que aparece en la modalidad de la percepción delirante, y de todo lo vivido por los pacientes como hecho e influenciado por otros, en el sector del sentir, de las tendencias y de la voluntad. Schneider jerarquiza estos síntomas como de "primer orden", por su valor, tanto para el diagnóstico de esquizofrenia como por el hecho de ser decisivos sobre todo para el diagnóstico diferencial con los cuadros ciclotímicos.

Los síntomas de segundo orden, como los restantes errores sensoriales no incluidos en los de primer orden, las ocurrencias delirantes, la perplejidad, las distimias y la vivencia de empobrecimiento afectivo, si son abundantes y claros, pueden también permitir realizar el diagnóstico de esquizofrenia, aunque puedan aparecer también en otros cuadros clínicos como los estados ciclotímicos.

César Ojeda plantea que, desde un punto de vista psicopatológico, las últimas décadas no han aportado nada sustancial a lo ya descrito en este libro. Los conceptos actuales sobre la esquizofrenia, liderados por la psiquiatra Nancy Andreasen y acatados casi sin resistencia por la serie DSM, no hacen otra cosa que repetir, con otros nombres, y podados de toda riqueza psicopatológica, las descripciones más tradicionales. Sin embargo, en este periodo el conocimiento biológico sobre la esquizofrenia ha tenido un desarrollo creciente, y en el capítulo final Ojeda nos invita a un fascinante *tour* por aquellos modelos que presentan un mayor apoyo empírico y una mejor adecuación a los fenómenos

psicopatológicos básicos de la esquizofrenia. Con gran versación y dominio, y una escritura depurada que facilita la comprensión de hipótesis complejas, nos va ilustrando sobre la genómica y las explicaciones evolucionarias, sobre las explicaciones basadas en alteraciones neurobiológicas que provocan deficiencias en la transmisión sináptica, sobre los cambios morfológicos estructurales en el cerebro de pacientes esquizofrénicos que llevaron a T. Crow a plantear una alteración del desarrollo de la normal *asimetría* cerebral. Este evento, que surge en la especiación del *homo sapiens*, es el mismo que da origen al lenguaje.

Ojeda discute la teoría de Crow, y "apuesta" más bien por la incipiente hipótesis de perturbaciones en el *cerebro social* de los esquizofrénicos, basado en que la psicopatología clásica apuntó a que toda la conducta esquizofrénica presenta un carácter, una cualidad, que la hace inconfundible, a través de conceptos como "autismo" (Bleuler), "pérdida del contacto vital" (Minkowski) "falta de propositividad vital" (Roa), y que orientan a un déficit en la creación de la inter-personalidad.

Brothers 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. El "cerebro social", debido a su lenta maduración, está expuesto a anomalías en la expresión génica, a noxas ambientales, y a los cambios hormonales y del neurodesarrollo que ocurren en la adolescencia (sinaptogénesis, mielinización y "poda" tardías). Esta situación permite que la vulnerabilidad aumente y, en algunos casos, que la enfermedad se exprese.

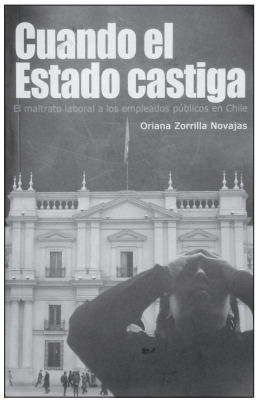
Participé hace casi treinta años en el Seminario de postgrado que dictó César en la Escuela de Psicología UC sobre "La esquizofrenia clásica", y que dio origen a este libro. Leer y reseñar esta reedición, con su ampliación acerca de los conceptos biológicos actuales, me han permitido ser testigo y dar testimonio de la capacidad intelectual, dedicación y persistencia de César Ojeda en el apasionante y complejo tema de la esquizofrenia, puestas al servicio de la Psiquiatría y de nosotros, sus afortunados colegas.

REFERENCIAS

1. Silva H. *La Esquizofrenia: de Kraepelin al DSM-IV.* Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago, 1993
2. Vidal M. *Para leer a Jaspers. Invitación a la Psicopatología General.* Editorial Universitaria, Santiago, 2003

COMENTARIO DE LIBROS

CUANDO EL ESTADO CASTIGA: EL MALTRATO LABORAL A LOS EMPLEADOS PÚBLICOS EN CHILE



Autora: **Oriana Zorrilla Novajas**
Editorial Universitaria Bolivariana, 2005

(Rev GU 2006; 2; 4: 379-382)

Susana Cubillos

Este libro es resultado de quien genuinamente buscó curar a sus pacientes y extender su acción al entorno social. Fue lanzado en el ex Congreso Nacional en diciembre del 2005, "a tablero vuelto", honrándose allí la persona de Katia Reszczynski, psiquiatra defensora de los derechos humanos, experta en maltrato político, intrafamiliar y laboral.

El derecho al trabajo es uno esencial, donde un trato equitativo es una necesidad básica. Lo contrario atenta contra ésta y otras necesidades, como el sentido de pertenencia, tener relaciones cordiales con otras personas y establecer un trato de respeto y corrección.

El maltrato laboral es un problema de reciente interés y, por ende, desconocido para la mayoría de los implicados: víctimas, victimarios, médicos y terapeutas, familiares y directivos institucionales. Se trata de violencia psicológica ejercida de modo sistemático en el lugar de trabajo. Leyman, psicólogo alemán, señala que en la sociedad altamente industrializada "el lugar de trabajo constituye el último campo de batalla en el cual una persona puede matar a otra sin ningún riesgo de ser procesada."

Los psiquiatras estamos enfrentados a identificar la exposición al riesgo de acoso laboral, desde que la modificación de la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales incluye el riesgo de tensión psíquica y como sus posibles consecuencias: los Trastornos de Adaptación, T de Ansiedad, T por Somatización, T Depresivo y Dolor Crónico.

La autora, Oriana Zorrilla Novajas, periodista, reconocida entre los suyos por su condición humana y profesional, investigó el problema en el sector público chileno entrevistando a víctimas, testigos, profesionales de salud mental; estudió publicaciones científicas y de medios. Aborda el problema desde todos sus vértices, formas y voces. Nombra servicios y funcionarios implicados en maltrato, entregando relatos directos de los(las) afectados(as).

Su estrategia de investigación consistió en "trabajar en conexión con la subjetividad de las personas, acceder a cómo cada una percibe y se enfrenta con el problema en calidad de víctima o testigo." Observa el miedo de unos y el abuso de otros como secuela de la violencia política y las transformaciones ocurridas en Chile, planteando que "el progreso social, empresarial y tecnológico puede provocar atropellos en el trabajo, violencia intrafamiliar, social y política cuando se le da mayor relevancia a los factores económicos que a los factores humanos". Según estudios de la UAHC, el 80% de los trabajadores tiene miedo a perder el trabajo y 8 de cada 10 desconfían de sus compañeros.

CONCEPTOS

Acosar es someter sin reposo a pequeños ataques. Es la acción de perseguir, molestar, perjudicar, desde una postura de ventaja. Se habla de maltrato, acoso, hosti-

gamiento, psicoterror laboral, mobbing y acoso moral, siendo una de sus definiciones:

"el continuo maltrato verbal y de hecho que recibe un(a) trabajador(a) por uno u otros que se comportan cruelmente con vistas a lograr la aniquilación o destrucción psicológica y obtener la salida de la organización a través de diferentes procedimientos". El maltrato se produce entre un superior y su subordinado, entre iguales y, en ocasiones mínimas, de subordinado a superior. Se usa también el acoso por delegación, encargando a otros su ejecución.

Lo más difícil en el maltrato laboral es demostrar que existe.

Estudios europeos (1997) señalan que el 8,1% de la población activa refiere maltrato laboral y no menos de un 15% de los suicidios en Suecia tiene origen en hostigamiento psicológico en el trabajo. *El Barómetro Cisneros* es la primera herramienta, adaptada por I. Piñuel para determinar las características del maltrato entre los trabajadores madrileños. 5,3% de los encuestados declaró haber sido afectado.

Es importante distinguir entre conflicto (choque de emociones o intereses contrarios) y maltrato (intención de agredir al otro, dominarlo y someterlo). El conflicto suele inaugurar el maltrato, surgiendo de manera repentina y provocando un cambio brusco en las relaciones del que se transformará en acosador y de quien se va a constituir en maltratado. La víctima se interroga ¿qué habré hecho mal? ¿Qué error grave he cometido?

En Chile no hay estadísticas ni legislación específica que protejan a las víctimas. Se aprobó en el año 2005 la ley que sanciona sólo el acoso sexual en el trabajo. Según declaraciones del jefe de fiscalizaciones de denuncias de maltrato de la Inspección del Trabajo, el 70% de las mujeres en Chile sufre algún tipo de acoso ya sea psicológico, físico o sexual.

Según Katia Reszczynski, el acoso laboral estaría ligado a relaciones de poder, pérdida de valores e incapacidad de organizar defensa grupal.

MANIFESTACIONES

Se han identificado más de 45 conductas hostiles.

En ámbito del trabajo:

- controles indiscriminados.
- hostigamiento respecto a entrega de tareas.
- amenazas veladas.
- exageración de errores pequeños.
- menosprecio de la labor realizada.
- cambio de lugar o de escritorio.
- asignación de trabajos insignificantes.
- reducción a la mínima expresión sin causa justificada.
- no se le cita a reuniones.
- se le releva de actividades cotidianas del grupo.
- éxito de su trabajo se atribuye a factores ajenos a la persona que los ejecuta.
- en casos de discrepancias técnicas, se le descalifica o insulta.
- aplicación de sanciones disciplinarias: malas calificaciones, sumarios administrativos, traslados forzosos, rebaja de los sueldos, despidos abusivos.

En el ámbito de lo particular:

- se les menoscaba su reputación, se les califica de conflictivas.
- se genera una complicidad que refuerza las conductas del acosador.

En contexto y clima laboral:

- se produce fastidio por las dinámicas de trabajo
- se establece desconexión entre unidades laborales que impide a las personas enfrentar problemas comunes.
- el grupo se vuelve incapaz de defender al otro, provocando sensación de abatimiento y de vergüenza íntima irreparables.
- la autoridad superior hace gala de autoritarismo con sus niveles de dirección media, insinuando medidas que muchas veces violentan los principios éticos. Una administración así se consolida contratando amigos, familiares o militantes de partidos afines, que se transforman en "personal de confianza".
- puede existir una red de protección con mandos medios que incurren en negligencias o malos tratos, quienes deambulan de servicio en servicio, sin sanciones de ninguna índole; incluso trasladados a mejor posición.

CONSECUENCIAS

Según investigadores, las consecuencias físicas y psíquicas del maltrato son iguales a las que producen grandes catástrofes naturales. Graves trastornos físicos y psicológicos, aniquilación de la autoestima, los pensamientos suelen transformarse en obsesivos, pérdida de la confianza en sí, en los demás, y derrumbe de cada una de las certezas de vida. La confusión inunda el mundo interno del(a) afectado(a). Son frecuentes

el abuso de alcohol y medicamentos. La recuperación definitiva suele demorar años y deben conjugarse diversos elementos facilitadores para ello.

La denuncia del maltrato, en el trabajo o en la familia, provoca su negación, argumentando que en un grupo el conflicto es inevitable y que el propio acosado es problemático. Suele atribuirse al estrés por exceso de trabajo, problemas particulares de la víctima, mala relación entre dos o a la personalidad conflictiva del afectado. Se induce a los más lejanos a pensar que la víctima "algo ha hecho", especialmente cuando el acosador es tolerado con pasividad y connivencia, ya sea porque controla testigos mudos o tiene comunicación exclusiva con los superiores jerárquicos. El desconocimiento público de la existencia del acoso laboral es el mejor aliado de los acosadores.

En estas circunstancias el individuo no sabe cómo enfrentar lo que ocurre para modificar su entorno social, ni cómo controlar las reacciones emocionales que sobrevienen. Se abstrae, se confunde y su único problema es el trabajo.

La principal consecuencia psíquica son la ansiedad, miedo acentuado y un continuo sentimiento de amenaza. Se agregan sentimientos de fracaso, inseguridad, frustración, impotencia, baja autoestima y apatía. Pueden aparecer patologías más graves o empeorar las pre-existentes. Son frecuentes los síntomas fóbicos y las licencias médicas recurrentes. Surge la ideación suicida. Es esencial adoptar una actitud comprensiva, alerta y de protección.

A nivel social se vuelven sensibles a la crítica, con conductas de desconfianza, aislamiento, evitación y retraimiento. Estos comportamientos toman forma de agresividad, hostilidad e inadaptación social. Son comunes los sentimientos de ira, rencor y deseos de venganza.

La salud será más afectada cuanto menor sea la red de apoyo social. La compasión inicial, las dudas, las descalificaciones y la indiferencia ayudan al convencimiento de ser responsable no sólo de estar sin trabajo sino de sentirse mal.

Según la Dra. Reszczynski, existirían dos formas clínicas: la depresiva y la de estrés-ansiedad, configurándose un Trastorno por estrés post traumático y un Síndrome de ansiedad generalizado. En su vertiente patológica depresiva la clínica es muy similar al síndrome de desgaste profesional, aunque con mayores dudas sobre su identidad y con tendencia a la idealización de las mismas estructuras o personas responsables de la persecución. Esto significa pensar que "algo anda mal en mí".

De acuerdo a la experiencia de Racswinski "la eliminación del trauma es la única forma terapéutica definitiva, ya que el reposo y los medicamentos sólo contribuyen a aliviar la sintomatología y permitir el enfrentamiento de la injusticia a nivel laboral".

QUIÉNES HOSTIGAN

Es frecuente la combinación de rasgos narcisistas y paranoides, que se convencen de la razón de su actitud. Field, en Inglaterra, habla de "psicopatía agresiva". En España, Gonzalez de Rivera distingue la "mediocridad inoperante activa". Irigoyen describe rasgos "Narcisistas Perversos", advirtiendo el riesgo de "demonizar" a los "acosadores".

- **Los MIA:** define una conducta mediocre por repetitiva e imitativa, inoperante en el desempeño de sus propias funciones y activo en perseguir a quienes son creativos.
- **El servil al poder:** individuos ambiciosos, de escasa valía profesional, que aprovechan conscientemente las situaciones que les favorecen para eliminar a un competidor más calificado.
- **El estilo trabajólico:** puede prestarse para encubrir conductas anormales para la convivencia laboral, como no comer, cambios repentinos de humor, infinita desconfianza en los demás. Acciones descontroladas como esconder objetos, confusión para encomendar trabajos, no escuchar, no aceptar opiniones, apropiarse del trabajo de sus compañeros y distorsión de la realidad.

ACOSADOS

Existen características de riesgo:

- **Los "envidiables"** tienen personalidades bullantes y atractivas; peligrosas para los líderes implícitos del grupo. Atributos físicos, habilidad laboral o vida privada armónica suelen provocar anticuerpos.
- **Los "vulnerables":** son individuos con alguna peculiaridad, defecto o simplemente depresivos, necesitados de cariño y aprobación.
- **Los "amenazantes":** son activos, eficaces, evidencian los problemas, lo incorrecto de lo establecido y pretenden realizar cambios.

EL GRUPO

Resulta sorprendente el silencio e inhibición de los observadores, quienes se abstienen de intervenir, sea por complicidad implícita con el plan de eliminación del acosado, sea para evitar convertirse ellos mismos en

objeto de represalias. Se deteriora la cohesión, la colaboración y la calidad de las relaciones interpersonales. Opera la verticalidad del mando: el jefe siempre tiene la razón y si alguno intenta disentir dentro del grupo, se gesta un clima de desconfianza por traicionar a quienes ya están coludidos. Existen quienes sufren y reaccionan, comparten sus inquietudes y resisten, con el riesgo de ser marginados. Son los menos. Existen los temerosos que callan y se mantienen alejados por miedo. Son la mayoría. Existen los colaboracionistas que se alinean con la perversidad del ambiente.

ASPECTOS ASOCIADOS:
ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO
GESTION DE CONFLICTOS POR LOS SUPERIORES

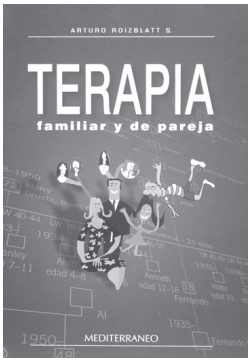
- los métodos de trabajo precarios y la deficiente organización del trabajo,
- la ausencia de interés o apoyo por parte de los superiores,
- existencia de múltiples jerarquías y cargas excesivas de trabajo debidas a escasez de personal o a mala distribución del mismo
- las re-estructuraciones, el ascenso de un igual, la contratación de un jefe externo a la institución, son eventos precipitantes.

No son maltrato los malos entendidos y errores de gestión de autoridades que no saben dirigir grupos; o jefes incapaces de comunicarse con sus subordinados, cayendo en la tentación de dirigir mediante el miedo y la amenaza.

CONCLUSIÓN

Lo imperceptible y los límites difusos de esta forma de violencia obligan a mayores esfuerzos para reconocerlo, prevenir sus consecuencias en la salud, el clima laboral y la moral social.

COMENTARIO DE LIBROS



TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

Editor: **Arturo Roizblatt**
Mediterráneo, Santiago-Buenos Aires, 2006

(Rev GU 2006; 2; 4: 383-384)

Ramón Florenzano

Este es un completo libro de artículos de diversos autores acerca del tema de Familia: va más allá del título, ya que no sólo trata de aspectos técnicos de las terapias familiares sino que revisa áreas conceptuales, tales como "los fundamentos de la vida en pareja" en el aporte de Sergio Bernales, medición de funcionalidad familiar o interacciones con procesos psicopatológicos. El editor ha seleccionado autores de reconocido prestigio internacional y nacional para brindar un "smorgasboord" que destila la experiencia clínica o teórica de multiples especialistas. Como toda obra de esta índole, el resultado es disparejo. Hay temas tratados con profundidad y originalidad, otros son transcripciones de conferencias, con la ventaja de la espontaneidad y la desventaja de la falta de organización del texto. El resultado es ampliamente positivo: especialmente para los estudiantes de postítulos o posgrados en familia, que contarán con información actualizada acerca de distintos aspectos de esta temática.

El libro comienza con un artículo develador del modo de pensar de uno de nuestros principales teóricos en el tema de biología de la familia: Humberto Maturana. Además de profundizar en su visión de la *matriz biológica de la existencia humana,* reafirma a través de un texto coloquialmente escrito su fe en la posibilidad del cambio terapéutico y personal a través del amor. Otro texto desarrollado como un diálogo reflexivo es el de Tom Andersen, quien, a través de un texto clínico, desarrolla sus *diez supuestos acerca del lenguaje y sus significados,* donde autores como Wittgenstein Vygotsky, Derrida y Backtin son mencionados como sus basamentos intelectuales. Kart Ludewig da luego una *visión europeo-alemana de la terapia de pareja,* que no sólo presenta un modelo sistémico actualizado sino que aporta elementos prácticos muy detallados acerca de su técnica. Otra perspectiva sobre técnica terapéutica es la ofrecida en los dos capítulos de William Nichols, donde se muestra su *técnica integrativa*: tal como en Ludewig, se da una detallada exposición acerca de principios técnicos y éticos a considerar. En la misma línea de entregar información práctica se encuentran los textos de Macarena Valdés *et al*. sobre medición de funcionalidad familiar, y de Monica Mc Goldrick *et al*. sobre uso de genogramas en terapia familiar.

Otra serie de artículos se refiere a temas de importancia teórico-técnica: el de Falcov sobre ciclo vital, el de Aguayo y Romero sobre parentalidad, y el de Linares sobre trastornos de personalidad. Este último, especialmente, es de interés porque ilustra la actual tendencia a considerar el eje II del sistema clasificatorio DSM como *trastornos relacionales:* una de las modificaciones planteadas para el futuro DSM V es centrar esos trastornos acerca de lo que Harry Stack Sullivan denominó *psiquiatria interpersonal.* El editor del texto se suma a esta serie de artículos con uno sobre *espiritualidad, religiosidad* y sus aplicaciones en el campo de las terapias familiares y matrimoniales: una interesante conceptualización acerca de un área por largo tiempo descuidada por los profesionales de la salud mental.

En otra sección del texto se exponen orientaciones especificas: la *interaccional* de Palo Alto, por Ray y Watzlawick; el enfoque *estructural de Minuchin*¸ expuesto por Jorge Colapinto, la *Escuela de Milan,* expuesta por Boscolo y Bertrando; el enfoque *simbólico-experiencial*, expuesto por Connell y Mitten; el enfoque *socio-construccionista,* expuesto por Strong y Tomm;

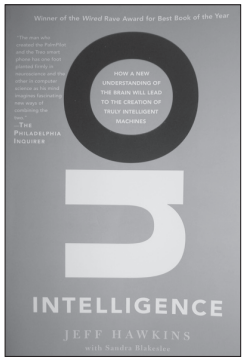
el punto de vista *de Bowen*, presentado por Paulina McCullough; la terapia breve centrada en problemas, resumida por Trepper: la terapia narrativa, presentada por Sued. En resumen, una actualizada recopilación de las principales tramas referenciales para trabajar con familias.

A continuación se expone una serie de temas clínicos de indudable importancia: Edmundo Covarrubias resume su vasta experiencia en trabajar con *familias en duelo*; Eduardo Brik se refiere a los *fenómenos migratorios*; Rodrigo Erazo a *derechos humanos*; Margarita Maida a *violencia intrafamiliar*; Rosario Domínguez a *infertilidad*; Mónica Kimelman a *familias en formación*; Eduardo Carrasco, en sus dos capítulos, a trabajo con *niños y adolescentes*; Cecilia Rausch a *trastornos de alimentación*; Ismael Díaz a *VIH SIDA*; Niels Biedermann y Pablo Salinas a *psicosis y bipolaridad*; Duncan Stanton *et al*. a *tratamiento de problemas con drogas y alcohol*; Luz de Lourdes Eguiluz a *parejas funcionales que perduran*; Hernán Davanzo a su extensa experiencia en *terapia de parejas*; Frank Dattillo a *terapia cognitivo-conductual*; María de la Luz Alvarez y Benito Baranda a *familia y pobreza*; Marcelo Pakman a *familia multiproblema,* en un enfoque micropolítico; María Angélica Kotliarenko a *resiliencia*; Judith Landau *et al*. a un enfoque de resiliencia comunitaria en el caso de desastres.

Otro tema de relevancia creciente después de la legislación chilena sobre familia y filiación de la última década son los artículos acerca de las consecuencias de los nuevos procedimientos legales: Florence Kaslow a *familias que se han divorciado;* el autor, junto a Francisca Friedmann, se refiere a la *mediación* en la situación de divorcio; R. Berger al tratamiento de *familias ensambladas.*

En resumen, en los 44 capítulos y 752 páginas de este verdadero tratado sobre Familia y Terapia, el Dr Arturo Roizblatt nos brinda un acervo de conocimiento que será especialmente útil para clínicos experimentados, que aplican alguna de estas técnicas en su quehacer profesional; asimismo, los terapeutas en formación encontrarán en forma detallada tanto los marcos referenciales de las distintas técnicas como consejos acerca de cómo implementarlas. Finalmente, el cientista social o especialista en políticas públicas encontrará documentación acerca de una institución social que, como ha dicho recientemente el sociólogo Eduardo Tironi, es el *eslabón faltante* en el camino al desarrollo socio-polìtico en nuestro país como en muchos otros.

COMENTARIO DE LIBROS



NO HUMANO, PERO INTELIGENTE

ON INTELLIGENCE

Autor: **Jeff Hawkins**
Owsl Books, New York, 2005, 265 páginas

(Rev GU 2006; 2; 4: 385-388)

César Ojeda

Jeff Hawkins es ingeniero eléctrico y biofísico. Es conocido por haber creado dos compañías: Palm Computing y Handspring, en el renombrado Silicon Valley, y por haber diseñado computadores portátiles y teléfonos celulares como el PalmPilot y el Treo. Tiene cincuenta años de edad y confiesa que una pasión subyacente, aparte de su sentido práctico en tecnología, ha orientado su vida: el cerebro. Pero su perspectiva acerca del cerebro es muy diferente a los estudios que nos son familiares en neurobiología y en medicina, y también a las reflexiones sobre la "mente" y la "conciencia" que, un poco injustamente, suelen llamarse "filosóficas", entendiendo por ellas algo así como especulaciones generales sin sustento empírico. Su inspiración no es sólo intentar comprender lo que la inteligencia es y cómo funciona el cerebro sino, también, el deseo de construir máquinas verdaderamente inteligentes (papel que no cumplen ni los más desarrollados computadores). Al iniciar la lectura de "On intelligence", esta ambición de Hawkins me recordó los intentos de Leonardo da Vinci por diseñar máquinas voladoras, y de los numerosos seguidores que intentaron construir artilugios que imitaran el vuelo de las aves, y que normalmente terminaban en un estruendoso porrazo al borde de alguna colina. La imitación tecnológica del comportamiento de los seres vivos no parece entonces haber sido un camino fecundo. Tal vez esto explique por qué los cultores de la inteligencia artificial (IA) hayan desatendido la estructura y función cerebral, y se hayan concentrado en crear inteligencia a través de computadores, cuyas operaciones y estructura, sabemos, no tienen nada que ver con las del cerebro.

Sin embargo, la sensación de estar leyendo un libro acerca de la creación de autómatas como los que fascinaban a Isaac Asimov, es decir, autómatas antropomórficos que tuvieran un comportamiento humano, como servir el té o mantener una conversación culta en doscientos idiomas, y más tarde dominar el planeta, me hizo dudar por un momento si valía la pena leer exhaustivamente este libro. Esas fantasías científicas son hermosas. Pero, si nos salimos de la convención "como si" que subyace a ellas, el asunto empieza a tomar un sugerente color a paranoia constructiva, aquella que fascinaba a los maestros de la psiquiatría de fines del siglo XIX y principios del XX. No obstante, a muy poco andar, hube de cambiar radicalmente de posición. Hawkins no pretende crear seres humanos artificiales sino tan sólo máquinas inteligentes. Y, como la inteligencia es una de las actividades de nuestro cerebro, necesariamente allí deben encontrarse los principios estructurales y funcionales que la hacen posible. En agosto de 2002 Hawkins creó el "Redwood Neuroscience Institute" (RNI), destinado a estudiar la parte del cerebro más importante en el tema de la inteligencia: el neocórtex. Parece claro que con la inteligencia pasa algo muy diferente a lo que ocurre con otras operaciones de los seres vivos. Sabemos que los seres humanos somos torpes, lentos, de escasa resistencia y no disponemos de estructuras corporales aptas para volar, correr, trepar, desgarrar o atrapar. Un saltamontes está bastante mejor dotado que el mejor gimnasta olímpico. En la inteligencia, en cambio, el rendimiento está a la vista. Ya no se trata de ser tan inteligentes como un orangután o tanto como una gaviota o un roedor.

Sabemos que, en lo que se refiere a la inteligencia, no tenemos un competidor a la vista. Por ello, se trata de saber cómo esa inteligencia es posible. Hawkins describe la manera en la que tenemos experiencias claves que podemos denominar inteligentes, para así encontrar y tener claro qué es lo que hemos de explicar con un modelo o una teoría basada en las funciones corticales. Debo confesar que desde que se me hizo claro el tipo de pensamiento y de "contabilidad lógica" desarrollada por Hawkins, mis simpatías por este libro aumentaron geométricamente. Me impresiona el bien pensar, pues la ética de la reflexión no me es indiferente. Y este bien pensar, si ha de constituir un modelo explicativo, exige como ingrediente fundamental la inteligibilidad, es decir, la coherencia y la simplicidad.

Aquí, en el pensamiento de Hawkins, los rebuscamientos no tienen cabida. Sostiene Hawkins que hay tres elementos esenciales desatendidos y que han impedido entender las funciones corticales: el tiempo, la retroalimentación predominante en las conexiones neurales, y la estructura jerarquizada de la corteza cerebral.

Que el tiempo es una función biológica fundamental lo muestra el hecho de que nuestros sentidos operan sobre la base de secuencias de estímulos. Este tiempo olvidado, sin el cual toda secuencia es impensable, nos hace creer, por ejemplo, que la percepción visual es como una fotografía, o que nuestro tacto reconoce objetos y texturas de manera inmediata. Sin embargo, nuestros ojos se mueven permanentemente y, por lo mismo, hacen un recorrido de los objetos. Así, al mirar el rostro de una persona jamás lo vemos como una totalidad sino que nos enfocamos en distintos puntos: la nariz, los ojos, la frente, el pelo, etcétera. Este recorrido se demuestra por los rápidos movimientos de "sacudida" *(saccade)* de los ojos, que se detienen en un punto, y luego saltan a otro. Esto ocurre al menos tres veces por segundo. El rostro que reconocemos es entonces una secuencia en que cada punto remite a un conjunto determinado, es decir, a un patrón. Algo semejante ocurre con el tacto. Si meramente sostenemos un objeto en la mano, no podríamos reconocerlo. Para hacerlo debemos palparlo, recorrerlo, es decir, generar una secuencia, un movimiento, que nos permite darnos cuenta del patrón que designamos como un tenedor, un cuchillo o una moneda. En el caso de la audición, eso nos parece mucho más evidente, puesto que reconocemos las melodías por la secuencia de notas. Contradiciendo a Mozart, nunca percibimos toda la melodía en un solo acto. Otra cosa es que anticipemos el patrón de "Yesterday..." sobre la base de una predicción. De allí que ver, palpar y gustar sean mucho más como escuchar y reconocer una melodía que como tomar una instantánea. Es decir, fenómenos temporales además de espaciales.

Después de esta constatación Hawkins nos entrega un concepto que conmueve por su obviedad: todas las neuronas operan y transmiten información mediante potenciales de acción, es decir, hacen lo mismo. Los axones ópticos no transmiten información de manera diferente a las fibras propioceptivas, a las táctiles o a las auditivas. Nada hay de óptico en los potenciales de acción del nervio óptico, y nada de auditivo en los del octavo par. El cerebro no tiene dos lenguajes sino uno. No obstante, el que las áreas cerebrales tengan "especialización", por ejemplo, que la corteza occipital esté en relación con la percepción visual, no significa que cada una de las neuronas del córtex occipital, en lo esencial, operen de manera distinta a las del córtex temporal.

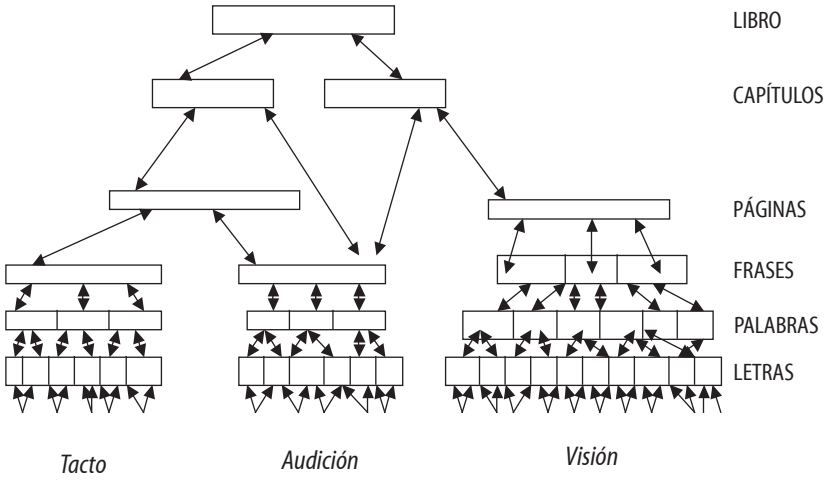
ABAJO ARRIBA Y ARRIBA ABAJO

Comprender el cerebro parece imposible sobre la base de la acumulación de datos. "El que parte de los datos, jamás llega a las esencias", decía J.P. Sartre. Efectivamente, partir de datos y piezas sueltas para llegar a descubrir una operación global y emergente (metodologías abajo-arriba) es prácticamente imposible, pues desde ese mismo pensamiento el "arriba" no tiene figura. Cada pieza de este enorme puzzle que es la operación de la inteligencia puede ser leída de múltiples maneras y tener diversa importancia y posición en el resultado final. En psiquiatría hemos padecido y somos testigos de la acumulación de datos dispersos, y cuyo valor es imposible leer si no se establece algún contexto que les otorgue coordenadas sistémicas. Para Hawkins, en neurobiología cada día se publican nuevos hallazgos, creando aun una mayor cantidad de datos con los que prácticamente siempre se puede estar en desacuerdo. Esta "evidencia" contradictoria está regida por innumerables intereses, los que se hacen patentes en la medida en que esos datos sueltos, es decir, ese texto sin contexto, puede significar lo que cada persona o investigador desee. Sin un marco general, por más conjetural que sea (metodologías de arriba-abajo) es imposible saber qué se busca, la importancia de cada hallazgo o cómo interpretar conjuntos de resultados. El modelo que Hawkins llama "memoria predictiva" (*memory-prediction model*), puede cumplir el papel de este marco general para el intento de comprender la inteligencia.

LAS PREDICCIONES INADVERTIDAS

¿Por qué al abrir la llave del lavamanos no nos sorprendemos de que el resultado sea la salida de agua y no de

Figura 1
CAPAS DE NEOCÓRTEX
(Hawkins, 2005)



sangre? ¿O que al poner la llave en la cerradura de la puerta de nuestra casa ésta se abra? ¿O que podamos ir a la cocina a preparar café, y no nos sorprendamos de que la cocina, la cafetera, el azúcar, las tazas y el café estén allí? Hace algún tiempo la idea de que en estas acciones pequeñas y cotidianas podría estar la clave de lo que somos como seres humanos se me hizo patente al darme cuenta de que nuestra vida transcurre en medio de ausencias, de lo que no está allí adelante ahora, es decir, en medio de la presencia de lo ausente (como la ciudad que no veo pero que está presente mientras escribo en mi escritorio), lo que implica anticipar y estructurar la cadena sintáctica del comportamiento sobre la base de estas anticipaciones imaginarias articulantes.[1]

Si al intentar meter la llave en la cerradura ésta no "calza", sufrimos un quiebre. Si al dirigirnos a la cocina abrimos la puerta y nos encontramos con una espacio vacío, sufrimos un quiebre. Pero, ¿qué es lo que se quiebra? Se quiebra una predicción, es decir, un patrón esperado.

Hawkins, por así decirlo, pone orden en estas materias estudiando la morfología y la fisiología de la corteza cerebral: para hacer predicciones la corteza requiere una manera de memorizar y guardar conocimiento acerca de secuencias de eventos ya experimentados (patrones). ¿Y cómo ocurre esto? A través de la jerarquización de sus seis capas de neuronas y de las apretadas y profusas sinapsis de retroalimentación.

Por ejemplo, los receptores a la luz de la retina están distribuidos de manera dispareja: altamente concentrados en la fovea y luego perdiendo densidad hacia la periferia. Sin embargo, las neuronas de la corteza occipital están distribuidas uniformemente. Al mirar un rostro vemos un rostro y no un recorrido que salta de la nariz a los ojos, a las cejas, a los pómulos y así sucesiva y reiterativamente. Es decir, lo que percibimos no es lo que percibe la primera capa neuronal de la corteza. Allí las células individuales disparan en respuesta a una pequeñísima parte de los inputs provenientes de la retina. Las células de V1 (esta primera capa) no tienen "conocimiento" acerca de rostros, autos, libros u otros objetos. Sólo actúan localmente en respuesta a una ínfima parte del campo visual. Sin embargo, en la medida en que ascendemos a las capas V2, V3, V4, V5 y finalmente a la que ha sido denominada IT, los estímulos se van integrando, a la manera de un lenguaje que, por así decirlo, estabiliza esos inputs ínfimos en configuraciones generales (Figura 1).

Los patrones de las capas superiores, mediante los circuitos de retroalimentación, predicen, con un estímulo parcial, lo que debiera seguir en la secuencia de acuerdo a un patrón aprendido. Este continuo fluir de abajo arriba y de arriba abajo *(flowing up* y *flowing down)* forma una trama dinámica mediante la cual

[1] Ojeda C. *La presencia de lo ausente*. Ed. Cuatro Vientos, Santiago, 1997.

construimos el mundo y hacemos predicciones. Hawkins no maneja los conceptos de "enacción" ni de acoplamiento estructural. Sin embargo, y aunque se refiere a un mundo dado allí fuera, es consistente con la idea de que el cerebro crea un mundo de acuerdo a sus posibilidades de distinguir patrones en los distintos niveles del "procesamiento" de la información, los que a su vez son la base de la predicción. No hay aquí, como en los computadores, un programa o controlador central que haga operar el sistema.

Entre los temas que hoy nos inquietan en el ámbito filosófico y psicológico destaca el análisis que Hawkins hace, sobre las bases expuestas, acerca de la conciencia y la memoria, temas que no podemos abordar ahora pues nos ocuparían varias páginas adicionales a este comentario.

Las consecuencias que Hawkins extrae del modelo brevemente reseñado aquí nos vuelven a arrojar en algo así como una trama de ciencia-casi-ficción. Efectivamente, las máquinas construidas sobre estas bases deben primero aprender, del mismo modo en que lo hacemos los seres humanos, pero podrían hacerlo un millón de veces más rápido. Mientras las neuronas operan en tiempos de milisegundos, los chips de silicona lo hacen en nanosegundos. Mientras los axones llevan un potencial de acción a la vez, la fibra óptica lleva miles. Este aprendizaje vertiginoso es experiencia y la construcción de un mundo, pero que puede ser rápidamente copiada a otros artilugios semejantes de manera completa. La acumulación de experiencia sería de este modo inimaginable. Además, los sensores no tienen por qué estar pegados al cuerpo, ni ser cinco, como nos ocurre a los seres humanos. Podrían ser muchos más, como para la percepción de ultrasonido, frecuencias luminosas infrarrojas, rangos amplios de temperatura, etcétera, y estar distribuidos donde sea necesario y práctico.

Terminé de leer este libro con la convicción de que Hawkins cree que todo esto será posible en algunos años. Pero lo que importa es la manera en que conduce al lector por terrenos aparentemente conocidos, pero que van mostrando, en la pluma del autor, una maravillosa estructura, a la vez desconocida y simple.

OPINIÓN

LA FORMACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN CHILE: UN APORTE LEGAL PARA EL DEBATE

(Rev GU 2006; 2; 4: 389-392)

Claudio Filippi[1]

"La barbarie del especialista es que una persona muy sabia en una materia se permite opinar en cuestiones que ignora con la misma autoridad con que se pronuncia en su campo de especialidad".

Ortega y Gasset

La formación de médicos especialistas es un tema que continuamente aparece en el debate público y, por lo mismo, no es nuevo en las páginas de las revistas médicas. Incluso la prensa general, periódicamente, hace referencia a esta problemática e incluye estadísticas, opiniones y los más variados puntos de análisis.

Sin embargo, quienes nos preocupamos del ámbito de la Educación Superior y, en especial de la Educación Médica, no podemos dejar de sentir que existe un área vacía, trunca, sin aportes, ideas ni sugerencias.

Es por ello que escribo estos párrafos, en mi calidad de médico y especialista en Educación Superior, a modo de pretender orientar el debate a nuevas áreas, que ayuden a desempantanar la discusión. Por supuesto con la debida humildad del caso, y sin pretender agotar una temática que por su amplitud y consecuencias requiere de un profundo y participativo debate nacional.

La primera área se refiere al análisis legal de la temática, suelo que por su aridez a menudo es soslayado y evitado por los médicos, acostumbrados a debatir temas más prácticos, pero que por su importancia no debe ser dejado de lado, pues nos enmarca dentro de qué estamos debatiendo.

En Chile la Educación está regulada por un marco legal que se fundamenta en la Constitución Política de la República de Chile, la que en su artículo 1º señala expresamente que:

> *"El Estado está al servicio de la persona humana y su finalidad es promover el bien común, para lo cual debe contribuir a crear las condiciones sociales que permitan a todos y a cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible, con pleno respeto a los derechos y garantías que esta Constitución establece".*

[1] El autor es Médico, Licenciado en Educación, Magister en Docencia e Investigación Universitarias, Magister en Psicología Clínica y se desempeña profesionalmente en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Es miembro de la Asociación Chilena de Derecho Sanitario.

Y agrega que:

"Es deber del Estado resguardar la seguridad nacional, dar protección a la población y a la familia, propender al fortalecimiento de ésta, promover la integración armónica de todos los sectores de la Nación y asegurar el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional".

Por su parte, el artículo 19 número 10 consagra el derecho a la educación y define que:

"La educación tiene por objeto el pleno desarrollo de la persona en las distintas etapas de su vida".

Agregando que:

"Corresponderá al Estado, asimismo, fomentar el desarrollo de la educación en todos sus niveles; estimular la investigación científica y tecnológica, la creación artística y la protección e incremento del patrimonio cultural de la Nación.

Es deber de la comunidad contribuir al desarrollo y perfeccionamiento de la educación;".

El número 11 del mismo artículo 19 establece que:

"La libertad de enseñanza incluye el derecho de abrir, organizar y mantener establecimientos educacionales.

La libertad de enseñanza no tiene otras limitaciones que las impuestas por la moral, las buenas costumbres, el orden público y la seguridad nacional.

La enseñanza reconocida oficialmente no podrá orientarse a propagar tendencia político partidista alguna.

Los padres tienen el derecho de escoger el establecimiento de enseñanza para sus hijos.

Una ley orgánica constitucional establecerá los requisitos mínimos que deberán exigirse en cada uno de los niveles de la enseñanza básica y media, y señalará las normas objetivas, de general aplicación, que permitan al Estado velar por su cumplimiento.

Dicha ley, del mismo modo, establecerá los requisitos para el reconocimiento oficial de los establecimientos educacionales de todo nivel;".

Además, si se considera que la actividad educacional es una actividad económica y que la educación en sí es un bien económico, es necesario analizar que de manera adicional, y en ese plano, la Constitución reconoce los siguientes derechos:

- En el número 21 del mismo artículo 19:

  "El derecho a desarrollar cualquiera actividad económica que no sea contraria a la moral, al orden público o a la seguridad nacional, respetando las normas legales que la regulen".

- En el número 22 del mismo artículo 19:

  "La no discriminación arbitraria en el trato que deben dar el Estado y sus organismos en materia económica".

- En el número 23 del mismo artículo 19:

  "La libertad para adquirir el dominio de toda clase de bienes, excepto aquellos que la naturaleza ha hecho comunes a todos los hombres o que deban pertenecer a la Nación toda y la ley lo declare así".

  Agrega:

  "Una ley de quorum calificado y cuando así lo exija el interés nacional puede establecer limitaciones o requisitos para la adquisición del dominio de algunos bienes".

- En el número 24 del mismo artículo 19:

  "El derecho de propiedad en sus diversas especies sobre toda clase de bienes corporales o incorporales.

  Sólo la ley puede establecer el modo de adquirir la propiedad, de usar, gozar y disponer de ella y las limitaciones y obligaciones que deriven de su función social. Ésta comprende cuanto exijan los intereses generales de la Nación, la seguridad nacional, la utilidad y la salubridad públicas y la conservación del patrimonio ambiental".

Las líneas anteriores nos llevan a concluir algunas ideas fundamentales:

1º. Todos los integrantes de la vida nacional tienen el derecho a su más pleno desarrollo. Es deber del Estado garantizarlo.

2º. La Educación es concebida como el instrumento que garantiza ese pleno desarrollo.
3º. En Chile existe Libertad de Enseñanza, entendida como el derecho de abrir, organizar y mantener establecimientos educacionales, atendida la normativa legal vigente.
4º. La Educación, en el contexto del modelo económico y social que nos rige, es un bien económico y, por lo mismo, está sujeta a los términos que regulan el mercado de bienes y servicios.

Tomando como base ese marco de principios, uno debe analizar lo dispuesto por la Ley 18.962, Orgánica Constitucional de Enseñanza o LOCE, ley que por algunas semanas ha sido el centro del debate de la política nacional, discusión que incluso ha terminado con algunos impensados reajustes ministeriales.

En efecto, la LOCE, en el tema que nos preocupa, hace referencia a los siguientes puntos:

- Fija el ámbito de aplicación de la misma ley en la determinación de los requisitos mínimos para la enseñanza básica y media y el proceso de reconocimiento oficial de los establecimientos educacionales de todo nivel.
- Define a la educación como el proceso permanente que abarca las distintas etapas de la vida de las personas y que tiene como finalidad alcanzar su desarrollo moral, intelectual, artístico, espiritual y físico mediante la transmisión y el cultivo de valores, conocimientos y destrezas, enmarcados en nuestra identidad nacional, capacitándolas para convivir y participar en forma responsable y activa en la comunidad.
- Establece que la educación es un derecho de todas las personas y asiste a la comunidad el deber de contribuir al desarrollo y perfeccionamiento de la misma.
- Plantea que es deber del Estado fomentar el desarrollo de la educación en todos los niveles, y resguardar especialmente la libertad de enseñanza.
- Divide el proceso educativo en enseñanza formal e informal, entendiendo la primera como aquella que, estructurada científicamente, se entrega de manera sistemática, y está constituida por niveles que aseguran la unidad del proceso educativo y facilitan la continuidad del mismo a lo largo de la vida de las personas. Denomina regular a la enseñanza formal cuando sus niveles se imparten a educandos que cumplen los requisitos establecidos de ingreso y de progreso en ella. Por su parte, la segunda la entiende como todo proceso vinculado con el desarrollo del hombre y la sociedad, facilitado por la interacción de unos con otros y sin la tuición del establecimiento educacional como agencia institucional educativa. Se obtiene en forma no estructurada y sistemática del núcleo familiar, de los medios de comunicación y, en general, del entorno en el cual está inserta.
- Establece que la enseñanza entregada por los establecimientos educacionales no tiene otras limitaciones que las impuestas por la moral, las buenas costumbres, el orden público y la seguridad nacional; y que no podrá orientarse a propagar tendencia político-partidista alguna.
- Permite, en virtud de la libertad de enseñanza, impartir cualquiera otra clase de enseñanza que no aspire al reconocimiento oficial.
- Establece los procedimientos y formas de reconocimiento oficial del Estado a las Instituciones de Educación Superior:
- Reconoce las siguientes instituciones de educación superior: universidades, Institutos profesionales, Centros de formación técnica, e instituciones académicas dependientes de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad. Cabe destacar que no menciona la Academia Nacional de Gendarmería, la que estaría fuera de la LOCE.
- Reconoce los siguiente Títulos y Grados Académicos: Técnico de nivel superior, Título profesional, grado de Licenciado, Magister y Doctor.
- Establece los 18 Títulos profesionales que requieren del Grado previo de Licenciado.

La LOCE en ningún punto hace referencia a la Enseñanza de Postítulo y también a la de Diplomado, la que queda sujeta al marco de libertad de enseñanza que establece la normativa legal.

Lo anterior explica la realidad actual, donde vemos una anarquía sin comparación en esta área educacional.

Como tal, la enseñanza médica de postítulo no existe legalmente en nuestro país y sólo tangencialmente otros textos legales hacen referencia a ella, sin definirla ni menos aún determinar sus características. Por lo mismo, el centro del debate es un ente inexistente legalmente, lo que conlleva un debate de sordos.

La realidad es que como actividad de postítulo y sólo considerando el punto de vista legal, cualquier entidad podría dictar una especialidad médica, incluso una OTEC u Organismo Técnico de Capacitación regido por la Ley 19.518. Es clarificador, al respecto, que sólo hasta hace algunos meses una reconocida universidad del Estado ofrecía en su sitio Web especialidades médicas con código SENCE en trámite.

Basados en ese último hecho, y con el único objeto de probar la vulnerabilidad del sistema y el vacío legal existente, hace un par de años, con unos colegas, incorporamos desde una OTEC un Postítulo de Especialización Médica, con la sorpresa de que éste fue aprobado y recibió código SENCE. ¡Legalmente era posible dictar una especialidad médica vía SENCE! Obviamente no se ejecutó ningún programa.

Eso resulta insólito, por decir lo menos, y llama la atención sobre las causas centrales de la eternidad del debate de la formación de especialistas en Chile: no hay un marco legal que acredite postítulos y, a la vez, diplomados.

Por eso, en un trabajo académico que hiciéramos llegar hace algunos meses a la H. Cámara de Diputados, realizamos la sugerencia de crear una Ley de Diplomados y Postítulos, la que en sus puntos centrales definiera lo que se entendía por cada tipo de actividad, quién podía darla y quién estaba destinado a acreditarla.

De esa manera se esbozó, a modo de propuesta, que se entendiera que un Diplomado es una actividad educacional de carácter eminentemente teórico, destinada a brindar una formación básica en una disciplina o área del conocimiento específica. Como tal, puede estar destinada a personas que posean o no título técnico o profesional, entre otras características.

En el caso del Postítulo, sugerimos definirlo como una actividad educacional de carácter teórico-práctico destinada a brindar una formación especializada en una disciplina o área del conocimiento específica, la que sólo puede estar destinada a personas que posean título técnico o profesional vinculadas al área en cuestión, entre otras características.

De esa misma forma, se planteó que las entidades que deberían dictar ambos tipos de actividades deberían ser personas jurídicas de derecho público o privado que posean entre sus objetivos prioritarios la actividad educacional.

Como entidad acreditadora se propuso al Ministerio de Educación.

Un caso especial, en el trabajo descrito, fue el tema de las especialidades médicas y odontológicas, las que, siendo una actividad de postítulo, poseen características únicas que las hacen diferentes al resto de los postítulos.

Por ello es que se revisaron los diferentes modelos de formación de especialistas, actualmente en uso en el mundo, los que van de formas exclusivamente universitarias a formas exclusivamente asistenciales, pasando por variantes mixtas. Ejemplo del primero son Estados Unidos de Norteamérica, del segundo el Modelo MIR español, y del tercero, países como Brasil, Argentina o Chile.

Así se estructuró un texto que define que las especialidades médicas y odontológicas se denominarán Residencias cuando se realicen a tiempo completo y Concurrencias cuando se realicen a tiempo parcial, reemplazando el equívoco término de Beca de Especialización por uno más adecuado al uso internacional.

Como entidades oferentes de las Residencias y Concurrencias se planteó que éstas sólo podrían ser las Facultades o Escuelas de Medicina u Odontología de las Universidades reconocidas por el Estado, los Centros Asistenciales o de Investigación en Salud, Públicos o Privados, que cuenten con los debidos recursos asistenciales y docentes.

Como entidad acreditadora se propuso al Ministerio de Educación, pero con la obligación de consultar al Ministerio de Salud previamente a la acreditación.

En todos los casos se entendió que la acreditación de los programas debe ser transitoria y periódica.

El esfuerzo intelectual descrito sólo es una propuesta académica y pretende aportar a este debate eterno, al que parece ser que estamos acostumbrados.

En ningún caso aspira a ser una verdad irrefutable y sólo pretende centrar el tema en el área en el que éste debe ser definido: en términos educacionales y concibiendo la globalidad del problema. No hacerlo así sólo aporta más confusión a una discusión de mucha trascendencia para el país.

ENTREVISTA DE GACETA UNIVERSITARIA

JULIO SANJUÁN[1]: GENÉTICA, TEORÍA EVOLUCIONARIA Y PSIQUIATRÍA

(Rev GU 2006; 2; 4: 393-399)

Julio Sanjuán es Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Valencia. Ha publicado 40 capítulos de libros y más de 80 artículos en revistas nacionales e internacionales. Es el coordinador, desde hace 7 años, de un equipo de investigación sobre las bases biológicas de las alucinaciones auditivas en pacientes psicóticos, tanto en el plano genético (junto al Departamento de Genética Molecular de la Facultad de Biología de Valencia y la Red Nacional de Genotipación Psiquiatrica) como en el de neuroimagen junto con la Asociación para el desarrollo e investigación en Resonancia Magnética (ADIRM). En los últimos 5 años, ha recibido financiamiento de organismos oficiales en 8 proyectos de investigación, en 6 de ellos como Investigador Principal. Está interesado en la búsqueda de modelos epistemológicos integradores y es un introductor en países de habla hispana del enfoque evolucionista.

GU: *Muchos psiquiatras se preguntan acerca de la relevancia práctica de lo que Anthony Stevens y John Price denominaron "Psiquiatría evolucionaria",*[2] *o Michel McGuire y Alfonso Troisi "Psiquiatría darwiniana".*[3] *Efectivamente, ¿qué aporta este marco evolucionario a la psicopatología, a la nosología, a las indicaciones psicofarmacológicas o a los modelos psicoterapéuticos más relevantes en el trabajo clínico concreto?*

R: Hay tres formas en las que la Psiquiatría ha abordado la Teoría de la Evolución (TE):

1. Ignorándola por completo de una forma activa o por desconocimiento. Esta es la postura mayoritaria.
2. Implicando la TE en la etiopatogenia de algún trastorno específico. Esta es la postura, entre otros, de TJ. Crow en la esquizofrenia o de I. Marks en las fobias.
3. Convertir la TE en un nuevo paradigma central a nuestra disciplina.

Esto es lo que han hecho M. McGuire y Troisi o Price y Stevens. Mi postura está más cercana a las de Marks o Crow que a la de McGuire y Price. Creo que toda la Biología se basa en la TE y que toda la Medicina se basa en la Biología. Por tanto, parece que si la Psiquiatría quiere permanecer al lado de las Ciencias Naturales debe tener en cuenta la TE. El problema es: ¿en qué

[1] El profesor Sanjuán es Chairman de la Task Force de *Evolutionary Psychiatry* de la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica, y Secretario de la Sociedad Española de Biología Evolutiva (http://www.sesbe.org/).
[2] Stevens A, Price J: Evolutionary Psychiatry. Second Edition. Routledge, London and Philadelphia, 2000.
[3] McGuire M, Troisi A. Darwinian psychiatry. Oxford University Press, New York, 1998.

forma? Como dice en su pregunta, ¿que implicaciones puede tener esto en el trabajo clínico diario? Creo que la TE puede ser muy útil en el abordaje de problemas clínicos ligados a respuestas adaptativas al ambiente, como las fobias o la ansiedad. Puede ser interesante en la búsqueda de explicaciones etiopatogénicas en la esquizofrenia o en el autismo. Pero no creo que todo debe ser explicado bajo este prisma. En Psiquiatría tenemos una larga tradición en pretender que un modelo sirva de explicación para todo y este exclusivismo ha sido, en mi opinión, una de las principales dificultades en el avance de nuestra disciplina.

GU: *Frecuentemente se habla de "teoría evolucionaria", y, en el caso de la psiquiatría, no siempre el supuesto cuerpo teórico de tal teoría es desarrollado con alguna amplitud. Así, temas como el de la especiación y extinción de los seres vivos, de las redes termodinámicas que mueven a la biosfera, de los seres vivos como estructuras disipativas y por ello con la capacidad de evolucionar, de la temporalidad biológica, de las teorías de redes y de la complejidad, de los mecanismos de la variación genómica, etcétera, suelen estar ausentes. Lo único que se repite, algo mecánicamente, a nuestro juicio, es el tema de la selección natural, de mutaciones al azar, y, como usted mismo dice, que "el mandamiento de cualquier ser vivo es sobrevivir".*[4] *Desde esta mirada, ¿cuáles son los conceptos teóricos que usted considera necesarios para contextualizar la aplicación de la teoría de la evolución a la psiquiatría?*

R: En primer lugar hay que dejar claro que la Evolución, como tal, es un hecho y no una teoría (el tiempo existe y el tiempo provoca cambios). Negarlo sólo es concebible desde posiciones religiosas y creacionistas (de la nada surgió todo y todo sigue igual). La propia Iglesia Católica admitió la evolución como un hecho probado. Lo que sí es discutible es la importancia de la selección natural como principal motor del proceso de la evolución de los seres vivos. En los últimos 50 años han surgido diversas teorías alternativas al mecanismo de selección natural que propuso Darwin.[5] Las hipótesis más importantes han sido la del equilibrio puntuado (Gould), la simbiogénesis (Margulis), la mutación neutra (Kimura), la evolución por modularidad y los procesos que ahora se engloban en el evo-devo (evolución y desarrollo) (Bellido). Este debate es muy profundo y complejo en la Biología y, por lo tanto, puede ser también relevante, aunque con cierta distancia, en cualquier explicación biológica de los trastornos psiquiátricos.

Sin embargo, en mi opinión, lo esencial que plantea la TE para la Psiquiatría conecta mucho con el objetivo central de la antropología física y la etología. Hasta ahora, las principales corrientes de la psicología han tratado de explicar el origen de la mente desde la ontogénesis (Freud, Piaget), pero el niño no es una tabula rasa. Nace con unos genes específicos que le permiten convertirse en un ser humano y no en otro animal. Hasta ahora la psicología y la psicopatología se han preocupado mucho de contestar la pregunta: ¿Por qué somos diferentes unos de otros? El planteamiento que aporta la visión desde la Evolución es: ¿En qué somos todos iguales como especie independientemente de la cultura? Esta pregunta tiene muchos niveles de respuesta: genético, anatómico, fisiológico y conductual. Se trata de contestar, desde la biología, a la ya antigua cuestión filosófica de la naturaleza humana. La diferencia es que hoy tenemos instrumentos y técnicas para abordar esta eterna cuestión de forma empírica.

En resumen, el aspecto esencial, al menos en mi forma de entenderlo, de la TE en la psicología y la psiquiatría es que nos permite profundizar en el conocimiento de nuestra naturaleza como especie y esto es clave para la comprensión de los orígenes de nuestra conducta tanto normal como patológica.

GU: *En su último libro "En búsqueda de la memoria"*[6] *Eric Kandel relata su autobiografía al unísono con una precisa y bien documentada biografía de la neurobiología. En esta última biografía, la idea de que la memoria debía estudiarse a un nivel celular, y no necesariamente al nivel de redes cerebrales más complejas, culminó en sus conocidos trabajos sobre los mecanismos moleculares de la memoria de corto y largo plazo, entre muchos otros hallazgos relevantes, como por ejemplo los del diálogo molecular permanente entre genoma y ambiente, diálogo que parece ser el mismo que opera en distintos niveles de la escala filogenética. Por su parte, la psiquiatría busca los componentes genéticos, y específicamente los genes, involucrados en los complejos fenotipos de lo que llamamos "trastornos mentales". Sin embargo, estos últimos son construcciones borrosas, sobrepuestas y que*

[4] Sanjuán J, Cela CJ. *La profecía de Darwin: del origen de la mente a la psicopatología*. Ars Medica, Barcelona, 2005

[5] Sanpedro J. *Deconstruyendo a Darwin*. Crítica, Barcelona, 2002.

[6] Kandel E. *In Search of Memory.* WW. Norton & Company, New York, 2006.

están, por lo mismo, sometidos a permanentes y fundadas críticas. ¿Cómo es posible hacer investigación precisa de entidades imprecisas?

R: Es una buena cuestión. Hay que recordar, en primer lugar, que la Medicina es, pese a todos sus intentos de convertirse en ciencia, una disciplina esencialmente empírica donde se aplica lo que funciona y luego se crea una teoría para justificar el por qué. En este sentido, la función esencial del Psiquiatra es ayudar a sus pacientes aunque el clínico no tenga un conocimiento profundo de los mecanismos biológicos de la enfermedad mental. Las clasificaciones surgen, en primer lugar, como una necesidad humana de poner nombre a las cosas y de ahorrar energía explicativa. La nosología psiquiátrica nace de la observación de conductas anómalas con un curso determinado. Se decidió poner nombre a esas observaciones, pero, como es normal, había muchos lenguajes para describir síndromes parecidos. A finales de los años 1970, cansados de la falta de acuerdo terminológico y por presión de la industria farmacéutica que requería diagnósticos bien establecidos para proponer una indicación terapéutica de sus moléculas, la APA apostó (y luego la CIE le siguió) a elaborar una clasificación con criterios operativos establecidos por consenso de grupos de expertos. Todo eso supuso un gran avance. Fue, y es, muy importante establecer un lenguaje común. Pero ese lenguaje no tiene nada que ver con la naturaleza biológica de la conducta. La nosología actual sirve para hacer un informe, para incluir a un paciente en un ensayo clínico o para realizar un estudio epidemiológico, pero deja completamente al margen la biología. La Naturaleza no intervino en la definición de los criterios operativos DSM o CIE. La muestra más clara de esto es que después de miles de estudios seguimos sin encontrar un solo marcador biológico que sea especifico y útil en el diagnóstico clínico en ninguna de las entidades creadas por consenso.

Si lo que queremos es que la nosología esté basada en la biología (deseo que es perfectamente cuestionable), debemos mirar a los datos genéticos sin atender a las entidades. Lo que nos dice, hoy por hoy, la genética es que dichas entidades sencillamente no existen como tales. Sólo hay sistemas funcionales alterados en mayor o en menor medida que desembocan en síndromes dimensiónales que a su vez cambian en el curso del tiempo.

El problema es encontrar una alternativa al DSM o CIE. Lo que ahora nos piden los genetistas es que definamos sobre qué fenotipos queremos hacer los estudios. Si no son los del DSM-IV habrá que utilizar otros criterios. La cuestión de los fenotipos alternativos en Psiquiatría es un aspecto tan esencial de la investigación como controvertido.[7] Mi postura es que debemos estudiar la manifestación conductual más simple en psicopatología. Esto significa volver al estudio de los síntomas y no de los síndromes.[8] En este sentido coincido plenamente con lo que defiende el profesor Germán Berríos.

GU: *En su libro* La profecía de Darwin,[4] *usted es crítico de lo que llama "especulación" en el campo de la psicología evolucionaria, y señala que prefiere las estrategias de investigación de abajo-arriba, respecto de las de arriba-abajo, habituales en estas materias. En 1992*[9] *Freeman señalaba que las bibliotecas psiquiátricas están llenas de información que nadie consulta o recuerda. "Existen montañas de datos sobre el líquido cefalorraquídeo, sobre metabolitos plasmáticos, excreción urinaria, electroencefalografía, potenciales evocados, etcétera. Obtener estos datos fue caro y ahora no son valorados, replicados ni recobrados, porque había escasa o ninguna teoría que especificara qué medir, en qué condiciones y con qué expectativas de resultado. Esta no es la clase de caos del cual podemos estar orgullosos" –concluye Freeman. ¿No corremos el riesgo, con los estudios de abajo-arriba, de empezar a acumular datos genéticos que no sabremos luego cómo integrar teóricamente? ¿No resulta necesaria esa especulación y esos estudios de arriba-abajo (se basen o no en datos neurobiológicos) para formular teorías coherentes? De hecho, Darwin formuló su teoría en una época en que ni siquiera se entendía cómo funcionaba una célula. Casi podría decirse que su teoría es "descriptivo fenomenológica".*

R: También ésta es una cuestión importante y controvertida. En psiquiatría hemos tenido muchas teorías explicativas basada en pocos datos (el psicoanálisis por ejemplo) y otras veces muchos datos sin una teoría que los expliquen (la mayoría de la investigación biológica). Mi principal crítica a la Psicología Evolucionista es que ignora los datos biológicos sobre el cerebro. Tenemos pocos datos seguros de las bases biológicas de los trastornos mentales, pero tenemos muchos datos, cada vez más importantes, de cómo funciona el cerebro normal. Muchos libros de psicología evolucionista no dedican ni una sola página al funcionamiento cerebral. ¿Cómo pueden decir que se basan en lo biológico sin tener en

---

7 Gottesman II, Gould TD. Am J Psychiatry. 2003; 160: 636-645

8 Sanjuán J. En busca de nuevos endofenotipos: la vuelta al síntoma. Archivos de Psiquiatría 2003; 66: 169-171.

9 Freeman W. Chaos in psychiatry. Biol Psychiatry 1992; 31: 375-378

cuenta nuestros conocimientos actuales neurobiológicos? Las aportaciones de Kandel, Damasio, Ledoux, Pankseep (por citar algunos) son importantísimas para nuestra disciplina, y no las podemos ignorar.

El planteamiento de abajo arriba tiene que ver con una aspiración, quizás demasiado ambiciosa, de encontrar el sentido último del funcionamiento biológico. Y el sentido último está, en mi opinión, en la comprensión del origen. La Medicina no avanzó hasta que no asumió que la anatomía comparada y el estudio de la anatomía y la fisiología animal podían tener interés para la anatomía y la fisiología humana. Hoy en día la genética nos permite realizar un rastreo fascinante, e imposible sólo hace unos años, del origen de nuestros genes. Ahora bien, la genética por sí sola nunca resolverá la comprensión de la conducta humana. Es verdad que se puede caer en tener un acumulo de datos y no saber cómo interpretarlos. Lo que necesitamos son equipos multidisciplinares. En nuestro grupo estamos colaborando psiquiatras, psicólogos, lingüistas, biólogos moleculares, radiólogos, químicos, informáticos, matemáticos, etcétera. Tenemos la suerte de haber encontrado objetivos comunes e interrogantes que todos queremos resolver. El gran desafió es si vamos a ser capaces de integrar todos esos lenguajes en una teoría comprensiva común.

Por supuesto estoy totalmente de acuerdo en que hay que arriesgarse a lanzar hipótesis. Como decía el propio Darwin, las teorías falsas no hacen ningún daño a la ciencia (siempre hay alguien que demuestra que son falsas). Los datos falsos, en cambio, sí que pueden hacer mucho daño. Pero una teoría, para que se pueda denominar "científica", tiene que ser, en el sentido que decía Popper, falsable. El problema de muchas hipótesis evolucionistas es que son tan fáciles de formular como difíciles de comprobar. Este es uno de los grandes pecados del psicoanálisis y, en mi opinión, puede serlo también de una parte de la psicología evolucionista. La ciencia no avanza por su capacidad explicativa. Los mitos y la religión han sido continuas alternativas explicativas al razonamiento científico. La ciencia avanza por su capacidad predictiva. No vale sólo por realizar explicaciones *a posteriori*. Por citar un ejemplo en el que estamos trabajando: la depresión posparto. Hagen[10] ha propuesto que la depresión posparto es una forma ancestral que tiene la hembra humana de ahorrar esfuerzo, en lo que se denomina *inversión parental*. La depresión le permitiría a la mujer optimizar esta energía en el cuidado de sus otros hijos.

¿Qué aporta dicha explicación? ¿En qué nos hace avanzar? En mi opinión, en nada. Lo importante es saber identificar los factores de riesgo y poder predecir qué mujeres tienen más probabilidad de depresión para realizar una atención precoz. Esto es precisamente lo que estamos intentando realizar en un estudio multicéntrico, que tengo la suerte y la responsabilidad de coordinar, con casi 2.000 mujeres en España. Queremos llegar a una fórmula que sirva para que el clínico tenga un apoyo en el conocimiento del grado de riesgo que tiene una mujer en el momento del parto de desarrollar un cuadro depresivo. En este estudio incluimos datos demográficos, del grado de apoyo social, clínicos, de personalidad, hormonales y genéticos (350 polimorfismos).

En definitiva, en el planteamiento evolucionista corremos el riesgo (como ocurrió en el psicoanálisis) de quedar seducidos en la belleza explicativa sin preocuparnos de la validez predictiva de dichas teorías.

GU: *Usted y su equipo han estudiado en la esquizofrenia el gen FOXP2, relacionado con la motricidad del lenguaje, sobre la base de que la esquizofrenia sería una enfermedad esencialmente relacionada con el lenguaje.*[11] *No obstante, estos estudios presentan, a nuestro juicio, algunos puntos débiles. Uno de ellos es que la mayor parte de los miembros de la familia inglesa KE, en la cual se descubrió una mutación de una zona de dicho gen, presentaba severas manifestaciones dispráxicas en la articulación de la palabra y un retardo intelectual de mediana severidad. En cambio, los pacientes esquizofrénicos con alteraciones del lenguaje (neologismos, condensaciones, bloqueos, para-respuestas, laxitud asociativa, disgregación, estereotipias verbales, etcétera) –justamente– no presentan ningún tipo de dispraxia del lenguaje ni tampoco retardo intelectual. Además, ustedes han mostrado una correlación estadística significativa entre un polimorfismo de este gen y pacientes esquizofrénicos con alucinaciones auditivas, y no con las alteraciones del lenguaje propiamente esquizofrénicas como las mencionadas antes. ¿Cómo discurre usted para concebir las pseudo-alucinaciones auditivas esquizofrénicas como alteraciones del lenguaje? ¿Por qué no ir directamente a*

[10] Hagen EH. The function of postpartum depression. Evolution and Human Behavior 1999; 20: 325-359.

[11] Sanjuán L, Tolosa A, González J, *et al*. Association between FOXP2 polymorphisms and schizophrenia with auditory hallucinations. Psychiatric Genetics 2006; 16(2); 67-72

alteraciones observables del lenguaje, y no a fenómenos –como las pseudoalucinaciones– que son enteramente subjetivos y que sólo se pueden inducir desde la resonancia magnética funcional?

R: La cuestión es muy pertinente. Quiero aclarar, siguiendo el razonamiento de antes, que el punto de partida nuestro fue centrarnos en el síntoma. La pregunta entonces es: ¿que síntoma podemos escoger, dentro de la psicosis, que sea el que pueda alcanzar una mayor consistencia en cuanto a fiabilidad y especificidad diagnostica? La mayoría de los investigadores actuales se ha centrado en el déficit cognitivo porque es la alteración más estable y de mayor significación en el pronóstico. Sin embargo ningún clínico realiza el diagnóstico de esquizofrenia sobre la base de los problemas neuropsicológicos de estos pacientes, y muy pocos psiquiatras realizan una evaluación neuropsicológica sistemática. El problema con el déficit cognitivo en la esquizofrenia es simple: existe pero es completamente inespecífico.[12]

Los déficit del lenguaje serían otra posibilidad; sin embargo, al menos en nuestro medio, el porcentaje de pacientes con trastornos severos del lenguaje es muy escaso. El 80% de nuestras muestras son esquizofrenias paranoides y el diagnóstico de estos pacientes se basa esencialmente en las alucinaciones y los delirios. En cualquier caso, estoy de acuerdo en que la evaluación del lenguaje es muy interesante y desde hace un año estamos pasando, sistemáticamente, baterías de pruebas de fluidez y comprensión verbal a nuestros pacientes.

Decidimos escoger las alucinaciones auditivas por varias razones:

- Es un síntoma fácil de medir y sobre el que hay una alta fiabilidad inter-examinadores. Para mejorar la evaluación, después de revisar diferentes escalas, hemos traducido y validado la primera escala en español para el estudio de las alucinaciones auditivas: la escala PSYRATS.[13]
- Es casi el único síntoma psiquiátrico que puede ser capturado con técnicas de neuroimagen funcional.[14] No es sólo lo subjetivo que el paciente nos cuenta: hay una activación anómala de las áreas del lenguaje (motoras y perceptivas) y esto le da un valor muy especial. Nosotros hemos diseñado un nuevo paradigma auditivo para el estudio con fMRI[15] y hemos comprobado la importancia del componente emocional en la respuesta a las alucinaciones auditivas en un grupo de alucinadores crónicos.[16]
- Guarda relación directa con el lenguaje-pensamiento. Lo que los esquizofrénicos oyen son voces, no ruidos. Y esto les diferencia de las alucinaciones asociadas a los trastornos neurológicos o a las drogas.

Respecto al tema de la relación con el FOXP2, me gustaría precisar varias cuestiones. Como usted apunta, las alteraciones de la familia KE tienen más que ver con aspectos de la coordinación motora del habla que con los aspectos perceptivos. Pero es que, ¡el lenguaje tiene mucho que ver con los aspectos motores! Las investigaciones de Rizzolati sobre las neuronas en espejo[17] han demostrado, tanto en monos como en humanos, que en el momento que vemos que alguien habla se activan las áreas motoras de Broca, como si nosotros mismos estuviéramos hablando. Parece que este proceso puede ser esencial en el aprendizaje del habla en el niño. Corballis ha formulado la hipótesis de que el FOXP2 pudiera estar relacionado precisamente con esas neuronas en espejo que estarían especialmente desarrolladas en el ser humano por dos cambios en este gen exclusivo de nuestra especie.[18] Lo que usted describe como alteraciones más especificas del lenguaje de la esquizofrenia (neologismos, condensaciones, bloqueos, etc.) son las consideraciones clásicas desde la fenomenología alemana, pero no son las únicas que aparecen, y sobre todo en la actualidad en nuestro entorno, sólo se observan en un porcentaje pequeño de casos. Por otro lado, los esquizofrénicos tienen también alteraciones motoras claramente establecidas. Nuestro grupo realizó un estudio, hace

[12] Sanjuán J, Aguilar E, De Frutos R. Time for a broad phenotype in schizophrenia? Brit J Psychiatry 2006; 188; 190.

[13] González JC, Sanjuán J, Cañete C, Echanove MJ, Leal C. Evaluation of auditory hallucinations: the PSYRATS scale. Actas Esp Psiquiatr 2003; 31: 10-17

[14] McGuire P, Silbersweig DA, Wright I, *et al*. The neural correlates of inner speech and auditory verbal imagery in schizophrenia. Relationship to auditory verbal hallucinations. Br J Psychiatry 1996; 169: 148-159.

[15] Sanjuán J, Lull JJ, Aguilar EJ, Martí-Bonmatí L, Moratal-Pérez D, González JC, Robles M. Un nuevo paradigma auditivo para el estudio de la respuesta emocional en pacientes psicóticos. Actas Esp Psiquiatria 2005; 33(6): 383-389.

[16] Sanjuán J, Lull JJ, Aguilar EJ, *et al*. Enhance cerebral activation with emocional words in schizophrenia. Psychiatric Research Neuroimaging (in press)

[17] Rizzolatti G, Craighero L. The mirror-neuron system. Annu Rev Neurosci 2004; 27: 169-192.

[18] Corballis MC. FOXP2 and the mirror system. Trends Cogn Sci 2004; 8(3): 95-96.

algunos años, confirmando las dificultades, sobre todo en la coordinación motora, en estos pacientes.[19]

En cualquier caso, asumimos que nuestros hallazgos de asociación genética entre esquizofrénicos alucinadores y el haplotipo de riesgo del FOXP2 puede ser un falso positivo. Todo el que esté metido en investigación genética sabe que nunca se debe descartar esta posibilidad y nuestro hallazgo precisa de réplicas. Lo que sí me gustaría resaltar es que no escogimos las alucinaciones auditivas y el FOXP2 al azar. Toda esta investigación está enmarcada en un modelo explicativo de las alucinaciones auditivas.[20] Modelo que puede ser equivocado pero que es empíricamente comprobable.

GU: *Crow sostiene que la esquizofrenia es una enfermedad específicamente humana, relacionada con la lateralización hemisférica y con la aparición de las áreas de Broca y Wernicke.*[21] *Sin embargo, ¿es posible excluir la posibilidad de que, en otros primates, las deficiencias de conectividad en el cerebro social, que algunos autores*[22, 23] *postulan como un hecho central en la etiopatogenia de la esquizofrenia, produzcan una patología que se expresa de manera diferente? ¿No es natural pensar que tales deficiencias –suponiendo que sean las mismas– podrían afectar estructuras más básicas del cerebro, y no sólo las áreas del lenguaje humano? ¿No le parece que hay una cadena un poco forzada al decir: la característica esencial del homo sapiens es el lenguaje (en términos de Ferdinand de Saussure*[24]*), la esquizofrenia es una alteración del lenguaje, luego, la esquizofrenia es exclusivamente humana? ¿No podría ese concepto desviar y no trivialmente, la investigación de las psicosis?*

R: Hay tres aspectos que conviene diferenciar:

Postulado primero: ¿Es la esquizofrenia una enfermedad específicamente humana? Esta idea no es de Crow: la han tenido y admiten numerosos autores clásicos y modernos. Se basa esencialmente en que en las manifestaciones clínicas de este trastorno destacan las alteraciones del lenguaje-pensamiento o de la conciencia (funciones que nos atribuimos como exclusivas de nuestra especie). Sin embargo, está claro que para que emerjan estas funciones en nuestra especie tienen que asentar en genes y en estructuras cerebrales previas. No pueden surgir espontáneamente como algo nuevo añadido, pues sencillamente los mecanismos de la evolución cerebral no trabajan así. Funcionan siempre sobre lo que ya tenemos. En este sentido, por supuesto que en el lenguaje y en la esquizofrenia tienen necesariamente que estar implicadas estructuras y genes más básicos.

Pero aquí estamos hablando de genética evolutiva y anatomía comparada, no de la cognición social. Es evidente que en un sentido amplio la cognición social se da ya en un grado mayor o menor en muchos animales. Las formulaciones de Burns o la que usted mismo realizó en esta revista[25] son muy interesantes, pero adolecen de hipótesis empíricamente comprobables. En la última reunión internacional sobre esquizofrenia en Davos (Suiza) hubo un interesante debate sobre esta cuestión donde tuve la oportunidad de participar. Tanto Burns y Brune, defensores del modelo de la evolución cerebral y de la cognición social, reconocieron este problema en sus hipótesis. De hecho, ambos me propusieron, después del debate, realizar un estudio colaborativo. En este momento lo hemos iniciado con Burns y estamos empezando a recoger muestras de ADN de pacientes psicóticos de Sudáfrica para comprobar, en una población muy diferenciada de la española, los hallazgos con el FOXP2.

Postulado segundo: ¿Debemos centrarnos en el lenguaje como alteración central en la esquizofrenia? Bien, como ya explique en las preguntas anteriores, en mi opinión debemos centrarnos en los síntomas más sencillos y fáciles de medir (las alucinaciones auditivas son uno de los mejores candidatos). En este sentido, aunque el punto de partida nuestro es el mismo que el de Crow, nuestro camino es diferente. Para Tim sí que hay que centrarse en el lenguaje y en las asimetrías hemisféricas, para nosotros hay que partir de los síntomas que usamos los clínicos para hacer el diagnós-

[19] Seisdedos RT, Sanjuán J, Gómez-Beneyto M, Cercos CL. Early age of onset, brain morphological changes and non-consistent motor asymmetry in schizophrenic patients. Schizophr Res 1999; 37(3): 225-231.

[20] Sanjuán J, Nájera C, De Frutos R, Moltó MD. Genética de las alucinaciones auditivas. Current Psychiatry Reports (edic. en español) 2005; 2: 34-46.

[21] Crow T. Is Schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? Schizophrenia Res 1997; 28(2-3): 127-141.

[22] Moises H, *et al*. The glial factors deficiency and synaptic destabilization hypothesis of schizophrenia. BMC Psychiatry 2002; 2: 8.

[23] Burns J. *An evolutionary theory of schizophrenia: Cortical connectivity, metarepresentation and the social brain*. Behavioral and Brain Sciences, Cambridge University Press, (in press), 2003.

[24] De Saussure F. *Curso de lingüística general*. Ed. Losada, Buenos Aires, 1971.

[25] Ojeda C. Evolución, Neurodesarrollo y Esquizofrenia. Rev GU 2006; 1: 97-108.

tico. En este aspecto quiero añadir que aunque Crow era muy escéptico respecto al FOXP2, en la actualidad ha cambiado su opinión (quizás en parte gracias a que tenemos desde hace unos meses una becaria nuestra, A. Tolosa, trabajando con él en Oxford sobre aspectos epigenéticos del FOXP2) y me ha llegado a proponer realizar una reunión específica sobre el FOXP2. Ya veremos en qué queda todo.

Postulado tercero: ¿Desviar la investigación de la psicosis? Su pregunta se puede entender en dos sentidos. En primer lugar en el de hacer un cambio de rumbo en la investigación. La respuesta es: ¡Esperemos que sí! Hay que recordar que pese a los avances en neurociencias y en genética, los resultados seguros con respecto a las bases biológicas de las psicosis siguen siendo mínimos. Por ejemplo, la hipótesis de D. Weimberger implicando el gen de la COMT en la memoria de trabajo de la esquizofrenia, que se daba por segura hace tan sólo dos años, sabemos hoy, después de tres meta-análisis con resultados negativos, que si de algo estamos seguros es que el gen de la COMT no tiene implicaciones en la esquizofrenia. Por tanto, necesitamos de nuevos caminos. La TE y el entender la esquizofrenia como un trastorno específicamente humano pueden abrirlos.

El segundo sentido que se le puede dar a su pregunta es que nos estemos desviando buscando aspectos más relacionados con las diferencias genéticas y cerebrales de nuestra especie que con la psicosis. La hipótesis que sostenemos es que ambas investigaciones están íntimamente relacionadas. Es decir, si nuestra hipótesis es correcta, no es una desviación, es el mismo camino. Uno de los caminos más apasionantes que puede ofrecer la investigación en la actualidad es la búsqueda, al mismo tiempo, de las causas de la locura y de nuestras señas de identidad biológica como seres humanos.

GU: *A nombre de los lectores de GU le agradecemos su participación en esta entrevista y lo invitamos a agregar lo que usted estime conveniente. Para GU sería un honor si usted decide enviarnos algunos de sus trabajos, reflexiones u opiniones.*

R: Agradezco mucho la oportunidad que me ha dado GU de comentar nuestro trabajo y espero que pueda servir para abrir las líneas de investigación conjuntas en un futuro. Quiero agradecer de forma especial a Enrique Jadresic, Carlos Téllez, Jaime Santander, Otto Dörr, César Ojeda y Pedro Retamal su amabilísima acogida en mi breve estancia en Santiago de Chile.

OBRAS SELECCIONADAS DE JULIO SANJUÁN

Libros

- Sanjuán J. *Evolución cerebral y psicopatología*. Triacastela, Madrid, 2000
- Sanjuán J. Cela-Conde CJ. *La Profecía de Darwin. Del origen de la mente a la psicopatología.* Ars Medica, Barcelona, 2005

Articulos

- Sanjuán J, Tolosa A, González JC, Aguilar EJ, Molto MD, Najera C, De Frutos R. FOXP2 polymorphisms in schizophrenia with auditory hallucinations. Psychiatric Genetics 2006; 16(2); 67-72
- Sanjuán J, Aguilar EJ, Olivares JM, Ros S, Montejo AL, Mayoral F, González-Torres MA, Bousoño M. Subjective perception of cognitive deficit in psychotic patients. J Nerv Ment Disease 2006; 194(1): 58-60
- Sanjuán J, González JC, Aguilar EJ, Leal C, Os J. Pleasurable auditory hallucinations. Acta Psychiatr Scand 2004; 110(4): 273-278
- Sanjuán J, Toirac I, González JC, Leal C, Moltó MD, Nájera C, De Frutos R. The CCK-A receptor gene possibly associated with persistent auditory hallucinations in schizophrenia. European Psychiatry 2004; 19: 349-353
- Sanjuán J, Tolosa A, González JC, Aguillar EJ, Moltó MD, Nájera C, De Frutos R. FOXP2 polymorphisms in patients with schizophrenia. Schizophrenia Research 2005; 73: 253-256

REVISIÓN

TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS EN LA ESQUIZOFRENIA[1]

(Rev GU 2006; 2; 4: 400-409)

Gricel Orellana[2], Andrea Slachevsky[3]

La esquizofrenia (EQZ) es una enfermedad mental de alta prevalencia (1%). Es una de las enfermedades mentales más invalidantes dado que se inicia en etapas precoces del ciclo vital (la adolescencia) y que se asocia a un deterioro cognitivo y social importante. Tiene un carácter crónico y no existe hasta ahora un tratamiento que logre la remisión absoluta de la enfermedad. La literatura reciente ha procurado caracterizar la prevalencia, el grado y la naturaleza de las anormalidades neuropsicológicas en esta enfermedad. No obstante, no están claros los procesos cognitivos disfuncionales a la base de las diferentes anormalidades neuropsicológicas, por lo que ha sido difícil determinar las bases neurobiológicas de los trastornos observados. Los paradigmas neurocognitivos están siendo utilizados en forma creciente para estudiar la EQZ. Tales paradigmas utilizan tests experimentales y clínicos para caracterizar mejor las anormalidades cognitivas en esta enfermedad. Este acercamiento difiere de las investigaciones psicológicas previas, por el uso de pruebas neurocognitivas validadas en poblaciones con lesiones cerebrales o por estudios con neuroimágenes funcionales en controles sanos. El estudio de los rendimientos de los pacientes con EQZ en las pruebas neurocognitivas ha permitido identificar déficit cognitivos centrales que podrían explicar una proporción significativa de la morbilidad social y vocacional en esta enfermedad. El objetivo de esta revisión es describir estos estudios, los cuales han contribuido a hacer inferencias de sistemas neurales disfuncionales en la EQZ.

INTRODUCCIÓN

La EQZ es uno de los problemas de salud pública más importantes que enfrenta la sociedad humana. Afecta al 1% de la población mundial, generalmente se inicia en la adolescencia y en la edad adulta joven, y persiste para toda la vida del paciente; es más frecuente y severa en hombres. La enfermedad se asocia a un deterioro psicosocial importante. La mayoría de la gente que desarrolla esquizofrenia no puede volver al trabajo o retomar sus estudios y no logra establecer interacciones sociales normales. Adicionalmente, un 10% de

[1] Financiado por Fondecyt Nº 1020333.
[2] Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. E-mail: gorellan@med.uchile.cl.
[3] Departamento de Farmacología, Instituto de Ciencias Biomédicas y Departamento de Ciencias Neurológicas, Facultad de Medicina, U. de Chile. Unidad de Neurología Cognitiva y Demencias, Servicio de Neurología, Hospital del Salvador, Santiago, Chile.

los pacientes con EQZ se suicida. Los tratamientos disponibles en los últimos años reducen este sufrimiento, pero dos tercios de los que desarrollan EQZ requieren asistencia continua de los sistemas públicos de salud. Los costos para la sociedad son millonarios (Rossler *et al*. 2005).

Esta enfermedad mental se manifiesta con signos y síntomas que abarcan el rango entero de la actividad mental humana, tales como la capacidad de pensar en forma creativa, de tener relaciones sociales cercanas con otros seres humanos, de utilizar el lenguaje y expresar ideas con claridad o para experimentar y expresar una variedad de emociones. La gente con EQZ es atormentada por experiencias intrusivas tales como percepciones sin objeto real (alucinaciones auditivas) o creencias de que fuerzas externas los están persiguiendo o dañando (delirios) (Andreasen 2000).

Los síntomas clínicos de la EQZ se han agrupado en tres síndromes (Kuperberg and Heckers 2000):

i) Distorsión de la realidad o síntomas positivos caracterizados por delirios y alucinaciones
ii) Empobrecimiento psicomotor, que incluye los síntomas "negativos" de la EQZ tales como el aislamiento social, el aplanamiento afectivo, la alogia, la apatía y el retardo psicomotor,
iii) Síntomas desorganizados caracterizados por un discurso desorganizado y conductas desorganizadas, es decir, no adaptado al cumplimiento de una meta.

Según la importancia de los síntomas, la EQZ se clasifica en paranoide, catatónica, desorganizada e indiferenciada.

La etiología de la EQZ actualmente no está clara y es motivo de intensa investigación en diferentes dominios de la neurobiología. Como muchas enfermedades comunes, la EQZ tendría una etiología multifactorial.

Los esfuerzos en identificar la fisiopatología de la EQZ se centran actualmente en varias líneas generales de investigación: (i) examen del mecanismo de la acción de las drogas que alivian los síntomas, (ii) examen de anormalidades neuroanatómicas en los cerebros de los pacientes, (iii) examen de los genes que confieren susceptibilidad a padecer EQZ, (iv) examen de etiologías ambientales, y (v) examen de las alteraciones neuropsicológicas.

La **neuropsicología** es la rama de las neurociencias que estudia los trastornos cognitivos secundarios a lesiones o disfunciones cerebrales e intenta establecer el substrato neuroanatómico de las funciones cognitivas y del comportamiento (Lezak 1995). El principal método de la neuropsicología es el lesional, que consiste en el estudio del rendimiento de pacientes con lesiones o disfunciones cerebrales en evaluaciones que reflejen el funcionamiento cognitivo.

La neuropsicología y los paradigmas neurocognitivos están siendo utilizados en forma creciente para estudiar la EQZ con el objetivo de identificar las estructuras y sistemas cerebrales disfuncionales que subtienden los trastornos cognitivos y conductuales de esta enfermedad (Heinrichs and Zakzanis 1998). Estos paradigmas neurocognitivos utilizan tests experimentales y clínicos para caracterizar mejor las anormalidades cognitivas y difieren de las investigaciones psicológicas previas, por el uso de pruebas neurocognitivas validadas en poblaciones con lesiones cerebrales o por estudios con neuroimágenes funcionales en controles sanos (Pantelis *et al*. 2002). El estudio de los rendimientos de los pacientes con EQZ en las pruebas neurocognitivas ha permitido identificar déficit cognitivos centrales que podrían explicar una proporción significativa de la morbilidad social y vocacional en esta enfermedad (Addington and Addington 1999; Dickerson *et al*. 1999) Tal como mencionábamos, estos estudios también han contribuido a hacer inferencias sobre los sistemas neurales disfuncionales en la EQZ (Goldberg and Gold 2000). En este artículo haremos una revisión de las principales alteraciones neuropsicológicas de la EQZ terminando con una breve presentación de los sistemas neurales disfuncionales en la EQZ y de los modelos neurocognitivos que intentan explicar esas alteraciones.

II. ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS EN LA EQZ

Las anormalidades cognitivas fueron tempranamente observadas por los investigadores de la EQZ. Kraepelin, en 1919, comentaba que la "eficacia mental está siempre disminuida en un grado considerable. Los pacientes están distraídos, inatentos y no pueden mantener el pensamiento en su mente". En la década de los años 1940, preneuroléptica, Rapaport describió que los pacientes rendían peor que los controles en pruebas que evaluaban juicio, concentración, capacidad de planificar y anticipar junto con un deterioro en la formación de conceptos y en la memoria. Hunt y Cofer en 1944 observaron que el cociente intelectual (CI) de los EQZ era más bajo que el de controles normales. Malec en 1978 revisó una serie de estudios en que usaban amplias baterías neuropsicológicas y que demostraban que los EQZ crónicos no podían ser discriminados confiablemente de poblaciones con lesiones cerebrales. Posteriormente se relacionó la ejecución deteriorada en el test de Wisconsin con la hipoactivación de la corteza prefrontal, medida

con técnicas de neuroimagen funcional. Los estudios neuropsicológicos han mostrado que los síntomas clínicos más prominentes exhibidos por los pacientes con EQZ incluyen: distracción, pérdida de asociaciones y comportamiento desorganizado o socialmente inadecuado (Braver *et al*. 1999; Goldberg and Gold 2000).

Tres preguntas fundamentales han guiado los estudios sobre la cognición en la esquizofrenia:

A. ¿Cuáles son la frecuencia y la característica de los trastornos cognitivos en los pacientes con EQZ?
B. ¿Los trastornos cognitivos son una consecuencia de la enfermedad o son secundarios al uso de neurolépticos?
C. ¿Los trastornos cognitivos varían de acuerdo al tipo clínico de la esquizofrenia?

¿Cuál es la frecuencia y la característica de los trastornos cognitivos en los pacientes con EQZ?

La literatura reciente ha procurado caracterizar la prevalencia, el grado y la naturaleza de las anormalidades neuropsicológicas en la EQZ. Los estudios son consistentes en que los pacientes con EQZ presentan un deterioro cognitivo en un 75% de los casos, el que afecta diversas funciones cognitivas. Estos déficits no son globales y generalizados, bien por el contrario, son selectivos y específicos, manifestando diversos patrones de asociaciones y disociaciones de rendimientos en diferentes tareas cognitivas (Kuperberg and Heckers 2000). Particularmente prominentes son los déficits en memoria (especialmente la memoria verbal), en atención y en las funciones ejecutivas. Adicionalmente, se han descrito trastornos en las habilidades motoras, el lenguaje y la eficiencia cognitiva global o inteligencia. Los déficit neuropsicológicos antes mencionados pueden estar disociados de los síntomas psiquiátricos y se han asociado a la disfunción social de la EQZ (Addington and Addington 1999; Donohoe and Robertson 2003; O'Carroll 2000).

A continuación detallaremos los diferentes trastornos neuropsicológicos descritos en la EQZ.

1. Trastornos de los movimientos voluntarios

Los movimientos voluntarios e involuntarios anormales son frecuentes en la EQZ. Diversos estudios sugieren una función motora anormal independiente del efecto neuroléptico. Los pacientes tienden a ser más lentos en iniciar los movimientos; además, cuando los pacientes realizan actos motores simples, tales como presionar un botón, éste se ha caracterizado como anormalmente irregular. En tareas grafomotoras se han observado conductas motoras perseverativas. Hay evidencias electrofisiológicas que el procesamiento preparatorio voluntario, presente antes de la iniciación de un acto, está retardado en la EQZ.

Los trastornos motores han sido especialmente estudiados en el sistema oculomotor. Hace más de 80 años Difendorf y Dogde divulgaron que el seguimiento ocular estaba deteriorado en la EQZ. Posteriormente esta observación se ha replicado numerosas veces. Los esquizofrénicos muestran varias anormalidades cuando están concentrados en la acción de mirar un objeto: por ejemplo no pueden aparear bien su mirada con la velocidad del blanco. También muestran intrusión de movimientos sacádicos cuando deberían realizar un seguimiento visual homogéneamente. El seguimiento anormal se ha observado en EQZ crónica y de primer episodio y no está relacionado con el tratamiento neuroléptico. Varios grupos independientes han divulgado una frecuencia creciente del seguimiento visual anormal en los parientes de primer grado de EQZ, sugiriendo que las anormalidades del movimiento ocular pueden ser un marcador de la vulnerabilidad a esta enfermedad. Además esta anormalidad ha sido asociada con las pruebas neuropsicológicas frontales, sugiriendo que el déficit de los movimientos oculares puede ser otra manifestación de patología frontal en la EQZ (Goldberg and Gold 2000).

Finalmente, los pacientes con EQZ presentan rendimientos disminuidos en las formas más complejas de ejecución motora que implican un ajuste continuo para adaptarse a cambios del entorno (Fourneret *et al*. 2001). Los EQZ tienen dificultades notables en supervisar sus propias acciones y fallan a menudo en corregir sus errores. Muchos de los temas que están bien desarrollados en la literatura de funciones cognitivas más complejas en EQZ se pueden detectar en el dominio motor, por lo que se ha hipotetizado que muchas de las anormalidades en la EQZ estarían situadas primariamente en la etapa de preparación, de ejecución y de supervisión de la respuesta motora (Donohoe and Robertson 2003; Fourneret *et al*. 2002; Fourneret *et al*. 2001).

2. Trastornos de las funciones ejecutivas

El déficit cognitivo más comúnmente observado en la EQZ son los observados en los tests neuropsicológicos de funciones ejecutivas. En efecto, estas pruebas miden la habilidad para planificar, organizar o para generar estrategias nuevas para resolver problemas, exigiendo que la información meta-relacionada se deba representar y actualizar apropiadamente.

Cada uno de aquellos diferentes procesos cognitivos depende de la función normal de la corteza prefrontal (CPF). Los EQZ muestran déficit en tareas que miden conceptualización, planificación, flexibilidad cognitiva, coordinación de tareas duales, capacidad para resolver problemas complejos y memoria de trabajo (MT). Los déficit en la MT visoespacial, tales como las de respuesta retardada, y en MT verbal son un hallazgo prominente y fundamental en la EQZ. Los estudios en neuroimágenes funcionales muestran un compromiso en la CPF dorsolateral en tests de MT en EQZ (Callicott *et al*. 2003). Los EQZ presentan déficit en la flexibilidad cognitiva, evidenciados en tareas tales como el WCST y el Trail Making Test B. Los pacientes esquizofrénicos, al igual que los pacientes con lesiones frontales, tienen dificultades para inhibir respuestas aprendidas previamente y como consecuencia ellos son incapaces para cambiar su atención a los estímulos relevantes, cometiendo errores de perseveración. Los pacientes también exhiben alteraciones en las tareas que miden capacidad de planificación, tal como la Torre de Londres. Finalmente, investigaciones recientes con paradigmas de tareas duales han proporcionado evidencias que los pacientes presentan rendimientos disminuidos cuando tienen que realizar dos tareas simultáneamente o alternar entre dos tareas diferentes (Goldberg and Gold 2000). Desde el punto de vista cognitivo, las lesiones del circuito orbitofrontal se han asociado con un deterioro en las tareas "responder-no responder" (*Go-NoGo*), indicando una incapacidad para suprimir una respuesta inapropiada, rendimientos disminuidos en tareas de toma de decisión (especialmente cuando están implicadas variables emocionales) y en tareas de autorregulación del comportamiento. Lesiones de este circuito también causan una disminución de la capacidad de identificar olores. Existen limitados estudios que exploren este circuito en la EQZ, aunque se ha demostrado en esta población cierto déficit en la identificación de olores. El estudio de la toma de decisiones ha arrojado resultados contradictorios: en un estudio con pocos pacientes los rendimientos de los EQZ no diferían de los controles, pero en otro más reciente los pacientes presentaban rendimientos disminuidos (Ritter *et al*. 2004).

Tal como hemos revisado, los trastornos en las pruebas ejecutivas aplicadas a esquizofrénicos son consistentes con la evidencia derivada en neuroimágenes funcionales que han mostrado una hipofunción de la CPF durante la realización de dichas tareas. No obstante, tal como explicaremos a continuación, no se puede afirmar que la disfunción en los tests ejecutivos es atribuible a una patología exclusiva de la CPF. Los trastornos en las funciones ejecutivas son considerados un elemento central de la clínica de la EQZ y se ha sugerido que los síntomas negativos se explicarían por esa disfunción ejecutiva (Donohoe and Robertson 2003).

3. Trastornos de la memoria

Trastornos de intensidad moderada a severa en el aprendizaje verbal y en la memoria son uno de los hallazgos más consistentes en la EQZ (Bowie and Harvey 2005). La memoria se divide en varios subsistemas:

i) la memoria declarativa o explícita que contiene los hechos del mundo y los acontecimientos personales del pasado que es necesario recuperar de manera consciente para recordarlos. La memoria declarativa se divide, a su vez, en la memoria episódica declarativa, también llamada memoria contextualizada en el tiempo y espacio, que contiene la información relativa a sucesos acontecidos en un momento y lugar determinados, y la memoria semántica, que contiene información que no está contextualizada en el tiempo y espacio como el significado de las palabras y/o capacidad de reconocer objetos y/o seres vivos, y el uso o función de los objetos y/o seres vivos, y
ii) la memoria implícita o procedural, que corresponde al aprendizaje y conservación de destrezas y habilidades, como peinarse o montar en bicicleta. Estos procedimientos se automatizan y no precisan de una ejecución consciente.

La memoria episódica explícita y el aprendizaje verbal se evalúan solicitándole al sujeto aprender nueva información, sea escuchando una historia breve (aprendizaje de un parágrafo o prosa) o tratando de aprender una lista de palabras en varios ensayos sucesivos (aprendizaje en una serie de ensayos). El sujeto debe recordar los ítem previamente aprendidos sea de manera espontánea (recuerdo diferido libre) o con la introducción de índices para facilitar la evocación de material previamente aprendida (recuerdo diferido con claves o facilitado) o se le solicita identificar las palabras previamente aprendidas dentro de una lista de palabras con distractores o palabras no aprendidas (reconocimiento diferido). Existe una importante variabilidad en las capacidades mnésicas de los pacientes con EQZ. En general, se observan trastornos más severos en las capacidades mnésicas en comparación a otros dominios cognitivos. El patrón de trastorno se caracteriza por una disminución de las capacidades de aprendizaje y del recuerdo diferido y preservación del

reconocimiento (Paulsen *et al*. 1995). En el aprendizaje se ha observado una aplicación deficiente de estrategias para memorizar información nueva.

Por ejemplo, muchas listas de palabras contienen palabras de una misma categoría semántica, tal como prendas de vestir o frutas. El uso de esas categorías semánticas para codificar y recordar las palabras, en comparación a recordar las palabras según el orden de presentación en la lista a aprender, se traduce en una mayor eficiencia en el aprendizaje. Los EQZ no usan esas estrategias de aprendizaje de manera tan eficiente como controles sanos (Bowie and Harvey 2005). Otros procesos implicados en la capacidad de memorización tal como la tasa de olvido y la susceptibilidad a la interferencia parecen estar preservados (Kim *et al*. 2004). Además del trastorno en el aprendizaje de lista de palabras, los EQZ también presentan rendimientos disminuidos al recordar una prosa, tarea altamente dependiente del contexto, lo que se ha atribuido a una incapacidad de tratar el contexto y se ha relacionado con una disfunción frontal.

Los estudios sobre memoria visual se han limitado por el uso de tests visuales fácilmente verbalizados. Con el uso del aprendizaje de *aparear-asociado*, un test de memoria visual no verbalizable, en el cual se aparean patrones gráficos con localizaciones espaciales, se mostró que sólo los EQZ crónicos presentaban rendimientos disminuidos en relación a los controles. Este resultado sugiere la existencia de una disfunción hipocampal derecha en la EQZ, que se ha correlacionado con la existencia de una atrofia del hipocampo (Pantelis *et al*. 2002).

Diversos estudios han mostrado la existencia de un trastorno de la memoria semántica demencial (ver sección sobre trastornos del lenguaje en la EQZ). El grado de trastorno de la memoria semántica en algunos pacientes iguala a los trastornos de los pacientes con enfermedad de Alzheimer (McKay *et al*. 1996).

Tal como mencionábamos, otro componente fundamental de la memoria es la memoria implícita que interviene en el aprendizaje no consciente, por ejemplo la capacidad de aprendizaje, ítem específico al realizar tareas en las cuales los estímulos se han mostrado previamente de manera encubierta. Los EQZ exhiben una memoria implícita normal en tareas que implican la identificación de material perceptualmente degradado y en tareas semánticas (Goldberg and Gold 2000).

La memoria procedural, o capacidad de aprender destrezas y actos motores, está preservada o mínimamente alterada (Sharma and Antonova 2003). No está claro si el trastorno observado en la memoria procedural es secundario a la enfermedad o es un efecto adverso al tratamiento con neuroléptico (Sharma and Antonova 2003).

4. Trastornos del lenguaje

Los pacientes con EQZ tienen rendimientos disminuidos en tests de fluencia verbal, en los cuales deben decir palabras que empiezan con una letra específica (fluencia fonológica) o pertenecen a una misma categoría semántica; por ejemplo, nombres de animales o frutas (fluencia semántica). Los rendimientos disminuidos en los tests de fluencia verbal pueden explicarse por un defecto de almacenamiento o dificultad de acceso a la información verbal. En la EQZ existen dificultades en recuperar las palabras de manera eficiente, incluso en ausencia de un trastorno de almacenamiento de la información, lo que se ha atribuido a una disminución de la capacidad de acceder a la memoria semántica (Joyce *et al*. 1996). La desorganización del sistema semántico permite entender por qué en la EQZ, a diferencia de otras patologías con una disfunción frontal, no se observan rendimientos mejores en los tests de fluencia fonológica comparado con los tests de fluencia semántica (Gourovitch *et al*. 1996). Otras habilidades lingüísticas, tal como la capacidad de denominación, suelen estar preservadas incluso en pacientes con trastornos cognitivos severos en otros dominios.

5. Trastornos de la atención

Las alteraciones en la atención se han observado en la EQZ desde sus descripciones más tempranas (Kraepelin, 1919). Desde los escritos de Bleuler (1911) los trastornos atencionales son considerados por diversos autores, por ejemplo Callaway y Naghdi (1982) y Braff (1993), como una manifestación básica del proceso de la enfermedad. La atención no es un sistema unitario sino un conjunto de procesos integrados que intervienen en el procesamiento cognitivo en todos los niveles, desde la entrada sensitiva hasta la salida motora (Colmenero *et al*. 2001; Gitelman 2003). Posner ha propuesto que estos diferentes procesos dependen de tres redes neuronales diferentes pero íntimamente relacionadas:

i) vigilancia y alerta, que subtiende la capacidad de lograr y mantener un estado de vigilia y alerta;
ii) orientación a los eventos sensoriales, que subtiende de la capacidad de seleccionar información desde las entradas sensoriales, es decir, la atención selectiva; y
iii) control ejecutivo de los pensamientos y los sentimientos, es decir, la atención ejecutiva (Posner and

Fan in press). Los datos disponibles sugieren que la mayoría, sino todos, los procesos atencionales estarían alterados en algún grado.

Sin embargo se puede postular que la atención ejecutiva es la red más disfuncional en la esquizofrenia.

La red de la atención ejecutiva se ha estudiado principalmente con el test de Stroop, en el cual el sujeto debe leer nombres de colores o nombrar el color en el cual están escritos los nombres de color. Esta prueba permite evaluar la atención ejecutiva, puesto que, en una de las condiciones de la prueba, condición de conflicto o de interferencia, se le solicita al sujeto nombrar el color de la tinta de una serie de palabras que no corresponden literalmente al color de impresión. Así, la palabra "rojo" estará impresa en tinta verde, por tanto el sujeto debe nombrar "verde" (por el color de la tinta) y no leer la palabra "rojo" que está escrita. Por lo tanto, el sujeto debe inhibir el mecanismo de lectura dando paso a la denominación, una tarea menos automatizada (Slachevsky *et al*. 2005). La prueba de Stroop se aplica con el uso de tarjetas impresas o en una versión informatizada. En la versión en tarjetas de Stroop los pacientes con EQZ exhiben, en la condición de conflicto, tiempos de reacción más lentos y una tasa de error mayor en comparación a los controles. Por ende, los EQZ presentan un aumento de la sensibilidad a la interferencia, lo que sugiere un trastorno de la atención ejecutiva (Perlstein *et al*. 1998). Los estudios con la versión informatizada del Stroop han mostrado que los EQZ, en comparación con controles sanos, presentan un incremento en la tasa de errores desde la condición neutral a la condición incongruente o de conflicto (Perlstein *et al*. 1998).

Los estudios con el test de Stroop han mostrado un trastorno en la atención ejecutiva (Braver *et al*. 1999).

El trastorno de la atención ejecutiva se ha explicado por una disfunción de la corteza singular. En estudios neuropatológicos se han mostrado anormalidades sutiles del cingulado anterior, específicamente a nivel de la capa II, sugiriendo un trastorno de la regulación de la dopamina (Benes 1999; Benes *et al*. 2001). Se ha mostrado in vivo con tomografía de emisión de positrones, una reducción extensa del flujo sanguíneo y del metabolismo celular del cingulado anterior.

Por último, en estudios con resonancia nuclear magnética funcional, los trastornos en tareas de atención ejecutiva se han relacionado con grado de activación de la corteza cingulada. De manera interesante se ha observado que con tratamientos con neurolépticos la destreza comportamental y el flujo cerebral en la corteza cingulada alcanzan niveles parecidos a sujetos normales (DiGirólamo and Posner 1996) Finalmente, los trastornos de la red de la atención ejecutiva se han asociado a los trastornos de empatía de la EQZ. En efecto, los rostros tristes activan la amígdala, pero con mayor grado de tristeza se produce una activación suplementaria del cingulado anterior.

El cingulado anterior intervendría en la capacidad de atender a la afectividad de otras personas y su disfunción en la EQZ podría explicar el déficit importante en la empatía presente en la EQZ (Posner and Fan, in press).

En relación a la red de orientación y la atención selectiva, se ha demostrado, en la EQZ, la existencia de un déficit espacial caracterizado por una dificultad en cambiar la atención al campo visual derecho, sin alteración del cambio de la atención hacia el campo visual izquierdo. Este déficit se presenta solamente en EQZ que exhiben síntomas positivos, tales como alucinaciones auditivas. Aún más, Maruff demostró que las asimetrías en el campo visual aparecen en pacientes agudos y no medicados y se resuelve con la medicación, lo cual al parecer no sucede con la de tipo ejecutivo (DiGirólamo and Posner 1996; Maruff *et al*. 1995).

Finalmente, en la EQZ existe un trastorno de la atención sostenida, subtendida por la red de la vigilancia y alerta. Esta función ha sido estudiada con el Continuous Performance Test (CPT), en el cual los sujetos deben responder a números del 0 al 9 que son presentados al azar en una pantalla y sólo omitir responder al dígito 3. Los estímulos tienen una alta tasa de aparición, presentándose a intervalos de 1 por segundo, por lo que el sujeto rápidamente se automatiza, llegando a aumentar la probabilidad de reaccionar también ante el número 3 (Slachevsky *et al*. en prensa). El déficit en la ejecución en el CPT se ha detectado en pacientes EQZ crónicos, pero también en pacientes adolescentes y adultos en las etapas tempranas de la enfermedad, en parientes no sicóticos de los pacientes y en la descendencia en riesgo de enfermar de padres EQZ. El conjunto de estos estudios sugiere que el déficit en la atención sostenida, medida con el CPT es estable en el curso de la enfermedad, no mejora con el tratamiento antipsicótico y tiene un alto componente genético. Los rendimientos disminuidos en el CPT se han asociado a una hipoactivación del córtex prefrontal, en comparación con controles sanos, durante la realización de la tarea. Volz encontró, en resonancia nuclear magnética funcional, que los EQZ exhibían, durante la realización del CPT, una activación disminuida en la corteza prefrontal medial derecha, en el cingulado derecho y en el tálamo izquierdo comparado a los controles (Volz *et al*. 1999). Barch demostró una disfunción en la corteza prefrontal dorsolateral en

pacientes sin medicación y con un primer episodio de EQZ (Barch *et al*. 2001). Estos resultados sugieren que el trastorno de la atención sostenida podría atribuirse a una disfunción de la corteza prefrontal. Sin embargo, en un estudio con PET, Katz propuso un circuito tálamo-cortical disfuncional para explicar los déficit en el PCE (Katz *et al*. 1996; Salgado-Pineda *et al*. 2004). En conclusión, podríamos conceptualizar la EQZ principalmente como un desorden de la atención ejecutiva. Los déficits en CPT y déficit en el PCE-IP parecen ser específicos de la EQZ, no encontrándose en depresión y en los adolescentes en riesgo para enfermedades afectivas (Salgado-Pineda *et al*. 2004).

Si bien los estudios anteriormente citados sugieren que las tres redes atencionales están disfuncionales en la EQZ, es posible postular, considerando la importancia del compromiso de las regiones prefrontales y del cingulum en la EQZ, que existe un mayor compromiso de la red de atención ejecutiva. A nuestro conocimiento, no existen estudios que hayan comparado el grado de compromiso de las tres redes en un mismo grupo de pacientes con EQZ. Actualmente nuestro grupo esta estudiando esas tres redes en pacientes con un primer brote de EQZ usando el Attention Network Test, test de cronometría mental que permite evaluar las tres redes atencionales anteriormente expuestas y entrega una medida de la eficacia de cada una de las redes (Fan *et al*. 2002).

6. Trastornos en el procesamiento visual

La ejecución de los EQZ en pruebas de procesamiento visual, por ejemplo tests de localización o reconocimiento de objetos, se han encontrado a menudo intactas. Estos resultados implican que algunas zonas corticales posteriores pueden estar relativamente no comprometidas en la EQZ (Goldberg and Gold 2000).

Los estudios anteriormente expuestos muestran que en la EQZ existe un compromiso cognitivo que atañe principalmente la atención, la memoria y las funciones ejecutivas con relativa preservación de funciones, tales como la capacidad de denominación y el procesamiento visual. Tal como mencionábamos, no todos los pacientes con EQZ presentan trastornos cognitivos. 15 a 25% de los pacientes no presentarían trastornos neuropsicológicos (Allen *et al*. 2003). No obstante, Palmer *et al*. mostraron que si bien 27% de una muestra de 171 pacientes con EQZ podían ser clasificados como normales desde el punto de vista neuropsicológico, al considerar todas las áreas cognitivas 64% de los EQZ presentaban alteraciones en al menos un dominio cognitivo (contra 35% del grupo control). Por ende, el término de EQZ con un alto nivel de funcionamiento sería un término más apropiado para ese grupo de pacientes que el de EQZ sin trastornos cognitivos. En otros términos, un subgrupo de pacientes con EQZ tendría rendimientos significativamente superiores que otros pacientes con EQZ, pero sin indemnidad de las funciones cognitivas (Allen *et al*. 2003; Palmer *et al*. 1997).

El déficit cognitivo sería relativamente estable en el curso de la enfermedad y está presente en adolescentes en riesgo de desarrollar la enfermedad y en pacientes con un primer brote con EQZ (Kuperberg and Heckers 2000). Estudios recientes neuropsicológicos y electrofisiológicos que investigan la fisiopatología del primer-episodio de la EQZ, muestran déficit en una amplia gama de funciones cognitivas. Específicamente, en pacientes con un primer episodio de EQZ se han descritos más signos neurológicos blandos que en los controles; deterioros leves a moderados en los tests de inteligencia verbal, de lenguaje, de organización espacial, atención, funciones ejecutivas, de memoria verbal y de memoria visual (Flashman 2002). Adicionalmente, varias investigaciones longitudinales han mostrado que el deterioro cognitivo no es progresivo durante la fase crónica de la enfermedad (Kuperberg and Heckers 2000). Concordando con esos resultados, los estudios seriados con neuroimágenes han mostrado que no hay progresión en la dilatación ventricular ni cambios glióticos indicativos de atrofia en la EQZ (Goldberg and Gold 2000). No obstante, estudios recientes sugieren que un subgrupo de pacientes presentaría una evolución más dinámica. Se ha descrito en un cierto número de EQZ envejecidos un deterioro cognitivo tan severo como en las demencias, que compromete sobre todo las funciones ejecutivas. El perfil evolutivo y la clínica de esos pacientes no son característicos de la enfermedad de Alzheimer. Aún más, el estudio neuropatológico del cerebro de esos pacientes no ha mostrado cambios compatibles con el diagnóstico neuropatológico de enfermedad de Alzheimer, demencia vascular u otras demencias no Alzheimer. El deterioro cognitivo se presentaría especialmente en pacientes EQZ con psicosis resistente al tratamiento.

Una línea de investigación interesante ha sido determinar la relevancia de los trastornos cognitivos en el deterioro funcional de la EQZ, es decir, la capacidad de vivir de manera independiente, de mantener interacciones sociales normales y de rendir bien en el trabajo o estudios. Con el uso de neurolépticos se ha logrado un buen control de los síntomas sicóticos en muchos pacientes, que no se ha traducido en una mejoría de la funcionalidad, por lo que se ha estudiado si los trastornos de la funcionalidad pudieran explicarse por los

trastornos cognitivos que no mejoran con los neurolépticos actualmente en uso. Los estudios se han centrado en determinar si es el trastorno cognitivo global o el trastorno en ciertas áreas cognitivas que se asocian a los trastornos de la funcionalidad de los pacientes con EQZ. La información actualmente disponible sugiere que la asociación no se explica en términos de deterioro cognitivo global y que ciertos déficits cognitivos no se traducen en un deterioro de la funcionalidad. Por el contrario, existiría una asociación muy importante entre el grado de disfunción de la memoria episódica, la memoria de trabajo y de las funciones ejecutivas y la capacidad de ser independiente (Sharma and Antonova 2003).

En síntesis, los estudios antes mencionados ilustran la existencia de trastornos cognitivos que comprometen selectivamente ciertas áreas cognitivas. En la mayoría de los pacientes, estos déficits serían estables en el curso de la enfermedad. Déficits en ciertas áreas cognitivas estarían asociados a los trastornos de la funcionalidad de los pacientes con EQZ.

¿Los trastornos cognitivos son una consecuencia de la enfermedad o son secundarios al uso de neurolépticos?

Los medicamentos psicotrópicos pueden, en teoría, causar una mejoría o deterioro de las capacidades cognitivas en la EQZ, por lo que se ha estudiado el rol de los neurolépticos en la génesis de los trastornos cognitivos (Kuperberg and Heckers 2000). Tal como mencionábamos previamente, los pacientes con EQZ de primer-brote presentan trastornos cognitivos que no difieren de manera significativa con los trastornos de los EQZ crónicos. Los individuos con EQZ que nunca se han tratado con antipsicóticos tienen un rendimiento notablemente semejante en las pruebas neuropsicológicas en comparación con pacientes que han sido tratados por periodos variables. Mas aún, los neurolépticos mejoran parcialmente ciertas habilidades cognitivas, por ejemplo los rendimientos en el test de atención sostenida, Continuous Performance Test. En resumen, la existencia de trastornos cognitivos en pacientes EQZ no tratados sugiere que los trastornos neuropsicológicos son una manifestación de la EQZ, que reflejan el disfuncionamiento de determinadas redes neuronales, y no pueden ser atribuidos a medicamentos psicotrópicos.

III. MODELOS COGNITIVOS EN LA EQZ

La diversidad de los trastornos cognitivos y de las manifestaciones clínicas podría sugerir que son múltiples los procesos cognitivos disfuncionales y que regiones cerebrales están implicadas en la génesis de la sintomatología esquizofrénica. No obstante, se han propuesto modelos que podrían explicar la diversidad de síntomas por la disfunción de determinadas redes cerebrales. Presentaremos los principales modelos que intentan explicar los trastornos de la EQZ por la disfunción de determinados circuitos neuronales. Mostraremos dos modelos que explican los síntomas de la EQZ por la disfunción de determinadas regiones y circuitos cerebrales.

1. Trastornos de la conectividad neuronal y modelo de Andreasen

Andreasen *et al*. ha postulado que los síntomas de la EQZ se explicarían por un trastorno de conectividad neuronal que comprometeria un circuito córtico-cerebelo-tálamo-cortical (Andreasen *et al*. 1996; Ho *et al*. 2004).

El cerebelo es considerado una estructura muy importante en este circuito neuronal, y en los pacientes con EQZ existiría una disfunción del cerebelo caracterizada por una atrofia del vermis cerebeloso y una hipoperfusión del cerebelo (Ho *et al*. 2004). La disfunción de este circuito, y específicamente del cerebelo, ha sido atribuida a un defecto del neurodesarrollo. La disfunción de este circuito daría cuenta del déficit cognitivo central en la EQZ, la dismetría cognitiva. La dismetría cognitiva es definida como una interrupción de la comunicación y coordinación fluida de los procesos cognitivos que permiten la normalidad de los procesos perceptivos, de las acciones y del pensamiento en general.

Otros autores han propuesto que el trastorno de la conectividad neuronal implicaría otros circuitos, existiría una disfunción de las redes cognitivas de las cortezas de asociación heteromodales, es decir, la corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL), la temporal superior y la parietal inferior (Pantelis *et al*. 2002). Dichas regiones cerebrales están interconectadas y tienen conexiones extensas con estructuras límbicas y subcorticales. Una disfunción de esas conexiones subyacería a parte importante de las manifestaciones clínica de la EQZ.

2. Modelo de Cohen

El modelo de Cohen considera como elemento central para entender la EQZ el concepto de contexto, definido como cualquier información relevante para una tarea y que es internamente representada de tal forma que influye en el procesamiento en las vías implicadas en la ejecución de una tarea. Las representaciones del

contexto se mantienen en línea para influenciar el procesamiento de la información. El contexto es un componente de la MT y mantener activamente la información del contexto es crítico para el control cognitivo. La dopamina ejerce una función de compuerta dentro de la CPF, regulando el acceso de las representaciones del contexto a la memoria activa e interviniendo en el control cognitivo.

El déficit del comportamiento sufrido por los pacientes con EQZ en una amplia gama de dominios cognitivos puede entenderse como un trastorno en el control cognitivo, secundariamente a una capacidad deteriorada para representar, mantener y actualizar la información del contexto (Braver *et al*. 1999).

El modelo de Cohen ha proporcionado un puente conceptual entre los procesos psicológicos que se deterioran en la EQZ y su neurobiología. Específicamente, se presume que en la EQZ existe un ruido creciente en la actividad del sistema de la dopamina, conduciendo a una función de entrada anormal de la información dentro de la corteza prefrontal. Esta variabilidad creciente conduce a los disturbios en la actualización y en el mantenimiento de la información del contexto dentro de la memoria de trabajo. Los trastornos de la atención, de la memoria y de las funciones ejecutivas en la EQZ serían secundarios a un deterioro en la representación interna y en el uso de información de contexto para ejercer control sobre el comportamiento.

Esta teoría postula que los diferentes trastornos de la EQZ se explicarían por déficit en las interacciones entre el sistema del neurotransmisor de la dopamina y la corteza prefrontal.

IV. CONCLUSIÓN

En los últimos años ha existido un aumento importante de los estudios sobre cognición y esquizofrenia, reflejando el interés de entender la EQZ desde una perspectiva neurocognitiva. La mayoría de los pacientes EQZ presentan trastornos en áreas cognitivas específicas y se han asociado a disfunciones en determinadas áreas y circuitos cerebrales.

Estos déficits cognitivos son propios de la EQZ y no son una consecuencia del uso de psicotrópicos. Los trastornos cognitivos tienen una pobre respuesta al tratamiento farmacológico y son un predictor directo de la disminución de la funcionalidad. Existen aún múltiples interrogantes no resueltas sobre los trastornos cognitivos en la EQZ: ¿Los distintos patrones de disfunción cognitiva corresponden a un patrón específico de disfunción neuroanatómica? ¿Los distintos tipos clínicos de la EQZ y síntomas clínicos se asocian con disfunciones cognitivas específicas? ¿Cómo tratar las disfunciones cognitivas, con fármacos y/o rehabilitación cognitiva? Y por último, si se logra tratar adecuadamente los síntomas cognitivos, ¿existiría una disminución de los trastornos de la funcionalidad de la EQZ? (Kuperberg and Heckers 2000).

REFERENCIAS

1. Addington J. and D. Addington. (1999) "Neurocognitive and social functioning in schizophrenia." Schizophr Bull 25(1): 173-82
2. Allen D. N., G. Goldstein and E. Warnick. (2003) "A consideration of neuropsychologically normal schizophrenia." J Int Neuropsychol Soc 9(1): 56-63
3. Andreasen N. C. (2000) "Schizophrenia: the fundamental questions." Brain Res Brain Res Rev 31(2-3): 106-12
4. Andreasen N. C., D. S. O'Leary, T. Cizadlo, S. Arndt, K. Rezai, L. L. Ponto, G. L. Watkins and R. D. Hichwa. (1996) "Schizophrenia and cognitive dysmetria: a positron-emission tomography study of dysfunctional prefrontal-thalamic-cerebellar circuitry." Proc Natl Acad Sci USA 93(18): 9985-90
5. Barch D. M., C. S. Carter, T. S. Braver, F. W. Sabb, A. MacDonald, 3rd, D. C. Noll and J. D. Cohen. (2001) "Selective deficits in prefrontal cortex function in medication-naive patients with schizophrenia." Arch Gen Psychiatry 58(3): 280-8
6. Benes F. M. (1999) "Alterations of neural circuitry within layer II of anterior cingulate cortex in schizophrenia". J Psychiatr Res 33(6): 511-2
7. Benes F. M., S. L. Vincent and M. Todtenkopf. (2001) "The density of pyramidal and nonpyramidal neurons in anterior cingulate cortex of schizophrenic and bipolar subjects". Biol Psychiatry 50(6): 395-406
8. Bowie C. and P. Harvey. (2005) "Cognition in Schizophrenia: Impairments, Determinants, and Functional Importance". Psychiatr Clin N Am 28: 613-633
9. Braver T. S., D. M. Barch and J. D. Cohen. (1999) "Cognition and control in schizophrenia: a computational model of dopamine and prefrontal function." Biol Psychiatry 46(3): 312-28
10. Callicott J. H., V. S. Mattay, B. A. Verchinski, S. Marenco, M. F. Egan and D. R. Weinberger. (2003) "Complexity of prefrontal cortical dysfunction in schizophrenia: more than up or down." Am J Psychiatry 160(12): 2209-15
11. Colmenero J. M., A. Catena and L. J. Fuentes. (2001) "Atención visual: Una revisión sobre las redes atencionales del cerebro." Anales de psicología 17(1): 45-67
12. Dickerson F., J. J. Boronow, N. Ringel and F. Parente. (1999) "Social functioning and neurocognitive deficits in outpatients with schizophrenia: a 2-year follow-up". Schizophr Res 37(1): 13-20
13. DiGirólamo G. and M. Posner. (1996) "Attention and schizophrenia: a view from cognitive neuroscience". Cognitive neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol 1(2): 95-102
14. Donohoe G. and I. H. Robertson. (2003) "Can specific deficits in executive functioning explain the negative symptoms of schizophrenia? A review". Neurocase 9(2): 97-108
15. Fan J., B. D. McCandliss, T. Sommer, A. Raz and M. I. Posner. (2002) "Testing the efficiency and independence of attentional networks." J Cogn Neurosci 14(3): 340-7
16. Flashman L. A. (2002) "Disorders of awareness in neuropsychiatric syndromes: an update". Curr Psychiatry Rep 4(5): 346-53
17. Fourneret P., F. de Vignemont , N. Franck, A. Slachevsky, B. Dubois and M. Jeannerod. (2002) "Perception of self generated movement in schizophrenia." Cognitive Neuropsychiatry 7(2): 139-156

18. Fourneret P., N. Franck, A. Slachevsky and M. Jeannerod. (2001) "Self-monitoring in schizophrenia revisited". Neuroreport 12(6): 1203-8
19. Gitelman D. R. (2003) "Attention and its disorders". Br Med Bull 65: 21-34
20. Goldberg T. and J. Gold. "Neurocognitive functioning in patients with schizophrenia". En: Bloom F. E. and Kupfer D. J.; eds; *Neuropsychopharmacology: the fourth generation of progress*. New York, Raven, 2000
21. Gourovitch M., T. Goldberg and D. Weinberger. (1996) "Verbal fluency deficits in patients with schizophrenia: semantic fluency is differentially impaired as compared to phonological fluency". Neuropsychology 6: 573-7
22. Heinrichs R. W. and K. K. Zakzanis. (1998) "Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence." Neuropsychology 12(3): 426-45
23. Ho B. C., C. Mola and N. C. Andreasen. (2004) "Cerebellar dysfunction in neuroleptic naive schizophrenia patients: clinical, cognitive, and neuroanatomic correlates of cerebellar neurologic signs". Biol Psychiatry 55(12): 1146-53
24. Joyce E. M., S. L. Collinson and P. Crichton. (1996) "Verbal fluency in schizophrenia: relationship with executive function, semantic memory and clinical alogia". Psychol Med 26(1): 39-49
25. Katz M., M. S. Buchsbaum, B. V. Siegel, Jr., J. Wu, R. J. Haier and W. E. Bunney, Jr. (1996) "Correlational patterns of cerebral glucose metabolism in never-medicated schizophrenics". Neuropsychobiology 33(1): 1-11
26. Kim M., T. Ha and J. Kwon. (2004) "Neurological abnormalities in schizophrenia and obsessive-compulsive disorder". Current Opinion in Psychiatry 17(3): 215-220
27. Kuperberg G. and S. Heckers. (2000) "Schizophrenia and cognitive function". Curr Opin Neurobiol 10(2): 205-10
28. Lezak M. D. *Neuropsychological Assessment*. New York, Oxford University Press, 1995
29. Maruff P., D. Hay, V. Malone and J. Currie. (1995) "Asymmetries in the covert orienting of visual spatial attention in schizophrenia." Neuropsychologia 33(10): 1205-23
30. McKay A. P., P. J. McKenna, P. Bentham, A. M. Mortimer, A. Holbery and J. R. Hodges. (1996) "Semantic memory is impaired in schizophrenia". Biol Psychiatry 39(11): 929-37
31. O'Carroll R. (2000) "Cognitive impairment in schizophrenia". Advances in Psychiatric Treatment 6: 161-168
32. Palmer B., R. Heaton and J. Paulsen. (1997) "Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal?". Neuropsychology 11: 437-46
33. Pantelis C., J. W. Stephen and P. Maruff. "Schizophrenia". En: Harrison J. E. and Owen A. M.; eds; *Cognitive deficits in brain disorders*. London, Martín Dunitz; 2002, pp. 217-248
34. Paulsen J., R. Heaton and J. Sadek. (1995) "The nature of learning and memory impairments in schizophrenia." J Int Neuropsychol Soc 1(1): 88-99
35. Perlstein W. M., C. S. Carter, D. M. Barch and J. W. Baird. (1998) "The Stroop task and attention deficits in schizophrenia: a critical evaluation of card and single-trial Stroop methodologies." Neuropsychology 12(3): 414-25
36. Posner M. and J. Fan. "Attention as an organ system". En: Pomerantz J.; eds; Neurobiology of perception and communication: From Synapse to Society the IVth De Lange Conference. Cambridge, Cambridge University Press; in press
37. Posner M. I. and J. Fan. "Attention as an organ system". En: Pomerantz J.; eds; Neurobiology of perception and communication: From Synapse to Society the IVth De Lange Conference. Cambridge, Cambridge University Press; in press
38. Ritter L. M., J. H. Meador-Woodruff and G. W. Dalack. (2004) "Neurocognitive measures of prefrontal cortical dysfunction in schizophrenia." Schizophr Res 68(1): 65-73
39. Rossler W., H. J. Salize, J. van Os and A. Riecher-Rossler. (2005) "Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders." Eur Neuropsychopharmacol 15(4): 399-409
40. Salgado-Pineda P., C. Junque, P. Vendrell, I. Baeza, N. Bargallo, C. Falcon and M. Bernardo. (2004) "Decreased cerebral activation during CPT performance: structural and functional deficits in schizophrenic patients". Neuroimage 21(3): 840-7
41. Sharma T. and L. Antonova. (2003) "Cognitive function in schizophrenia. Deficits, functional consequences and future treatment". Psychiatr Clin N Am 26: 25-40
42. Slachevsky A., C. Perez and M. Peña. "Neuropsicología de la atención: Atención y Funcionamiento Ejecutivo". En: Böehme V, Förster J, García R, López I, Mesa T, Troncoso L (eds.). *Sindrome de deficit atencional*. Segunda edición. Santiago; en prensa
43. Slachevsky A., C. Pérez, J. Silva, G. Orellana, M. L. Prenafeta, P. Alegria and M. Peña. (2005) "Cortex prefrontal y trastornos del comportamiento: Modelos explicativos y métodos de evaluación". Rev Chil de Neuro-Psiquiat 43: 109-121
44. Volz H., C. Gaser, F. Hager, R. Rzanny, J. Ponisch, H. Mentzel, W. A. Kaiser and H. Sauer. (1999) "Decreased frontal activation in schizophrenics during stimulation with the continuous performance test – a functional magnetic resonance imaging study". Eur Psychiatry 14(1): 17-24

PRESENTACIÓN CLÍNICA

POLIDIPSIA PSICÓGENA: COMENTARIO DE UN CASO TRATADO CON CLOZAPINA

(Rev GU 2006; 2; 4: 410-414)

César Jara, Roberto Gallardo, Natalia Clavijo, María I. Covarrubias, Wally Schlechter[1]

La polidipsia con hiponatremia es un síndrome bien conocido en esquizofrénicos, que causa una importante morbilidad y prolonga la estadía de un porcentaje significativo de pacientes en los hospitales. Se describe en la literatura como "beber agua compulsivamente", intoxicación con agua autoinducida, intoxicación por agua y psicosis, polidipsia psicogénica, polidipsia primaria.

Se comunica el caso de una paciente esquizofrénica que había estado bebiendo 12 litros de agua por día durante el curso de su enfermedad, recibiendo múltiples tratamientos para la misma, incluyendo neurolépticos clásicos y que, después de cambiar la terapia farmacológica a clozapina, redujo su ingesta de agua a 1,5 l/día.

INTRODUCCIÓN

La polidipsia es la ingesta excesiva de agua en el organismo (mayor 3 l/día), fenómeno asociado a condiciones médicas, relativamente frecuente en pacientes psiquiátricos crónicos hospitalizados con una prevalencia compleja entre el 3% y el 39% (De León J, 1995, 2003). Este fenómeno fue señalado por vez primera en 1933 por Hoskins y Sleeper, haciendo referencia a la alta diuresis cuyo origen y naturaleza del fenómeno eran poco conocidos. Esta poliuria fue reconocida 3 años después por Jelineck y Sleeper quienes postularon que era secundaria a ingesta excesiva de agua. En 1957 Schwartz describe este trastorno como el síndrome de secreción inapropiada de ADH (SIADH) y en 1963 Hobson y English describieron un caso de un enfermo esquizofrénico con ingesta compulsiva de agua.

La principal manifestación clínica de la polidipsia está representada por la poliuria y la intoxicación con agua. La poliuria está definida por la emisión diurna de una cantidad de orina superior a tres litros, situación directamente proporcional a la cantidad de agua ingerida con el eventual compromiso de algún fármaco (litio o diuréticos) o la presencia de patología endocrina como Diabetes Mellitus.

MECANISMO DE LA POLIDIPSIA

La polidipsia-hiponatremia es un desorden de la regulación del fluido corporal con formas muy complejas

[1] Facultad de Medicina Universidad de Chile. Instituto Psiquiátrico, Santiago.

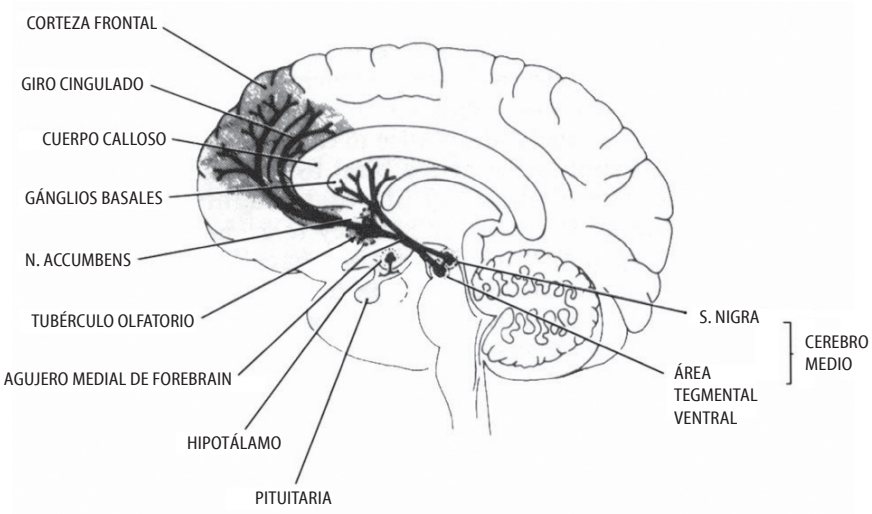


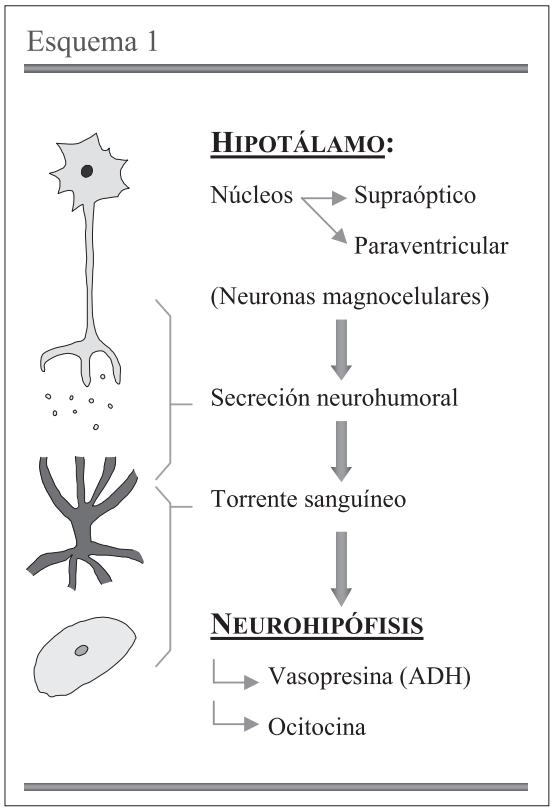
Figura 1. Receptores Dopaminérgicos

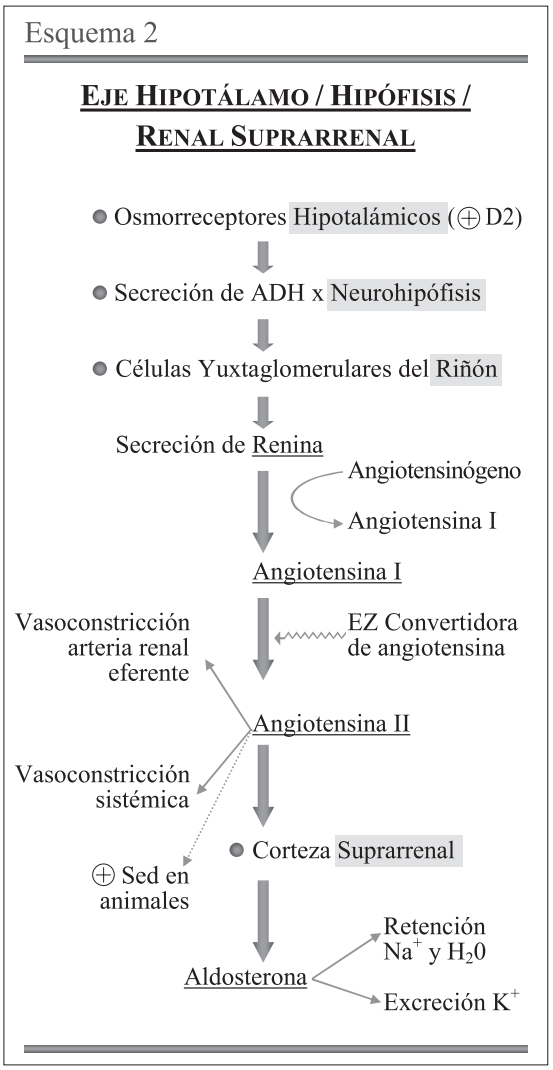
y severas que puede causar mortalidad en pacientes psicóticos. La fisiopatología aún no se conoce bien. Entre las hipótesis acerca del origen de este desorden se pueden mencionar factores conductuales, psicológicos, y endocrinos (Goldman M, Luchins, 1987). En recientes estudios se ha descrito concordancia entre polidipsia y esquizofrenia en una familia, observaciones que permiten suponer que existe una predisposición genética en pacientes que padecen esquizofrenia. (Shinkai *et al*. 2003, Matsumoto *et al.* 2995).

También ha sido atribuido a alteraciones en el hipocampo, hipotálamo o ambos, y que reflejarían defectos estructurales de estas áreas diencefálicas (modificación provocada por ensanchamiento de los ventrículos laterales), correspondiendo a signos propios de la esquizofrenia. La dopamina (DA) parece ser importante en el control de la sed y la conducta de beber y puede ser un nexo entre esquizofrenia y polidipsia (Mittleman *et al.* 1994). El exceso de consumo de fluido es un rasgo principal que va ligado a la hiponatremia. Se ha postulado un estado hiperdopaminérgico en que el bloqueo crónico de receptores D2 provoca suprasensibilización de dichos receptores, los cuales generarían un aumento de la angiotensina II (AII). La A II es un modulador que estimula la sed y la conducta de beber en animales. En humanos la sensación de sed se inicia con osmolalidades superiores a 390 mosm/kg, y en algunos pacientes la sed se inicia con niveles menores de osmolalidad. La hiponatremia sugiere un funcionamiento anormal de la ADH (Iwanami, 2001), llamada también vasopresina por su efecto vasoconstrictor, hecho generalizado en pacientes que sufren el síndrome inapropiado de la hormona antidiurética (SIADH), condición de dilución hiponatrémico en un paciente euvolémico. Sin embargo, el tratamiento estándar con respecto a la patología mencionada no mejora la hiponatremia asociado a polidipsia – hiponatremia.

Recientes investigaciones muestran que tanto la polidipsia como la hiponatremia pueden mejorar con clozapina. Se plantea que estos pacientes pueden tener alterada la función de los receptores renales, los cuales pueden ser influenciados por clozapina (al bloquear los receptores dopaminérgicos renales se inhibe la diuresis). Las modificaciones en la natremia, que ocurre recién iniciado el tratamiento, parece ser un efecto directo de la clozapina sobre los receptores renales DI. La clozapina es un fuerte bloqueador DI y sabemos que el bloqueo de receptores DI renales resulta en retención de sodio (Eisner *et al.* 1994). Además la clozapina tiene afinidades por receptores D4, DI, alfa1 adrenérgicos, serotoninérgicos, anticolinérgicos e histaminérgicos (Lawson W, 1996; Silva H, 1996, Muñoz P, y Gallardo R, 2004; Zink M *et al.* 2004) actuando de esta forma en receptores que estimulan la liberación de insulina en estudios in vitro (Melkersson 2001). Hecho similar ha sido apreciado en pacientes con esquizofrenia que estaban tomando clozapina.

La concentración de sodio y la osmolalidad sanguínea normal son mantenidas bajo control por mecanismos homeostáticos que involucran la sed, el sistema renina-angiotensina-aldosterona, la hormona antidiurética (ADH), y el manejo de la filtración del sodio renal. En la hiponatremia con volumen extracelular conservado (SSIADH, polidipsia psicógena, entre otros) se gana





agua libre (pues la cantidad total de sodio está conservada) repercutiendo en un aumento del volumen intracelular, lo cual puede producir encefalopatía aguda.

Caso Clínico

Una paciente de 78 años que demuestra más edad que la actual, su lenguaje es pobre y estereotipado, con retraimiento y lejanía afectiva, con una historia de esquizofrenia desde los 17 años.

Ingresa inicialmente a la Clínica Morales San Martín en 1986 y luego al Instituto Psiquiátrico (años 1994 a 1998) del que se fuga, permanece en hospedería del Hogar de Cristo, reingresando en julio de 1999. Al momento del reingreso el peso ponderal es de 48 kg, muy difícil de estimar con exactitud, dado que fluctuaba con la cantidad de líquido ingerido (se estima al momento de la observación en unos 12 litros por día). Su nivel de escolaridad es básica, sus condiciones socioeconómicas son precarias y acusa Daño Orgánico Cerebral (DOC).

A la edad de 17 años presenta quiebre vital con inicio de cuadro esquizofrénico catatónico-paranoide con síntomas persecutorios, adivinación del pensar, llanto y risas inmotivadas, voces anónimas que dialogan entre sí, alucinaciones somestésicas, ideas de perjuicio, vivencias de cambio corporal, tendencia al vagabundeo y a la heteroagresión.

Permanece hasta la fecha en régimen de internación hospitalaria dada la gravedad de sus síntomas.

Entre los años 1957 y 1978 fue tratada con 50 comas insulínicos y 20 electroshock, debido a los eventos alucinatorios y delirantes con heteroagresividad; posteriormente requiere el uso de neurolépticos clásicos en altas dosis (clorpromazina 300 a 500 mg/día, tioridazina 200 a 300 mg/día, haloperidol 20 mg/día, properciazina 30 mg/día) solas o en asociación por periodos alternados según estado psicótico.

El año 1997 presenta cuadro caracterizado por polidipsia, poliuria e hiponatremia 131 mosm/l, (potasio 44.8 mEq/l, cloruro 94 mEq/l, glicemia 97 mg/dl, crea-

tinina plasmática 0.87mg/dl); se plantea el diagnóstico de Síndrome de Secreción Inapropiada de Hormona Antidiurética. En 1999 se asocia carbamazepina (400 mg/día) decanoato de flufenazina (25 mg/mes y risperidona 4 mg/día) por el severo desajuste conductual.

El año 2000 presenta cuadro de confusión, alteración de la marcha y diskinesias bucales, hiponatremia de 105 mEq/l; persiste con polidipsia y poliuria pese a las medidas terapéuticas indicadas.

Debido a la refractariedad de los síntomas psicóticos, se le administró a la paciente (desde abril 2003) clozapina en dosis bajas (150 mg/día), asociada a clorpromazina 150 mg/día y ácido valproico 500 mg/día. Cesa la ingestión de agua y se normalizan los valores de sodio, no volviendo a presentar desde entonces nuevas alteraciones hidroelectrolíticas. Su conducta se ha adecuado aunque persiste un estado defectual esquizofrénico.

DISCUSIÓN

La etiología de la polidipsia y la hiponatremia permanecen aún no explicadas claramente, al parecer estarían involucrados varios factores: conductuales, psicológicos y neuroendocrinos (Goldman y Luchins 1987). En el presente caso no se han identificado anormalidades del sistema endocrino ADH ni renal, lo que permite suponer que algún tipo de desorden a nivel del sistema nervioso central puede generar una polidipsia psicogénica (Lee *et al*. 1991). Algunos trabajos han comunicado que existe un riesgo importante que algunos neurolépticos puedan provocar alteraciones metabólicas sobre ingesta de agua (Sarai M y Matsunga H, 1989, Muñoz y Gallardo 2004). Este estudio verifica lo adecuado del uso de clozapina en el tratamiento de la sobreingesta de agua en la esquizofrenia, porque se demuestra que la osmolalidad del plasma aumenta significativamente con el tratamiento con clozapina y que los episodios de hipoosmolalidad y la necesidad de restricción de agua no se volvieron a hacer presentes. Existen datos en la literatura que señalan que la clozapina usada como monoterapia y en bajas dosis ha resultado ser efectiva para estabilizar el metabolismo de agua/sodio y tratar la polidipsia /hiponatremia (De León *et al*. 1995, Fuller *et al*. 1996, Silva 1996, Canuso y Goldman, 1999), como también en mejorar los síntomas psicóticos antes que emerjan complicaciones neurológicas que pueden llegar a ser fatales. Se han descrito además algunos casos en que la clozapina fue efectiva en el tratamiento de la polidipsia no psicogénica (Mauri *et al*. 2002). El mecanismo por el cual la clozapina mejora el balance de agua en el organismo permanece aún desconocido. Los neurolépticos clásicos de uso común influencian negativamente la ingesta de agua (Lawson *et al*. 1985, Goldman *et al*. 1995). La polidipsia, hiponatremia e intoxicación con agua han sido descritas en pacientes esquizofrénicos que han sido tratados con neurolépticos por largo tiempo (De León *et al*. 1994, Goldman *et al*. 1997, Vieweg, 1994). También sabemos que los neurolépticos tienden a inhibir la secreción de ADH (Vieweg, 1994). La información de que disponemos acerca de la restauración del balance de agua se puede atribuir sólo parcialmente a la disminución de la ingesta de agua. Al respecto existen evidencias de que la clozapina restaura la mielinolisis pontocentral en pacientes esquizofrénicos con hiponatremia (Laureno y Karp, 1997). Ha sido difícil explicar el mecanismo de acción de la clozapina debido a sus múltiples acciones farmacológicas, pero está claro que puede influir para reducir la polidipsia y que en un efecto paradójico, a la vez , mejora la hiponatremia, favoreciendo la regulación de la angiotensina II (Verghese *et al*. 1997). Probablemente la polidipsia esté asociada con la alteración de los receptores D4, ya que la clozapina tiene alta afinidad con ellos. También se ha descrito que la clozapina bloquea moderadamente los receptores Dl asociados a la disminución de la ingestión de agua en animales (Watson, 1992). Evidentemente muchos otros sistemas neuroquímicos pueden estar comprometidos en la regulación del agua, según se aprecia en trabajos en modelos animales y, obviamente, es necesario clarificar el mecanismo de acción de la clozapina

Como en la descripción del presente caso no se ha evidenciado anormalidad en ADH y sistema renal, se puede sugerir un desorden de naturaleza central que permite una polidipsia psicogénica. En la literatura se ha descrito un caso de polidipsia como consecuencia de delirio (Zubenko, 1987). Sin embargo en la paciente no era ostensible el componente delirante al momento de la evaluación, primando el desajuste conductual y la apetencia por agua. Es de destacar que, dada la severidad de los síntomas que presentó, con una tórpida evolución y resistencia a neurolépticos clásicos, hace aparecer a la clozapina como una droga muy efectiva en el tratamiento de la polidipsia en esta paciente esquizofrénica, por sus variadas formas de acción.

REFERENCIAS

1. Canuso CM, Goldman MB. Clozapine restores water balance in schizophrenic patients with polydipsia. J Neuropsychiatry Clin Neurosc 1999; 11(1): 86-90
2. De Leon J. Polydipsia. A study in a long-term psychiatric unit. EurArch Psych¡atry Clin Neurosci 2003; 253: 37-39

3. (1996) & Dadvand, Canuso C, Odom-White A, Stanilla J, Simpson GM. Polydipsia and water intoxication in a long-term psychiatric hospital. Biol Psychiatry 1996; 40: 28-34
4. Verghese C, Stanilla JK, Lawrence T, Sipson GM. Treatment of polydipsia and hyponatremia in psychiatric patients. Can clozapine be a new option? Neuropsychopharmacology 1995; 12: 133-138
5. Ferrer Gómez del Valle E, R Varela C. Polidipsia e intoxicación hídrica en la ezquizofrenia crónica, revisión de bibliografía. Psiquiatría.com 2000; 4(1)
6. Eisner GM, Yamaguchi I, Feíder RA, *et al*. (1994). Role of renal dopamine Dl receptors in natriuresis induced by calcium channel blockers. Am J Physiol 1994; 267(6 pt2): F 965-F970
7. Goldman MB, Luchins DJ. Prevention of episodic water intoxication with target weight procedure. Am J Psychiatry 1987; 144: 365- 366
8. Arana G, Hyman S. *Handbook of Psychiatric Drug Therapy*. Second Edition. Ed Little, Brown and Company, 1991
9. Henderson DC, Donald CG. Clozapine for polydipsia and hyponatremia in chronic schizophrenics. Biol Psychiatry 1994; 36: 768-770
10. Hobson JA, English JT. Self-induced water intoxication; case study of a chronically schizophrenic patient with physiological evidence of water retention due to inappropriate release of antidiuretic hormone. Ann Intern Med 1963; 58: 324-332
11. Hoskins RG, Sleeper FH. Organic Functions of Schizophrenia. Arch NeurolPsychiatry 1933; 30: 123-140
12. Ikegami H, Shiga T, Tsushima T, Nirei T, Kasanuki H. Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH) induced by amiodarone: a report on two cases. J Cardiovasc Pharmacol Ther 2002; 7(1): 25-28
13. Ishii K, Aoki Y, Sasaki M, Tanaka K. Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone induced by intraarterial cisplatin chemotherapy. Gynecol Oncol 2002; 87(1): 150-151
14. Iwanami A. Psychotropic-induced water intoxication and its countermeasures. JMAJ 2001; 44(9): 417-422
15. Jelineck EM, Sleeper FH. A comparative physiologic, psychologic and psychiatric study of poly uric and non-polyuric schizophrenic patients, J New Ment Dis 1936; 83: 557-563
16. Laureno R, Karp BL. Myelinolysis after correction of hyponatremia. Ann Intern Med 1997; 126: 57-62
17. Lawson WB. Pharmacological approaches to disturbances in water regulation in severely mentally ilí patients. In: Schnur DB, Kirch DG (Eds). *Water balance in Schizophrenia*. American Psychiatry Press, Washington, DC, 1996. pp. 201-210
18. Lee HS, Kwon KY, Alphs LD, Meltzeer HY, Effect of clozapine on psychogenic polydipsia in chronic schizophrenia (letter). J Clin Psychopharmacol 1991; 11: 222-223
19. Matsumoto C, Shinkai T, De Luca V, Hwang R, Hori H, Lanktree, Ohmori O, Kennedy JL, Nakamura J. Association between three functional polymorphisms of the dopamine D2 receptor gene and polydipsia in schizophrenia. Int J Neuropsychopharmacol 2005; 8: 245-253
20. Mauri MC, Volonteri LS, Fiorentini A, Dieci M, Righini A, Vita A. Efficacy of clozapine in a non-schizophrenic patient with psychogenic polyd ipsia and central PO ntine myelinolysis Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental 2002; 17: 253-255
21. Melkerson K, Khan A, Hilding A, Hulting AL. Different effects of antipsychotic drugs on insulin release in vivo. Eur Neuropsychopharmacol 2001; 11: 327-332
22. Mittleman G, Rosner AL, Scaub CL. Polydipsia and dopamine behavioral effects of dopamine Dl and D2 receptor agonists and antagonists. J Pharmacol Exp Ther 1994; 271: 638-650
23. Muñoz P, Gallardo R. Trastornos metabólicos en pacientes esquizofrénicos tratados con clozapina. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2004; 42(1): 37-42
24. Sarai M, Matsunga H. ADH secretion in schizophrenic patients on antipsychotics drugs. Biol. Psychiatriy 1989; 26: 576-580
25. Shinkai T, Okmori O, Hori H, Nakamura J. Genetic approaches to polydipsia in schizophrenic: a preliminary report of a family study and an association study of an angiotensin-converting enzime gene polymorphism. Am J Med Genetics 2003; 1 19B: 7-12
26. Silva H. Polidipsia y poliuria en esquizofrenia. Efecto de neurolépticos y clozapina en un caso clínico. Folia Psiquiátrica 1996; 2: 65-69
27. Verghese Ch, Abraham G, Nair Ch, Stanilla JK, De Leon J, Phillips I, Simppson G. Absence of changes in Antidiuretic hormone, angiotensin II and Atrial natriuretic peptide with clozapine treatment of polydipsia-hyponatremia: 2 case reports. J Clin Psychiatry 1988; 59(8): 415-419
28. Vieweg WV, Rowe WT, David JJ, *et al*. Self-induced water intoxication and psychosis (SIWIP):subcategory of the syndrome inappropriate antidiuresis (SIAD) Psychiatr Med 1987; 4: 277-290
29. Volpe U, De Luca L, Fabrazzo M, Catapano F. Use of clozapine in a patient with schizophrenia and polydipsia. Pharmacologyonline 2005; 2: 24-29
30. Watson SJ. Ihe dopamine receptor super-family and its implications for psychiatry. Scientific Pproceedings, 145th Annual Meeting. American Psychiatry Association, Washington, DC, 1992
31. Weiss JG. Non-Psychogenic polydipsia with hyponatremia. The Internet Journal of Nephrology 2005; 2(1)
32. Zink M, Sartorius A, Lederbogen F. Remission of polydipsilla as antipsychotic effect of clozapine. Eur Psychiatry 2004; 19: 320-321
33. Zubenko GS. Water homeostasis in psychiatric patients. Biol Psychiatry 1987; 22: 1211-1125
34. Ross D. Cloazapine and typical Antipsychotics. Am Journal of Psychiatry 2004; 161: 1924-1926
35. Kapur S, *et al*. Does Fast Dissociation from the Dopamine D2 receptor explain the action of atypical Antipsychotics?: A new hypotesis. Am J Psychiatry 2001; 158: 360-369
36. Silvestri S, *et al*. Increased dopamine D2 receptor binding after long-term treatment with antipsychotics in humans: a clinical PET study. Pharmacology (Berl) 2000; 152(2): 174-180

ENSAYO

VÍNCULOS: UNA PERSPECTIVA BIOLÓGICA[1]

(Rev GU 2006; 2; 4: 415-431)

César Ojeda[2]

Los seres vivos establecen distintos tipos de vínculos entre ellos y, a partir de ahí, extensas y complejas redes bióticas. En latín, *vinculum* significa "lazo", "unión", pero con un matiz de coerción, en el sentido de "cadena". Así, "meter a la cárcel" se dice: *conjicere aliquem in vincula*. Mencionamos este matiz pues nos permite desde el inicio enfatizar la dependencia inescapable que los seres vivos mantienen con otros seres vivos. El estudio de los vínculos biológicos requiere tener alguna idea expresable de lo que la vida es. En este sentido, Aristóteles, Sherrington, Schrödinger, Crick, Watson, Progogine, Edelman, Jacob, Monod, Varela, Capra y Maturana, mencionando un arbitrario punto de partida y algunas de las personas que durante el siglo XX se han interesado en el tema, podrían tener más similitudes que las que muchos de ellos estarían dispuestos a aceptar, y que forman una tradición de pensamiento característica de la cultura occidental.

Aristóteles en el siglo IV a.C., entremedio de dos enormes tratados (la *Física* y la *Metafísica*) y siendo un sereno hombre de mediana edad, escribió un pequeño libro titulado *Peri psije*, el que fue traducido al latín como *De Anima*.[3] En castellano *anima* se traduce como "alma" con las connotaciones religiosas que arrastra, a pesar de su clara relación con palabras como "animal, "ánimo" o "animado". Sin embargo, en griego *Peri psije* significa "acerca del principio de vida". El tema abordado por Aristóteles no fue entonces el "alma" en un sentido teológico sino la vida.

Dicho brevemente, Aristóteles pensaba que la psicología era una rama de la física. La *psije* no viene desde fuera a los seres vivos, sino que forma un todo indisoluble con la estructura material en la que surge, de la misma manera en que la materia y la forma son aspectos de un mismo objeto. La *psije* se encuentra en un mundo que no es *psije* sino *Physis*, y de la cual en algún sentido participa, y tiene diferentes niveles de desarrollo y organización, cuyas etapas están sometidas a leyes universales. La etapa inicial muestra la diferencia entre la materia animada y la inanimada: por ejemplo, la primera incorpora nutrientes desde el ambiente. La etapa siguiente consiste en la emergencia de la sensibilidad, que Aristóteles localiza en el sentido del tacto: placer, dolor y motilidad constituyen las primeras piedras de

[1] Una versión de este artículo fue escrita como capítulo para el libro *Avances en psicoterapia y cambio psíquico*. Riquelme R y Thumala E (editores). Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago, 2005.

[2] Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

[3] Aristóteles. *De Anima*. Juárez Editor, Buenos Aires, 1969.

la cognición y de la experiencia e-mocional. El estado superior de organización implica para Aristóteles un concepto griego muy difícil de traducir a otros idiomas: la palabra *nous*. Entre los términos en castellano que se usan para dar una idea de lo que significa *nous* están: inteligencia, espíritu, mente, pensamiento, memoria, atención, buen sentido, prudencia, intención, proyecto, razón, intelecto, corazón, voluntad, deseo, sabiduría, etcétera. Es evidente que la palabra contemporánea "psicología" tiene un notable y rico pasado. Pero además, para Aristóteles, todo lo que la *psije* implica desde sus primeras etapas, hasta alcanzar el *nous*, son procesos que *toman lugar* en la materia viva a través de diversos niveles de complejidad, pero siempre formando un todo. Casi, diría Lovelock, la hipótesis Gaia.[4] O, diría LeDoux, la descripción filogenética del cerebro posterior, medio y anterior que caracteriza evolutivamente a los vertebrados.[5]

LA VIDA MÍNIMA

Para hablar de vínculos biológicos es necesario intentar algunas precisiones. Desde luego, no hay vínculos a la manera en que hay golondrinas, automóviles o rocas. Nada es vínculo por sí mismo. Los vínculos ocurren entre entidades y lo que estas entidades sean determina el tipo de vínculos que pueden establecer. Por ejemplo, en la suma 4 + 3, el signo + es el vínculo entre los dos números. La adición no está en el signo más sino en las propiedades de los números naturales. Nadie podría preguntar ¿cuál es el resultado de la suma de Pedro + 7? En este último caso el signo + carece de sentido. No obstante, en los números naturales la suma da como resultado otro número natural, en este caso, 7. Si el vínculo es la sustracción (-) el resultado es 1. De este modo, los vínculos articulan dos o más entidades, las ponen en movimiento, permiten una operación entre ellas, como el codo lo hace con el brazo y el antebrazo.

El tipo de articulación depende, fundamentalmente de las propiedades de las entidades que participan. Así parece ser si se piensa que el lenguaje está hecho de la articulación de palabras; las redes ecológicas de la articulación de nichos ecológicos, las colonias bacterianas de seres unicelulares, o la www (*World Wide Web*) de sitios web, etcétera. Cualquiera sea el caso, se trata de una compleja sintaxis basada en la capacidad específica de las unidades de vincularse entre ellas.

Entonces, la sola idea de vínculos biológicos nos obliga a hacer explícito qué es un sistema vivo en su forma mínima, y qué tipos de articulaciones puede establecer con otros seres vivos.

To autos

Creemos que la vida puede ser descrita, en su forma mínima, como un sistema autónomo-autolítico-autopoiético. Podemos notar que las tres palabras incluyen la partícula "autos". Y eso está lejos de ser trivial. En griego, *to autos* significa "lo mismo". La vida empieza en el momento en el que un complejo molecular se cierra "sobre sí" mediante una membrana que separa el "sí mismo" del "no sí mismo": a esa estructura la llamamos célula. Desde esta condición la vida no interactúa con su ambiente como un mero grupo de moléculas sino como una unidad que presenta "identidad". La selectividad de la membrana que determina el límite permite una interacción, también selectiva y propia con el medio circundante. "Identidad" es una palabra adecuada puesto que deriva del término latino *idem*, que es equivalente a la señalada expresión griega *autos*, es decir, la identidad es el fenómeno a través del cual cada unidad viva es, consigo misma, lo mismo.

Sin embargo, la expresión "cerrada sobre sí" debe ser puesta en un contexto que haga explícito que no estamos hablando de una "clausura" que aísle herméticamente a la unidad viva respecto de lo "otro" que ella: nada como esto le ocurre a la célula. Por el contrario, la vida está "cerrada sobre sí" en tanto identidad, pero, al mismo tiempo, *abierta selectivamente hacia el "no-sí mismo"*. Este estado de cosas hace emerger el más fascinante de los fenómenos biológicos: el "punto de vista". El "punto de vista" no puede ser sostenido independientemente de la unidad viva y su identidad, pero tampoco, si la unidad no está selectivamente abierta a lo "otro" que ella, puesto que en definitiva, todo punto de vista es *siempre una perspectiva acerca* de "lo otro", es decir, es una estructura puente del tipo "desde aquí-hacia allá" (intencionalidad): aquí es "sí mismo", allá "no-sí mismo", y el puente una extensión (*tendere*) que hace de la vida siempre un fenómeno referencial. No es sorprendente que los sistemas biológicos, incluso los organismos unicelulares, presenten la propiedad estructural denominada "polaridad", es decir, el estar espacialmente orientados en su arquitectura somática (derecha e izquierda,

[4] Lovelock JE. *Gaia: A new look at life on Earth.* Oxford, UK: Oxford University Press, 1979.

[5] LeDoux J. *The Synaptic Self.* Penguin Books, New York, 2002.

frente y espalda).[6] Las diferentes partes de una célula (proteínas de membrana, aparatos de señalización y componentes del citoesqueleto) le permiten moverse –merced a dicha polaridad– desde "aquí" hasta "allá", en dirección a las fuentes de alimento o en búsqueda de pareja, y, en los metazoos, guía la migración de las poblaciones celulares durante el desarrollo del organismo.[7] La polaridad no es nada más que el "punto de vista" en su dimensión estructural. Finalmente, parece coherente pensar que la selectividad de la membrana celular determina que el "no-sí mismo" llegue a ser un "mundo" para la unidad viviente, es decir, una red de significaciones "enactuadas" y creciendo de manera irrepetible en el tejido de la historia individual de cada unidad.[8]

Autonomía

Nomos es también una palabra griega que significa "regla", "ley", "norma". Autonomía es entonces el "sí-mismo" (*autos*) regulado por sus propias normas (*nomos*). Con otras palabras, la unidad viva opera de una manera determinada que es inherente a su propia estructura. Nada ni nadie desde afuera podría imponerle las normas de su transformación interna (*metabolé*). En sentido inverso, la unidad viva no puede determinar las reglas mediante las cuales lo "no-sí-mismo" opera, se mueve o cambia. Una cianobacteria opera como una cianobacteria, y una ameba lo hace como una ameba, no importa qué cambios estén ocurriendo en el ambiente y cuál su capacidad de adaptarse a ellos. Como hemos señalado, las unidades vivas operan como "ellas mismas"; las moléculas libres, en cambio, interactúan como simples procesos bioquímicos. Tener identidad implica entonces para la célula un sistema complejo y "capturado" de moléculas que operan de acuerdo a sus propias reglas, separadas de las normas que regulan el medio ambiente en el que se encuentra.

Autólisis

La autólisis es otro aspecto de la "mismidad". Las unidades vivas sin ser tocadas, pero aisladas de los suministros del ambiente, tarde o temprano pierden su organización, es decir, mueren. ¿Por qué las cosas ocurren de esta manera? Porque las células son autófagas, es decir, se consumen a sí mismas en el acto de vivir. Las substancias o la energía que sirven de alimento a los seres vivos, una vez que han traspasado la membrana celular dejan de ser "externas" u "otras". Todos conocemos el consumo de los depósitos grasos primero, músculo y tejidos nobles después y finalmente la muerte, en animales bajo condiciones de privación de agua y alimentos. Una vez que la energía o la sustancia han sido incorporadas a la célula, su estatuto operativo cambia, y se rigen ahora por la autonomía y no por las leyes de lo otro (ambiente).

La autólisis raramente ha sido considerada explícitamente en las teorías biológicas como una forma básica y fundamental del operar de los seres vivos. Tal vez es demasiado obvio. Pero, obvio o no, es muy importante: todos lo seres vivos mueren espontáneamente de hambre. ¿Por qué una unidad viva, por ejemplo, necesita agua para sobrevivir? O antes, ¿por qué un organismo llega a estar sediento? Porque, en el vivir, usa y consume su propia agua, el agua que es parte de "sí mismo". Esa es la razón por la cual *necesitan* ser máquinas autopoiéticas, es decir, máquinas que se producen (reparan) a sí mismas mientras viven. "Necesitan" serlo –y remarco esta primera referencia a la necesidad–, porque paradójicamente viven matándose a sí mismas. Es un estremecedor, pero inevitable cliché, decir que la principal causa de muerte es vivir.

Autopoiesis

La palabra "autopoiesis" es un neologismo griego creado por los biólogos chilenos F. Varela y H. Maturana, y que –con independencia de la intención de los autores– estrictamente sólo expresa un contrasentido.[9] Es como decir "cuadrado redondo" (el atesorado ejemplo husserliano de contrasentido).[10] Efectivamente, en el lenguaje helénico *poíesis* 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.[11] Ahora bien, si *autos*

[6] Shapiro L, *et al*. Generating and Exploiting Polarity in Bacteria. December 2002, Science, Vol 298, 1942-1946, 6.

[7] Keller R. Shaping the Vertebrate Body Plan by Polarized Embryonic Cell Movements. December 2002, Science, 298, 1950-54, 6.

[8] Varela F. *El fenómeno de la vida*. Dolmen Ediciones, Santiago, 2000.

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

[10] Husserl E. *Investigaciones lógicas*. Ed. Revista de Occidente, Madrid, 1976.

[11] Aristóteles: *Moral, a Nicómaco.* Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1996.

significa "lo mismo", "autopoiesis" estrictamente se lee en griego como " 'lo mismo' producido por lo otro que 'lo mismo' ". Es decir, todo lo contrario de lo que se pretendía expresar. A pesar de esta liviandad 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" (membrana celular). Ningún otro sistema en el universo conocido parece operar de esta manera, y si alguno lo hiciera deberíamos hablar en él de vida.

VÍNCULOS

Los seres vivos nos vinculamos entre nosotros de varias formas creando así complejas redes. Sin embargo el modo de la vinculación parece seguir tres principios fundamentales y cooriginarios, es decir, principios que siempre están presentes en cualquier forma de vida. El primero es el determinado por leyes "termodinámicas", el segundo por leyes genómicas, y el tercero por principios informacionales. En las redes termodinámicas los seres vivos intercambian materia y energía en una cadena que se cierra sobre sí misma generando una impresionante red biótica. En las redes "genómicas" el principio ejecutado es la transferencia y adquisición de ADN mediante diversos procedimientos, entre muchos de los cuales se encuentra la reproducción sexuada. En este caso, la moneda de intercambio no tiene relevancia termodinámica sino que utiliza a las moléculas de ADN como una dinámica matriz codificable y codificante que circula por los seres vivos de cabo a rabo. En el caso de las redes "informacionales", la moneda de intercambio es solamente información, en el sentido que veremos más adelante (Figura 1).

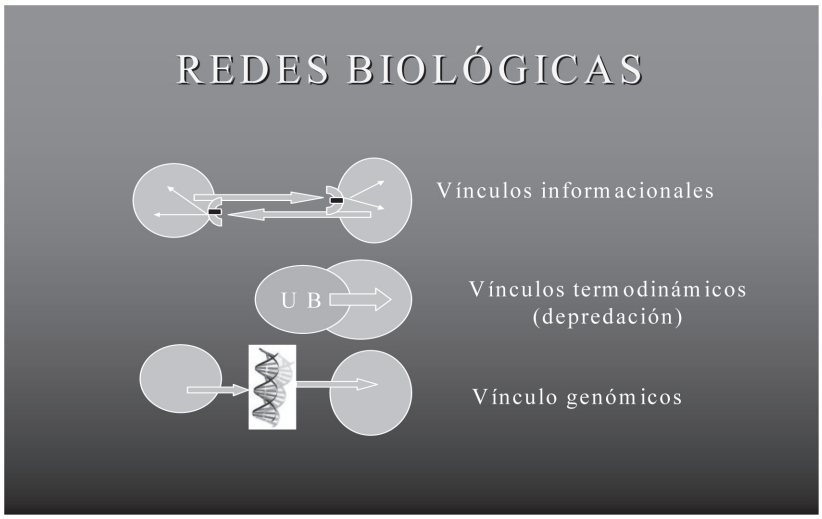


Figura 1 (UB = Universales bioquímicos)

Redes termodinámicas

Todos los seres vivos comen algo y eliminan algo al ambiente, lo que a su vez es comido por otros seres vivos. La biosfera no tiene desechos. Generalmente los vínculos termodinámicos son inter-especies; por ejemplo entre herbívoros y carnívoros, o entre herbívoros y vegetales. Con independencia de la manera específica que tome la depredación, los seres vivos son un excelente recurso alimenticio para otros seres vivos, pues las células contienen lo que se ha llamado "universales bioquímicos", como el ATP, la D-Glucosa, purinas y pririmidinas presentes en los ácidos nucleicos y, por supuesto, algunos de los 20 aminoácidos que son las unidades sobre las que se realiza la síntesis de proteínas. Sin embargo, hablando estrictamente, los seres vivos no comen otros seres vivos. Más bien, ingieren los componentes de su estructura. En el proceso de digestión y asimilación el autos de la presa siempre desaparece. Cuando no es así y el autos de la presa subsiste no podríamos designar a esa incorporación como depredación, y nos veríamos obligados a usar otros términos, como mutualidad, simbiosis, parasitismo y otras.

Mediante el proceso de incorporación la unidad viva obtiene los materiales y la energía para una primera etapa del metabolismo conocida clásicamente como "anabolismo", que significa "levantar", en el sentido de "construir". Esta construcción es una forma de asimilación, en el sentido de hacer "sí mismo" lo que antes fue "otro", y se lleva a cabo mediante un "patrón autopoiético" que surge de un conjunto de significantes moleculares contenidos en el ADN.

La etapa siguiente es lo que se conoce como "catabolismo" y que significa "desconstruir" o "demoler". Esta etapa sigue un "patrón autolítico", en último término, también gobernado por los significantes moleculares del ADN. El fenómeno de construcción y desconstrucción señalado ocurre con características moleculares notables. En el anabolismo estamos hablando del paso de la simplicidad a la complejidad molecular, desde unidades simples hacia estructuras. Las moléculas ingeridas, mediante la digestión son mucho más simples que las que constituyen la estructura de un ser vivo. Del mismo modo, los desechos de un ser vivo, mediante la desconstrucción, son también simples respecto de los elementos estructurales que forman las células. Este circuito de construcción y desconstrucción consume energía y tiene una importancia termodinámica esencial, pues permite entender a los seres vivos como "estructuras disipativas", es decir, como sistemas lejos del equilibrio que mantienen su estabilidad cambiando permanentemente sus componentes, y que presentan la capacidad de evolucionar y de "disipar" gradientes energéticas[12] (Figuras 2 y 3).

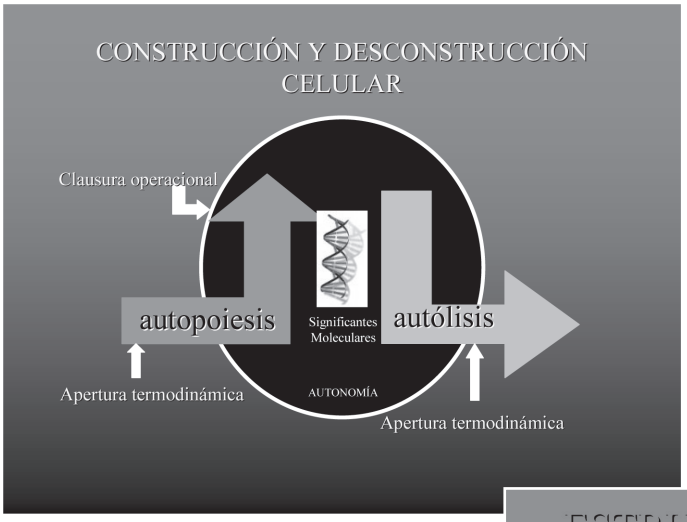


Figura 2

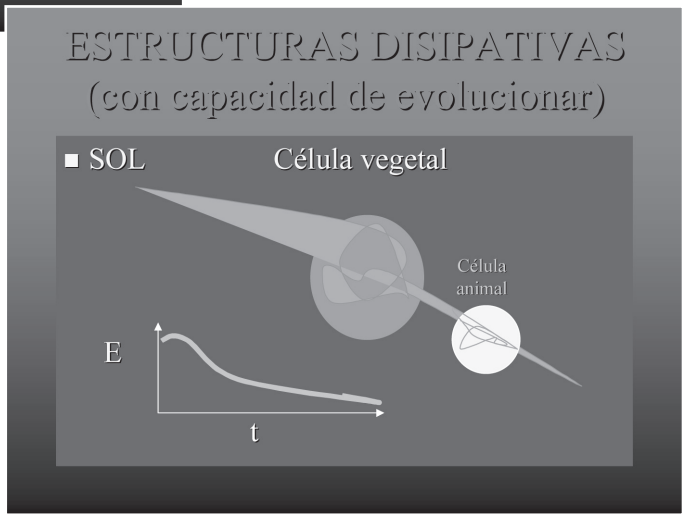


Figura 3

[12] Progogine I. *¿Tan solo una ilusión*?: *Una exploración del caos al orden*. Tusquets Editores, Barcelona, 1993. En particular, ver capítulo: "La termodinámica de la vida", traducido del original publicado en "La Recherche", Vol. 3, Nº 24, June 1972, pp. 547-562.

Los seres vivos pueden ser pensados como unidades, sin embargo nunca aparecen aislados sino formando impresionantes y complejas redes. En ellas las células son nodos, que se conectan de muy diversas formas con otros nodos resultando así las redes bióticas. A través de ellas la materia y la energía circulan incesantemente: billones de billones de pequeños vórtices biológicos haciendo circular la materia y la energía en la biosfera, fenómeno que hemos intentado graficar en la Figura 4.

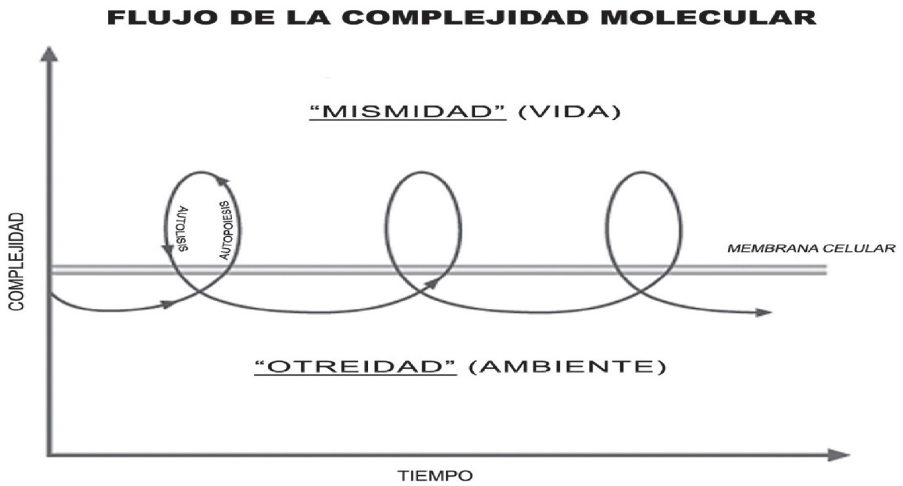


Figura 4

Schneider y Kay[13, 14] han sostenido que los ecosistemas terrestres crecen y evolucionan a través del proceso de degradar las gradientes energéticas impuestas por el sol. Este pensamiento es crucial, pues significa que los ecosistemas no succionan energía desde el ambiente con el propósito teleonómico de mantener la vida sino que, por el contrario, la energía les es impuesta y ellos reaccionan ante esa constricción. La efectividad de un ecosistema en orden a degradar energía es proporcional a su madurez. Así, las selvas tienen mucha mayor capacidad de degradar la energía solar que los desiertos. A medida que las gradientes energéticas son mayores aumenta la habilidad del sistema para crear mecanismos que los mantienen en su estado de "equilibrio". La emergencia de estructuras auto-organizadas es la consecuencia de los intentos de los sistemas para resistir las constricciones energéticas (exergía) y disiparlas. Los tornados, las reacciones químicas autocatalíticas y la vida tienen en común la habilidad creciente de disipar tales gradientes energéticas. La creación de moléculas complejas es una manera de transformar la exergía en enlaces químicos, cuya energía es usada luego por otros seres vivos, los que a su vez liberan moléculas simples para ser usadas por otras células creando así una cadena sin fin.

Redes genómicas

El genoma de una especie es la totalidad del ADN presente en cada una de sus células. Está formado por entidades que interactúan y determinan la dinámica de expresión, supresión y ritmicidad entre las unidades de información conocidas como genes. El genoma no es una plantilla de imprenta sino que un complejo lenguaje molecular que interactúa con el ambiente, que aprende de la experiencia y que en cierto sentido posee memoria (y en este sentido perfectamente podría ser concebido como un sistema cognitivo, el primero y original). La antigua disputa entre "*nature* vs. *nurture*" hace ya mucho que quedó en el desván de los recuerdos. Lyn Caporale, en una reciente publicación, reúne una impresionante cantidad de información que muestra que el genoma es capaz de adaptarse a las contingencias evolucionarias a través de mecanismos que producen

[13] Schneider ED and Kay JJ. Complexity and Thermodynamics: Towards a New Ecology. Futures 1994; 24(6): 626-647.

[14] Schneider E y Sagan D. *Into the Cool: Energy flow, thermodynamics and life*. The University of Chicago Press, Chicago, 2005.

variación genética. A esta variación, hasta hace no mucho centrada en la idea de mutaciones al azar, hoy se la concibe como un proceso estratégico que crea diferentes tipos de mutaciones y que utiliza partes útiles del genoma de manera intercambiable.[15] Un ejemplo de esto son las mutaciones dirigidas en nuestro sistema inmune. La variación genética se produce en sitios conocidos como *hot spots*, y su ocurrencia depende de las secuencias que los rodean, del ambiente y de la interacción con proteínas. Las habilidades evolutivas se han adquirido en tiempos inimaginables para el lapso de vida de los seres humanos, y en ellas el trato con seres "patógenos" ocupa un lugar destacado.

Sin embargo el genoma es siempre encarnado en seres vivos, los que, con excepción de los procariotes (bacterias), siempre forman especies. El ADN separado de todo el aparato celular no es vida, puesto que no es autónomo ni autolítico ni autopoiético. Cada vez se hace más claro que la formación de especies no ha sido suficientemente explicada. Esto deja de ser evolutivamente trivial si pensamos que la mayor parte de las especies que han existido está hoy extinta, de manera que el proceso de especiación y extinción juega un papel evolutivo fundamental. A pesar de que la biosfera está empobrecida respecto del pico de la vida que ocurrió hace 300 millones de años,[16] actualmente se estima que existen 1,5 millones de especies de insectos, 700.000 especies de hongos, 250.000 de plantas y 45.000 de vertebrados.[17]

Para explicar el fenómeno de especiación la adquisición de genoma puede ser mucho más relevante que las mutaciones, mediadas por el azar o por estrategias, como por ejemplo la edosimbiosis propuesta por Margulis siguiendo a algunos autores rusos. Pero además, la transferencia de ADN de un ser vivo a otro es un fenómeno corriente y necesario a la cadena evolutiva de los seres vivos. Podemos recordar aquí los fenómenos de "conjugación", de "transducción" y "transformación" que ocurren en procariotes (bacterias) que, a diferencia de las células de los metazoos y otros protozoos, carecen de núcleo.

La transferencia de ADN en la endosimbiosis propuesta por Margulis opera de manera diferente. La historia podría contarse así: Hace algunos cientos de millones de años una bacteria ciliada fagocita a una cianobacteria capaz de realizar fotosíntesis. Pero, en vez de digerirla, siente un gran "placer" al alimentarse de sus catabolitos (hidrocarbonos). Comprueba, además, que si se establece en parajes soleados, la cianobacteria satisface más plenamente sus necesidades. Así, un acto de depredación se ha transformado en una fuerte simbiosis. Lo que ha ocurrido es una combinación de azar –el encuentro de la bacteria ciliada con la cianobacteria– y necesidad –de luz solar e hidratos de carbono– respectivamente. El azar puede ser fijado en cierto punto *a través* de la necesidad, la que en este nivel actúa como selector y estabilizador.

La hipótesis de Margulis es que dos seres extraños progresivamente pasan a ser parte de un *self* co-dependiente y, finalmente, integran su ADN dando lugar a la aparición de una nueva especie. Para Margulis un conocido y demostrable resultado de esta integración se encuentra en las mitocondrias y cloroplastos de las células de animales y vegetales. Recordemos que las mitocondrias poseen un ADN circular (semejante al de las bacterias) independiente del material nuclear.

Sin embargo, esta historia de alimentación y amor no termina aquí. Hemos dicho que los seres vivos son un excelente recurso alimentario entre ellos. Esa es la razón por la que primariamente una bacteria ciliada fagocita a una cianobacteria. Pero lo que ahora queremos enfatizar es que el ADN es un importante componente de la dieta de todo ser vivo, y esto ha ocurrido así desde los inicios de la vida en el planeta hace 3.500 millones de años. Y esta circunstancia puede no ser trivial. La misión de explicar la aparición de especies no ha sido cumplida satisfactoriamente, ni por las teorías de las mutaciones, pero tampoco por la de la endosimbiosis. En efecto, esta última parece explicar consistentemente el paso de los procariotes a los eucariotes (desde bacterias sin núcleo a células nucleadas), pero es difícilmente concebible que ese mecanismo opere en el paso de dinosaurios a algunas especies de aves.

Aunque no es la regla, ocasionalmente el ADN externo puede evitar la digestión y otros mecanismos de defensa y penetrar a las células individuales de un organismo. Con sofisticadas técnicas ha sido posible demostrar la presencia de secuencias de ADN ingerido en las células de varios órganos de la rata. Doerfler define como ADN foráneo al material genético que proviene de otro organismo, de la misma o diferente especie.[18] Cada ser humano ingiere entre 100 mg a 1g

[15] Caporale L. *Darwin in the Genome*. McGraw-Hill, New York, 2003.

[16] Ward P and Brownlee D. *The Life and Death of Planet Earth*. Times Books, New York, 2002.

[17] Sapag-Hagar M. *La unidad bioquímica del hombre*. Ed. Universitaria, Santiago, 2003.

[18] Doerfler W. *Foreign DNA in Mammalian Systems.* Wiley-VCH, Verlag, 2000.

de ADN por día. Recordemos que cada uno de nosotros tenemos cerca de 100 g de ADN en total en nuestro organismo. En Alemania, las casi 900.000 personas que mueren anualmente liberan alrededor de 90 toneladas de ADN al ambiente. Una vez que el ADN ha entrado en la célula la transferencia desde el citoplasma hacia el núcleo puede ocurrir a través de los poros nucleares, de la misma forma en que el ADN viral alcanza el núcleo en su ciclo patógeno. Una vez en el núcleo, la persistencia de ADN foráneo depende de su inserción en el genoma del huésped o de permanecer en un estado episomal que tiene la capacidad de replicar ese ADN sincronizadamente con la replicación del ADN de la célula. Aunque la importancia evolutiva de este proceso es poco conocida, parece ser una forma notable de adquisición de genoma.

Otra forma de transferencia de ADN es la reproducción sexuada, que, aunque obvia en apariencia, encierra muchos misterios. Los espermatozoides son portadores de ADN, el que es adquirido y englobado por el óvulo y se integra al genoma de éste. Pero además, los óvulos aportan toda la estructura citoplasmática que es indispensable para que ese ADN ingresado y recombinado con el de ellos forme parte de la vida, incluyendo organelos con ADN independiente, como las mitocondrias. Como es de sobra conocido, la "oferta" de espermatozoides y óvulos es profundamente asimétrica. En efecto, en el ser humano varón cada eyaculación contiene alrededor de 400 millones de espermatozoides, y un hombre puede realizar varios miles de eyaculaciones en su vida, lo que significa del orden de los dos billones (2.000.000.000.000) de gametos en total. En cambio, una mujer dispone de alrededor de 400 óvulos durante toda su vida. Esto significa que si imaginamos que todos esos óvulos fuesen fecundados, eso ocurriría con la participación del 0.0000002% de los espermatozoides producidos por un solo hombre. Si tenemos en cuenta que la proporción de hombres y mujeres en la población humana es equilibrada, la asimetría en las células germinales o gametos implica un complejo proceso de *selección celular* para cada fecundación, a través de la cual casi la totalidad de los gametos masculinos muere.

Redes informacionales

El modelo biológico para entender las redes informacionales no está sólo en los enrevesados datos neurobiológicos que se imbrican con la conducta sino en la sinapsis neuronal. Una neurona es un nodo, del mismo modo en que lo son un aeropuerto o un sitio web y, como todos los nodos, presenta *discontinuidad* respecto de otras neuronas. Esta discontinuidad es la razón de la existencia de *links* (sinapsis). Dicho en otros términos, las neuronas, como todas las células, son entidades individuales, con puntos de *contigüidad* pero no de continuidad entre ellas.[19]

En los estados iniciales de la formación de las sinapsis la superficie de una neurona debe "reconocer" –igual que una cría a su madre– a otras superficies neuronales. Si se produce "conformidad", las superficies pre y post- sinápticas son fijadas de manera estable por moléculas de adhesión. En la neurona pre-sináptica un mecanismo secretor es activado por señales apropiadas que ocurren al interior de la misma neurona. En la neurona post-sináptica la superficie receptora forma parte de una maquinaria molecular que "transduce" (lleva a otro lugar) las señales secretorias y las transforma en *señales intracelulares relevantes* para esta neurona post-sináptica.

Todas las redes informacionales entre los seres vivos operan como sinapsis. Maturana y Varela, en la década de 1980, implícitamente aplicaron el modelo sináptico a todos los seres vivos, y enfáticamente sostuvieron que no hay nada parecido a algo surgiendo en un emisor y luego transitando por un tubo hasta el receptor al cual es entregado. Los seres vivos, aunque termodinámicamente abiertos, tienen "clausura operacional" y, por lo tanto, la información es un proceso mediante el cual un estímulo informativo gatilla o no un cambio en la dinámica estructural de una unidad viva. Entonces, lo que oímos es algo que está tomando lugar en nuestra propia estructura, y no algo que desde el exterior se haya "introducido" en nuestro sistema nervioso.[20] En las redes informacionales los nodos cambian *sólo* si los estímulos "calzan" o guardan "conformidad" con algo de su estructura operacionalmente clausurada y de su momento evolutivo y dinámico. Otros "contactos" simplemente dejan al nodo inalterado. Es decir, determinada configuración del estímulo es necesaria, para gatillar un cambio en el nodo. La palabra "configuración" es aquí esencial si la ponemos en consonancia con la palabra "información". Configurar es dar *figura* a algo. Por su parte, "informar" es dar una *forma interna* a algo. Lo que se transduce en los *links* informacionales es entonces una *figura, una forma*. A ese fenómeno estamos llamando "conformidad". ¿Por qué una neurona, una célula o un organismo multicelular guardan con-

[19] Dustin LM and Colman RD. Neural and Immunological Synaptic Relations. Science 2002; 298: 785-789.

[20] Maturana H, Varela F. *El árbol del conocimiento*. Ed. Universitaria, Santiago, 1984, p.130.

formidad con esta otra neurona, con esta otra célula o con este otro multicelular? Responder esta pregunta requiere un ejercicio biológico muy amplio, que considera a la vida en su conjunto y que toma en cuenta los cambios filogenéticos y ontogenéticos que la caracterizan desde su origen.

En la década de 1990 Francisco Varela presentó un autómata celular llamado "Bittorio".[21, 22] Von Neumann y Ulam introdujeron la idea de autómata celular como un modelo simple para estudiar procesos biológicos como la "autorreproducción".[23] Wolfram los describe como "cualquier sistema formado por varios elementos discretos y que sufren interacciones locales".[24] Un autómata celular elemental consiste en una secuencia de unidades formando una línea y que se encuentran con valores de 0 ó 1, o (-) y (+). El valor de cada unidad evoluciona en el tiempo de acuerdo a un conjunto definido de reglas que involucran los valores de sus vecinos más cercanos. Varela diseñó un artilugio semejante, pero que se cerraba en los extremos formando un círculo. Cada unidad transmite información (su estado interno de (–) o (+) a sus vecinos de ambos lados basada en ciertas reglas. En tiempo 0, Bittorio tiene una combinatoria al azar de estados en sus unidades, pero, en tiempo 1 adquiere cierto orden que depende de la regla previamente especificada (Figura 5).

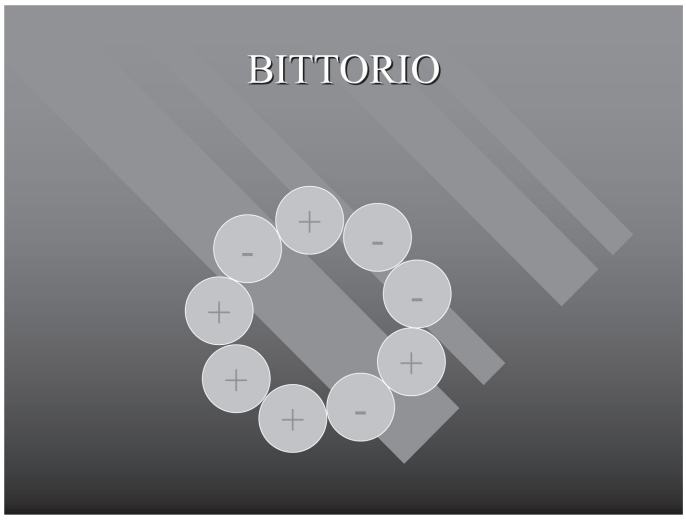


Figura 5

Ahora, Varela arroja a Bittorio en una sopa de unidades sueltas en estados de (+) o (–), del mismo modo en que una célula se zambulle en un medio químico. Cada vez que una unidad de Bittorio topa a alguna de las unidades del medio, sobre la base de su configuración y regla, debe compensar esa "perturbación" provocada por el ambiente, ya sea reestructurando su configuración o permaneciendo en su estado original. Dada determinada regla, algunas perturbaciones, por ejemplo una secuencia de contactos impares en un mismo lugar, cambian la configuración de Bittorio; las perturbaciones, en cambio, agrupadas en pares son, por así decirlo, invisibles para él. Esto se puede expresar diciendo que de las innumerables secuencias de perturbaciones posibles este Bittorio "elige" un específico subconjunto, por ejemplo secuencias impares. Sólo esas secuencias producen un cambio en Bittorio.

Desde aquí Varela sostiene que, dada una regla, una clausura operacional y un acoplamiento estructural con un "ambiente", el autómata "enactúa" un mundo. Nadie

[21] Varela F, Thompson E and Rosch E. *De cuerpo presente*. Gedisa, Barcelona, 1992 (p. 114 y ss; 178 y ss).
[22] Varela F. *Conocer*. Gedisa, Barcelona, 1990 (p 62 y ss.
[23] Von Neumann J. *Theory of Self-Reproducing Automata*. Ed. A.W. Burks, Univ. of Illinois Press, 1966.
[24] Wolfram S. Cellular Automata as Simple Self-Organizing Systems (1982) (www.StephenWolfram.com)

instruyó a Bittorio para seleccionar secuencias impares, y ningún programa centralizado tiene el control del proceso. Si la operación se inicia con otras reglas Bittorio sólo cambia con secuencias distintas, como por ejemplo dos dobles perturbaciones en el mismo sitio. La capacidad del autómata de reconocer determinadas perturbaciones hace emerger un "mundo" para Bittorio o, si se prefiere, cierto tipo de "significaciones" emergentes "para" él.

La importancia de este modelo no es sólo la demostración de un caso artificial de la aparición de un mundo "enactuado" a partir de una red de unidades densamente vinculadas en un sistema con clausura operacional. Además, pone de manifiesto el carácter de "nodos" de las unidades de Bittorio, y de la configuración de una red de acuerdo a alguna regla de vinculación entre ellas (Figura 6).

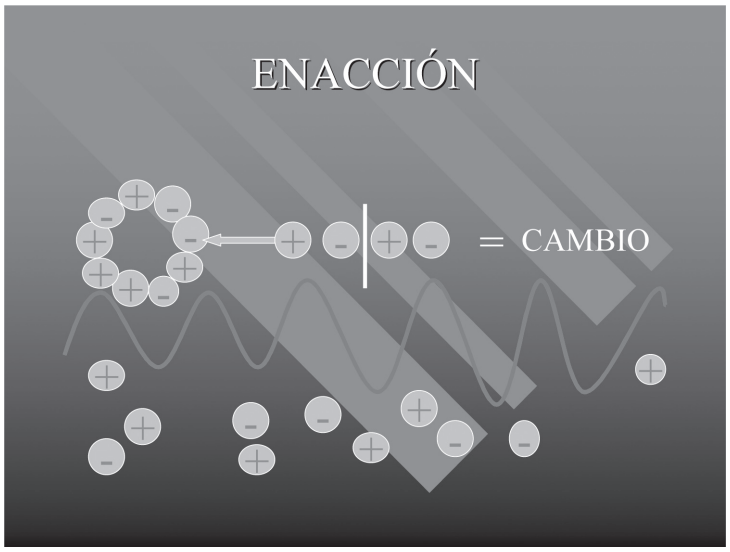


Figura 6

EL CEREBRO

El cerebro es una compleja red informacional celular que, en su estructura fundamental, sigue el modelo que hemos descrito y del cual Bittorio es un digno representante artificial. Hemos dicho que las neuronas tienen relaciones de contigüidad entre ellas. Los vínculos informacionales que ligan a las neuronas de proyección, es decir, a aquellas que actúan cubriendo largas distancias, están mediados principalmente por neurotransmisores químicos de dos clases: excitatorios e inhibitorios. El primer tipo de función es desempeñado por el glutamato y el segundo por el GABA. Ambos actúan muy rápidamente y por cortos periodos. Además de las neuronas de proyección existen otros tipos, uno de los cuales es conocido como "inter-neuronas" y que cumple funciones modulatorias. Estas funciones de las interneuronas están también mediadas por substancias químicas denominadas neuromoduladores, como péptidos (encefalinas y endorfinas), monoaminas (serotonina, dopamina, epinefrina, norepinefrina y acetil-colina) y hormonas (estrógenos, testosterona, esteroides, hormonas tiroideas). Las interneuronas actúan de manera más difusa y por periodos mayores. Sin embargo, el punto crucial aquí es que estos nodos que llamamos neuronas tienen un umbral, es decir, "disparan" o descargan sobre otras neuronas, cuando los estímulos que reciben sobrepasan cierto nivel de intensidad. Las interneuronas, mediante los neuromoduladores, justamente actúan determinando tal umbral en el juego permanente de excitación e inhibición que representa el glutamato y el GABA. En este sentido, las interneuronas tienen el papel de regular el tráfico sináptico controlando la actividad de las neuronas de proyección.

La "fuerza sináptica", es decir, la probabilidad de que una señal recibida por una neurona dispare el mecanismo post-sináptico es un proceso extraordinariamente dinámico y que muestra una notable propiedad: la de aprender. Donald Hebb,[25] un importante inves-

[25] Hebb DO. *The Organization of Behavior*. John Wiley &Sons, New York, 1949.

tigador en esta área, postuló hace años que el aprendizaje consiste fundamentalmente en el cambio de la "fuerza" de las conexiones sinápticas. La más elocuente demostración experimental de un proceso de aprendizaje neuronal es el conocido condicionamiento clásico pavloviano, consistente en la "unión" de un estímulo auditivo con una respuesta autonómica, como la salivación. Es de sobra conocido que el sonido de una campanilla inmediatamente antes de darle comida a un perro, después de un número de ensayos, finalmente determina que el sonido de la campanilla, en ausencia de comida, genere salivación. Este condicionamiento clásico implica que alguna conexión neural ha sido creada entre regiones auditivas y vegetativas del cerebro. Pero además, esta conectividad puede ser recordada al menos por un tiempo.

Estudios recientes en ciencia cognitiva, específicamente en el campo del procesamiento de información, han demostrado la capacidad de la "mente" humana de establecer y aprender simples input-output covariaciones, a partir de estímulos enormemente complejos.[26] En este sentido, el cerebro, y en general cualquier ser vivo, aunque no posea un sistema nervioso, actúa como un simplificador. Es evidente que los seres vivos no reaccionan, responden o varían su estado interno frente a cualquier movimiento del medio ambiente y a la infinita cantidad de "estímulos" que desde él reciben. De manera muy diferente, al igual que Bittorio, "enactúan" un mundo sobre la base de su organización autónoma, clausura operacional y acoplamiento estructural con el ambiente. Puede ser importante recordar que esto fue sagazmente predicho por el físico austriaco Erwin Schrödinger en la década de 1940.[27]

El conocimiento de la operación de las neuronas que hemos brevemente expresado en las líneas anteriores ha permitido generar un modelo, conocido como "red neural" (*neural-network model*), que a su vez ha permitido recursivamente iluminar aspectos del funcionamiento cerebral desde el que surge, y que además presenta una gran utilidad para analizar y predecir el comportamiento de sistemas complejos no biológicos. En pocas palabras, una "red neural" consiste en una gran cantidad de unidades simples, densamente conectadas, que actúan localmente de acuerdo a la suma de sus inputs, y que luego descargan una señal binaria si el total de los inputs excede cierto nivel. Cada nodo de este conjunto está, por alguna vía, conectado con el resto. La información discurre al interior del sistema desde nodos de entrada (al modo de receptores sensoriales) hacia los nodos de salida (al modo de efectores motores) y depende de las diversas vías posibles establecidas por la fuerza de los vínculos entre nodos intermedios (fuerza sináptica). Usualmente, una red neural opera en dos etapas. La primera etapa es una fase de aprendizaje en la que los nodos y enlaces de la red deben enfrentar perturbaciones en el sistema de entrada y ajustan la fuerza sináptica de acuerdo a las características y posibilidades de su propia estructura (autonomía). Podemos imaginar que una perturbación A, actuando en un sistema neural X, produce un encendido de la conectividad interna del sistema, distinto al provocado por una perturbación B sobre un sistema neural X, o de una perturbación A actuando sobre un sistema neural Z. El ajuste de la fuerza sináptica genera (o no) a su vez algún tipo de output en la salida del sistema. En la segunda etapa, si el sistema es perturbado de la misma manera, es decir, si la estimulación de los nodos de entrada tiene una configuración ya acontecida, el sistema la reconoce rápidamente y en este sentido funciona ahora como un sistema que ha aprendido, y que, por lo mismo, posee memoria.

La característica más interesante de este modelo es que en la segunda fase opera "como si" fuera un sistema tradicional dotado de reglas prediseñadas que "instruyen" la operación de toda la red. Pero aquí, como en el caso de Bittorio, nadie ha establecido ninguna clase de reglas de operación, nos obstante lo cual el sistema opera como si poseyera un conjunto normativo de reglas relacionadas con objetos pre-dados en un mundo con configuraciones propias. Una segunda y sorprendente característica de este modelo es la solidez del sistema. Removiendo o dañando algunos nodos o enlaces, el sistema se degrada suavemente y es capaz de recuperar gran parte de los "datos" a partir de pocos nodos. En los sistemas construidos a partir de reglas, el daño en algunas de sus partes provoca una abrupta caída y una pérdida irrecuperable de datos (Figura 7).

EL CEREBRO HUMANO

Se suele pensar que el cerebro humano es anatómicamente único, que tiene un tamaño relativo mayor que otros vertebrados, que posee una mayor corteza cerebral, particularmente en las zonas pre-frontales y que, además, posee estructuras y funciones que no se encuentran en otros animales. La mayor parte de estas creencias es falsa. Todos los cerebros de los te-

[26] Ripley BD. *Pattern Recognition and Neural Networks*. Cambridge University Press, 1996.

[27] Schrödinger E. *What is Life?* Cambridge University Press. Cambridge (UK), Tenth Printing, 2003.

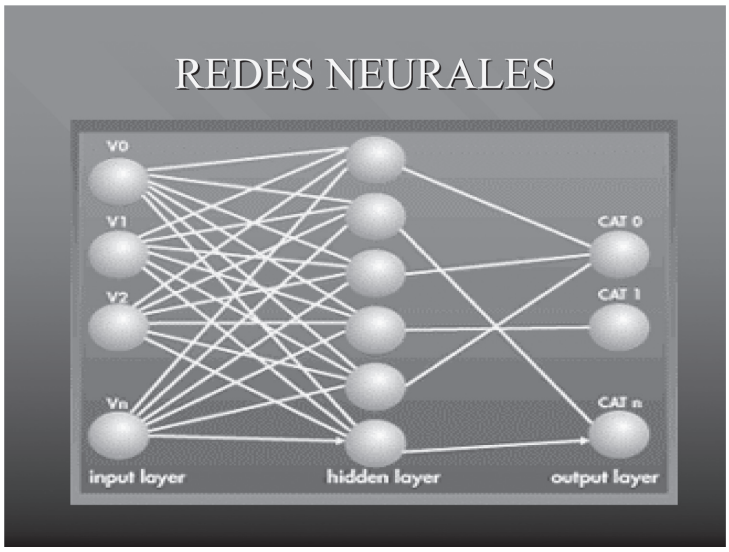


Figura 7

trápodos poseen una formación reticular dentro de la médula oblonga, un puente y un mesencéfalo ventral incluyendo un núcleo cerúleo noradrenérgico, núcleos serotoninérgicos en el rafe y un sistema reticular activante ascendente; cuerpos estriados, globus pallidus, núcleo acumbens, substancia nigra, un septum basal del cerebro anterior, amígdala en el telencéfalo ventral, un pallium lateral, homólogo a la corteza olfatoria de los mamíferos, y un pallium medial, homólogo al hipocampo.[28]

Todas estas estructuras anatómicas pueden sonar para el lector poco habituado sólo como un montón de nombres complicados. No obstante, ellos significan que compartimos con los vertebrados (anfibios, reptiles, aves y mamíferos) un cerebro muy similar y las estructuras funcionales (conectividad y distribución de neurotransmisores, neuromoduladores y neuropéptidos) necesarias para los procesos de atención, memoria declarativa, emociones, motivación y guía y evaluación de acciones voluntarias.

Del mismo modo, siendo efectivo que poseemos el cerebro más grande entre los primates existentes, los extintos Neandertales nos superaban. El cerebro humano es el 2% de la masa corporal, pero en algunos roedores esa cifra es de 10%. Algo semejante ocurre con la idea de que la corteza asociativa en el ser humano ha tenido un crecimiento absoluto. De hecho, la corteza pre-frontal (mirada por muchos neurocientistas y neurofilósofos como el sitio de la conciencia) tiene el tamaño exacto esperable de acuerdo a la alometría cerebral de los primates.

Tal vez la diferencia esencial entre el cerebro humano respecto de los otros vertebrados radica en los tiempos de maduración y crecimiento cerebral y en la presencia del área de Broca y su rol en la temporalidad sintáctica del lenguaje. El cerebro de los pro-simios se completa a los dos años de edad, el de monos y simios alrededor de los seis o siete años, en cambio el cerebro humano continúa madurando hasta los veinte o treinta años. Esta diferencia es muy significativa si se la mira desde las capacidades de aprendizaje y memoria, pero también si se lo hace desde el ángulo de la vulnerabilidad a trastornos del neurodesarrollo dependientes de una gran variedad de noxas.[29]

No obstante, con independencia de esas semejanzas y diferencias, hasta el más simple de los cerebros es una maravillosa formación biológica. El cerebro humano está determinado en su estructura general por un patrón heredable obtenido mediante los vínculos genómicos que nos constituyen. Todos los seres huma-

[28] Roth G. Is the Human Brain Unique? En: Brüne M, Ribbert H y Schiefenhövel W (Eds.). *The Social Brain: Evolution and Pathology.* John Wiley & Sons, London, 2003.

[29] Ojeda C. Evolución, Neurodesarrollo y Esquizofrenia. En: Monografía 2. Sociedad Chilena de Psiquiatría Biológica. CyC Aconcagua, Santiago, 2005.

nos tenemos la corteza visual en el lóbulo occipital y el área de Wernicke en el lóbulo temporal. De hecho, la reproducción sexuada en humanos da como resultado un hombre contemporáneo y no alguno de nuestros ancestros homínidos. Sin embargo, el afinamiento y refinamiento de los detalles de la estructura cerebral son muy complejas y diferentes entre un ser humano y otro. El premio Nobel Gerald Edelman[30] ha mostrado que la diversidad de los cerebros humanos y los detalles de su neuroanatomía no están programados por un código molecular. Por el contrario, tales refinamientos surgen del proceso de desarrollo cerebral mediante regulaciones epigenéticas de la división celular, adhesión, migración, muerte celular, y extensión y retracción neurítica. En este proceso intervienen células gliales, moléculas morforreguladoras de adhesión (CAMs) y moléculas de substrato de adhesión (SAMs). Estas moléculas actúan sobre las superficies neuronales y afectan su dinámica de interacciones. Pero, además, importantes montos de muerte celular ocurren en las poblaciones neuronales durante el desarrollo cerebral. Nada de esto tiene una determinación genética, interviniendo allí factores guiados por leyes de azar.

Recientemente, Hawkins ha desarrollado un modelo de inteligencia basado en las propiedades y funcionamiento del neocórtex, que, sin duda, revolucionará el campo de la Inteligencia Artificial. Este modelo se basa en el concepto de jerarquización de las seis capas de la corteza, en la capacidad temporal de los sentidos de generar patrones de estimulidad, y de la gran cantidad de sinapsis destinadas a circuitos de retroalimentación. Esta estructura y funcionalidad, sumada a los datos provenientes de los estudios de la memoria declarativa, permite comprender a la inteligencia como un sistema de patrones estables aprendidos que generan permanentes predicciones en nuestro comportamiento corriente. Este modelo opera de manera muy diferente a la lógica de los computadores, que, estrictamente, no son inteligentes.[31]

Sin embargo, las cosas no se detienen en este punto. El afinamiento de la estructura cerebral no es sólo materia de patrones genéticos y de factores epigenéticos. Se requiere, además, de lo que se conoce como "experiencia", es decir, de la interacción del ser vivo con "lo otro" que él, interacción que, entre las múltiples contingencias ambientales, se produce de manera fundamental con otros seres humanos.

LA DUPLA

La madre y su hijo o hija tienen una relación que concentra todos los vínculos que los seres vivos establecen con otros seres vivos, fenómeno que no se da en ninguna otra circunstancia en la vida humana. La madre y el hijo[32] tienen un vínculo genómico ampliamente conocido: la mitad del material genético del hijo y todas sus estructuras citoplasmáticas provienen de la madre. Pero además, el hijo se alimenta del cuerpo de la madre, directamente en la vida intrauterina y mediante su sistema digestivo durante la lactancia, y por lo mismo, el vínculo termodinámico se ejecuta en plenitud y sin intermediación alguna. Los vínculos informacionales posiblemente se inicien antes del nacimiento, pero sin duda forman la sustancia de las experiencias que le permiten al infante la maduración cerebral, especialmente durante los dos primeros años de vida. Es decir, parece no haber otra circunstancia en la que un ser humano reúna las tres formas de vínculo que caracterizan a la vida en un mismo "otro". El padre, por ejemplo, tiene vínculos genómicos y en algún grado informacionales, pero no termodinámicos directos. Todos los demás vínculos humanos imaginables se van alejando de esta dupla madre-hijo, por lo demás, y de acuerdo a lo dicho en la primera parte de este trabajo, vitalmente perfecta.

Diversos investigadores concuerdan en que el desarrollo social y emocional de un ser humano está estrechamente vinculado a la maduración de los sistemas sensoriales, especialmente de la visión.[33] Esto ya había sido sustentado por los desarrollos teóricos de autores como Winnicott,[34] Bowlby[35] y otros. La madre y el hijo suelen tener un contacto polisensorial, en el cual la mirada y la expresión facial forman un sector privilegiado. Recordemos que los tiempos de maduración prolongados en el ser humano determinan que este fenómeno ocurra en el curso de la mielinización y de la migración neuronal en distintas áreas del cerebro y

[30] Edelman G. *Wider than the Sky*: *The fonomenal gift of consciousness*. Yale University Press, London, 2004.

[31] Ver comentario de libros en este mismo número: Hawkins J. *On intelligence*. Owl Books, New York, 2005.

[32] Usaremos la expresión "hijo" de manera genérica y que por lo tanto abarca tanto a varones como a mujeres.

[33] Wright K. *Vision and Separation Between mother and baby.* Northvale, 1991.

[34] Phillips A. *Winnicott*. Harvard University Press, Massachusetts, 1988.

[35] Bowlby J. *Attachment*. Basic Books, New York, Second Edition, 1982.

que, por lo tanto, influyan directamente en la forma en que la conectividad sináptica se establece en el hijo. La coordinación visual y expresiva ha sido denominada por Schore[36] "sintonización" (*attunement*) y se supone que sus variaciones responden fundamentalmente a estados emocionales. En el caso del ser humano, "sintonización" es un término genérico para señalar un conjunto de variaciones, generalmente iniciadas por la madre, y a las cuales el hijo va coordinándose. Sintonía y no-sintonía, es decir, sintonía y ruptura de la sintonía, forman un sistema de discontinuidades, de presencias y ausencias que el infante debe seguir y que, por así decirlo, van dando forma a lo que se ha conocido como "apego" (*attachment*) en sus distintas variedades. Este patrón de "disrupción y reparación" permite que el hijo tenga la capacidad de transitar desde afectos positivos a afectos negativos y luego volver a los positivos (resiliencia) (Figura 8).

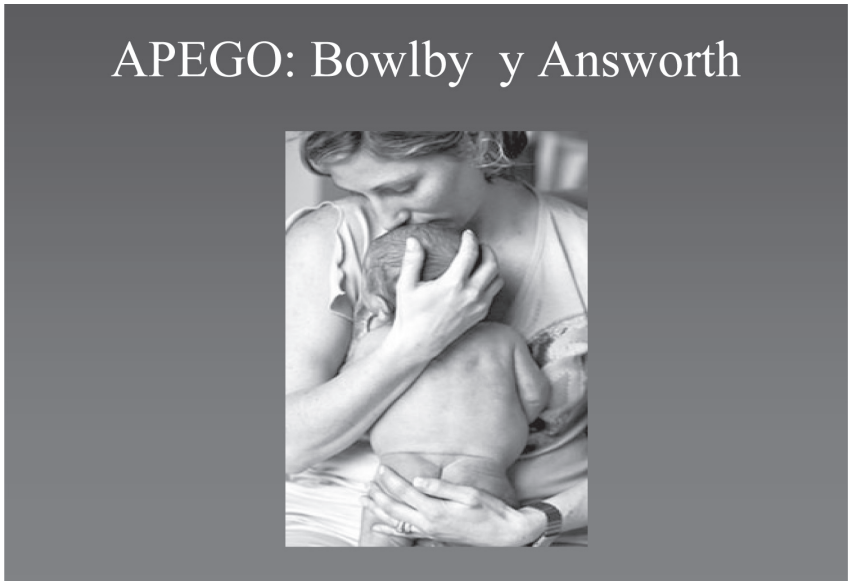


Figura 8

Podemos recordar que los estudios de Lorenz[37] mostraron en aves el impresionante fenómeno conocido como "troquelado" (*imprinting*), es decir, la adhesión del polluelo al primer objeto grande y móvil que encuentra en su experiencia visual. Nada más que como un fenómeno probabilístico, ese objeto es casi siempre la madre. Pero puede no serlo. Efectivamente, los polluelos siguen de la misma manera a una pelota tirada con un cordel que ha sustituido a la presencia materna. Pero lo notable es que después de un tiempo ese apego se hace irreversible, y los polluelos, por así decirlo, no reconocen a la madre verdadera, o, si se prefiere, le dan ese carácter a la pelota. Este troquelado apunta a una formación neural *modelada* por esta experiencia inicial (Figura 9).

Para Bowlby, la visión es central en el establecimiento del apego primordial con la madre, y el troquelado es el mecanismo que subyace a su formación. Si nos enfocamos en la relación de la madre con el hijo lactante podemos ver que la coordinación visual y gestual va acompañada de caricias y de vocalizaciones con diversos tipos de entonación pre-lingüística, los que son parte de estados afectivos, expresión que usamos aquí en un sentido muy amplio. El procesamiento de las emociones abarca fenómenos neurobiológicos complejos, y ha sido estudiado preferentemente res-

[36] Schore A. *Affect Regulation: and the repair of the self*. WW Norton & Company, New York, 2003.
[37] Lorenz K. *Biología del comportamiento*. Siglo XXI editores, Mexico, 1971.

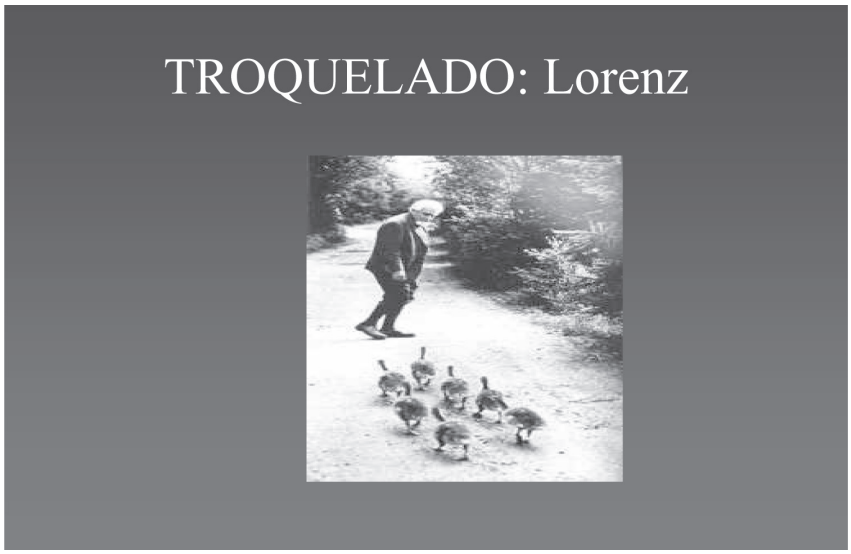


Figura 9

pecto de emociones como el miedo. Desde luego, la secuencia se inicia en las superficies sensoriales que pueden ser perturbadas por estímulos que guarden conformidad con ellas. Las perturbaciones producidas activan y se conectan con la corteza sensorial, y desde ahí descargan hacia la amígdala, la que a su vez activa núcleos hipotalámicos que producen el factor liberador de la corticotrofina, encendiendo así toda la cadena neuroendocrina mediada por el cortisol. Este circuito, dependiendo de su intensidad, tiene un efecto inhibidor sobre el hipocampo y la corteza prefrontal (que también reciben conexiones desde la corteza sensorial). Esta inhibición de estructuras que tienen que ver con la evaluación consciente del peligro se supone que deriva de contingencias evolutivas. Efectivamente, respecto del temor, a veces no hay segundo ensayo, de modo que vale la pena huir cien veces ante una falsa alarma, que cometer un solo error de evaluación en sentido contrario. De allí que la evaluación consciente deba esperar un segundo momento en el caso de que las claves amenazantes sean lo suficientemente potentes. Aunque no podemos desarrollarlo aquí, sabemos que la amígdala participa en el bodegaje de la memoria emocional implícita y a la vez modula la formación de la memoria explícita en los circuitos del hipocampo y áreas relacionadas.[38] Los postulados de Schore y otros sostienen que las interacciones sensoriales y emocionales entre el niño y la madre (o quien tome ese rol) son un mecanismo primario en el crecimiento y organización cerebral del infante mediante la activación de los sistemas dopaminérgicos y opioides.[39]

Además de lo dicho, la significación del contacto a través de la mirada es importante para lo que se ha llamado "teoría de la mente". La expresión fue acuñada por Premack y Woodruff en 1978[40] con relación a la capacidad de "engaño" (*deception*) de los chimpancés. En lo fundamental, se refiere a la asunción por parte de un individuo de que los otros individuos poseen una "mente", es decir, que poseen y desarrollan "estados mentales" que permiten la comunicación y la interacción social. Los estudios de imágenes cerebrales funcionales muestran que en personas sanas, durante la realización de actividades como atribuciones mentales, detección de la mirada y atribución de intenciones, la activación cerebral incluye principalmente a la corteza pre-frontal izquierda, la corteza órbito-frontal y la corteza temporal izquierda.[41] Las bases neurales del cere-

[38] Para una ampliación ver: LeDoux, ref. 5.

[39] Cozolino L. *The Neuroscience of Psychotherapy*. WW Norton & Company, New York, 2002.

[40] Premack D and Woodruff G. Does the chimpanzee have a 'theory of mind'? Behavioral and Brain Sciences 1978; 4: 515-526.

[41] Vogely K, *et al*. Mind reading: neural mechanism of theory of mind and self-perspective. Neuroimage 2001; 14:170-181.

bro social parecen corresponder a una red distribuida que incluye estructuras como la corteza pre-frontal dorso lateral, la corteza órbito-frontal, la corteza cingulada anterior, la corteza temporal superior medial, la amígdala, la corteza de asociación parietal y visual y las conexiones córtico-corticales y córtico-subcorticales entre estas regiones. Por lo tanto, las conexiones entre percepción visual, emoción, apego y capacidad de interactuar socialmente, forman un complejo conjunto de funciones y estructuras cerebrales que se modelan a partir de las experiencias fundantes de la relación inicial madre-hijo.

DOS CEREBROS

Es ampliamente conocido que los hemisferios cerebrales operan de manera diferenciada y coordinada. De acuerdo con Schore, el hemisferio derecho es el que está inicialmente relacionado con las funciones del apego y con la capacidad de percibir los estados emocionales de los demás, mediante un mecanismo de la corteza occipital derecha involucrada en la percepción de las expresiones faciales (lenguaje pre-verbal), y, como hemos señalado, elaborado en otras estructuras prefrontales y temporales coordinadas con respuestas vegetativas. De este modo el cerebro derecho de la madre "sintoniza" con el cerebro derecho en formación del hijo y participa de su desarrollo. Esta "intersubjetividad", para el autor mencionado, es semejante al "download" que todos realizamos al trasvasijar programas de la internet a nuestro computador personal, metáfora en la cual la madre es el programa en la red y el hijo el computador personal. Aunque las analogías computacionales están seriamente objetadas en la neurobiología contemporánea,[42] lo señalado da una idea de lo que Schore piensa. Durante los dos primeros años de vida de una persona el cerebro derecho se desarrolla más rápidamente que el izquierdo y, como hemos señalado, acompaña el desarrollo de las capacidades motoras, sensoriales, afectivas e "intersubjetivas". Sin embargo, a mediados del segundo año el cerebro izquierdo florece en medio de un vertiginoso acceso al lenguaje y a las habilidades de exploración del mundo. El cuerpo calloso madura lentamente, y por lo mismo los hemisferios operan durante años de manera relativamente autónoma, para finalmente llegar a un estado coordinado después de los cuatro años de edad del infante.

El cerebro derecho está relacionado principalmente con actividades inconscientes, y, del mismo modo en que el cerebro izquierdo se comunica con otros cerebros izquierdos mediante las conductas verbales conscientes, el cerebro derecho comunica sus estados inconscientes de manera no verbal a otros cerebros derechos que están sintonizados (con los cuales guarda conformidad) como para recibir estas comunicaciones. En pacientes con lesiones en el cuerpo calloso, Gazzaniga[43] desarrolló el concepto del hemisferio izquierdo como "narrador-interpretador", que inventa fábulas para explicar coherentemente la información fragmentada disponible, de modo que sea comprensible y aceptable para el "self" social.

Tal vez lo importante para nuestros objetivos sea señalar que la experiencia afectiva y relacional desarrollada en los primeros años de vida, forma un troquelado que influye de manera destacada en los estilos relacionales de la persona en su vida posterior.

APEGO

El apego (*attachment*) es un sistema cerebral que se desarrolla con relación a las figuras básicas con que se relaciona el niño desde su nacimiento y que organiza la experiencia emocional, motivacional y la memoria.[44] Este sistema lleva al niño a buscar protección y seguridad en sus padres y a establecer una comunicación con ellos. En un nivel evolucionario básico, el apego permite al infante sobrevivir a las situaciones de hambre, agresiones de otros, cambios de temperatura, etcétera. A nivel neurobiológico, el apego establece una relación interpersonal que permite que el cerebro inmaduro del infante use el cerebro maduro de la madre para organizar sus propios procesos y estructuras. Sin embargo, este "download", para ser adaptativo, requiere que la madre sea capaz de sintonizar con las respuestas emocionales del niño y tener la adecuada sensibilidad para amplificar las emociones positivas y modular las negativas, pero, además, es necesario que la madre sea capaz de aceptar, sin intrusiones, las protestas y gestos de independencia

[42] Edelman G. Darwinismo neuronal: el cerebro como sistema de selección. En: *La imaginación de la naturaleza*. Ed. Universitaria, Santiago,1997.

[43] Gazzaniga MS. Consciousness and the cerebral hemispheres. En: MS Gazzaniga (Ed.) *The cognitive neurosciences*, MIT Press, Cambridge, 1995.

[44] Generalmente esta persona es la madre, aunque puede ser otra o más de una. No especificaremos en cada caso y usaremos genéricamente la expresión "madre".

del hijo. Estas transacciones emocionales básicas y repetidas son almacenadas en la memoria y forman un troquelado que influye decisivamente en la forma en que el infante desarrolla su identidad y organiza la experiencia del mundo. Los adultos dependen de estas condiciones iniciales para desarrollar un estilo de vinculación y "narrativas" acerca de sí mismo a lo largo de la vida. Esta últimas consisten en una matriz de memoria inconsciente y consciente estrechamente relacionada con el lenguaje, y que se organiza como episodios e historias respecto del sí mismo modulando la identidad privada y pública. Especialmente en situaciones de adaptación consecutivas a altos niveles de estrés, los adultos tienden a buscar "figuras de apego" basadas en ese troquelado inicial.

Sin embargo, ya desde los trabajos seminales de Bowlby y Answorth[45] se considera que el apego seguro, como el descrito, no siempre se logra, y frecuentemente se produce lo que se conoce como apego "inseguro" en distintas variedades (desorganizado, ambivalente y evitador).

PSICOPATOLOGÍA Y VÍNCULO

Generalmente se piensa que los fenómenos psicopatológicos son la manifestación de anormalidades psíquicas "internas" de algunas personas. Si bien desde cierto ángulo eso parece ser así, es posible también mirar la situación desde otra perspectiva. Alguien necesita revisar diez veces la manilla del gas; otro dice que durante la noche misteriosos sujetos le roban los pensamientos de su mente; otro escucha que extraños dentro de su cabeza comentan sus acciones y lo insultan; alguien se siente incapaz de sentir los sentimientos que sabe tiene por sus familiares cercanos; otro que ha dañado irreparablemente a sus hijos y a toda su familia; y el de más allá tiene crisis de angustia cada vez que se aleja de su casa. En todos esos casos, para el sentido común se trata de anormalidades propias de las personas que sufren de "enfermedades mentales". Los "otros" nada tienen que ver en ello. Sin embargo, quien revisa diez veces la manilla del gas está salvando la vida de "otros"; a quien le roban los pensamientos está siendo robado por "otros"; el que no puede sentir sus sentimientos, lo que no puede es sentir el amor y afecto que tiene por "otros"; quien escucha voces que comentan dentro de su cabeza está oyendo a "otros", y quien no puede alejarse de su casa no puede alejarse de "otros".

Así, somos la experiencia de un "mí mismo" pero que se constituye en relación con "otros". Esto no puede sorprender a la luz de las consideraciones biológicas básicas con las que iniciamos este escrito. Consecuentemente, la psicopatología no es sólo un asunto privado: involucra generalmente a los "otros" y se establece en torno a ellos de manera fundamental. Es ampliamente conocido que una parte importante de la patología psíquica se relaciona con formas iniciales de apego fallido. Sobre-vinculación, des-vinculación y no-vinculación pueden de este modo constituir matrices adecuadas para la teoría clínica. Piénsese, por ejemplo, en cuadros clínicos como los trastornos de personalidad, la melancolía y la esquizofrenia, respectivamente.

[45] Rholes S, Simpson (Ed.) *Adult Attachment*. The Guilford Press, New York, 2004.

ENSAYO

CONCIENCIA Y LENGUAJE: ANÁLISIS DEL VÍNCULO PROYECTADO A TRAVÉS DE LA INTENCIONALIDAD

(Rev GU 2006; 2; 4: 432-438)

Rodolfo Bächler[1]

El siguiente trabajo constituye un ejercicio de análisis acerca de la relación entre la conciencia y el lenguaje a partir del vínculo que tiende entre ambos dominios la intencionalidad de los estados mentales. Para ello, se realiza en primer lugar una revisión de las características de la conciencia a partir del trabajo de Wallace Chafe, autor que distingue las diferentes propiedades de la conciencia según se manifiestan en el lenguaje. En segundo lugar se analiza la estructura de los estados conscientes, distinguiendo las principales dimensiones de la conciencia y su relación con el lenguaje, para concluir analizando cómo la intencionalidad de los estados mentales establece un puente conectivo entre la conciencia y el lenguaje. Se postula que la intencionalidad, entendida ésta como la propiedad de la mente de "estar dirigida a", es proyectada en el lenguaje permitiendo la significación a través de las palabras. De este modo el lenguaje, como transmisor de significados, constituiría un código sobre el cual se proyecta la capacidad de representación de la mente o intencionalidad, por lo que –en último término– un análisis de la semántica presente en el discurso con independencia de los procesos mentales que lo sustentan (conscientes / intencionales) sería un esfuerzo vacuo.

LA CONCIENCIA Y SU ROL RESPECTO DE LOS ESTADOS MENTALES

En contraste con el paradigma dominante en ciencia cognitiva, para algunos autores la conciencia constituye la característica esencial de los estados mentales. Esta es la postura de Chafe (1994), autor que destaca negativamente la escasa atención prestada a este fenómeno por los científicos y filósofos, señalando que si se observa el quehacer de la ciencia cognitiva, la psicología o la filosofía de la mente, resulta asombrosa la poca atención puesta sobre la conciencia. Al respecto, señala Chafe, el estudio de la conciencia más que conformar un foco de interés para los científicos cognitivos es considerado un "problema", o una dificultad que deben enfrentar de algún modo los funcionalistas o los partidarios de las teorías computacionales.

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

Según este autor, existen tres posturas acerca del rol que jugaría la conciencia respecto de otros dominios del funcionamiento de la mente. Una, que caracteriza la corriente oficial de la ciencia cognitiva, sostiene que la mayoría, si no todas, las operaciones importantes de la mente son inaccesibles para la conciencia. La lingüística generativa, por ejemplo, postula estructuras y procesos de un tipo del que ningún usuario del lenguaje podría ser consciente. Ésta es la misma idea acerca de la mente que ha sustentado con gran claridad Ray Jackendoff, quien construye su visión en torno a lo que él denomina la hipótesis de la poca efectividad de la conciencia. Para este autor, la conciencia de una entidad E no puede por sí misma tener un efecto sobre la mente computacional. Sólo los estados computacionales que causan, respaldan o proyectan E pueden tener un efecto como ese (Jackendoff, 1987; citado en Chafe, 1994). En el extremo opuesto al computacionalismo se encuentra la postura adoptada por John Searle, quien señala que la mente no contiene nada más que procesos neurofisiológicos incompletos por un lado y, por el otro, procesos que son o podrían ser accesibles para la conciencia (Searle, 1990; citado en Chafe 1994). De acuerdo a Searle (2004), no es posible entender la mente en otros términos que no consideren al menos la posibilidad lógica de conciencia de cualquier estado que se defina como mental. Desde este punto de vista, cualquier estado mental (incluso aquel inconsciente) es, en último término, mental únicamente a partir de la posibilidad de hacerse consciente. Este punto de vista se opone al paradigma dominante en ciencia cognitiva (sustentado por visiones como la de Jackendoff), que afirma la existencia de un dominio mental constituido por procesos computacionales (algoritmos) que no podrían nunca hacerse conscientes.

Finalmente, de acuerdo con Chafe, es posible adoptar una postura intermedia entre estos dos extremos. Esta es la postura que representa Bernard Baars, cuya teoría sobre la conciencia como un "lugar de trabajo global" da lugar a interacciones complejas entre los procesos conscientes e inconscientes. La metáfora esencial en la teoría de Baars es la de una pizarra frente a una audiencia de especialistas que sólo se pueden comunicar con el grupo como un todo mediante la pizarra. Por lo tanto, las soluciones a los problemas nuevos o predecibles, que no pueden resolverse por ningún especialista, se pueden coordinar por medio de la pizarra. Los sistemas ejecutivos también pueden ejercer control de este modo (Baars, 1991; citado en Chafe, 1994). Finalmente, para Chafe, la conciencia sería el espacio de interacción constante con el medio ambiente de los humanos así como también el lugar del pensamiento y sentimiento internos. Según su punto de vista, la conciencia actuaría como la interfase crucial entre el organismo consciente y su medio ambiente, un espacio donde la información proveniente del medio ambiente se considera una base para el pensamiento y la acción así como también donde la experiencia generada internamente se hace efectiva; el lugar del recuerdo, la imaginación y sentimiento. De este modo, para Chafe, el propósito de la conducta y el pensamiento sería satisfacer los intereses del organismo al momento en que se representen en la conciencia.

PROPIEDADES CARACTERÍSTICAS DE LA CONCIENCIA

La conciencia presenta una serie de características que la distinguen de otros procesos mentales. Chafe (1994) realiza una distinción de las propiedades de la conciencia a partir de los rasgos que pueden observarse en el lenguaje. Para este autor, el hecho de observar las propiedades de la conciencia a partir de los rasgos observables en el lenguaje otorga a la evidencia introspectiva una mayor importancia en términos de llevar el estudio del fenómeno consciente más allá de la observación en primera persona. Chafe divide las propiedades de la conciencia en aquellas que son constantes (las que pertenecen a toda experiencia consciente) y aquellas que son variables (las dimensiones en las cuales los sucesos particulares de la experiencia consciente pueden variar). A continuación se presentan algunas de las propiedades consideradas como más relevantes para los fines de este trabajo, según las describe Chafe.

Propiedades constantes de la Conciencia

La conciencia tiene un foco

Para Chafe, decir que la conciencia tiene un foco es simplemente repetir la observación de que la conciencia es la activación de sólo una pequeña parte del modelo del experimentador sobre el mundo circundante, no del modelo en su totalidad. Esta capacidad limitada de la conciencia se refleja lingüísticamente en las motivaciones del lenguaje en las unidades de entonación. Cada una de estas unidades verbaliza una pequeña cantidad de información, la cual, si es posible suponer, es aquella parte del modelo de la realidad del hablante en la cual se centra su conciencia en ese momento. En una situación socialmente interactiva, corresponde a la proporción en la cual el hablante pretende que la conciencia del oyente se focalice al oír la unidad de entonación. Esta activación limitada permite que una persona interactúe con el mundo circundante de una forma muy

productiva, por lo cual sería poco útil activar todo lo que una persona sabía de una sola vez.

El foco se localiza en un área circundante de la conciencia periférica

El foco activo está rodeado por una periferia de información semiactiva que le proporciona un contexto. El reconocer que la mente contiene información en este estado semiactivo es esencial para el trabajo de Chafe. Existen varios aspectos importantes del lenguaje que podrían ser un misterio sin la presencia de la información semiactiva, así como también de la activa no se tomaran en cuenta. Una manera evidente en la cual el lenguaje permite que la información periférica se exprese abiertamente es a través del agrupamiento de unidades de entonación en segmentos más extensos que expresen mayores cohesiones de información y, de este modo, proporcionen un contexto para los segmentos más cortos.

La conciencia es dinámica

El foco de la conciencia no descansa, se mueve constantemente desde un ítem de información al otro. Este movimiento se refleja en el hecho de que, a pesar de muy pocas excepciones, cada unidad de entonación expresa algo diferente a la unidad de información que le precede y que le sigue. Debido a que cada foco es un segmento distinto de entonación, la secuencia de los focos se asemeja a una serie de fotos instantáneas, más que las de una película.

La conciencia posee un punto de vista

El modelo del mundo propio se centra necesariamente en uno. La ubicación y necesidades de cada persona establecen un punto de vista que es otro elemento constante de la conciencia.

La conciencia tiene la necesidad de una orientación

En el caso de la conciencia periférica, es necesario incluir información relacionada con la ubicación de la persona en varios dominios. Los más importantes de todos parecen ser el espacio, tiempo, sociedad y actividad actual. Al parecer, la conciencia no puede funcionar de manera adecuada sin el conocimiento periférico de la ubicación espacial y temporal, sin el conocimiento de las personas con las cuales interactúa en la actualidad y sin el conocimiento de lo que está sucediendo en el presente.

Propiedades variables de la conciencia

Las experiencias conscientes surgen de diversas fuentes

Con frecuencia los filósofos parecen asumir que la conciencia se constituye de creencias, intenciones y deseos. Sin embargo, según Chafe, se necesitaría realizar una pequeña introspección básica para comprender que una gran parte de lo que experimentamos es perceptual. Casi toda la conciencia tiene relación con los sucesos y estados perceptuales, junto con las personas y objetos que participan de ellos. La conciencia se constituye de experiencias de las percepciones y de las acciones. Junto con ellas, y casi siempre presentes al mismo tiempo, se encuentran las emociones, opiniones, actitudes, deseos y decisiones que tales acciones provocan o, por el contrario, que las provocan. Además de las percepciones, acciones y evaluaciones, las cuales evidentemente forman los tres elementos básicos de la conciencia, en ocasiones existen introspecciones, metaconocimientos de lo que la conciencia está haciendo.

Las experiencias conscientes pueden ser inmediatas o desplazadas

A veces la información de la conciencia activa o semiactiva está directamente relacionada con la realidad inmediata, el medio ambiente que rodea al ser consciente en ese momento. Uno puede ser consciente de lo que está ocurriendo en el lugar y tiempo de la experiencia misma, sin embargo no toda nuestra experiencia inmediata proviene del medio ambiente externo del organismo consciente; gran parte de ella surge desde dentro. Las emociones, opiniones, actitudes y deseos evaluativos pueden derivar de formas establecidas de evaluar las experiencias inducidas externamente, formas que poseen recursos que son completamente internos, como cuando los estados de ánimo positivos o negativos se inducen mediante química visceral. Sin embargo, de ningún modo la conciencia se restringe a la experiencia inmediata. Una fuente distinta es el recuerdo; la construcción de experiencias que fueron inmediatas en algún momento pero que no pertenecen al medio ambiente actual. La otra fuente es la imaginación, experiencias construidas por la propia mente consciente, aunque con alguna relación directa con las experiencias inmediatas previas.

Las experiencias conscientes pueden ser reales o ficticias

Nosotros no registramos objetivamente lo que está sucediendo a nuestro alrededor, pero lo interpretamos

según esquemas conocidos. La información que permanecía inactiva en la mente durante algún tiempo y que ahora se recuerda atravesará procesos adicionales de interpretación, siendo, al momento de recordar, incluso menos repetitivo verídicamente que en el momento de su primera adquisición.

Las experiencias conscientes son más o menos interesantes

De todos los ítem de información sobre los cuales uno se podría centrar, ¿por qué algunas de ellas entran a la conciencia y otras no? Esta interrogante es difícil de contestar en relación con el pensamiento inactivo, donde las razones del por qué la conciencia observa el medio ambiente, recuerda e imagina de las maneras en las que lo hace son las más difíciles de averiguar. Sin embargo, cuando la conciencia se verbaliza en un lenguaje abierto, al menos podemos investigar el flujo de cosas que se hablan y quizás agudizar nuestro entendimiento del por qué un hablante escogió esas cosas y no otras.

ESTRUCTURA INTENCIONAL DE LA CONCIENCIA

Un interesante punto de partida para analizar las relaciones conciencia / lenguaje se encuentra en el estudio de la intencionalidad, dado que esta característica de la conciencia pareciera verse reflejada de manera especial en el lenguaje.

Desde Brentano en adelante, los filósofos de la mente han considerado la intencionalidad como una característica central de la mente (y por ende de la conciencia). Según Alvarez (2002), "La palabra *intencionalidad* es un término técnico tomado de la filosofía escolástica medieval (*intentio*, traducción del árabe *ma'na*), donde se usaba para referirse a cosas en la mente u operaciones mentales" (p.390). La *intentio* estaba relacionada con la *inexistentia,* que no quiere decir "inexistencia" sino "existencia en", existencia del objeto en la mente o tal como se presenta a la mente, tal como ésta lo conoce y experimenta" (p. 390). Brentano, filósofo alemán que retomó el término inexistencia, consideraba la intencionalidad como la propiedad definitoria de los fenómenos psíquicos en oposición a los físicos. Para él, todo fenómeno psíquico era intencional, incluso aquellos casos más complejos de definir en esos términos, como resulta ser el caso del dolor. Señaló que todo estado mental incluye un objeto que se presenta o aparece al sujeto y el hecho de que los actos mentales incluyan tales presentaciones constituye su intencionalidad o in-existencia intencional. Según sus propias palabras, "esta inexistencia intencional es exclusivamente propia de los fenómenos psíquicos. Ningún fenómeno físico ofrece nada semejante. Con lo cual podemos definir los fenómenos psíquicos diciendo que son aquellos fenómenos que contienen en sí, intencionalmente, un objeto" (Brentano, 1935; p. 28, 29).

De este modo, se considera al intencionalismo como la doctrina que define los estados mentales en tanto se encuentran siempre referidos a un objeto que no es el mismo estado mental. Sin embargo, actualmente existe en filosofía de la mente una discusión respecto de los límites dentro de los cuales deben analizarse las relaciones entre la conciencia y la intencionalidad. Para Searle, por ejemplo, todo lo intencional es (en último término) consciente,[2] pero no todo lo mental es intencional. Según él, existen estados conscientes (mentales) que no poseen intencionalidad, como sería el caso de los estados de ánimo. Otros autores, en cambio, postulan que la característica principal de los estados mentales (la marca de lo mental) se encuentra dada por la intencionalidad, y todo fenómeno que se define como mental sería, por tanto, necesariamente intencional. Este es el caso de Crane (2003), quien es partidario de un intencionalismo fuerte que caracteriza incluso las sensaciones como representaciones intencionales. Así, de acuerdo con Crane, cuando tengo un dolor en mi rodilla el estado mental (la sensación o propiedad cualitativa) que caracteriza ese dolor corresponde a una representación de una parte de mi cuerpo (la rodilla) en la mente como dolor, con lo cual en último término este estado mental se define por su carácter intencional.

Del análisis de los estados mentales separando el contenido intencional de las propiedades cualitativas (*qualia*) que le acompañan resulta un ejercicio interesante y clarificador. Tal como podemos pensar en estados cualitativos sin contenido intencional (los estados de ánimo por ejemplo), vale la pena preguntarse si puede haber estados intencionales que no presenten propiedades cualitativas. Para Rosenthal (1994) citado en Crane (2003), existen dos categorías de estados mentales: las actitudes proposicionales tales como pensamientos, deseos y otros estados con

[2] Para Searle cualquier estado requiere para poder definirse como "mental", contar (al menos en principio) con la posibilidad de hacerse consciente. Así por ejemplo, mi creencia inconsciente, cuando estoy dormido, que Michel Bachelet es la presidenta electa de Chile sólo puede definirse como mental en la medida que puede hacerse consciente cuando despierto. ¿Y cuál es entonces el estatus de los sueños?

contenido intencional; y las sensaciones como el dolor o las impresiones sensoriales que no presentan contenido intencional. Si me detengo un momento para analizar mi experiencia presente en función de estas distinciones, puedo observar que mientras trabajo sobre este documento mi mente se encuentra dirigida intencionalmente sobre los pensamientos que me ocupan en este momento –entre otros, los conceptos, la estructura y la argumentación de las ideas que redacto–. Paralelamente, soy consciente de ciertas propiedades cualitativas que acompañan mi quehacer mental –en este caso inquietud y calor–. Sin embargo, no estoy tan seguro de que estas últimas deriven directamente del estado intencional en el que me encuentro. De hecho, pudiera ser que en algunos casos como éste la propiedad cualitativa fuese un mero acompañante no directamente asociado al estado mental intencional (o actitud proposicional), el cual tal vez no presente en sí mismo propiedades cualitativas vinculadas. La dificultad para examinar los posibles límites y relaciones entre contenidos intencionales y propiedades cualitativas se produce puesto que, en principio, es imposible no estar en un estado consciente en particular, así como en una sensación o qualia determinado.[3] Siempre estamos en algún estado de ánimo o emoción, razones por las cuales existe una tendencia espontánea a asociar los estados intencionales con las propiedades cualitativas que le acompañan en un momento determinado.[4] Sin embargo, si intentamos examinar ambos dominios de la conciencia (el contenido intencional y la propiedad cualitativa) por separado, podemos observar que, aun cuando nunca dejamos de estar en un estado cualitativo particular y en un estado intencional determinado, existen frecuentemente casos en los cuales ambos dominios no constituyen un estado mental unitario. En esto casos, una de las dificultades para separar ambos dominios en el análisis se deriva del hecho que en algunas ocasiones es el carácter intencional de un determinado estado mental aquel que aparece con mayor fuerza en la conciencia, y en otras es la propiedad cualitativa la que presenta mayor notoriedad.[5] Al respecto, una posibilidad interesante para analizar este tema es ver la dicotomía intencional / cualitativo como un continuo, en el cual se encontrarían las actitudes proposicionales que presenten un mínimo grado de cualidad en un extremo, versus las propiedades cualitativas que no contengan contenido proposicional (intencional) directamente asociado, en el otro polo.

CONCIENCIA, INTENCIONALIDAD Y LENGUAJE

¿Cómo se relaciona todo esto con el lenguaje? Existen dos aspectos referidos a las características de la conciencia que resultan de interés para analizar la relación entre el lenguaje y la conciencia. Por un lado, la distinción actitud proposicional / propiedad cualitativa y, por otro; el carácter intencional de los estados mentales.

Si hacemos un breve resumen de lo planteado hasta ahora, tenemos lo siguiente. La conciencia constituye el aspecto central de aquello que denominamos mente. Por esta razón, para un examen adecuado de cualquier proceso cognitivo es necesario analizar los posibles vínculos que éste presenta con la conciencia. Tradicionalmente la conciencia ha sido definida entre los autores, como la experiencia cualitativa que acompaña muchos de los diferentes procesos cognitivos (percepción, atención, lenguaje, memoria, etc.). Sin embargo, una categorización algo más amplia de los estados conscientes, es aquella que distingue por un lado actitudes proposicionales (como deseos, creencias, etc.) y, por otro, propiedades cualitativas (o qualias), tales como la experiencia vivida al contemplar un lago o el sentimiento de dolor en el pie izquierdo producto de un golpe o el qualia de estar instanciando el concepto de mi tía Panchita o el de mi tía Panchita dándolde de comer a los canarios. Según Crane (2003), ambas dimensiones son conscientes y las dos pueden ser vistas también a la luz del carácter intencional que caracteriza los fenómenos

[3] Al decir de algunos autores como Rafael Echeverría, no podemos escapar de los estados de ánimo. Siempre nos encontramos en algún estado de ánimo en particular y comúnmente no podemos elegirlo. Para una aplicación de estas ideas al ámbito de las organizaciones, ver "Ontología del Lenguaje" de Rafael Echeverría, editorial Dolmen.

[4] Digo en principio, puesto que para algunas filosofías orientales como el budismo o el hinduismo sería posible acceder a la mente o conciencia en estado puro, vacío de todo contenido específico mediante prácticas específicas de meditación. Para una relación entre este tipo de visión y la ciencia cognitiva, ver "De Cuerpo Presente: Las Ciencias Cognitivas y la Experiencia Humana". Varela, F; Thompson, E. y Rosch, E. Editorial Gedisa 1997.

[5] De hecho, tal vez sea posible identificar diferentes patrones de funcionamiento mental, asociados a los distintos tipos de personalidad existentes descritos por la literatura psicológica. En este sentido, pudieran distinguirse diferentes estilos mentales, algunos con una predominancia hacia la proposicionalización intencional, así como otros con una orientación en la conciencia en el sentido de la formación de propiedades cualitativas (*qualia*).

mentales. Probablemente la intencionalidad de uno y otro estado presente algunos matices distintos; sin embargo, para nuestro análisis basta con constatar que ambos tipos de estados conscientes se caracterizan por la inexistencia intencional descrita por Brentano. Así, de acuerdo a estas distinciones, la conciencia puede ser entendida como un lugar en el cual se destaca a veces la presencia de las actitudes proposicionales, tal como en otros momentos aparecen con más fuerza las propiedades cualitativas de una determinada experiencia o estado mental. Ambos tipos de aspectos constituyen en ocasiones un estado mental unitario y cohesionado, mientras que en otras oportunidades dichas dimensiones se configuran sólo como dimensiones contiguas en el tiempo y el espacio mental.

ACTITUDES PROPOSICIONALES, PROPIEDADES CUALITATIVAS Y LENGUAJE

Considerando estas ideas, podemos avanzar hacia la construcción de un tipo de relación entre el lenguaje y la conciencia. La distinción actitud proposicional / propiedad cualitativa nos muestra que existen estados mentales que resultan más fácilmente traducibles al formato del lenguaje y otros que no son tan factibles de traducir en ese sentido. Al respecto, según Chafe (1994), no podemos poner en duda que parte importante de la conciencia se encuentra constituida por el discurso lingüístico interno. Sin embargo, es evidente que no todo lo que pasa por la conciencia es lenguaje. Estados como la imaginación, el afecto y las experiencias estéticas tendrían, según este autor, su propia naturaleza. De este modo, existirían razones para creer que a veces el contenido de la conciencia no puede compararse con ninguna manifestación lingüística particular de ella (Chafe, 1977; citado en Chafe, 1994). Un tipo de evidencia señalado por Chafe, que pudiera demostrar la existencia de contenidos conscientes difícilmente expresables mediante el lenguaje, se encuentra dado por la experiencia mental de poca fluidez en el discurso. Según él, con frecuencia las personas tienen problemas para verter sus pensamientos a través de las palabras pudiendo tener la sensación de que no han declarado adecuadamente lo que tienen en mente. En este sentido, la experiencia de poca fluidez que todos hemos tenido alguna vez podría ser vista como una evidencia de la no conformidad entre aquello de lo que uno es consciente y lo que uno dice (Chafe, 1990; citado en Chafe, 1994).

Una manera de explicar este tipo de situaciones es considerar que en la medida que los estados conscientes se "proposicionalizan", se encontrarían más cercanos al lenguaje, mientras que, por el contrario, cuanto más cercano al polo de las propiedades cualitativas se encuentra un determinado estado mental, menos factible resulta su traducción al código lingüístico. Dicho de otro modo, la conciencia es un proceso que tiene un carácter intencional mediante el cual se dirige hacia el mundo adoptando formas más o menos susceptibles de ser expresadas a través del lenguaje.

Intencionalidad y Lenguaje

Finalmente, hemos dicho (siguiendo a Crane) que la estructura de la conciencia es predominantemente intencional, sin embargo nada hemos hablado de esta propiedad y su posible relación con el lenguaje.

Para Searle (1998) existen tres tipos de estados en el mundo que pueden concebirse como intencionales. La comprensión exacta de las características de cada uno de ellos nos ayuda a clarificar la relación entre la intencionalidad mental y el lenguaje. Los tres tipos de intencionalidad identificados pueden verse ejemplificados en cada una de las siguientes oraciones:

- Me siento muy a gusto trabajando con este computador
- Mi computador tarda en hacer el trabajo puesto que está pensando
- La palabra computador designa una máquina que realiza algoritmos.

La primera frase nos refiere a un estado intencional intrínseco producido por la existencia de propiedades mentales de un cerebro biológico. Este tipo de intencionalidad "primaria" o intrínseca es, según Searle, el único tipo de intencionalidad real, en el sentido de que ella es independiente de otros tipos de intencionalidad y se origina a partir del carácter biológico de la mente. La segunda frase, en cambio, no se refiere realmente a ningún estado intencional, y corresponde en verdad a un tipo de propiedad que Searle denomina "intencionalidad como sí". Se trata tan sólo de una forma metafórica que utilizamos para hablar acerca de ciertas cosas que existen en el mundo, las cuales, en rigor, no presentan propiedad intencional alguna [proyección de intencionalidad]. Finalmente, la tercera oración nos remite a un tipo de intencionalidad que Searle denomina intencionalidad derivada, en el sentido que ella depende siempre del primer tipo de intencionalidad descrito. Este tipo de intencionalidad presente en el lenguaje depende siempre de una mente biológica que tiene intencionalidad intrínseca, capaz de transferir representatividad y significación al lenguaje. En palabras

de Searle (1998), "la clave para comprender el significado es ésta: el significado es una forma de intencionalidad derivada. La intencionalidad original o intrínseca de un hablante es transferida a las palabras, frases, marcas, símbolos, etc. Si se expresan con significado, esas palabras, frases, marcas y símbolos tienen entonces una intencionalidad derivada de los pensamientos del hablante. No tienen tan sólo significado lingüístico convencional sino también el significado que ha querido darles el hablante (p. 127).

Por tanto, podemos concluir este trabajo reafirmando una de las ideas planteadas anteriormente. La conciencia representa el rasgo central de la mente, con independencia del cual no es posible entender ningún proceso cognitivo. Ella tiene una estructura intencional que la vincula con el mundo y que particularmente en el caso del lenguaje, es la responsable de la capacidad de significación de las palabras, frases y discurso. Cualquier análisis de la significación del lenguaje que no considere esta relación corresponde a un intento de explicación reduccionista e incompleto.

REFERENCIAS

1. Alvarez A. Propiedades nucleares de los fenómenos mentales según Searle: intencionalidad, subjetividad, semanticidad. Revista de Filosofía 2002; 27(2): 389-417
2. Brentano F. *Psicología desde un punto de vista empírico*. Editorial Revista de Occidente, Madrid, 1935
3. Crane T. The intentional Structure of consciousness. En: Jokic A, Smith Q (Eds). *Consciousness: New Philosophical Perspectives*. Oxfod University Press, Oxford and New York, 2003
4. Chafe. *Discourse, Consciousness, and Time. The Flow and Displacement of Conscious Experience in Speaking and Writing*. Chicago University Press, Chicago, 1994
5. Jackendoff R. *La Conciencia y la Mente Computacional*. Editorial Visor, Madrid, 1998
6. Searle J. *Mente, lenguaje y sociedad*. *La filosofía en el mundo real*. Editorial Alianza, Madrid, 1998

ENSAYO

RAÍCES Y RAZONES DE LA VIOLENCIA: CULTURA, PODER, GÉNERO[1]

(Rev GU 2006; 2; 4: 439-450)

Susana Cubillos[2]

Se revisa la realidad de la violencia ejercida en distintos ámbitos de las relaciones sociales, a la luz de las interpretaciones culturales y psicológicas que diversos clínicos e investigadores contemporáneos ofrecen. Se incluye un caso clínico que visualiza la violencia en el ámbito privado de lo doméstico. Se incorpora la mirada operativa de género sobre las relaciones de poder existentes a la base de todo acto de violencia. Se releva la función del juego y el cuidado amoroso en la infancia humana como imprescindibles para la construcción del respeto social.

Para adentrarse en el territorio de la violencia, situado en los abismos del ser humano, es necesario un buen soporte: me afirmo en el amor a la vida, en el goce de ser, en la confianza en que hombres y mujeres tenemos la capacidad de producir cambios en la sociedad, luego de ser testigos, víctimas o agentes del poder destructivo del ser humano en todos los espacios de la existencia.

En 1973, como estudiante de primer año de Medicina, me maravillaban las células y las estructuras de los tejidos. Valparaíso me regalaba un cielo escandalosamente encendido de color, y yo era feliz, admirando con asombro la perfección del mundo manifestado. Al mismo tiempo, enfrentar la relación con la frialdad de un anónimo cadáver me llevó a imaginar su humanidad, su soledad, su desaparecida historia y a situar la trascendencia humana en otro lugar, cercano al corazón. Desde allí, desde el alma aprehendida con los cinco sentidos, la conciencia en la percepción del todo, puedo atreverme a compartir estas reflexiones. Desde la certeza de la intrincada, permanente, silenciosa relación naturaleza/cultura que es siempre proyecto y proceso, sustancia y conciencia, energía y lenguaje, en un diálogo continuo, imprimiéndose una a otra como las hebras del ADN.

En aquellos tiempos la intensa lucha en el cuerpo social, con sus demarcaciones ideológicas, nutría mi paso a la adultez. Interesada en las propuestas y en los discursos que re-significaban las relaciones de poder, confrontábamos ideas, argumentos, posiciones, intereses, como parte de la vida cotidiana. Tempranamente la huelga del gremio médico confundió mi concien-

[1] Trabajo Presentado en las XI Jornadas de actualización en Psiquiatría "Últimos avances clínicos y psicológicos". Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Abril, 2001.

[2] Psiquiatra, Centro de Salud Mental Integrado. E-mail: scubillos@vtr.net

cia adolescente, considerando que el Presidente de la República era un médico y que su proyecto, según lo entendía, intentaba disminuir la desigualdad social. La decisión no calzaba con mi idea romántica e infantil de lo que era ser un médico, ni de lo que eran la política, el poder, el ser humano. Como futura doctora sólo había visto tejidos y cadáveres, era aún profundamente ignorante e inocente. Desde entonces el paisaje natural ha sido el espejo, la savia y el continente para los impactos de la historia, cuyas huellas me han invitado a la reconstrucción cartográfica de la subjetividad enculturada. Las otras disciplinas que se ocupan del ser humano han estado permanentemente en mi horizonte personal, informando mi posicionamiento en el mundo en tanto mujer y médica.

Me propongo mirar con ustedes no un tema sino una realidad, específicamente aquella de la violencia que ocasiona dolor y aflicción, compartiendo información y reflexión sobre esta vasta, profunda y compleja situación humana, con el fin de nutrir la conciencia, elemento clave para el cambio. Conciencia en el sentido de darse cuenta, de saber, de conocer. Conciencia que informa el libre albedrío ante la permanente libertad de elegir un camino u otro (18).

En la polaridad de la vida, lo masculino y lo femenino, el nacimiento y la muerte, el día y la noche, la materia y el espíritu, el amor y el odio, el bien y el mal, podríamos situar nuestra mirada. Polaridades dialógicas, que en una gama de matices intermedios lejos de excluirse permanecen en una constante relación, en la cual su reconocimiento e integración es proceso de equilibrio, maduración y crecimiento. Al contrario, los mecanismos de represión, escisión, negación, disociación, exclusión, que la mente se ve obligada a realizar en su función adaptativa, llevan a la desintegración, inmadurez, falta de estructura, parcialidad y actuación de las llamadas defensas primitivas del Yo.

Winnicott afirma que el amor y el odio constituyen los dos principales elementos a partir de los cuales se elaboran todos los asuntos humanos. Sin embargo, de todas las tendencias (humanas), "la agresión, en particular, está oculta, disfrazada, desviada; se la atribuye a factores externos y cuando aparece siempre resulta difícil rastrear sus orígenes". Sostiene que los problemas del mundo no se deben a la agresión del hombre sino a la agresión reprimida en cada individuo (19).

ALGUNAS CIFRAS INTRODUCTORIAS

- La segunda guerra mundial significó el exterminio de 20 millones de personas, y desde entonces a la fecha 10 millones más han perdido la vida en conflictos bélicos.
- Gasto por año de los ejércitos en el mundo: $ 780 mil millones. Cantidad requerida por año para proporcionar educación básica a todas las personas en las naciones en desarrollo: $ 6 mil millones.
- Riqueza combinada de las 225 personas más ricas del mundo: $ 1 trillón. Ingresos anuales combinados de los 2,5 mil millones de personas más pobres del mundo. $ 1 mil millones.
- En Chile ocurren treinta mil atentados sexuales al año (9 atentados diarios). El 20% se denuncia y del total de denuncias sólo un 10% ha obtenido sentencia acusatoria.
- En uno de cada cuatro hogares chilenos se ejerce violencia física contra las mujeres y en uno de cada tres las mujeres viven violencia emocional o psicológica (S. Larraín,1992).
- En Valparaíso, Chile, la violencia física en parejas jóvenes universitarias se da en un 24% de los casos y la violencia psicológica en un 50% de ellos (Universidad Católica de Valparaíso, 1996).
- Según cálculos de la UNICEF, unos dos millones de niños de ambos sexos son víctimas de explotación sexual en todo el mundo, datos que no incluyen los abusos sexuales que tienen lugar en el ámbito de la familia.

CONCEPTOS, TEMAS Y REALIDADES

Considero a la violencia como una realidad cotidiana. Más acá de los 50 millones de vidas que costó a la humanidad la locura racista de Hitler y sus seguidores, y de los millones de muertes en guerras desde entonces, hoy por las rendijas de sus chadares imagino la mirada de desesperación de las mujeres de Afganistán recluidas en sus hogares, prisioneras –por su género– de la locura sexista y religiosa de los Talibanes[3] (16).

Al revisar los conceptos, Lolas distingue los términos "agresión" y "violencia", entendiendo por el primero la conducta intencional dirigida a producir daño, en contraste con una definición operativa de violencia definida como la manifestación o ejercicio inadecuado de la fuerza o del poder; en que inadecuado se refiere a extemporáneo (fuera de lugar o de contexto), y des-

[3] Desde que los Talibanes se tomaron el poder en Afganistán en 1996, las mujeres han sido recluidas en sus hogares, sin serles permitido estudiar o trabajar, ni salir a las calles, sin compañía masculina.

mesurado o excesivo (inapropiado en intensidad). Este concepto no precisa intencionalidad y no presupone agresión ni la agresión necesita, para ser agresión, de la violencia (6).

Estas distinciones permiten plantearse la pregunta por la intencionalidad, que al ser una disposición subjetiva puede ser consciente o inconsciente y, más aún, deliberadamente ocultada. También da lugar a la pregunta por el contexto de poder y lo que es considerado adecuado o no y por qué sujetos.

Huneeus comunica respecto a lo que llama "maldad grupal" y cita el trabajo de R. Siu, en el cual señala:

"La inflicción del sufrimiento o su amenaza ha sido denunciada a lo largo de la historia. Pero también ha sido soslayada, ignorada, camuflada, e incluso refinada, amplificada y enaltecida. Jamás ha sido eliminada de un grupo grande de personas ni siquiera por un corto periodo. Es uno de los medios más comunes, frecuentemente el único decisivo, para la obtención de fines personales e institucionales...".[4]

Quisiera llamar la atención sobre tres aspectos relevantes de esta observación: primero, el acto de ocultar, camuflar y negar; segundo, en la inflicción de sufrimiento como un medio usado sistémica y sistemáticamente con fines o intenciones específicos y, tercero, en la legitimación de ello.

Para designar el poder de las estructuras del sistema político-económico sobre las personas, que genera y mantiene condiciones de enormes desigualdades, se usa el concepto de Violencia Estructural (16). Si pudiéramos encoger la población total del planeta y colocarla en un pueblo de 100 personas, manteniendo todas las proporciones humanas existentes, tendríamos que el 50% de toda la riqueza mundial estaría en manos de sólo 6 personas y las seis serían estadounidenses, 80 habitarían viviendas deficientes, 70 no podrían leer, 50 sufrirían desnutrición, sólo 1 tendría educación terciaria y ninguna poseería aún un computador.[5] Sólo en Latinoamérica hay 40 millones de pobres y de ellos la mayoría no ha cumplido aún los 24 años, jóvenes que son reflejados por los medios de comunicación como potenciales delincuentes y se encuentran permanentemente bajo sospecha.

En este contexto el uso de la fuerza para mantener el *statu quo* ha contemplado, como comunica Hunneus:

"el adiestramiento especial de un contingente para perpetrar actos abominables y convertirse en criminales en contra de la humanidad. Las graves violaciones a los derechos humanos en varios países de nuestro continente durante la segunda mitad del siglo XX han sido efectuadas por personal militar adiestrado de una manera especial, que les ha preparado para torturar hasta asesinar y luego hacer desaparecer a personas".

Sólo en Chile se registran cerca de tres mil personas desaparecidas en estas circunstancias.

El significativo momento histórico que ha vivido Chile no debe ser soslayado, ni ignorado, ni camuflado. La sociedad se enfrenta de cara a sí misma, en un dilema que considera por un lado la negación o el olvido rápido, sin elaboración y, por otro, el reconocimiento del horror, de la omisión, del delito cometido, las responsabilidades, el arrepentimiento y la reparación. El país debate en torno al sentido de justicia y humanidad, teniendo la posibilidad de establecer su demarcación frente a un problema ético crucial para su evolución como sociedad, el de los derechos de las personas, la sanción al abuso de poder y a la crueldad. Hay una responsabilidad ética por el poder que se detenta en un momento dado, donde quiera que uno esté ubicado en la pirámide de la jerarquía, a nivel público y privado, que es personal. Así como puede serlo la libertad de elegir entre conocer o no la información que siempre estuvo, y está aún, ocultada y manipulada. Aceptar este hecho implica enfrentarse a los propios miedos y la cobardía. Tener una opinión informada es una responsabilidad individual imprescindible para la construcción de una sociedad más amable y equilibrada.

La importancia de este proceso es fundamental, en tanto hay coincidencia de los autores en señalar como causa y efecto de la inflicción de sufrimiento a la represión de los propios sentimientos agresivos, la negación y el olvido de las experiencias de maltrato y abuso en la infancia. Se "olvida" la experiencia de humillación, miedo y fragilidad ante la negación de la propia persona por parte de quienes deben cuidarlo y protegerlo, como un mecanismo de sobrevivencia. Tarde o temprano el retorno de lo reprimido cobra compulsivamente nuevas víctimas, actuando como venganza inconscien-

[4] "PANETICS: el estudio de la inflicción de sufrimiento", R. Siu, citado por F. Huneeus en *Los Orígenes Psicológicos de la Maldad Grupal en las FF.AA. y de Orden*, 2001. Ver Bibliografía.

[5] PNUD. Informe sobre el desarrollo Humano, 1998. N York. Oxford University Press.
De esas 100 personas, 57 serían de Asia, 21 de Europa, 14 del hemisferio occidental (norte y sur) y 8 de África. Habría 51 mujeres y 49 hombres, 70 no blancos y 30 blancos, 70 no cristianos y 30 cristianos.

te de la propia historia. Reconocer la verdadera historia, la conexión con los sentimientos dolorosos, la elaboración de la experiencia, para poner las cosas en su justo lugar, permite la reconciliación de los aspectos internos escindidos y abre paso a la reparación.

Deseo recordar a un padre, paradojalmente representante emblemático de la posibilidad de un cambio en las relaciones que gobiernan nuestras sociedades: Sebastián Acevedo se inmoló en la plaza pública de Concepción, pues sus hijos estaban en manos de los organismos de "seguridad", obligándonos a ver el horror. Desafió la indiferencia ciudadana y la justicia. Su vida entregada como una semilla, se multiplicó en el Movimiento contra la Tortura Sebastián Acevedo, donde se unieron quienes se resistieron a negar y a negarse a sí mismos. Dicho movimiento por la no violencia activa enfrentó la agresión directa de las fuerzas represivas chilenas por años, contribuyendo a la re-moralización social y a la recuperación de la democracia, como lo hicieron y lo hacen las Agrupaciones de Familiares de Detenidos Desaparecidos y otras organizaciones de Derechos Humanos. Gracias a ellos podemos tomar conciencia de aquello que nos resulta doloroso y evitar desentendernos del horror.

La necesidad y no prescindencia de la justicia es planteada por Donald Winnicot, quien nos advierte respecto a lo que él llama necesidad de venganza social, señalando:

"la persona que se muestra sentimentalista respecto al delito utiliza al criminal para expresar su propia criminalidad oculta, y se halla en la misma posición de la persona común y corriente que disfruta de las noticias policiales o lee historias detectivescas. La práctica de los tribunales debe fundarse en algo más firme que el sentimentalismo, ya sea en los sentimientos profundos de personas no sentimentales capaces de acceder al criminal que existe dentro de ellas mismas, o bien de la reflexión cuidadosa de quienes tienen en cuenta lo inconsciente. Sea cual fuere la situación del criminal, ya se trate de un joven o de un viejo, de un hombre sano o enfermo, de un varón o de una mujer, siempre existe otra mitad en todo acto antisocial que debe ser tenida en cuenta: los sentimientos de venganza de la sociedad... Los sentimientos de venganza públicos no se experimentan necesariamente con respecto a todos y cada uno de los actos antisociales, pero cuando una falta o un delito no es castigado incrementa el reservorio de venganza pública inconsciente y, a menos que esta venganza se exprese en forma periódica, saldrá a relucir de algún modo desagradable. La función principal de los procesos jurídicos es evitar el linchamiento, el castigo impuesto por propia mano sin proceso legal"(19).

Las sociedades también se resisten a saber de la violencia contra los niños y las mujeres. En las últimas décadas, por esfuerzos de las mujeres en distintos ámbitos de la vida pública, se ha comenzado a develar lo que se ha nombrado como violencia doméstica, violencia de género, maltrato infantil, abuso de menores, violencia sexual, acoso sexual, y recientemente abuso verbal y acoso moral (1, 2). Encontramos reiteradas resistencias al tratamiento de este tema, que yo insistiré en llamar *realidad.*

LOS DERECHOS DE LAS HUMANAS

Desde 1948 la comunidad internacional viene debatiendo las diversas interpretaciones de los derechos humanos. Sin embargo aún no se definen la degradación y violaciones de los derechos específicos vulnerados en las mujeres, exceptuando aquellas agresiones cometidas por organismos de estado por razones políticas. El mito más insidioso respecto a que los derechos de la mujer sean considerados como derechos humanos es que ellos son triviales o secundarios en relación a la vida y la muerte. Sin embargo, el sexismo mata. En India y en China se producen feticidios femeninos, previa detección por amniocentesis del sexo del feto. La OMS informa que en muchos países las niñas son menos alimentadas, amamantadas por periodos más cortos, llevadas con menos frecuencia al médico y mueren o son dañadas física y mentalmente más niñas que niños por desnutrición. Aún se practica la quema de viudas en la India, la clitoridectomía en África, y las mujeres siguen siendo botines de guerra. La agresión doméstica fluctúa entre un 40 y un 80% de mujeres golpeadas en los lugares donde se ha registrado.

Dice Charlotte Bunch:

"...la violencia ejercida contra el sexo femenino es una escala que excede ampliamente la lista de víctimas presentadas por Amnistía Internacional y es tolerada públicamente; en efecto, algunos actos de violación no son crímenes ante la ley, otros son legitimados por las costumbres o por la opinión de la Corte y muchos son imputados a las mismas víctimas... La violencia contra las mujeres es una piedra angular que ilustra los conceptos limitados de los derechos humanos y pone de relieve la naturaleza política del abuso contra las mujeres ... *no es una violencia fortuita, el riesgo es ser mujer (Lori Heise).* Las víctimas son escogidas a causa de su sexo. El mensaje es la dominación: o te mantienes en tu

lugar o tendrás que temer...la violencia contra las mujeres es primordial para mantener las relaciones políticas existentes en el hogar, en el trabajo y en todas las esferas públicas"(1).

LA VIOLENCIA INVISIBLE

Caso clínico

Mujer de 44 años, separada, 4 hijos. Ejecutiva de ventas de AFP, actualmente cesante.

Desde hace once meses en tratamiento por Depresión Mayor severa, siendo el desencadenante la presión sistemática para firmar un nuevo contrato de trabajo con disminución de comisiones de venta, que ella no acepta. Se sintió estafada, ya que por su rendimiento había ganado premios, sobrevivido despidos masivos y esperaba mejorar sus condiciones de trabajo. Se deprimió profundamente, hizo crisis hipertensivas, perdió el deseo de vivir, con ideación suicida. Finalmente fue despedida por "necesidades de la empresa", estando aún vigente su Licencia Médica.

Transcribí íntegra la Sesión del día 2 de abril del 2001, porque inesperadamente en ella me mostró lo que médicos, terapeutas, y la sociedad toda, deberíamos responsablemente hacer visible acerca de esta realidad.

"Mi hija Cecilia se va a casar. Está un poco más responsable con el niño. Mi hijo Carlos sigue bebiendo, le he pedido que se vaya con su padre. El padre quiere que yo vuelva, ahora que está viejo y arruinado. Él nunca quiso hijos, porque tenía los propios. Yo tenía 17 años y él 38 cuando me di cuenta que estaba embarazada. A los seis meses de embarazo mi 'patrón' me echó a empujones del trabajo porque encontró olor a comida. Mi marido me dejó sola todo el embarazo, salía con una de mis amigas. Bajé de peso, tuve la presión muy alta y fui hospitalizada. Mi marido apareció dos días después del parto. Cuando me embaracé nuevamente, hice todo lo posible por perderlo, tomé cosas, me puse inyecciones, hice fuerza pesada, pero nada resultó. Fue igual, mi marido me hacía trabajar, se desaparecía y andaba con otras mujeres.

Cristián se enamoró de mí al verme, sin notar el embarazo. Luego me acompañó al control y fui hospitalizada de urgencia. Mi marido no apareció. Al encontrarlo con otra mujer en mi cama lo dejé y acepté la proposición de matrimonio de Cristián.

Yo había buscado un hombre mayor, necesitaba protección y cariño, lo que no tuve de mi padre. Si él hubiera sido diferente mi vida habría sido otra. Recuerdo que de niña le pedí un jumper de colegio y me respondió: 'yo no engendro mujeres', 'sácate los zapatos y anda a pedir limosna'. Mi mamá se las arreglaba como podía para comprarnos las cosas. Él bebía y la maltrataba, por eso yo no soporto el olor a alcohol. Mi padre trabajó en un programa de rehabilitación, hacía clases en la universidad, era educado y culto. Si yo hubiera tenido un poco de educación habría sido diferente. Tenía 6º básico cuando me fui con el papá de los niños para salir de la casa, desde los 9 años tuve que trabajar, sólo porque era mujer, mis hermanos no. Después hice cursos, pero nunca completé la Educación Media.

Recuerdo que cuando niña dos veces trataron de tomarme por la fuerza: un jefe me tiró contra unos sacos de harina y me safé como pude; un primo, estando enferma y sola en mi casa, me atacó, me sentía muy débil, grité, me defendí y por suerte alguien llegó.

La noche de bodas con Cristian nos fuimos al hotel Valdivia y allí empezó a insultarme, 'puta, maraca' y así siguió. Me fui a casa de mi madre quien me dijo: 'quien se casa casa quiere', tuve que devolverme y aguantar porque yo no aceptaba tener dos matrimonios fracasados.

Me embaracé de Paulina y mi ex molestaba a mi marido, me tomaba fotos en la calle y se las mandaba. Él se volvía loco, me insultaba, me golpeaba, me encerraba con llave, sin poder ir al baño, ni comer. Yo gritaba desesperada. Cuando nació la niña mi ex mandó un gran ramo de flores a la clínica que decía 'felicidades por la nueva heredera'. Fue como que a un judío le hubieran puesto a Hitler por delante, mi marido se volvió loco, dudó de su paternidad. Yo debía estar tres días en el hospital y me sacó el primer día, aunque el médico trató de explicarle. En la casa se me subió encima como una bestia, yo recién operada, con terribles dolores, con miedo de que se me abrieran los puntos . No podía gritar por los niños y por la operación.

Si la comida estaba muy caliente o poco caliente tiraba todo al suelo. A veces nos invitaban a una fiesta, él se arreglaba y yo también, cuando estaba lista me decía 'anda a acostarte que no vamos a ninguna parte'; yo lloraba, me desesperaba. O íbamos a una tienda y me hacía probar vestidos, 'cuál te gusta' me decía, yo elegía y me decía, 'ya vámonos'. Si me enojaba, él decía que no tenía sentido del humor. Embarazada me hacía trabajar más, echaba sal y café por los muebles, por el piso y me hacía cargar cosas pesadas.

Un día me golpeó mucho y pedí ayuda en casa de mis padres. Me llevaron al hospital Barros Luco y me vio una psiquiatra. Allí me dijeron: 'si tu abuela, tu madre y tú han sido maltratadas, ¿quieres tú que tu hija sea también maltratada? Tú eres inteligente, puedes

salir adelante sola, pero para ti es normal ser maltratada'. Y claro, para mí era normal, siempre vi cómo mi padre maltrataba a mi madre, la golpeaba por la calle. El era Actor de Teatro Experimental, así es que se iba por tiempo a otros países, Argentina, Uruguay, Perú, y nos dejaba solos. Mi madre se consiguió un tacataca y ganaba unos pesos. Recuerdo que mi papá llegó un 18, fuimos a las fondas donde invitaron a bailar a mi mamá, y mi padre enfurecido la llevó a golpes hasta la casa. Al pedir ayuda le respondieron que él tenía derecho de pegarle todo lo que quisiera en su casa. Ella decía, 'es preferible tener una tencarrabona y aguantar, así nadie le dice nada a tus hijos'. Y tenía razón, cuando quedé sola con mis niños me molestaban las vecinas, 'que sus niños esto y esto otro', cuando estaba con Cristián nunca me dijeron nada.

Mi marido llegaba y los niños debían estar acostados, tapados hasta arriba, hiciera el calor que hiciera, las vecinas me avisaban cuando venía. Me pegaba, me insultaba, yo gritaba y lloraba, luego salía a la calle conmigo del brazo como si nada hubiera pasado.

Con el cuarto embarazo me torturaba, me metía la cabeza en la tina del baño, si estaba durmiendo me ahogaba con un almohadón y me decía que era broma. Hasta que un día escondí un cuchillo, dispuesta a matarlo, lo perseguí y él se encerró en el baño.

Después de eso me dio la posibilidad de irme, pero sus niños quedaban con él. Eso me dolió más que nada porque los niños me necesitaban. 'Tú no tienes plata para mantenerlos y yo sí', me dijo. Una noche despertó a los niños y se los llevó, yo quedé vuelta loca.

Entonces trabajé en compraventa de metales, donde hubo un lío por una compra de cobre y me llevaron detenida. En investigaciones estuve muchas horas y mis niños solos, sin saber nada de mí. Me decían: 'ya, di, con quién te acostai tú, con tu jefe o con fulano, tenís que confesar no más, si no te vamos a meter un palo de escoba por detrás...'. Mi jefe intercedió para que me dejaran, pues yo no sabía nada. Llovía y no tenía ni un peso para la micro. Un detective me ayudó y luego iba a mi casa a decirme que él podía llevarme detenida en cualquier momento, pero como yo le gustaba quería tener relaciones conmigo. Mi hermano me ayudó y lo corrió.

Trabajé también en una multitienda. Cecilia y Carlos se criaron solos. Para Navidad llegaba con regalos y comida, pero en la mesa me quedaba dormida. Mis niños no tuvieron apoyo ni cariño de nadie, ni tíos, ni abuelos, ni padre, ni madre porque yo estaba trabajando. Por eso ellos son lo que son, me siento culpable por la vida de mis pobres niños. Yo maltrataba a Cecilia, era muy exigente con ella, la gritaba por todo, la mechoneaba, le pegaba, le daba responsabilidades. Quería que estudiara, leyes o medicina, que no fuera como yo. Después me di cuenta que estaba mal y no le pegué más.

Cristián empezó a aparecer en mi trabajo y a decirme que los niños me odiaban, o que quería tener relaciones conmigo. Entonces me cambié a trabajar en una AFP, aunque tenía miedo de vender intangibles. Me asignaron una empresa que no permitía la entrada a nadie. Yo me instalaba con paciencia hasta que cambié a todos a mi AFP y me empezó a ir bien. Podía comprarles a mis hijos lo que necesitaban. Llegaba con los pies hinchados, cansada y los niños seguían solos. Hice demanda por régimen de visitas de mis niños. Cristián presentó un escrito donde me acusaba de ser depravada, de que yo llevaba todas las noches un hombre distinto a la casa. La jueza le preguntó: ¿Cuantos años vivió con ella? 10 dijo él. 'Y ahora se viene a dar cuenta que su mujer es una depravada! O sea que usted también es un depravado entonces'. Me dieron visitas fin de semana por medio y la mitad de las vacaciones de invierno y de verano. Tuve que empezar a ganarme a los niños poco a poco. Es lo que más me ha dolido en la vida, separarme de ellos, me necesitaban, eran chiquititos. Me siento culpable".

La historia de esta mujer concentra todos los factores intervinientes en la problemática de la violencia, en el contexto civilizatorio en que vivimos:

- Abuso de poder de las instituciones contra los más vulnerables.
- Poder económico y social concentrado en el hombre adulto.
- Desvalorización de la madre y de la mujer como género.
- Desvalorización de la infancia como segmento social y de la niña en particular.
- Cadena de violencia que circula de madres a hijas, donde la mujer descarga su ira proyectada contra la parte más vulnerable de sí misma, su hija.
- Agresión física y verbal hacia mujeres y niños, que ocurre fundamentalmente dentro del así llamado espacio privado, pero que también es pública y no penalizada.
- Abandono y desamparo material y afectivo de mujeres y niños.
- Visualización de las mujeres como objeto sexual que legítimamente está al servicio del deseo de los hombres, totalmente desligado de los afectos.
- Agresión y violencia sexual como forma privilegiada de ejercer el poder sobre las mujeres.

- Uso de la superioridad material para obtener sexo y fuerza de trabajo de mujeres y niños en condiciones de pobreza y desprotección.
- Negación individual y social del abuso.
- Las conductas de abuso quedan ocultas tras una fachada de masculinidad normal, que reconoce la agresividad como parte de su "naturaleza" y que puede ser descargada contra mujeres y niños como soporte del orden cultural.
- La paternidad que no logra constituirse más allá de la dimensión simbólica patriarcal, como falo significante de la capacidad genital, de la potencia de procrear, directamente vinculada a aspectos narcisísticos primitivos. Esta distorsión del ideal de yo masculino adulto genera enorme vulnerabilidad, por donde estos hombres se deslizan a un abismo de inseguridad yoica y son proclives a la furia por injuria narcisística. Es la posesión de la mujer, como dominio sobre un cuerpo - territorio, lo que los confirma en su identidad de género, confiriéndoles seguridad y valor. La falla se traduce en la incapacidad para ejercer en forma suficiente la función paterna.

EL PODER DE LA CULTURA

Esta fotografía de lo que se ha dado en llamar violencia intrafamiliar contiene en su dinámica el peso de las estructuras materiales y simbólicas (operando en el plano inconsciente) que permiten producir y reproducir "un orden social construido sobre una lógica relacional de dominación y explotación" a partir de la diferencia sexual. Yuxtapuesta se articula la diferencia racial, de clase, etaria, religiosa y de orientación sexual. Los mismos sujetos son en parte a la vez efecto y soporte de estas estructuras, cuyos mecanismos de producción y reproducción del sistema incluyen aquellos que ocultan y disimulan estos procesos, señalándolos como expresión del orden "natural" de las cosas. Las instituciones de poder político: estado, iglesia, escuela, familia y medios de comunicación de masas, reciclan permanentemente los sentidos de la ideología dominante de modo que los valores tradicionales permanezcan inmodificables, a pesar de la heterogeneidad de identidades sociales que emergen en conflicto con la cultura hegemónica de la desigualdad.[6]

Fue desde el campo de la psicología, a partir de los trabajos de Stoller con hermafroditas, que se reconoció el peso de la cultura en la constitución de subjetividades sexuadas. Se acuñó el concepto de género para diferenciar las características biológicas y reproductivas de las otras atribuidas a los modos de ser hombres y mujeres en un contexto social dado. Actualmente se habla de un sistema sexo/género que identifica los registros culturales y simbólicos incorporando la sexualidad, la economía del cuerpo deseante, articulados con la simbólica de las masculinidades y feminidades. Esto implica la posibilidad de entender los comportamientos humanos con sus determinaciones culturales, hasta ahora señalados como naturales.

Las representaciones ideológicas (creencias, prejuicios, e imágenes dominantes) que habitan el imaginario de hombres y mujeres quedan claramente manifestadas en los resultados de la investigación realizada por Perla Haimovich, en la cual se vierten las razones que subyacen las conductas agresivas al interior de la familia y sus justificaciones.[7]

Primero, cabe destacar que el conflicto entre las personas es percibido como intrínsecamente negativo y destructivo. La violencia y la agresión son atribuidas a una suerte de "naturaleza" masculina, en tanto la capacidad de agresión "racional" o psicológica sería propia de la "naturaleza femenina".

La mujer que expresa el conflicto de un modo "racional", "sutil", pero no pertinente, "provocaría" la respuesta violenta, "propia" del estilo de comunicación masculino. Es decir, el hombre restituye la "normalidad" a través de la agresión violenta por los sentimientos de impotencia provocados. Esta dinámica de comunicación de pareja conduce a una actitud velada de justificación del maltrato, que sólo puede soslayarse a partir de la evitación del conflicto por parte de la mujer. La expresión de opiniones divergentes debe reprimirse.

En los casos en que se da una inversión de roles o una mínima quiebra en la distribución estereotipada de ellos, la violencia emerge de una especie de lucha, de relación competitiva en que la identidad de una de las partes se asienta sobre la degradación o anulación de la otra. Un mayor desarrollo de la mujer puede suscitar en

[6] Ver el ensayo de Kemy Oyarzún: *La familia como ideologema. Género, globalización y cultura, Chile*,1989-1997. Revista Chilena de Humanidades Nº 20; 2000,115-146. Fac. Filosofía y Humanidades. U. de Chile.

[7] "El concepto de los malos tratos. Ideología y representaciones sociales". Estudio realizado en poblaciones de distintos estratos socioeconómicos en el ámbito rural y urbano del Estado español. Perla Haimovich, Socióloga, Directora del Instituto de la Opinión Pública española-Estudios de Marketing. Ha dirigido diversos estudios sobre la problemática de la mujer en los ámbitos señalados.

el hombre una sensación de debilidad, una devaluación de su propia identidad. Una actitud desvalorizante de ésta genera conductas de máxima agresividad. El hombre agrede para mostrar su poder.

Los jóvenes, hombres y mujeres de este estudio, son quienes llegan a mencionar la base de la conducta del maltrato: *una estructura básicamente competitiva en la que el hombre basa su propio desarrollo personal en la proyección de sus aspectos negativos en la mujer que comparte su vida. La canalización de agresión en forma de ira, humillación o degradación hacia la compañera orientaría estos sentimientos hacia "un objeto", cuyas consecuencias serían de mínima valoración y de menor costo personal.*

La frustración producida en el mundo exterior, la sensación de fracaso, el encontrarse sometido a una situación de subordinación, provoca en el hombre una necesidad de restituir la autoridad perdida y el único espacio donde puede ejercer su poder es el ámbito doméstico y sobre sus posesiones legítimas, la mujer y los niños.

No existen factores inhibitorios claros de contención de estas conductas sino, al contrario, perciben la legitimación en el mundo privado de normas de tolerancia y permisividad de conductas que en el mundo exterior se inhiben o reprimen.

Por su parte, los sentimientos de culpa de las mujeres por poner en riesgo el amor a su pareja y la felicidad conyugal, al "provocar" un conflicto o al "no aguantar", se manifiesta en el sentimiento "no soy buena, merezco castigo". La culpa gira en torno al incumplimiento de los valores del orden familiar, cuestionar la autoridad masculina a través de no cumplir adecuadamente las funciones de su rol, donde el solo deseo de no cumplir estas funciones se vive como transgresión del tabú: cuestionar el cumplimiento del rol, y ser merecedora de castigo.

La justificación al maltrato, en las mujeres estudiadas, se compara con el maltrato a los niños, como una forma de poner límites, de tomar conciencia de la realidad, de ser objetivada por la pareja y de objetivar al otro.

En los sectores urbanos medio-altos no se admite justificación para la agresión otra que la enfermedad psíquica y el alcoholismo, así como deficiencias de educación y economía, que se perciben como causas de origen fuera de la familia y fuera de ella debe tratarse. Reconocer el maltrato *implica cuestionar las bases mismas del concepto aún vigente de pareja*, lo cual supone una fuente de ansiedad. *Sólo para los jóvenes el origen del maltrato se sitúa en la misma relación asimétrica de pareja y no tiene justificación posible.*

Este interesante estudio permite concluir que el maltrato físico ha cambiado sus significados en el orden social, convirtiéndose en un valor condenable y desprestigiante. Pero en el código de comunicación privado todavía persisten contenidos que lo hacen justificable y permisible en tanto intercambio de mensajes.

La controversia respecto a qué da origen a un sistema de relaciones de poder de estas características sigue vigente. Rianne Eisler realizó el primer estudio cultural holístico, extensamente documentado, y que el Dr. Humberto Maturana, de acuerdo a sus desarrollos de la biología del amor, incorpora para situar el origen de la dominación en el gesto de apropiación:

"el encuentro de la cultura patriarcal con la matrística como dos culturas directamente opuestas, pertenece a esta dinámica: hay oposición total entre la cultura patriarcal centrada en la apropiación, las jerarquías, la falta de confianza en la armonía del mundo natural, el control del otro, la valoración de la procreación, el control de la sexualidad de la mujer, en oposición a la cultura matrística centrada en la colaboración, la coparticipación, el respeto mutuo, la confianza en la armonía del mundo natural, la sexualidad como parte de la belleza del vivir, y la ausencia del control de la sexualidad de la mujer en la aceptación del control de la natalidad. En algunas ocasiones la cultura matrística es totalmente eliminada, en otras se entremezcla de alguna manera con la patriarcal, en otras es desplazada, y aun en otras queda englobada por la cultura patriarcal, y permanece hasta ahora contenida en la relación materno-infantil por una envoltura de vida adulta patriarcal. Pienso que este último caso es el que da origen a nuestra cultura patriarcal occidental". "...La oposición o conflicto entre los géneros masculino y femenino surge en estas circunstancias como resultado de la oposición de lo matrístico y lo patriarcal que tiene que vivir el niño o la niña al crecer inmerso en una infancia matrística, en la relación materno-infantil, y debe luego pasar a una cultura patriarcal para acceder a la vida adulta." [8]

Concuerdo con el Dr. Maturana en su interesante observación. Quiero agregar que nuestra específica ancestralidad –fundamentalmente mapuche y aymara–, no obstante su estructura patrilineal, se caracteriza por

[8] La evidencia de la existencia de una cultura matrística en Mesoeuropa, alrededor de 7.000 años a.C. es extensamente demostrada en el libro *El Cáliz y la Espada*, de Rianne Eisler.

una relación de armonía con el mundo natural, lo que ha permitido una crianza de tipo matrístico.[9]

LA CULTURA LATINOAMERICANA

Sin embargo el mundo mestizo, como toda organización social que nace de la violación, forja una cultura de la violación que será el instrumento de perpetuación y legitimación de la superioridad masculina.[10]

Susana Brownmiller, en su estudio sobre la violación y sus orígenes, plantea que:

"la primera violación debió ser una batalla inesperada, basada en el rechazo de la primera mujer, la segunda violación fue indudablemente premeditada. Por cierto, una de las formas más tempranas de camaradería masculina debió ser la violación en grupo de una mujer por una banda de hombres merodeadores. Una vez realizado eso, la violación se transformó no sólo en una prerrogativa del macho sino en una fundamental arma de fuerza contra la mujer, el principal agente de la voluntad masculina y el miedo femenino. Su entrada forzada en el cuerpo de ella se transformó en el vehículo de su victoriosa conquista, el triunfo de su masculinidad."[11]

Desde entonces las mujeres se han considerado legítimamente botín de guerra.

La gesta violenta de la conquista de América, la violación de su tierra y sus mujeres, hunde en la humillación y la desesperanza a los hombres originarios, quienes proyectan su derrota en ellas, señalándolas como culpables especialmente de traición. Así, el mestizaje latinoamericano se construye sobre una madre repudiada y abandonada, que enfrenta sola la lucha por la sobrevivencia de su prole. En su libro *Madres y Huachos*, Sonia Montecino, antropóloga chilena, señala que el hueco simbólico del Padre en este imaginario mestizo, es sustituido con una figura masculina poderosa y violenta: el caudillo, el militar o el guerrillero o a través del machismo, en una suerte de recuperación del padre fundacional conquistador, que ejerce su potestad dominante sobre la mujer dominada (10).

Blanca Montevecchio, psicoanalista argentina, en su obra "La Identidad Negativa: metáfora de la conquista", sostiene que la negación de la identidad indígena, su cultura y cosmovisión, en la conformación del nuevo sujeto mestizo –por parte de la cultura dominante– no deja otra salida a hombres y mujeres que la identificación con el agresor o la víctima, con el dominador o la dominada, perpetuando la violencia contenida en la gesta fundante de la nueva sociedad mestiza. La represión por la que se mantiene en el "olvido" la exclusión de la mitad de nuestro origen se actualiza permanentemente a nivel inconsciente. Propone que sólo el reconocimiento consciente de las identidades originarias, restableciendo la legitimidad de ser, lo indígena, permitirá construir una identidad verdadera y no parciales identificaciones que conducen a "ser como" (el conquistador) (11).

EL MALTRATO DE LA INFANCIA HUMANA

Recordemos que Chile encabeza las estadísticas de maltrato infantil, triste realidad para un país que tiende a proyectarse desarrollado y moderno y donde el maltrato infantil no constituye delito.[12]

Es corriente observar en clínica la dificultad que no pocos varones tienen para asumir la paternidad de un modo benigno, tendiendo a sentirse excluidos y desplazados desde el embarazo de la mujer. No consiguen acceder al espacio psíquico y afectivo que un hijo o hija significan en la historia de una pareja. La actualización inconsciente de la propia historia infantil irrumpe en la escena conyugal para quedarse; de allí al abuso verbal y al rechazo actuado hay un solo paso.

Los casos de maltrato infantil extremo que conocemos por la prensa o en la clínica son la punta de un iceberg: se afirma que en el caso de abusos sexuales perpetrados en niños las cifras ocultas son mucho más altas que en otras formas de malos tratos. Por cada

[9] "Mis pensamientos siempre vuelven hacia atrás. Me veo caminando por el campo de lingue con mi madre de la mano, con mi vestimenta mapuche, hablando mapuche dungu. Traspasándome su sabiduría, conociendo cada planta, árboles, hierbas medicinales, cerros, aire, el agua, animales. La tierra misma unida como uno: gente y naturaleza. Y yo riendo feliz sin saber que había otras gentes que más tarde conocería, no entendería y no me entenderían". Testimonio de María Tramolao. Agenda Peñiwe,1992.

[10] Citada por Milagros Palma, en *Simbólica de la Feminidad*, p. 18-19 (13).

[11] *Ibid*.

[12] Realicé este trabajo en el año 2002. A la fecha, 2006, podemos celebrar el avance de contar con Ley de Matrimonio Civil y divorcio, con una Ley de Violencia Intrafamiliar favorablemente modificada. Se han denunciado redes de explotación sexual infantil, y se denuncia cada día más este tipo de delitos.

caso de abuso sexual denunciado, quedan cincuenta encubiertos.[13] Según Baurman, el 90% de las víctimas de violaciones son mujeres o niñas, dos tercios de ellas en edades que oscilan entre los cinco y los trece años."[14]

El incesto se produce en todos los niveles sociales, sin distinción de nacionalidad o religión, pero ninguna estadística de criminalidad lo refleja. Las víctimas de más corta edad son niños de ambos sexos. Lloyd de Mause, historiador de la psicología, en el año 1986 estimaba ya que más de la mitad de las mujeres norteamericanas había sufrido abusos sexuales durante su infancia.[15]

La literatura especializada raramente se hace eco de la existencia de delitos de abusos deshonestos perpetrados en niños, y cuando informa de ellos califica los hechos de "infrecuentes" y presenta al niño como inductor, haciendo referencia a la sexualidad y fantasías infantiles. Los niños, por supuesto, son seres sexuados que experimentan sensaciones y deseos. Son curiosos. Desean y necesitan afecto, contacto epitelial y ternura. El niño demanda, de manera natural, calor humano y afecto, y también provechos materiales, pero ningún adulto tiene el derecho de abusar de ellos con fines sexuales. La responsabilidad sobre lo ocurrido recae siempre en el adulto.

El análisis de las historias de los grandes criminales, Hitler entre ellos, demuestra que han sido abusados, física y psicológicamente agredidos, torturados, humillados y obligados a aceptar la autoridad de sus padres o sustitutos (agresores) como algo normal, merecido, hecho por amor y por su bien. "La escuela de la crueldad está a menudo en conexión con los abusos sexuales. Lo que hace el muchacho de veinte al masturbar a un niño de cinco es imponerle a este último el componente destructivo de la autosatisfacción. El niño jamás se liberará de esa clase de satisfacción sexual, y cuando sea adulto se verá inconscientemente forzado a vengarse de alguna manera en otro niño de la violación de la que fue objeto. Es así como se enseña, aprende y camufla la destructividad, con todas las motivaciones y racionalizaciones que la acompañan."[16]

Alice Miller, investigadora del maltrato infantil, sostiene que ningún adulto quiere saber del niño maltratado que fue y que las teorías psicológicas especialmente la psicoanalítica, contribuyen a mantener la represión de la experiencia traumática, apostando a la primacía de la fantasía infantil. Acusa a Freud de abdicar de la teoría del trauma por haber sido él mismo un niño maltratado y por no haber encontrado eco en sus colaboradores por las mismas razones. Ningún adulto quiere saber de sus sentimientos de odio por sus padres agresores porque el mandato es "Honrarás padre y madre", y bajo ese precepto la inflicción de castigo está justificada, pues se hace "por tu propio bien", "porque te amamos". Así piensan jueces, médicos, psicólogos, sacerdotes, educadores, políticos, etc. Cuando un adulto habla de que fue castigado en su infancia, agrega que "lo merecía", "era tan malo", que no sabe cómo sus padres lo aguantaban, y agradecen haber sido educados con tal rigor pues de lo contrario no serían hoy lo que son.

La terapia psicológica conduce a comprender a los padres en su realidad, antes de intentar profundizar en el sentimiento del niño o niña que se encuentra atrapado. Por otro lado, la mayoría de las personas abusadas o maltratadas a temprana edad, que es cuando la vulnerabilidad al poder es máxima, no recuerdan lo ocurrido, ya que por razones de sobrevivencia el aparato psíquico reprime, volviendo inconsciente la experiencia. Alice Miller refiere que personalmente logró mantener la imagen idealizada de una infancia feliz durante dos largos psicoanálisis, hasta lograr acceder a lo reprimido a través de la pintura.

De acuerdo a Miller, la psicología como la educación han fundado sus dogmas en la creencia de que el niño es malo y pérfido por naturaleza, y que para llegar a ser bueno debe ser educado por los adultos. "Esa perfecta concordancia con la pedagogía confirió a su vez al psicoanálisis un gran prestigio en la sociedad, y la falsedad de sus dogmas ha permanecido largo tiempo encubierta" (Miller).[17]

Miller observó en su propia terapia que cada vez que se enfrentaba interiormente a sus padres los sentimientos de culpabilidad (inculcados por la educación) reforzaban su represión, obstruían el acceso a la realidad y bloqueaban la vivencia de sus antiguos sufrimientos. Cada vez que aparecía un fragmento de algún recuerdo traumático surgía la culpabilidad, no podía dormir, y al día siguiente se esforzaba en volver a negar

[13] Dra Elizabeth Trube-Baker, mádica forense, citada por Miller, pág. 86 (8).
[14] *Ibid*. Pág. 86.
[15] *Ibid*. Pág 73.
[16] Alice Miller. *Por tu propio bien*. Pág. 59. (9).

[17] "el dogma –agrega Miller– se alimenta del miedo de sus partidarios a ser excluidos del grupo". Y... (los dogmas) cumplen la función de "impedir tomar en serio los nuevos hechos y percatarse de las viejas negligencias". P. 72.

lo que había descubierto la víspera. O bien lo olvidaba, o se sentía terriblemente mal por haber sido capaz de pensar algo tan abominable de los padres.

La autora abunda sobre la pedagogía que utiliza el miedo y la coacción para controlar la vitalidad espontánea de los niños y niñas. Advierte también sobre la inexistencia de una pedagogía inocente, ya que ésta se vale de la manipulación de los sentimientos de los niños para docilizarlos.

Winnicott señala al respecto:

"... el remedio no es educar a los niños sobre el modo de manejar y controlar su agresión sino proporcionarles condiciones estables confiables (de ambiente emocional) como para que cada uno de ellos pueda llegar a conocer y a tolerar, como parte de sí mismo, la totalidad de su agresión (amor voraz primitivo, destructividad, capacidad de odiar, etc.)".

Winnicott trabajó como pediatra, psicoanalista infantil y participó en la organización de refugios para familias evacuadas durante la segunda guerra mundial. En su libro "Deprivación y Delincuencia" ubica el origen de las tendencias antisociales y de la delincuencia juvenil en la pérdida de un estado de cuidado entre los 6 meses y los dos años, carencia que puede responder a cualquier circunstancia ambiental y que se caracteriza por la falta de contención. Puede ser una depresión de la madre, enfermedad, guerra, separación, abuso, etc. Señala que por tal razón el sentido de la conducta antisocial debe ser entendido como la demanda al ambiente de ser contenido por él. Así, el tratamiento no es el psicoanálisis sino la procuración de un medio protegido y contenedor que le permita reparar la falla. Este planteamiento es compartido por otros especialistas dedicados al trabajo con delincuentes.

"Cuando las fuerzas crueles o destructivas amenazan con predominar sobre las amorosas el individuo debe hacer algo para salvarse, y una de las cosas que hace es volcarse hacia afuera, dramatizar el mundo interior, actuar el papel destructivo mismo y conseguir que alguna autoridad externa ejerza el control. El control puede de este modo establecerse en la fantasía dramatizada sin ahogar en exceso los instintos, mientras que la otra posibilidad, el control interior, debería aplicarse en forma general, y el resultado sería un estado de cosas conocido clínicamente como depresión. Cuando existen esperanzas con respecto a las cosas interiores, la vida instintiva es activa y el individuo puede disfrutar del uso de sus impulsos instintivos, incluyendo los agresivos, para reparar en la vida real lo que ha dañado en la fantasía. Esto constituye la base del juego y el trabajo." [18]

Él hace hincapié en el juego y en el uso de los símbolos como medios de contención de la destructividad interior e infiere que la destructividad que caracteriza al niño antisocial, cuya personalidad no deja espacio para el juego, es reemplazada por la actuación.

A.S. Neill, educador y analista, en sus 50 años de convivencia con niños en su escuela regida por principios de autorregulación llamada Summerhill, sostiene que la niñez es la capacidad de juego, donde los niños y niñas ponen en acción una vida de fantasía. Dice:

"Podría uno afirmar con bastante certeza que los males de la civilización se deben al hecho de que ningún niño ha podido jugar todo lo que quiere...Cada niño ha sido puesto en un invernadero donde se convierte en un adulto mucho antes de alcanzar la adultez". [19]

Sitúa el origen de la criminalidad en la falta de amor, de cariño, de felicidad y de reconocimiento: "no podemos dejar de lado que el niño es esencialmente un egoísta. No importa nada más. Cuando el ego se encuentra satisfecho obtenemos lo que llamamos bondad; y cuando no, lo que denominamos criminalidad. El criminal se venga de la sociedad porque ésta falló al no apreciar su ego mostrándole afecto." ... "Los jóvenes hampones del mundo se encuentran en busca de la felicidad. La felicidad que debieron haber tenido en la infancia dio lugar a la falsa felicidad que obtienen dañando, robando o golpeando a la gente. Lo que debió haber sido alegría se ha transformado en odio debido a la frustración. Estoy convencido de que el remedio a la delincuencia juvenil es otorgar felicidad en la infancia, y es tiempo ya de que todas las buenas personas que tratan de reducir la criminalidad juvenil no se centren para resolverla en los principios –generalmente equivocados– del castigo, el temor y, sobre todo, en la falta de amor a la niñez." [20]

En palabras del Dr. Humberto Maturana:

"El amor no necesita ser aprendido; se le puede permitir ser o se le puede negar, pero no necesita ser aprendido porque es nuestro fundamento biológico y

[18] Winnicott D. *Deprivación y delincuencia*. pp. 108-109 (19).
[19] Neil, S. *El Nuevo Summerhill*. p. 65.
[20] *Ibid*.

única base para la conservación de nuestra calidad humana así como de nuestro bienestar...".[21]

CONCLUSIONES

La dinámica del poder basado en la dominación de otro(a) capitaliza la potencia agresiva humana. El poder entendido como desarrollo de las potencialidades personales, en el reconocimiento y respeto del(la) otro(a), como igual pero no idéntico, es una ruta conocida pero menospreciada y olvidada. La cultura occidental desde hace 7.000 años ha instaurado el gesto y la dinámica de la dominación y apropiación como legítimas, y sobre estos códigos ha levantado sus instituciones. Esta dinámica está inscrita en las estructuras profundas de nuestra subjetividad, como también lo están las huellas de otra cultura del poder.

Los resultados del poder basado en la dominación son escalofriantes para la sensibilidad humana y no pueden nombrarse de otro modo que perversión sistémica. La explotación y el autoritarismo son objetivos y métodos afines; la violencia y la agresión, los agentes y las víctimas, son soportes y efectos inherentes a un sistema de poderes instituidos con esta lógica de dominio.

Si la psicología pretende el estatuto de ciencia y no de tecnología disciplinadora, como afirma Foucault, y si la psiquiatría responde a los principios éticos de la medicina, ambas disciplinas tienen trabajo que hacer incorporando las múltiples comunicaciones que informan sobre las relaciones de (abuso de) poder y sus efectos. En un contexto de cambio civilizatorio que se viene proponiendo y efectuando desde grupos sociales específicos, la ciencia y sus representantes juegan un papel no menor.

Fundar las bases amorosas para una nueva simbólica requiere dar a la infancia y la niñez el lugar privilegiado del respeto a la vida que evoluciona. Para ello resulta indispensable que la función estructurante de la Ley y la lengua modifique su mirada y lenguaje sobre los cuerpos, otorgando un estatuto de igual valor a mujeres y hombres de diferentes edades y pertenencia social.

AGRADECIMIENTO

Deseo agradecer a la Dra. María Montañez por su apoyo incansable, las enriquecedoras conversaciones sobre el tema y la edición de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Bunch C. *Hacia una Revisión de los Derechos Humanos*. ISIS Internacional Ediciones de las Mujeres 1991; 15
2. Evans P. *Abuso Verbal: la violencia negada*. Nexos. Vergara Editor. Argentina, 2000
3. Haimovich P. *El Concepto de los malos tratos. Ideologías y representaciones sociales. Violencia y sociedad patriarcal*
4. Huneeus F, Isella S. *Los Orígenes Psicológicos de la Maldad Grupal en las FF.AA. y de Orden: necesidad de una continua revisión.* Revista Chilena de Psiquiatria y Salud Mental 2000; 4
5. Kornblit A. *Semiótica de las Relaciones Familiares*. Paidós Comunicación, Argentina, 1984
6. Lolas F. *Agresividad y violencia*. Editorial Losada, Bs. Aires, 1991
7. Maturana H. *Transformación en la Convivencia*. Dolmen Ediciones, Santiago, 1999
8. Miller A. *El Saber Proscrito*. Tusquets Editores, España, 1990
9. Miller A. *Por tu Propio Bien: raíces de la violencia en la educación del niño*. Tusquets Editores, España, 1998
10. Montecino S. *Madres y Huachos: Alegorías del mestizaje chileno*. Editorial Cuarto Propio-CEDEM, Santiago de Chile, 1991
11. Montevecchio B. *Identidad Negativa: Metáfora de la Conquista*. Ediciones Kargieman, Bs. Aires,1991
12. Neill AS. *El Nuevo Summerhill*. Fondo de Cultura Económica, México, 1994
13. Olivier C. *Los Hijos de Yocasta. La huella de la Madre*. Quinta Edición. Fondo de Cultura Económica, México, 1992
14. Oyarzún K. La familia como ideologema. Género, globalización y cultura, Chile, 1989-1997. Fac. Filosofía y Humanidades U. de Chile. Revista Chilena de Humanidades 2000; 20
15. Palma M. *Simbólica de la Feminidad*. Ediciones ABYA-YALA, Ecuador, 1990
16. Pérez C. *Violencia Estructural y Violencia de Género*. Documento de trabajo, 1999
17. Welldon E. *Madre, Virgen, Puta: Idealización y denigración de la maternidad.* Siglo XXI de España Editores, 1993
18. Wilber K. *La Conciencia Sin Fronteras*. Kairos/Troquel, 1978
19. Winnicott DW. *Deprivación y Delincuencia*. Paidós, 1998
20. Winnicott DW. *El Gesto Espontáneo*. *Cartas Escogidas*. Paidós, 1990

[21] Maturana, H. *Transformación en la convivencia*. p. 227.

ANÁLISIS CLÍNICO

"MI PERRO ESTÁ MURIENDO HOY DÍA": NARRATIVAS DEL APEGO E INTERPRETACIÓN PSICOANALÍTICA DE UNA ENTREVISTA INICIAL[1]

(Rev GU 2006; 2; 4: 451-459)

Anna Buchheim, Carol George y Horst Kächele[2]

Este trabajo discute el beneficio de la evaluación de la representación adulta actual de las experiencias de apego infantiles en el contexto de la entrevista psicoanalítica inicial. La visión lingüística específica de las narrativas del apego puede ser usada con el fin de hacer un escrutinio de la organización mental del discurso, con respecto a los recuerdos asociados al apego, en el principio y durante el proceso psicoanalítico. La "Entrevista de Apego Adulto" (Adult Attachment Interview) (AAI) es un instrumento establecido para la exploración sistemática de los modelos internos de apego que, además, ofrece una comprensión escénica que puede ser usada para formular hipótesis psicodinámicas. La interacción entre la perspectiva psicoanalítica y la del apego será ilustrada por medio de un estudio de caso único. Presentamos una paciente, depresiva, que sufre de una migraña crónica, experiencias de pérdidas no elaboradas, y que presenta una estructura de personalidad narcisista-histérica. Cuando se le pregunta en la AAI acerca de la influencia de la muerte de su padre en el desarrollo de su personalidad, la paciente habla extensamente acerca de los dichos sexuales intrusivos del padre y de su conducta violenta, más que hacer una evaluación de su propia reacción de duelo. Se discute esta "violación de la coherencia" en relación con la manera en que ella coloca sus conflictos internos en la escena. Este análisis conduce a la hipótesis psicodinámica de un desarrollo pseudo-edípico, y a una interpretación basada en el apego, que se puede expresar diciendo que la paciente tiende a confundir, en sus relaciones íntimas, las necesidades de apego con los intereses sexuales.

---

[1] La traducción, desde el original en inglés al castellano, fue realizada por María Eugenia Legües.

[2] Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy
University of Ulm
Am Hochstraess 8
89081 Ulm
Germany
E-mail: anna.buchheim@uni-ulm.de

ANTECEDENTES

La literatura psicoanalítica no es rica en la discusión acerca de la influencia y el impacto de los animales en la psiquis humana. Searles (1960) es uno de los autores más conocidos que se ha ocupado de los objetos no-humanos como parte del medio circundante. Akhtar y Brown (2005) han analizado el uso de animales por parte de los niños como un elemento del desarrollo normal. Freud (1913/1958, p. 140) habla del uso que hacen los niños de cuentos de hadas en los cuales los animales piensan y hablan como seres humanos. Por cierto, ellos "no tienen escrúpulos en considerar a los animales como del mismo rango que ellos" (Freud 1913, p. 127). Los animales pueden representar para los niños el coraje y el poder debido a la presencia de sus órganos sexuales y de su vida reproductiva. Así fácilmente llegan a ser objetos de la proyección de derivados libidinales. Los animales se convierten en substitutos de los padres emocionalmente ausentes porque están disponibles en el momento en que los necesiten (Akhtar 2005). Al elegir el título de este artículo, apuntamos al animal de nuestra paciente como un objeto investido libidinalmente en forma intensa. Las emociones y fantasías no verbalizadas con figuras humanas del ambiente a menudo toman forma a través de la actuación con animales. Las ideas acerca del uso de animales en el contexto psicoterapéutico nos han ayudado a tener una mejor comprensión de la interacción clínica.

LA SITUACIÓN CLÍNICA[3]

En un caluroso día de julio del 2002 una atractiva mujer de treinta años de edad, vestida informalmente con ropa de verano, acudió a la clínica de psicoterapia de pacientes externos para una entrevista inicial psicoanalítica conmigo (AB). Después de saludarnos y sentarnos para iniciar la entrevista, ella empezó diciendo: "Mi perro está muriendo hoy día, esa es la razón por la que me veo de esta manera". En ese momento sus ojos se llenaron de lágrimas. A mí me pareció como si ella hubiese necesitado esta triste situación como un pasaporte para permitirse hablar acerca de ella misma. Ella trató de ocultar su tristeza con una risa alegre. Sus ojos se movían extraordinariamente rápido y yo me pregunté qué podría estar pensando la paciente en ese momento. Ella reportó haber sido tratada por un psiquiatra con medicación antidepresiva dos años atrás. Describió sus malestares como alteraciones del ánimo que la "paralizaban" sin aviso. Se aisló en ese tiempo, no deseaba hablar con nadie, no acudía al trabajo, mantenía la habitación en la oscuridad, estaba deprimida, desesperada y simulaba estar "muerta". También relató que sufría de migraña en los últimos quince años, contra lo cual había luchado con diferentes intervenciones (masajes, acupuntura, medicamentos). Entonces algo nuevo llamó mi atención. Ella se quejó acerca de estar perdiendo sus relaciones amorosas de la misma manera en que otros pierden a su perro o su sombrero. Sorpresivamente la paciente me preguntó con curiosidad: "¿Puedo hablar de sexo con usted?".

Sin permitirme saber más acerca de por qué preguntaba eso, ella continuó hablando de sus "relaciones problemáticas". Fue hace un año que la paciente tuvo su última relación íntima. Describe que al principio ella está completamente fascinada con sus parejas. Los idealiza y se siente "volada". Entonces "repentinamente el sentimiento por esa persona se pierde". Entonces ella abruptamente termina la relación y su compañero queda confuso y abandonado. Ella no puede sentir el dolor que les inflige. Un apego confiable y las relaciones románticas parecen ser para ella un problema central.

Permítanme ahora cambiar de perspectiva. El psicoanalista John Bowlby, en el tercer volumen de su trilogía *Loss* (1980), articula una sugerencia acerca del trabajo terapéutico. Sugiere que el paciente podría desarrollar una corrección en la memoria semántica trabajando detalladamente la memoria episódica durante el proceso terapéutico.

En la década de los años 1980 Carol George, Nancy Kaplan y Martin Main, de la Universidad de California, en Berkeley, desarrollaron un instrumento para capturar la memoria y el recuento individual de las experiencias infantiles con las figuras de apego. Su propósito era explicar y predecir el desarrollo del apego en sus hijos por medio del análisis lingüístico de protocolos verbales. George *et al*. (1984-1996) desarrollaron la bien conocida *Adult Attachment Interview* (AAI), la cual se dirige al recuerdo de relaciones de apego tempranas y al acceso de la conciencia a pensamientos y sentimientos relevantes relacionados con dicho apego. La entrevista también captura la evaluación que las personas hacen de sus experiencias de apego y su influencia en su desarrollo ulterior. Así, el AAI coge la representación actual de las experiencias pasadas y se refiere exclusivamente a temas específicos del apego, tales como rechazo o pérdida. De este modo, la AAI es "apego-específica" elucidando la construcción de las "representaciones de apego" y sus características lingüísticas. Su fuerza

[3] AB fue el terapeuta e investigador del apego; HK fue el supervisor del caso.

radica en que no generaliza hacia representaciones o estrategias mentales relacionadas con otras áreas vitales relevantes. Es decir, la AAI captura representaciones relacionadas al apego y no aquellas relacionadas con la sexualidad, la agresión o la vocación (ver también Crowell *et al*. 1996). Semejante a la entrevista estructural de Kernberg (1981), la cual incluye clarificación, confrontación e interpretación, la AAI utiliza la especificación y la concretización como la técnica de interrogación que provoca estrés (ver también Caligor *et al*. 2004). En la AAI el estrés que se produce está relacionado específicamente con el apego, pues activa el sistema de apego conductual. El propósito de la AAI es examinar la voluntad de la persona a cooperar, tanto como el nivel de habilidad para integrar las relaciones objetales relacionadas con los tópicos del apego. La AAI está formada por un conjunto de preguntas que "producen un shock en el inconsciente" (Main, 1995) pidiendo a los entrevistados describir primero cada relación de apego (madre, padre y otras figuras de apego) usando cinco adjetivos descriptivos. Después de completar esta tarea, la entrevista le pide al entrevistado describir los recuerdos de eventos que la teoría del apego ha mostrado que son centrales en el desarrollo: rechazo, separación, amenaza, pérdida, y abuso físico.

Desde un punto de vista conversacional una entrevista es un evento diádico. En la AAI las preguntas y especificaciones del entrevistador no son consideradas como componentes del análisis de texto de la transcripción. Esto parte de la asunción, avalada empíricamente, de que las respuestas de los entrevistados y su modo de expresarse no son una reacción al interrogatorio del entrevistador sino eventos claramente independientes. Sin embargo hay una importante consideración que debe ser tomada en cuenta. Al entrevistador no le está permitido interpretar, explorar o guiar al entrevistado. Las preguntas y pruebas de la AAI están cuidadosamente diseñadas para activar el sistema de apego del entrevistado sin interferencias del entrevistador.

La coherencia del discurso provee del principal criterio para la evaluación de este instrumento (Main, 1955). Main definió la coherencia sobre la base de importantes máximas comunicacionales como las formuladas por Grice (1975). Siguiendo estas máximas, la coherencia evalúa hasta qué punto el paciente es capaz de responder cooperativamente a las preguntas del entrevistador y de dar un retrato verdadero (cualidad), adecuadamente informativo (cantidad), relevante (relevancia) y comprensible (manera) de sus experiencias infantiles. Por consiguiente, el interés central de la AAI es si se está o no relatando una historia coherente o sólo fragmentos de ella. Además de la evaluación de coherencia, la AAI también evalúa el discurso usando escalas que miden la experiencia real (ej. amor, rechazo) y transformaciones representacionales de la experiencia (por ej. idealización, rabia envolvente, derogación de la figura de apego). El producto final de la AAI, trabajando con una combinación de metodologías cualitativas y cuantitativas, permite una clasificación del tipo de apego: seguro, evitador, preocupado o no resuelto.

La estimación de la categoría "no resuelto" se infiere a partir de una desorientación mental transitoria de la persona en la AAI cuando están siendo descritas las experiencias de pérdida a través de muerte o abuso físico. Esto es, en el análisis del discurso aparece que esas experiencias están accesibles a la memoria pero todavía no integradas como para crear un sentido completo del *self*. En ocasiones esto se manifiesta por una convicción irracional de las culpas propias en tales pérdidas o abusos, o por la expresión de afirmaciones confusas (por ej. hablar como si la persona fallecida estuviese viva) (Main & Goldwyn 1996; ver estudios de casos de Buchheim & Kächele 2001, 2002, 2003).

Con esta síntesis de la AAI, ahora volvemos a la situación clínica.

SUPERVISIÓN DE LA ENTREVISTA DE INGRESO

Durante la supervisión yo presenté la situación clínica mencionada antes: "Ayer, una joven mujer de apariencia vital vino a verme y me sorprendió al principio de la entrevista con la frase: 'Mi perro está muriendo hoy día'." El supervisor (HK) y yo no prestamos más atención a esta frase, aunque la recordamos. Sin embargo, compartimos la misma visión acerca de que esta mujer creaba una distancia en las relaciones íntimas y estuvimos de acuerdo en que la manera en que las terminaba era dolorosa para sus parejas. En contraste con esto, nos sorprendimos mucho por su pregunta con la frase "¿Puedo hablar de sexo con usted?". Yo expuse que me sorprendí y que me interesó saber qué tenía en mente y le pedí que me explicara qué quería decir. Ella enrojeció, se negó a explicarlo y comenzó a describir los detalles de sus numerosos síntomas y a relatar más episodios acerca de sus relaciones infelices con los hombres. Se las arregló con éxito para evitar hablar de la sexualidad. Como consecuencia, yo no estaba seguro de cómo interpretar el entusiasmo de la paciente en la segunda sesión acerca de comenzar una terapia conmigo. Yo me daba cuenta mentalmente de que era prematuro comenzar una terapia en ese momento. Al reportar esto a mi supervisor en nuestra reunión siguiente, sentí que ella me idealizaba demasiado pronto y estaba separando lo malo y lo bueno dividiendo lo masculino

de lo femenino. Mi contra transferencia me decía que yo estaba empezando a ser su "pareja". Como todavía yo no tenía una buena comprensión de sus relaciones pasadas con su familia nuclear, decidí organizar nuestra conversación usando la AAI en la tercera sesión. Me alegra decir que mi supervisor compartió mi interés en su pasado en cuanto al apego. Estuvimos de acuerdo en que nuestro escaso entendimiento acerca de las relaciones objetales de la paciente hasta aquí, era una muy buena razón para usar una entrevista más estructurada, que fuera basada en un background metodológico y teórico.

REPRESENTACIÓN DE LAS FIGURAS DE APEGO PARENTALES DE LA PACIENTE EN LA AAI

La AAI[4] dio los siguientes hechos biográficos acerca de nuestra paciente. Ella se crió en un ambiente más bien modesto con un hermano dos años menor. Su padre era alcohólico. Ella se consiguió empleo en una oficina de distribución de bebidas alcohólicas. Su madre estaba la mayor parte del tiempo en casa. Sus padres se separaron cuando la paciente tenía 6 años de edad.

Cuando se le preguntó acerca de la relación con sus padres cuando niña, la paciente habla de una "madre muy afectuosa" con quien ella tenía una "súper relación". Describe la relación con su padre como una "no relación", ya que no estaba nunca presente. Ella le tenía miedo pero también expresa que tenía un "tremendo respeto" por él. Cuando se le pide que especifique acerca de la relación con su madre, seleccionando adjetivos que la describan, más recuerdos de episodios que soporten esas características, la paciente se mantiene en recuerdos principalmente positivos: "afectuosa", "ella siempre estaba presente", "nosotras hacíamos muchas cosas juntas". Desde una perspectiva del apego estas expresiones, en primer lugar, no dicen nada acerca de las estrategias del proceso mental de la paciente. Las descripciones globales positivas como éstas son superficiales y han mostrado en la mayoría de los sujetos en la investigación de AAI que no están basadas en recuerdos episódicos autobiográficos.

Deseamos destacar aquí que el codificar la transcripción de la AAI permite un análisis sistemático del texto (Main & Goldwyn 1996), especialmente en relación al proceso defensivo (George & West, 1999, 2003). La clave del análisis del discurso de la AAI es determinar si el paciente puede mantener esas características positivas de una relación pasada con recuerdos vívidos, creíbles y relevantes de la niñez. Nuestra paciente no era capaz de hacer esto. Ella en forma repetida habló de situaciones generales, superficialmente agradables con su madre en juegos al aire libre. Sin embargo, en otros segmentos de la AAI, nuestra paciente describió disputas que eran causadas por los celos de la madre durante su adolescencia y desarrollo como mujer y porque atraía la atención del novio de su madre. También habló acerca de la "obsesión por la limpieza" de su madre y de su "infelicidad". Los recuerdos negativos no sirven para integrar aspectos positivos y negativos de su descripción de objeto; más bien quedan contradictorios uno al lado del otro. Cuando se le pide que caracterice la relación con su padre, ella recuerda inmediatamente que le tenía miedo. Recordaba lo ansiosa que se puso una vez que su padre la puso arriba de un *closet* alto de la cocina para asustarla. Otro recuerdo fue una vez que él apagó un cigarrillo en su muslo. Ella no explica acerca de las amenazas –que llevan un carácter de memorias de imagen– pero más bien cambia el tema sin darse cuenta de que describe escenas que ponen a su padre en una posición atractiva. Ella observaba que él era popular entre sus amigos, lo encontraba buen mozo y se sentía orgullosa de acompañarlo cuando iba a bares a tomar un trago cuando ella era una niña pequeña. Luego, nuevamente sin transición, sus recuerdos cambian a situaciones violentas en las cuales el padre rompía repisas, amenazaba a su madre, y estaba borracho e impredecible. Cuando los padres se divorciaron al tener ella seis años, tuvo que decidir si se iba con su padre o su madre, lo que fue muy difícil, puesto que tenía miedo de defraudar a su padre. Finalmente decidió quedarse con su madre.

Hasta este punto en la AAI, nuestro análisis basado en el apego nos lleva a concluir que la paciente no puede dar un panorama coherente de sus recuerdos de ambos padres. Ella salta hacia atrás y hacia delante entre estimaciones positivas y negativas y los recuerdos traumáticos parecen neutralizarse.

ANGUSTIA, SEPARACIONES, AMENAZAS Y PÉRDIDAS

A continuación la AAI se enfoca en los recuerdos de separaciones de la entrevistada, amenazas de los padres, la comprensión individual del comportamiento de los padres y, finalmente, en las pérdidas y el abuso físico. Si la figura primaria de apego ha sido descrita en forma positiva, aquí nuevamente hay una posibilidad de evaluar la transcripción acerca de ejemplos convincentes,

[4] La AAI se sometió a un rating y clasificación por un juez confiable, en forma independiente y ciega.

que ayudarán a completar el cuadro de las experiencias del entrevistado y la representación interna del apego.

Cuando se le pide que describa cómo respondía ella al sentirse mal como niña, recuerda dormir por horas pretendiendo que "estaba muerta", algo que continúa haciendo ahora que es adulta. Cuando se le preguntó cómo respondía su madre cuando ella estaba enferma, la paciente respondió que su madre "sólo la cuidaba". La paciente no podía describir los detalles de este recuerdo –qué hacía la madre, qué decía, cómo la cuidaba. Entonces nos pareció que la paciente se estaba adhiriendo a una descripción de una madre responsable pero que no le brindó cuidados sensibles y apoyo. Cuando se le preguntó acerca de las separaciones y sentimientos de posibles rechazos, las respuestas continuaron confirmando esta impresión. Solamente indicó que ellos "ciertamente se llamaban uno al otro cuando estaban separados", e insistió en que "bajo ninguna circunstancia se ha sentido alguna vez rechazada por su madre". Sin embargo no relata episodios concretos que tengan relación con estos hechos. Su credibilidad (i.e coherencia) se debilitó más aún cuando describió la respuesta de sus padres cuando ella tuvo un accidente: se cayó de la parte de atrás de la camioneta de su papá y sufrió un gran golpe. Al llegar a casa sintió que no le podía contar a su mamá acerca de lo que le pasó y de su golpe porque no le quería causar problemas.

En este punto de la entrevista la paciente describió experiencias y sus evaluaciones de los eventos con un tono negativo en aumento. Cuando se le pidió que pensara acerca de por qué su padre era como era, ella replicó: "él se debería haber dado cuenta de que iba a arruinar su vida y su familia con su alcoholismo …Yo podría pegarle… Uno no puede ser tan estúpido, como para no darse cuenta de lo que podría captar el más grande de los idiotas… Estoy poniéndome tan enojada, gente que no se deja que le ayuden y que arruina su alrededor". Ahora la paciente está verbalizando claramente su rabia actual.

Cuando se le preguntó acerca de la pérdida de personas importantes en su vida, la paciente habla primero por casi diez minutos acerca de la pérdida de su abuela paterna a la edad de 9 años y su abuelo materno a la edad de 25. Lo interesante fue que aunque ella se extendió en describir estos eventos por todo ese tiempo, al mismo tiempo planteó que las pérdidas le "afectaron poco". La contradicción representacional entre el recuerdo y la asignación de valor afectivo fue impresionante.

Su padre había muerto hacía tres años. Ella no pudo describir directamente la experiencia de esta pérdida importante de una figura de apego. Más bien, cambió de tema cuando se le preguntó por las pérdidas, y empezó a describir la intrusividad de su padre en su comportamiento sexual y las implicancias acerca de que ella era promiscua. El relato siguiente es una versión acortada de su respuesta.

Paciente (**P**): "Sí, nosotros no habíamos tenido ningún contacto desde hacía tiempo. Una vez en la calle yo le pedí una explicación, y me dijo que "Cuando yo usaba un abrigo amplio, era que 'estaba embarazada'; 'cuando usaba un pullover amplio yo estaba embarazada', porque si alguien crece sin él (padre) sólo puede ser que la niña se disipó totalmente y por lo tanto quedará inmediatamente embarazada. Cuando yo estaba trabajando de baby sitter y llevé a un niño en el asiento de mi bicicleta, lo primero que le dijo a mi madre fue: ¿a quién pertenece ese niño? ¿Quién es el padre?".

En la misma parte, ella describe el comportamiento violento de su padre que lo llevó al quiebre de la relación entre ambos.

P: "Él me pegó una vez más en la calle y yo le dije: 'mantén tus manos fuera de mí', 'sólo déjame en paz'. 'No me hables nunca más, yo sólo quiero que me dejen en paz'. Más tarde él tocó a la puerta. Yo acostumbraba tener una cadena de seguridad en el departamento de mis padres, es decir, en el departamento de mamá. Él verdaderamente quería entrar y yo no quería dejarlo entrar. En último término yo no sé qué es lo que quería, porque en un momento él simplemente se fue. Sí, en cualquier caso y a causa de estos incidentes y a causa de nuestra relación no existente el tema llegó a ser completamente nada. Yo no me acerqué a él nunca más, él no preguntó por mí. Se comportó realmente obstinado hacia mí, no quiso saber nada acerca de mí nunca más, no me miró nunca más en la calle, no me saludó, y así. Y yo también entonces fui obstinada".

Sin transición, ella habló entonces acerca de otro encuentro con su padre. Ocurrió después de no haber tenido contacto por seis años. En este recuerdo, un perro juega un rol importante como "mediador".

P: "Saqué a pasear a mi perro. Yo había pensado con alguna frecuencia que quizás mi padre podría estar ahí, quizás podríamos intercambiar algunas palabras no comprometidas, bueno, de algún modo él ha estado siempre en el fondo de mi cabeza. En alguna oportunidad él efectivamente estaba adentro y entonces yo lo saludé diciéndole 'Hola Mister S., ya que no sabía cómo dirigirme a él. Respondió 'hola'. Yo pregunté

entonces: '¿ya no sabes dónde ponerme?'. Él respondió: 'No, lo siento, actualmente no sé dónde situarte' (risas). Yo dije: ' Soy yo, tu hija.' Entonces él dijo: 'Ah, sí, entra'. Luego fue muy simpático, muy educado, me invitó a tomar algo, admiró a mi perro y tuvimos una pequeña charla".

En resumen, cuando se le preguntó acerca de la pérdida de seres queridos en la AAI, la paciente describió al principio tres escenas con el padre todavía vivo. Esas escenas se leían como intercaladas y alcanzaron una intensidad sorprendente: intrusividad sexual, violencia y reunión en el jardín, como si tuviera que prolongar el mantener a su padre vivo antes de ser capaz de pensar acerca de su muerte.

Finalmente habla sobre la muerte de su padre y el funeral:

P: "Sí, y luego fuimos al funeral. Yo tenía mucho miedo, mi hermano también... cómo reaccionarían los parientes… y luego fuimos afuera a la tumba y había ahí tales arreglos de flores, todas rosas rojas y dos de amarillas. Yo creo que su mujer las compró apropiadamente, pero sí, las dejé ahí".

A la pregunta de si la muerte de su padre ha cambiado algo en su vida, ella responde dudosamente:

P: "No. Al principio pensé que podría quizás, que yo no pensaría en él tan a menudo. Bueno, no es así, yo siempre pienso en él, pero de alguna manera sí, porque si no fuera así, conscientemente es como que está siempre presente y vivo. Yo, bueno, yo no pienso nunca en él".

Su descripción del detalle de la escena del funeral, incluyendo el color y número de rosas, demuestra en la AAI que esta experiencia es aún vívida para ella. La desorientación mental de la paciente llega a ser más fuerte cuando finalmente se le pide que piense en la influencia de la muerte de su padre. En este pasaje no es claro si ella todavía está pensando acerca del padre o no, si acaso está muerto para ella o no. El último hecho se ve como un indicador de que el proceso mental con respecto a su muerte no está terminado y, con eso, no resuelto.

SIMBOLISMO ANIMAL

Nuestra hipótesis psicodinámica de esta paciente se desarrolló sobre la base de la entrevista clínica inicial combinada con la AAI. Nuestra hipótesis fue que la paciente estaba mostrando síntomas de quiebres depresivos en situaciones de conflicto. Estos quiebres se manifestaban como "simular estar muerta" y la llevaban a ataques de migrañas crónicas, hostilidad y a apartarse de las relaciones cercanas.

En nuestro primer encuentro ella dijo: "Mi perro se está muriendo hoy, por eso me veo así". Esta escena inicial apunta al hecho de que la paciente inconscientemente usa la inminente muerte de su perro para iniciar el contacto conmigo y como un trampolín para hablar de sí misma. "¿Puedo hablar de sexo con usted?", dijo a continuación. Este planteamiento apunta a su incapacidad de integrar los componentes sexuales y de apego de las relaciones: sustituye recuerdos sexuales con recuerdos de apego.

Como hemos discutido antes, la introyección de animales mascota puede estar altamente cargada con significados múltiples que van desde temprano acariciar hasta experiencias sexualizantes. Durante el proceso psicoterapéutico ella aprendió a sentirse emocionalmente cercana a su padre y a verlo como ser humano. Esto ocurrió cuando ella recordó el sufrimiento que experimentó cuando su perro mascota murió. Nosotros aprendimos de la AAI cómo su perro era el eslabón mediador para la reunión con su padre después de seis años de silencio. Ella sacó a pasear a su perro esperando ver a su padre en el jardín. Su deseo fue cumplido y luego su perro sirvió como el vehículo para iniciar y mantener una conversación. Su relación se renovó. Ella ha tratado de contactarse conmigo al decir, "Mi perro se está muriendo hoy". Lo que en realidad probablemente quiso decir con esta frase fue: "Mi padre se está muriendo hoy".

APEGO Y SEXUALIDAD

Todavía tenemos que discutir más completamente la relación entre el apego y los recuerdos sexuales de esta paciente. En la teoría del apego, el apego y la sexualidad no se consideran como "compañeros de cama". Sabemos que Bowlby veía la sexualidad como un sistema de conducta separado, biológicamente-basado (1969). Nosotros sentimos que esta distinción entre sistemas conductuales daría una manera nueva y llena de claridad para pensar acerca de este caso, la que podría ser integrada con los conceptos tradicionales psicoanalíticos.

A partir de nuestra perspectiva psicoanalítica, lo que entendimos fue que la paciente se identificaba con la relación sexualizada de parte de su padre hacia ella. La descripción que hace de su madre durante su niñez demostró que ésta no fue una figura de apego seguro. La paciente tenía miedo de su padre violento

por un lado; por otro lado ella necesitaba y admiraba su atractivo y ella sentía ser "su pequeña niña" cuando la llevaba a los bares en las tardes. El padre, por lo tanto, puede haber servido como un sustituto de una madre no disponible, aunque este sustituto desafortunadamente no fue apropiado y satisfactorio. Esto nos lleva a asumir que tuvo un desarrollo pseudo edípico que resultaría en una competencia maladaptativa entre las necesidades de apego y la sexualización en sus relaciones pasadas y presentes.

Siguiendo con el pensar psicoanalítico, hace sentido conectar la muerte del padre hace dos años con los quiebres depresivos de la paciente. Basados en la AAI, vemos que ella todavía no ha resuelto la muerte de su padre. Los episodios depresivos empezaron en la niñez con una fuerte tendencia a rechazar, negándose a todo contacto con el resto del mundo, simulando estar muerta. La organización mental en cuanto a la muerte del padre estaba "congelada", o sea, no procesada. Desde un punto de vista psicoanalítico, la AAI sirvió como una herramienta diagnóstica para inducir información escénica, que fue útil para formular nuestra hipótesis psicodinámica. La evaluación de la paciente sobre su madre estaba centrada en la pseudo disponibilidad. Mientras la paciente habla acerca de la pérdida de su padre, primero viola las máximas de coherencia al hablar extensamente acerca de las pérdidas que no afectan, luego las centrales, marcadas afectivamente, y luego aparecieron temas amenazantes y sexualizados con respecto a su padre. Aquí la paciente inconscientemente conservó al padre vivo hasta que fue capaz de hablar acerca del funeral y los efectos de su muerte en ella, aunque de una manera muy incoherente. Este patrón de discurso, por sí mismo, está dando al psicoanalista importante información escénica acerca de cómo la paciente se maneja con el tema de la pérdida de su padre.

Una interpretación de la teoría del apego nos lleva en una dirección diferente. Los conflictos edípicos no se articulan en el modelo de apego. Lo que es importante desde la visión del apego es esta incapacidad del paciente para integrar sistemas de comportamiento biológicamente basados. De acuerdo a la teoría, el sistema de comportamiento de apego es sólo uno de muchos sistemas de relaciones y cada uno tiene una meta separada (Bowlby, 1969). El sistema de apego del comportamiento y el del sistema de conducta sexual son ambos componentes centrales de las relaciones (George & Solomon, 1999). El sistema de apego, cuya meta es la proximidad al padre o a la madre para protección y cuidado, es el primer sistema conductual a desarrollar. Emerge en las primeras semanas de la infancia y alcanza una forma madura organizada para el primer cumpleaños. La meta del sistema de comportamiento sexual es la intimidad sexual para propósitos reproductivos. Comportamientos tempranos asociados con el sistema sexual son visibles durante la niñez; sin embargo, los intereses sexuales maduros adultos y de comportamiento se consolidan durante la adolescencia. Así, los sistemas de comportamiento se piensa que emergen separadamente durante los años de inmadurez y la tarea del desarrollo normal es integrar éste y otros sistemas de comportamiento (por ej. sistema de afiliación con los iguales) al tiempo en que el individuo se convierte en un adulto (George & Solomon, 1999).

Esta postura de la teoría del apego nos lleva a la hipótesis de que las experiencias de la paciente con su madre no disponible, combinadas con la mirada hacia ella del padre "como si fuese su esposa", las intrusivas preguntas del padre acerca de su comportamiento sexual y las atribuciones hostiles de promiscuidad durante la adolescencia, interrumpieron la integración desarrollada de los sistemas de apego y comportamiento sexual (George & Buchheim, en preparación). La paciente también literalmente perdió a su padre cuando ella cortó su relación. Psicológicamente, su padre estaba muerto para ella. Estas amenazas habrían llevado a un fenómeno análogo a lo que Bowlby (1980) llamó "sistemas segregados". Bowlby desarrolló este término para describir la incapacidad representacional del individuo para integrar la rabia, pena, desilusión y temor asociados con la figura de apego posterior a la muerte. Nosotros en verdad vimos este tipo de segregación representacional en la discusión de la paciente sobre la muerte de su padre (ver George & West, 1999; 2001; Solomon, George, & De Jong, 1995). Nuestra hipótesis con respecto a la confusión de los apegos y la sexualidad en esta paciente es que sus sistemas de apego y comportamiento sexual permanecieron segregados. Es decir, ella no ha completado la tarea de desarrollo de integrar y diferenciar las interacciones basadas en el apego y en el sexo debido a las continuas amenazas de su padre a la relación de apego y a la sexualización de su relación con ella. La violencia del padre y el temor de ella hacia él la bloquearon, por un lado, para buscar protección y cuidado en él y, por el otro, el encanto y intrusividad sexual que él mostraba aparecían para ella como si él estuviera interesado eróticamente.

CONCLUSIÓN

Estas perspectivas ponen nueva luz a la aproximación a la paciente durante sus tres años de terapia psicoanalítica. Nuestro caso enfatiza que el mero uso clínico de

los conceptos de apego por los clínicos, sin analizar el grado de apego siguiendo escalas validadas y constructos, llevará a un juicio de apego imperfecto y confuso, basado en el valor de una apariencia de la entrevista. Esta clasificación de apego de "primera cara" no es provechosa. Intuitivamente uno habría clasificado a esta paciente como desechante, basado en sus descripciones de las relaciones inestables y estructura narcisista de personalidad; sus mecanismos de separación (retiro) podrían hacerlo pensar a uno acerca de la evitación del apego. La impresión de evitación-desechante fue validada por la primera contra transferencia del supervisor en respuesta a esta paciente como distante en relacionarse. El transcripto detallado de la AAI muestra que este discurso era producto de una blanda idealización de la madre. Además, el análisis de la transcripción mostró un enredado enojo con el padre y falta de resolución de su pérdida. La paciente, por lo tanto, fue juzgada como no resuelta, con una preocupación y enojo subyacente y la "primera cara" del apego no habría identificado correctamente la representación mental de apego de la paciente.

En nuestros roles como analista y supervisor, ambos relacionados con la investigación sobre el apego, hemos encontrado que el conocimiento acerca de la experiencia no procesada de la pérdida, el enojo anticipado acerca de su padre, y su intento vital de defender a su madre, son útiles para entender el poder simbólico de sus síntomas. Durante el curso de la psicoterapia, ella reportó que las interrupciones (ej. debidas a vacaciones, fines de semana) fueron "agradables", pero sus síntomas y su deseo de "hacer como que estaba muerta" reemergieron. Después de años de trabajo terapéutico, la paciente finalmente buscó a tientas una nueva valoración de su pasado. Ella comenzó a entender su estrategia de "parentificación" de larga data; ganó más *insight* en sus recuerdos episódicos negativos suprimidos acerca de las actitudes no protectoras y de desamparo de su madre. Aquí el analista la ayudó a darse cuenta de que los recuerdos semánticos eran divergentes de la memoria episódica. La ira con el padre fue transformada a medida que llegó a conocerlo como una persona a nivel representacional. En este contexto ella se dio cuenta de que nunca había hecho el duelo de su padre, perdido hacía mucho tiempo, y de que ella ni siguiera pensaba en llorar y lo liberador que podría ser el duelo abierto.

Hay muchos modos de entrevista psicoanalítica, desde la no estructurada, semi-estructurada a estructurada (Thomä & Kächele 1987). Quisiéramos subrayar la utilidad de las mediciones validadas del apego como la AAI y la recientemente establecida Adult Attachment Projective (AAP; George *et al*. 1999, Georfe & West 2001), como herramienta diagnóstica fructífera en el contexto clínico y psicoterapéutico (ej. Buchheim *et al*. 2004). Por medio de un análisis sistemático de texto la génesis traumática de un desorden puede ser entendida más completamente. Además, el analista puede usar la observación clínica de la manera en que los pacientes se las arreglan para la tarea de evaluar las experiencias traumáticas abusivas o de pérdida pasadas o presentes, como una información interesante escénica para obtener otra impresión de cómo los pacientes ponen sus conflictos inconscientes en el escenario.

REFERENCIAS

1. Abraham N, Torok M. Trauer oder Melancholie. Introjizieren - inkorporieren. Psyche 1987; 55: 539-559
2. Akhtar S, Brown J. Animals in psychiatric symptomatology. In: Akhtar S (Ed.) *The Mental Zoo: Animals in the Human mind and its Pathology*. IUP, Madison, CT, 2005, pp. 3-38
3. Akhtar S. *The Mental Zoo: Animals in the Human mind and its Pathology*. IUP, Madison, CT, 2005
4. Bowlby J. *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment.* Basic Books, New York, 1969
5. Bowlby J (Ed.) *Attachment and loss. Vol. 3: Loss, sadness and depression*. Attachment and Loss. Hogarth Press, London, 1980
6. Buchheim A, Kächele H. Adult Attachment Interview einer Persönlichkeitsstörung: Eine Einzelfallstudie zur Synopsis von psychoanalytischer und bindungstheoretischer Perspektive. Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie 2001; 5: 113-130
7. Buchheim A, Kächele H. Das Adult Attachment Interview und psychoanalytisches Verstehen. Psyche – Z Psychoanal. 2002; 56: 946-973
8. Buchheim A, Kächele H. Adult Attachment Interview and psychoanalytic perspective. Psychoanal Inquiry 2003; 23: 55-81
9. Buchheim A, West M, Martius P, George C. Die Aktivierung des Bindungssystems durch das Adult Attachment Projective bei Patientinnen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung - ein Einzelfall. Persönlichkeitsstörungen 2004; 8: 230-242
10. Caligor E, Stern B, Kernberg O, Buchheim A, Doering S, Clarkin J. Strukturiertes Interview zur Erfassung von Persönlichkeitsorganisation (STIPO) - wie verhalten sich Objektbeziehungstheorie und Bindungstheorie zueinander? Persönlichkeitsstörungen, 2004; 8: 209-216
11. Crowell JA, Waters E, Treboux D, O'Connor E, Colon-Downs C, Feider O, Golby B, Posada G. Discriminant Validity of the Adult Attachment Interview. Child Development 1996; 67: 2584-2599
12. Freud S. (1913), Totem and Taboo. Standard Edition 13. Hogarth Press, London, 1958. pp. 1-161
13. George C, Buchheim A. An attachment interpretation of the Oedipus complex: Segregated behavioural systems (in preparation)
14. George C, Kaplan N, Main M. (1984-1996), The Adult Attachment Interview. Unpublished Manuscript. University of California, Berkeley
15. George C, Solomon J. Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. In: Cassidy J, Shaver P (Eds.) *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Application*. Guilford Press, New York, 1999. pp. 649-670

16. George C, West M, Pettem O. The Adult Attachment Projective: Disorganization of Adult Attachment at the level of representation. In: Solomon J, George C (Eds.) *Attachment disorganization*. Guilford, New York, 1999. pp. 462-507
17. George C, West M. Developmental vs. social personality models of adult attachment and mental ill health. British Journal of Medical Psychology 1999; 72: 285-303
18. George C, West M. The Development and Preliminary Validation of a New Measure of Adult Attachment: The Adult Attachment Projective. Attachment and Human Development 2001; 3: 30-61
19. George C, West M. The Adult Attachment Projective: Measuring Individual Differences in Attachment Security using Projective Methodology. In Hilsenroth MJ, Segal D (Eds.) *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment: Vol. 2. Personality Assessment*. M. Hersen (Editor-in-Chief of volume series). John Wiley & Sons, Hoboken, NJ, 2003
20. Grice HP. Logic and Conversation. In: Cole P, Moran JL (Ed.) *Syntax and Semantics.* Academic Press, New York, 1975. pp. 41-58
21. Kernberg OF. Structural interviewing. Psychiatr Clin North Am., 1981; 4: 169-195
22. Main M. Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J (Eds.) *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. The Analytic Press, Hillsdale, NJ, 1995. pp. 407-474
23. Main M, Goldwyn R. *Adult Attachment Scoring and Classification Systems*. Unpublished Manuscript. University of California, Berkely, 1996
24. Searles HF. *The nonhuman environment*. Intern Univ Press, New York, 1960
25. Solomon J, George C, et al. Children classified as controlling at age six. Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. Development and Psychopathology 1995; 7: 447-463
26. Solomon J, George C. *Attachment disorganization*. Guilford: New York, 1999
27. Steele H, Steele M. Die Bedeutung des Adult Attachment Interviews für die klinische Forschung. In: Gloger-Tippelt G (Ed.) *Bindung im Erwachsenenalter*. Huber, Bern, 2000. pp. 325-346
28. Thomä H, Kächele H. *Psychoanalytic Practice. Vol 1 Principles*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, 1987

TÉCNICA

PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPOS: TÉCNICA Y CAMBIO PSÍQUICO[1]

(Rev GU 2006; 2; 4: 460-472)

Edgardo Thumala[2]

A través del presente escrito quiero intentar transmitir, de la manera más fidedigna posible, lo que hago, lo que intento hacer y lo que pienso que estoy haciendo en mi conducción de sesiones de psicoterapia psicoanalítica grupal y su relación con el cambio psíquico de los pacientes.

Modalidad Grupal: Me voy a referir al tipo de grupo en el cual se basa mayoritariamente mi experiencia y que es un grupo de adultos de largo plazo (habitualmente los pacientes permanecen entre tres y cuatro años), heterogéneo en cuanto a la patología, sexo y edades. Vale la pena indicar que trato de mantenerme en un rango no demasiado abierto en cuanto a la edad y que mantengo una cierta homogeneidad con respecto al nivel social e intelectual del grupo. Actualmente, y luego de haber trabajado varios años una vez por semana, mi tendencia es a realizar sesiones dos veces a la semana. (Tres horas cronológicas en total.)

Agrupamiento e indicaciones: Uno de los temas que despierta dificultades es el decidir qué pacientes son aptos y se verán beneficiados por una terapia de grupo analítica y también, no menos importante, si calzarán y aportarán al funcionamiento del grupo. El tema lo he tocado de forma más completa en otro artículo (Thumala 2004) pero, a propósito de mi experiencia directa, me parece importante repetir que a partir de varios fracasos y deserciones, rara vez incluyo un paciente directamente en el grupo, sin que pase un tiempo en psicoterapia individual conmigo, lo que además de permitirme generar un nexo de confianza (alianza terapéutica), me permite conocer sus dinamismos de una manera más reposada que con las meras entrevistas diagnósticas. Siempre resulta sorprendente observar como algunos pacientes "cambian" en el grupo y muestran insospechadas facetas en la relación con sus pares. Naturalmente contemplo y sopeso las contraindicaciones clásicas, de organicidad, psicosis, personalidad antisocial y suicidalidad. El tema se complica cuando llegamos a pacientes de funcionamiento limítrofe. En ese caso he observado que en el tipo de grupos que yo realizo, tiene que haber una cierta capacidad de funcionamiento yoico, es decir pacientes menos actuadores y más cercanos al polo neurótico (Grinker) capaces de tener una vida relativamente normal, con trabajo o estudios mantenidos, y la capacidad de no confundirse fácilmente.

---

[1] La versión original de este artículo fue publicada como capítulo en el libro *Avances en psicoterapia y cambio psíquico*. Riquelme R y Thumala E (editores). Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago, 2005.

[2] Vicepresidente Asociación Chilena de Psicoterapia Analítica de Grupo.

También me ha parecido importante evaluar la motivación al trabajo psicológico y lo que podríamos llamar el monto de envidia o destructividad. Un paciente demasiado destructivo puede significar un serio dolor de cabeza tanto para el terapeuta como para el grupo. En la siguiente viñeta se muestra un ejemplo de lo anterior.

Viñeta: Se incorpora a un grupo que funciona ya largo tiempo, a un hombre de alrededor de 50 años, casado, profesional, y cesante, con una historia de fracasos laborales repetidos y una terapia anterior que abandonó. En su historia es relevante una sensación importante de minusvalía, lo que guarda relación con un Dg. de déficit atencional en la infancia y con tener un hermano muy exitoso, al que el paciente envidia y admira.

Al momento de la consulta el paciente presenta un síndrome depresivo angustioso. Le doy antidepresivos que el paciente reporta lo ayudan mucho con la angustia y el insomnio. Trabajo con él en forma individual dos veces por semana alrededor de 6 meses y posteriormente lo ingreso al grupo en el que, luego de un periodo, el paciente comienza a acaparar las sesiones con crisis que comienzan con pena y luego trasuntan una tremenda rabia y resentimiento, lo que el grupo contiene inicialmente, pero que después comienza a rechazar y evitar. El paciente se va progresivamente enrabiando cada vez más pese a los intentos interpretativos del terapeuta, terminando en violentos ataques de rabia y envidia y posteriormente en el abandono abrupto de la terapia.

Encuadre: El encuadre es considerado como los rieles sobre los que se deslizara el vagón terapéutico, lo podemos conceptualizar "como la suma de todos los procedimientos que organizan, normativizan y posibilitan el proceso terapéutico". Es de vital importancia en la terapia de grupo ya que permitirá "la necesaria colocación de limites, delimitación de funciones y también puede funcionar como un continente" (Zimermann 1997).

En general en mi trabajo con grupos mantengo los patrones clásicos de encuadre psicoanalítico, horario estable, situación física estable, saludo de mano, silencio al comenzar la sesión. Antes de incluir un paciente hago un chequeo cruzado del grupo y del paciente de manera de evitar que los pacientes se conozcan previamente. En la sesión de inicio de un grupo establezco algunas reglas básicas propias del encuadre grupal: que no establezcan relación fuera del grupo y si se encuentran o comunican fuera de éste lleven el material a la sesión, compromiso de secreto absoluto acerca de las comunicaciones de los demás en el grupo, compromiso de que en caso de querer retirarse del grupo lo hable en éste, y además les solicito avisar en caso de tener que faltar a alguna sesión. Me ha sido útil el concepto de encuadre interno del analista, para contener la evolución natural que se ha ido produciendo en mí en cuanto a estar menos pendiente de la forma del encuadre y más atento a la abstinencia como fondo. Este encuadre interno "es substancialmente una actitud mental del analista, concretamente la actitud mental de introducir el menor número de variables en el proceso" (Etchegoyen 1986) lograda a partir de "la interiorización del encuadre analítico efectuado a lo largo de su propio análisis" (Delourmel 2003).

Terapia Combinada: Casi desde los inicios de la psicoterapia de grupo la terapia combinada, es decir, la coexistencia de una psicoterapia individual con una grupal, ha tenido su propio espacio. Sadock (1985) afirma que:

"La mayoría de los trabajadores en el campo piensa que la terapia combinada tiene la ventaja tanto del ambiente diádico como del grupal, sin sacrificar las cualidades de ninguno de los dos...Esta modalidad parece hacer que salgan los problemas a la superficie y se efectúe su resolución de manera más rápida de lo que seria posible con cualquiera de los métodos por sí solo".

En mi experiencia, casi siempre comienzo con una terapia individual y al pasar al grupo suelo mantener una sesión a lo menos durante la etapa inicial del grupo, en la cual el paciente pueda necesitar algún apoyo. Posteriormente mantengo a algunos pacientes con su sesión individual, dependiendo de sus necesidades y posibilidades. Para Scheidlinger y Porter (1980) "es el tratamiento de elección para los desórdenes del carácter y las personalidades limítrofes". Esta modalidad es además avalada por los resultados de dos prominentes terapeutas grupales, Stone y Rutan (1984) con deserciones del 38% y 56% en terapia de grupo y de sólo 11% y 19% cuando se hizo además terapia individual.

Algunos autores, tanto individuales como de grupo, han criticado la terapia combinada en relación al riesgo de acting-out en el grupo o de disociación entre ambos espacios. En relación a la terapia conjunta (un terapeuta distinto para cada modalidad) no tengo experiencia y en principio no me parece adecuado por el riesgo de la llamada "escisión transferencial", que la terapia individual sea con otro terapeuta (a diferencia de algunos autores), exceptuando que fuera con un coterapeuta con el que esté trabajando en el mismo grupo.

Me ha resultado provechoso, en algunos momentos en que me siento un poco perdido, el proponer al grupo que todos tengan una sesión individual en un

determinado periodo, lo que me permite chequear, particularmente por temas que pudieran estar dejándose fuera del trabajo grupal. (Al revisar la literatura para este trabajo descubrí que esta modalidad ya había sido practicada por Foulkes.)

Volviendo al tema del paso de sesión individual a sesiones de grupo, es importante tener presente que el cambio va a provocar reacciones emocionales en el paciente, en la línea de sentirse abandonado, expuesto y tener que compartir al terapeuta con otros, como lo ilustra la siguiente viñeta.

Viñeta: Se trata de una paciente que luego de estar alrededor de un año y medio en terapia individual conmigo, debe pasar a terapia de grupo por un problema económico. La paciente dice estar de acuerdo, y la nueva experiencia, a pesar de inquietarla un poco, le parece muy interesante. En su última sesión de terapia individual cuenta el siguiente sueño: "estoy en una habitación, como de un hospital, estoy en una camilla, tapada, alrededor hay varias personas, algunas conocidas, de mi familia. Se acerca el médico que tiene que hacer una extraña contorsión para meterme una paletita como de helado en la vagina y sacarme una muestra. A mí me da mucha vergüenza y mucha rabia con el Dr. y las demás personas que están ahí".

Técnica: La definición que sigue me parece simple y suficientemente amplia: "una *técnica es cualquier cosa que hace y dice el coordinador del grupo con una intencionalidad consciente"* (Mustieles 1993).

Al igual que en la psicoterapia analítica individual, en el grupo se promueve la asociación libre, como generadora del material de trabajo; naturalmente es de una forma diferente a la que surge en sesiones individuales. Foulkes la denominó acertadamente"la discusión libre flotante" (Foulkes 1975).

En mi trabajo habitual uso las técnicas características propias de la psicoterapia analítica como son la aclaración, confrontación e interpretación. A continuación voy a revisar cada una de ellas y cómo éstas se desarrollan en la terapia de grupo:

Aclaración o esclarecimiento: Etchegoyen la plantea como que "Busca iluminar algo que le pertenece al analizado, pero que no percibe distintamente...intenta poner a la vista algo que el analizado sabe confusamente; conoce pero no es capaz de aprehenderlo a pesar de que no sea inconsciente" (Etchegoyen 1999). La aclaración es un recurso potente para traer a la conciencia aspectos "conocidos" pero de alguna manera evitados en su verdadera dimensión.

A veces uso algunos pequeños trucos extraídos de mi experiencia gestáltica, como hacer repetir al paciente alguna frase o trozo de ella que pueda ser significativo pero que se haya pasado "rapidito", o recordarle de decir "yo" en vez de "uno", lo que lo hace necesariamente tomar mayor responsabilidad sobre lo dicho.

Confrontación: La confrontación en grupos tiene ciertas particularidades propias de la situación grupal, en el sentido de que muchas veces, como terapeuta, "confronto" a través de los otros miembros de grupo. Por ejemplo:

Karina habla de una pelea con su marido de un modo evidentemente desapegado y superficial. En una terapia individual podría confrontarla y decirle algo como: ¿qué le parece la manera en que Ud. se refiere a la pelea con su marido? Y luego, de acuerdo a su respuesta, ir intentando mostrarle su defensa. En el grupo simplemente recurro en primera instancia a las reacciones de los demás miembros, que si no surgen espontáneamente se pueden estimular con un ¿Qué les parece la manera en que Karina habla de la pelea con su marido?

Existe una alta probabilidad de que, si el grupo está en posición de trabajo, sean los propios miembros del grupo quienes la confronten.

Interpretación: La interpretación implica en la terapia diádica el tomar en cuenta una serie de factores concernientes al momento (*timing*), extensión, profundidad y tipo de interpretación. Esto se complejiza más en la terapia grupal con la decisión de si es al grupo, al individuo, a ambos y/o a la interacción en el presente. Vamos a encontrar en terapia de grupo un nutrido y diverso escenario. Terapeutas que interpretan exclusivamente al grupo como un todo, terapeutas que interpretan en forma exclusivamente individual y que hacen terapia individual en grupos y un amplio espectro de combinaciones entre estos dos polos. Por otro lado, vamos a tener los polos de la interpretación exclusiva en el aquí y ahora de la interacción grupal versus la interpretación del allá y entonces del mundo externo e interno del paciente.

Interpretación al grupo como un todo: esta forma de trabajo grupal nacida en los aportes de Kurt Lewin y desarrollada psicoanalíticamente por Bion, Foulkes , Ezriel y Anzieu, entre otros, y en nuestro medio por Grinberg Langer, Rodrigué y Ganzaraín.

Para Díaz Portillo "la interpretación transferencial en el "aquí y ahora" del "común denominador" de la tensión grupal favorece la cohesión e identificación de los pacientes. La universalización disminuye los senti-

mientos de culpa, angustia y aislamiento e inicia el desarrollo de un clima empático entre los miembros que se reconocen como iguales".

Ha sido criticada como forma exclusiva de trabajo por no considerar lo individual y porque en ésta "el terapeuta asciende a un silencio más sucitador de fantasías coercitivas que creador de un clima benévolo que disminuya las defensas" (López 2002). Además "los miembros del grupo tienen que adaptarse al terapeuta ya sea en obediencia, sumisión o rebelión y el grupo se vuelve demasiado centrado en el líder" (Pines, Hutchison 1995). Esto aparentemente se expresó en los resultados más bien negativos de la investigación retrospectiva de David Malan sobre la experiencia de los pacientes de los grupos de la clínica Tavistock tratados con este modelo (Malan, Balfour 1976).

Desde la mirada del terapeuta, me parece interesante lo que propone Gerardo Stein, psicoterapeuta grupal argentino, cuando dice: "La experiencia ha demostrado de sobra que la búsqueda de la interpretación que comprenda "al grupo" coloca al profesional en la penosa tarea de "tener" que descubrir siempre lo que sólo ocasionalmente logrará hacer". En todo caso, en mi trabajo me parecen necesarias para mantener el proceso grupal en marcha. Se hace patente su necesidad en momentos de resistencia grupal, o frente a la emergencia de temas comunes como en los inicios del grupo, ausencias del terapeuta, aumento de honorarios, ingreso o salida de algún miembro.

Interpretación individual: esta es la forma de interpretación en sus distintas formas y niveles utilizada en forma exclusiva por Wolf y Schawtz y también por Slavson. En mi práctica muchas veces emergen temas en un paciente que, si bien pueden resonar en el resto del grupo, a mi modo de ver son importantes de elaborar e interpretar individualmente. En ese sentido voy a ofrecerle al paciente una comprensión de la reemergencia de su pasado infantil en el presente, lo que, a diferencia de la interpretación grupal, le permite a cada paciente recibir atención del terapeuta y una comprensión a "su medida". El trabajo sobre cada uno sirve a su vez como modelo de una forma de pensamiento y comprensión de lo mental con la que se puede identificar y aprender el resto del grupo. Quizás una de las experiencias más interesantes para un terapeuta grupal es cómo a veces se va configurando un tema común a partir de lo planteado por un paciente y se logra un espacio de intimidad y trabajo colectivo desde donde pueden emerger con mucha naturalidad interpretaciones al grupo como un todo, en algunas ocasiones, y en otras simplemente no se hace necesario.

Interpretación de la interacción en el aquí y ahora: estos terapeutas desalientan la inclusión de temas de afuera de la interacción presente en el grupo, para privilegiar lo que está aconteciendo en el ahora entre los miembros de éste. Entre sus exponentes se cuentan Scheidlinger, Rutan, Stone, Yalom y Daysi Safan, psicoanalista chilena radicada en California. Se puede constituir en un poderoso agente de cambio, y está más de acuerdo con las visiones actuales de lo que es terapéutico. Gabbard en este mismo libro, refiriéndose a la escena contemporánea del psicoanálisis, puntualiza que existe un:

"*cambio de énfasis de la reconstrucción al aquí y ahora de las interacciones entre paciente y analista...Si bien aún es útil, la reconstrucción ya no es enfatizada, y pasamos menos tiempo excavando por las reliquias enterradas en el pasado de los pacientes. En contraste, nos enfocamos principalmente en la forma en que la interacción en el aquí y en el ahora entre paciente y analista nos provee* insight *acerca de la influencia del pasado del paciente en los patrones de conflicto y relaciones objetales del mismo... En esta visión, las dimensiones de transferencia y contratransferencia del tratamiento son el primer escenario en que el drama de la acción terapéutica se desenvuelve, y estos actos son tanto experimentados como interpretados*" (Gabbard 2003).

En mi práctica intento mezclar de una manera coherente todas estas formas de interpretación dependiendo de las circunstancias y particularmente de mi contratransferencia.

Una de las gracias de un grupo es el aporte asociativo de varias mentes y no sólo la del terapeuta, lo que eventualmente permite un entramado intersubjetivo de gran riqueza emocional e intelectual. En ese sentido un aspecto que es absolutamente específico al trabajo grupal es que éste proporciona la oportunidad de la interpretación realizada por un compañero de trabajo, que muchas veces va a ser más fácil de aceptar que la interpretación del propio terapeuta. Es así como "las distintas percepciones de los miembros sobre la conducta y problemas de los demás integran, con frecuencia, interpretaciones más completas que las que puede aportar el terapeuta" (Díaz Portillo2000). Esta cualidad es aprovechada y resaltada por Gerardo Stein en su propuesta de un "psicoanálisis compartido" (Stein 1991).

Viñeta: En la viñeta que sigue se muestran aspectos del trabajo de un grupo que, a mi modo de ver, expresan la riqueza de las interacciones grupales tanto en material

como en percepción mutua entre los participantes. Y también algo de la técnica que aplico.

El material está extractado de la grabación de la tercera sesión de un grupo que funciona una vez por semana, compuesto por personas de entre 25 y 30 años, todos con estudios universitarios. En la sesión está todo el grupo: tres mujeres y un hombre Verónica y Luisa están terminando sus carreras universitarias, y Macarena y Julián ya trabajan y ambos son casados.

Verónica: He estado aterrizando cosas...o sea del otro día que hablamos como que... (Hace un gesto como de botar algo por la boca)
Macarena: Igual te dimos duro.
Terapeuta: (a Verónica) hizo un gesto Ud. del otro día que hablamos como que...¿Qué era el gesto?
Luisa: Como así, como que vomitaste.
Verónica: Ah, como que vomité....Pero raro porque con mis amistades todo esto como que se lo he contado…
Terapeuta: Ya...
Verónica: Y le doy vueltas y como que me preguntan
Terapeuta: Pero fue distinto.
Verónica: Sí, el atreverme a contarle a Uds....algo que puede sonar súper tonto para Uds.... cachai. Someterme a eso y que me dijeran cosas.
Julián: El martes pasado contaste lo que estaba pasando, en el fondo tenías que hacer consciente lo que te estaba pasando. Yo le cuento a una amiga o a mi señora. Lo que me pasa, ella me va a decir yaa tranquilo y me va a consolar y me va a echar un poco para adelante. Tú te viste obligada a explicar qué te estaba pasando, ah, de que teniai miedo ah, y eso, como que por ahí funciona o sea, el hacer consciente lo que me está pasando ayuda y ayuda a botarlo, a sacarlo de adentro...por eso yo creo que esa es la diferencia entre los amigos y aquí...esa es la sensación...
Terapeuta: ¿Como que implicaría un hacerse más cargo al poder hablarlo aquí?
Julián: Claro, porque tengo que racionalizarlo, tengo que tomarlo, acotarlo...esto es lo que me está pasando ahora y me está pasando más menos por esto...tengo que buscar mi más menos, tengo que decidir qué es lo que me está pasando. No sé ... el día que yo me puse a llorar en la oficina llegó un compañero de trabajo ...Ya pos, Julián, tranquilo. Llegó el jefe y dijo llamen un taxi que se vaya este huevón pa la casa.. Me tranquilizaron no me preguntaron o sea me preguntaron qué me estaba pasando y dije tres cosas y no importaba, en el fondo era que me estaban tranquilizando.
Terapeuta: O sea, en el fondo, no querían escuchar.
Julián: O no importaba, lo importante era que yo me tranquilizara y estuviera bien de nuevo.
Luisa: A lo mejor va por ahí también el tema, de la diferencia de acá a con los amigos, porque como tú decíai cuando uno esta mal, con los amigos es ya no te preocupís, si van a pasar hay cosas peores en la vida. Y aquí es como al revés. Es como ya po, cuéntalo, sácalo. Como que cuando uno lo cuenta afuera, siempre te ponen el tope y lo más te dirán ya llora un poquito para desahogarte, pero no es más allá de eso. Es como que ellos no ven, no quieren escuchar y te piden que te dejes de escuchar también. Es como tranquilízate por favor. Es como no te escuches más, no escuches tu pena, no escuches tu rabia y aquí es como al revés.
Macarena: Enfréntate.
Luisa: Claro, escúchalo y sácalo...como eso...
Macarena: Yo no cuento mis cosas afuera, tengo amigas... sí, les puedo contar un poco más.
Julián: No les contái.
Macarena: noo, así como tener pena y llamar...no se me ocurriría, me las mamo sola.
(Se produce una discusión sobre los amigos entre Julián y Verónica)
Terapeuta: Yo me quedé pensando que la Macarena nos ha dicho dos veces que no cuenta, que no cuenta aquí tampoco, que ha contado una parte y es como que lo dejara muy en claro.
Macarena: (se ríe) O sea, lo que era más peludo para mí lo conté, pero claramente hay otras cosas. Casi es como ya, suficiente. Mucho pa` mí. Hasta que me venga otra inspiración.
Terapeuta: Pero eso podría significar que Ud. estuviera en el grupo, en este rol de ayudadora.
Macarena: Ese es mi rol en la vida
Terapeuta: A mí me viene súper bien...
Julián: (interrumpiendo) Asistente.
Terapeuta: ...pero probablemente no se beneficiaría mucho.
Macarena: De más. Yo creo que ése es mi rol afuera.
Luisa: Cuando tú decís, yo no cuento y no cuento, ese misterio tuyo es como que grita a la vez. Como no te cuento, no te cuento...pero estái diciendo que no cuentas.
Verónica: Como que querís que te pregunten.
Macarena: Sabís de qué me hizo acordar lo que me acabái de decir, de mi mamá...qué loco. Porque lo único que quería... estoy hablando chica, adolescente. Lo único que quería en la vida...yo no confiaba mucho en mi mamá, aparte que el par de veces que le conté algo fue como desleal conmigo, así como crudamente fue maricona conmigo, que se lo contó a la amiga y la amiga no sé qué. Pero a pesar de eso yo lo único que quería en la vida era que mi mamá me hinchara un poco más. Y me preguntara un poco más. Y como nunca lo hizo nunca

le conté nada y yo reforzaba, viste, no esta interesada, le da lo mismo... Es como que yo no supiera (da una larga explicación de sus cambios de casa y exigencias de estudio y trabajo, como explicación para no contar) no sé hacer amistades así como Uds. a estas alturas ya, ¿y cómo se hace? A pesar que igual el último año he aprendido.

Terapeuta: Quizás esto que está diciendo Macarena pueda representar algo también para todos, en el sentido si acá realmente se puede hablar, se puede confiar y se va a poder tener alguien que esté interesado y que realmente pueda escuchar y que pueda comprender las cosas...o no...

Luisa: Yo como que eso lo di por hecho, porque si están acá, es obvio que va a ser así.

Julián: Yo me compré el grupo.

Luisa: Si estoy en terapia de grupo obvio que puedo confiar en Uds. po, si se supone que Uds. vienen acá no por el mismo síntoma, pero vienen buscando lo mismo que yo en el fondo. Obvio que voy a confiar en Uds... O a lo mejor lo va a contar afuera, no se me pasó por la cabeza.

Verónica: No, a mí tampoco.

Luisa: Súper entregada al grupo.

Macarena: (al unísono) Soy la única paranoica.

Verónica: Si cuentan algo mío que me importa y a quien le importa. (risas)

Julián: El otro día a Julián le pasó tal cosa, da igual.

Verónica: Ahora si Julián es famoso.

Macarena: Ahí lo vendo.

Julián: A mí de hecho me daba curiosidad que podrían significar en mí los problemas de Uds. Y como que de repente me voy pa` la casa y a los tres días me digo Ihh Hay algo en común, siempre hay cosas en común que están dando vueltas.

Comentario del extracto de la sesión: El grupo en su interacción tiene un ligero tono hipomaniaco perceptible más claramente en la grabación por la velocidad del diálogo, y también llama la atención el uso de un lenguaje un tanto juvenil, que no corresponde a la edad ni educación de los sujetos y que puede tener una explicación en la regresión que provoca el estar en grupo. El terapeuta en principio sólo va siguiendo la interacción, manteniéndose presente con pequeñas intervenciones, para luego hacer una intervención individual, una confrontación seguida de una pequeña interpretación de la conducta de Macarena en el grupo, al mostrarle su rol de ayudadora que no se muestra. A esto sigue la perceptiva intervención de Luisa mostrándole a Macarena las ganas de que le pregunten detrás de su ocultamiento, a lo que la paciente reacciona con un recuerdo infantil de su relación materna. En este momento el terapeuta intenta una interpretación al grupo como un todo, mostrando el tema común de la dificultad de confiar y mostrarse.

La interpretación al grupo como un todo ofrecida por el terapeuta tiene claramente raíces desde el comienzo de la sesión a partir de la afirmación de que el grupo **sí** sería un espacio para contar las cosas, a diferencia de afuera.

La pregunta que surge a partir de la respuesta del grupo es ¿fue útil la interpretación al grupo como un todo? En un primer acercamiento los pacientes más bien no aceptaron estar preocupados de ser escuchados y poder confiar. Sin embargo la interpretación tiene el efecto de traer el tema al grupo, como tema común, y devuelve el pensamiento a lo que está pasando en el aquí y ahora del grupo.

ALGUNAS TÉCNICAS Y SITUACIONES PROPIAS DE LA SITUACIÓN GRUPAL

Comunicaciones no verbales: Todos los terapeutas estamos atentos a las comunicaciones no verbales, "las acciones y gestos que los hombres ejecutan sin advertirlo para nada y –con mayor razón– sin atribuirles peso anímico: el jugar o juguetear con objetos, tararear melodías, maniobrar con el propio cuerpo sus ropas y otras de este tenor" Freud (1910). En un grupo éstas toman especial importancia, como producto de la regresión (Anzieu 1998). Cambios de posición en los asientos, manos en la boca, pies que se mueven rítmicamente, miradas a la hora, desatenciones, enrojecimientos o carraspeos, fugaces miradas al terapeuta o a otros miembros pueden ser indicadores de procesos que no están siendo verbalizados y que pueden aportar nuevas luces al proceso grupal e individual.

Comunicaciones a predominio pragmático: Siguiendo a Liberman, un terapeuta puede responder a su paciente desde distintas perspectivas comunicativas. Merece especial atención la comunicación a predominio pragmático como una forma de intervención que puede funcionar ahí donde la interpretación a veces parece llegar a un terreno estéril (Davanzo).

Viñeta: Una paciente, arquitecta de profesión, a la que llamaremos Luisa, se mantiene en forma sistemática llegando atrasada a las sesiones de grupo, especialmente a la sesión de la mañana (7:30 AM) aduciendo dificultades para levantarse y "calcular el tiempo", luego de repetidas interpretaciones de su atraso, se le plantea que si vuelve a llegar más de 5 minutos después de la

hora no se le dejará entrar a la sesión. A la sesión siguiente la paciente llega 10 minutos antes de la hora y a medida que van llegando los demás miembros, algunos con algunos minutos de atraso dice -*No los voy a dejar entrar,* con risas pero con una evidente molestia. Luego comienza una crítica del trato del terapeuta hacia uno de los miembros nuevos, el que califica de muy duro. Después de un rato el terapeuta pregunta ¿Será que a Luisa le hemos dado muy duro? Y luego se le muestra que está enojada, a lo que la paciente asiente, continuando con una serie de críticas al grupo y particularmente al terapeuta y "mostrándose" como no lo había hecho nunca antes.

Uso de metáforas, imágenes cuentos y el humor: El uso de metáforas ha sido utilizado como forma de comunicación en distintas disciplinas. Desde muy antiguo la filosofía, la religión, la educación y la psicología la han utilizado tanto en la estructuración de sus respectivos pensamientos así como herramienta de transmisión o terapéutica.

El trabajo de Lakoff y Johnson(1980) ha enfatizado la presencia permanente de las metáforas en el lenguaje cotidiano y cómo éstas estructuran nuestro pensamiento y la manera que tenemos de ver y comprender el mundo. "*Las metáforas han adquirido el estatus de matrices para la elaboración de contenidos afectivos y cognitivos así como para la creación de representaciones mentales. Para muchos autores las metáforas estructuran el pensamiento y las acciones*" (Fabregat 2004).

Una de las características que hacen interesante a la metáfora para los terapeutas es que "*al relacionar elementos de distintos contextos, son con frecuencia ambiguas o polivalentes, lo cual, al igual que una obra de tipo abstracto, invita a quien se enfrenta a ellas a experimentar con nuevas perspectivas. Son entonces en rigor no una "transmisión" de una nueva perspectiva sino una invitación a construir una nueva visión sobre una situación*" (Krause 1997).

Este tema daría para un análisis más complejo, a propósito de cual es el verdadero aporte para el paciente. Me parece que el hecho de colocarnos en el papel de contar la historia puede también implicar un elemento relacional interesante, pero en concreto, cuando pienso que la situación lo amerita utilizo algunas historias que me parece puedan ayudar a dar un nuevo significado a la situación. Voy a colocar algunos ejemplos:

– Abraham va donde Jacobo el rabino y se queja amargamente de su mujer, éste, luego de escucharlo, le dice: –Tienes toda la razón Abraham. Luego Ester, la mujer de Abraham, va donde Jacobo y le expresa sus quejas, Jacobo le dice: –Tienes toda la razón Ester. La mujer de Jacobo, Sara, ha estado presenciando la situación y lo increpa: –No puede ser Jacobo, cómo es posible que le des la razón a Abraham y también se la des a Ester, eso no puede ser. A lo que Jacobo le contesta: –Tienes toda la razón Sara.
– Una vez, Namus, el mosquito perceptivo, decidió mudarse a vivir a la oreja de un elefante. Al llegar a ella le gritó al elefante, con toda la fuerza de su débil voz: –Has de saber Sr. Elefante que he decidido mudarme a vivir a tu oreja. El elefante no hizo objeción ninguna, porque no lo escuchó. Tiempo después, luego de haber criado a varias generaciones de mosquitos, Namus decidió cambiarse a un nuevo hogar. Antes de partir volvió a gritarle al elefante, con todas sus fuerzas: - Has de saber Sr. Elefante que he decidido marcharme de tu oreja. Y luego cumplida esta formalidad, partió.

Viñeta: En un grupo de training (grupo T) con becados de psiquiatría y psicólogos en práctica, a propósito de darse cuenta los primeros de una dificultad con su expresión emocional, hacen un largo discurso acerca de cómo la escuela de medicina los habría deformado en su capacidad de expresión, el Coordinador del grupo cuenta la siguiente historia:

Una vez, un hombre amante de la naturaleza y de los animales viajó al sur, y se hospedó con una familia que lo alojó en el living, donde había un lorito en su jaula que repetía incesantemente: ¡Libertad! ¡Libertad! Al acostarse el hombre, se dijo: no puedo dejar esto así, y abrió la puerta de la jaula, pensando, 'mañana les explicaré a los dueños'. Al otro día, al levantarse, fue a ver la jaula con su puerta abierta donde el lorito continuaba diciendo: ¡Libertad! ¡Libertad!

A la sesión siguiente, frente a una larga serie de explicaciones de algunos de los becados sobre su falta de involucramiento, uno de ellos se detiene y dice: ya estamos dando explicaciones como el lorito, y la interacción cambia.

Ingreso de nuevos pacientes: El ingreso de un nuevo paciente es siempre una experiencia que genera "movimiento" en un grupo ya conformado, ya que un nuevo miembro en términos históricos re-edita la llegada de un nuevo hermano en la familia. En la fantasía, el nuevo puede ser objeto de competencia y de deseo. ¿Será la mujer que espero? ¿Será un hombre poderoso y agresivo que me va a desplazar?

En términos prácticos suelo avisar con una o dos sesiones de anticipación la llegada de alguien nuevo, lo que permite la emergencia y discusión de las reacciones del grupo. Les planteo el nombre y la edad de la persona en cuestión para evitar posibles contraindicaciones; a la persona en cuestión también le digo quiénes componen el grupo y discuto con ella sus fantasías sobre cómo va a ser su "recibimiento", mostrándole que efectivamente puede ser objeto eventual de alguna hostilidad, abierta o encubierta y que yo voy a estar atento al tema. Prácticamente todos los grupos muestran algún tipo de hostilidad con el recién llegado, a veces de formas muy sutiles.

Viñeta: En un grupo que ya lleva algún tiempo con una composición estable, compuesto por tres mujeres y un hombre, ingresa un nuevo paciente masculino. En la sesión previa se habla del tema y surgen algunas fantasías de cómo será el nuevo paciente. Cuando éste llega es recibido con amabilidad y una cierta empatía; a la sesión siguiente todos llegan atrasados menos una paciente. Al ser señalado el hecho, todos tienen explicaciones "realistas" de su atraso; una sesión más tarde surge nuevamente el tema y una de las pacientes verbaliza:

"Me estaba acordando de mi llegada y un poco me pongo en el lugar de por qué, cómo a uno lo reciben, en realidad...es como quedarse como pegados, no sé, un par de sesiones, dos, cuatro... las que sean, y no avanzar mucho porque uno tiene que ...Juan se interiorice de lo que le pasa a cada uno de nosotros y nosotros lo que le pasa a él, entonces... como que los espacios se reducen, muchísimo para nosotros y nos quedamos pegados en muchos temas, hace mucho rato que yo no sé nada de la Vero o de la Lucy. Eso también me da como rabia, no poder avanzar y tener que quedarse pegados. A raíz de eso yo también entiendo cómo es cuando uno recién llega, a mí me pasó lo que te pasó a ti."

Terapeuta: ¿Qué le Pasó?

"*Juan dice no pensé que era pa' tanto pero ahora me coloco del otro lado, que si es complicado recibir a alguien nuevo. Sobre todo cuándo uno va en un proceso y ya se avanza rápido y van saliendo cosas entonces ahora es como quedarse pegados...".*

Otro paciente: "Esa es una lectura, por ejemplo lo que me está pasando a mí no me pasaba hace mucho tiempo en el grupo".

Comentario: En esta viñeta sacada de una grabación queda muy claro el efecto de la llegada de un nuevo paciente. Vale la pena agregar que también hay ocasiones en que los pacientes pueden alegrarse de la llegada de un nuevo miembro, especialmente si el grupo está detenido en su proceso. También se pueden dar ambas cosas como queda expresado en el comentario del otro paciente en esta viñeta. Calza aquí colocar el comentario de un paciente que luego de varios años en un grupo, y a propósito de la llegada de una nueva paciente, dice:

Cada vez que llega alguien volvemos a hacer lo mismo, volvemos a hacer este mismo ejercicio, este.... que llega, una mezcla rara entre curiosidad y ganas de que se vaya a la cresta, está descrito en todos lados y vuelve a pasar una y otra vez, me pasó con Uds., ustedes fueron víctimas, yo también en mi momento, víctima de esa huevá y cuándo llega otro nuevo.....casi como inevitable, como esas tragedias griegas...lo que está en el destino, no podemos escapar...va a suceder...

Vale la pena recordar aquí una caricatura citada originalmente por Foulkes, en la que se ve a una complicada madre y su niño que tratan de entrar en un repleto vagón de metro, y el niño le dice: –No te preocupes mamá, en la próxima estación nos tocará a nosotros odiar.

Resistencia: En cierta forma todo el trabajo terapéutico, consiste en lidiar con la resistencia, ¿qué se entiende por resistencia? Resistencia son "*todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos del análisis, es decir, que estorban la libre asociación del paciente, que obstaculizan los intentos del paciente de recordar y de lograr y asimilar insigth que operan contra el yo razonable del paciente y su deseo de cambiar*" (Greenson R.R. 1976).

En el grupo, la resistencia puede tomar múltiples formas que se pueden expresar de manera individual o claramente grupal, pacientes silenciosos o extremadamente habladores, la conversación sobre temas banales, "el tomar tecito", los interrogatorios sobre las conductas de un miembro tipo "entrevista clínica" en vez de comunicar lo propio (Davanzo 1998), las ausencias repetidas o los atrasos colectivos o individuales, el no pago de los honorarios en la fecha indicada, el uso de defensas hipomaniacas, la "sociedad de elogios mutuos" en la que todos los pacientes se dicen sólo cosas buenas entre sí, el establecimiento de "climas" estables ya sea agresivos o positivos, el no respetar la regla de

restitución, es decir, conversaciones o contactos fuera del grupo que no son traídos a éste.

Apertura contratransferencial: La mirada relacional con su distanciamiento de la objetividad y con un terapeuta necesariamente más involucrado en su subjetividad, su énfasis en el encuentro íntersubjetivo como necesidad humana básica (Stern), la "responsividad óptima" (Bacal) como meta alcanzable y deseable para el terapeuta, así como su revalorización del elemento experiencial existencial de la relación terapéutica. Es una perspectiva que ofrece un marco más comprensivo para la terapia individual y especialmente para la terapia de grupo. Así se ha abierto al terapeuta grupal una manera de entender el proceso terapéutico más preocupada de la alianza terapéutica y sus avatares (Safran 2000), de lo que fuera la mirada más clásica. Esto posibilita una serie de recursos que generan un terapeuta más "sintonizado", con el que es más fácil identificarse y que es menos poderoso e inalcanzable que el clásico terapeuta grupal Bioniano, demasiado parco y estrecho en términos de la vinculación con el paciente.

Lo anterior me permite el uso de una serie de recursos con mayor libertad y tranquilidad que la que podía permitirme hace algunos años y dejar de conectarme con la experiencia compartida por muchos de mi generación del "sentido de vergüenza creado en generaciones de candidatos psicoanalíticos por el ideal clásico de una postura técnica inmaculada" (Mitchell 2003). Esto se expresa en mi práctica en una actitud más simple y menos omnipotente y resguardada, como por ejemplo, decirle al grupo: Dejé de entender, ¿qué piensan Uds. que está pasando?

O poder retroceder a propósito de una interacción y plantear: Parece que lo que nos trajo X nos angustió a todos y evitamos conectarnos con el dolor, escapándonos hacia algo más superficial.

Esta mirada nos posibilita también el reconocer errores o faltas de sintonía: ¿Quizás fui un poco duro en la manera de decírselo? O: me quedé pensando lo que hablamos la sesión anterior y me di cuenta que no entendí bien lo que Ud. nos dijo... También nos permite empatizar más directamente con el paciente que está en alguna situación dolorosa o complicada. En algunos casos permite la utilización como recurso de la autorrevelación contratransferencial, que ha sido muy discutida, y a la cual recurro en algunas oportunidades en vías de despejar una situación o momento nebuloso. También en esta perspectiva se puede generar un ambiente que permite que los pacientes puedan bromear conmigo y a veces a costa mía. En resumen, permite un terapeuta más expresivo, más sintonizado, que puede tomar prestada una imagen de los terapeutas familiares, "danzar con el grupo".

Cambio grupal y cambio en el grupo: Me he permitido abordar fundamentalmente el tema de la estructuración y dirección del grupo en el contexto de este libro dedicado al cambio psíquico, considerando la íntima relación existente entre técnica psicoterapéutica y cambio.

¿Por qué, desde sus inicios, muchos terapeutas, contraviniendo los cánones establecidos por el mundo psicoanalítico, han planteado la terapia de grupo como terapia de elección para el cambio estructural?

¿Es efectivo que la podemos colocar al lado del oro del análisis? ¿Cuál es el oro, en realidad?

La terapia de grupo en general se ha ganado una sólida posición con respecto a su efectividad en comparación a la terapia individual (Guimon 2003; Vinogradov 2004).

Sin embargo, en lo que se refiere específicamente a la psicoterapia psicoanalítica de grupo más allá del entusiasmo de los que la practicamos, los datos duros si bien son alentadores no son lo suficientemente abundantes como para afirmar conclusivamente la impresión de muchos clínicos de que la terapia analítica de grupo produce cambios comparables a los del análisis individual (Sigrell 1992; Breyer, Heinzel & Klein 1997; Heinzel 2000; Lorentzen 2002; Terlidou 2004). A pesar de esto, me voy a permitir, como botón de muestra, citar una parte de las conclusiones del trabajo de Christrina Terlidou (2004): "La psicoterapia analítica de grupo de largo plazo lleva a una significativa reducción de los síntomas y de la psicopatología, una expresión emocional más controlada, habilidad para la adaptación social, para establecer y mantener relaciones personales, mecanismos de defensa más flexibles, refuerzo de la fuerza yoica y una inclinación al cambio en la percepción sintética del ambiente".

¿QUÉ ES LO PROPIO DE LOS GRUPOS QUE PROMUEVE EL CAMBIO PSÍQUICO?

Para contestar a esta pregunta me voy a apoyar en el marco ofrecido por Irving Yalom, que si bien no es un autor propiamente psicoanalítico ha hecho un aporte señero en este sentido; complementaré su esquema con el aporte de otros autores actuales más algunos comentarios. Yalom (1970) habla de factores de cambio, los que pueden ser vistos como formando un conjunto que se ínterseccionan entre sí en mayor o menor medida y también se ínterseccionan con los factores de cambio que han sido adscritos como propios de la psi-

coterapia individual. En este sentido vamos a encontrar elementos de cada factor incluidos en los demás.

Recapitulación correctiva del grupo familiar primario: Lo planteo en primer lugar por sería mi modo de ver, un factor de gran importancia para el trabajo interpretativo e integrativo. La necesaria dependencia del grupo en un líder simbólicamente reedita la posición del niño en la familia, con todos los aspectos transferenciales de identificación y lucha con la figura del líder como representante del padre y de rivalidad entre hermanos (Freud 1926): "dependencia, desafío, intentos de dividir, competir, ayudar, buscar aliados, etc." (Díaz Portillo 2000).

Además la relación de los miembros hacia el grupo es una relación que reedita la primaria vinculación con la madre (Scheindlinger 1964, Ganzaraín 1989): "en ambas está presente la lucha entre dos polos: el polo de buscar compañía y fundirse con otro que da calor y ayuda, evitar la soledad, y el polo de quedarse aislado separado y desprotegido" (L. López - Y. Elizalde 2002) .

En el grupo las personas desplegarán distintas "soluciones neuróticas" ya sea que se porten sumisos, hostiles o independiente (Horney 1946) el grupo, si logra armarse como tal y cuenta con un terapeuta "suficientemente bueno" se "constituye como un espacio transicional, con un marco firme, flexible y amoroso, que permite contener las ansiedades, los afectos y fantasías de los integrantes", permitiendo eventualmente la posibilidad de vivir una nueva experiencia que frente al resurgimiento del problema infantil y gracias a la contención del grupo y su terapeuta implique el tomar conciencia y no repetir el antiguo molde generando nuevas respuestas más adecuadas a la situación presente.

Aprendizaje Interpersonal: Todo lo que suene a aprendizaje clásicamente ha sido sospechoso en el medio analítico como cercano a lo conductual o a ser superficial. Sin embargo, bajo este acápite y siguiendo a Yalom, englobaré dimensiones cercanamente relacionadas con el quehacer psicoanalítico y en particular muy cercano a las miradas más actuales de éste, como son el *enactment* o puesta en escena dentro del grupo de la realidad interna de cada miembro. Lo que Yalom llama "el grupo como un microcosmos social" o sea "cada paciente empezará a ser "él mismo", a interactuar con los miembros del grupo como él interactúa en su esfera social, a crear en el grupo el mismo universo interpersonal en el que siempre ha habitado. En otras palabras, los pacientes comenzarán a desplegar su conducta interpersonal desadaptativa en el grupo" (Yalom 1970). Esto le brindará una extraordinaria posibilidad de ser confrontado y verse en los ojos de los demás. Es decir, "a través de las confrontaciones de sus pares aprenden la forma en que los perciben los otros y la manera en la que están distorsionadas su autopercepción y autoimagen" (Díaz Portillo).

Un segundo punto muy ligado al anterior es la importancia de las relaciones interpersonales en el sentido de nuestra necesidad del otro como fuente de sostén y aprobación, de apuntalamiento de nuestro psiquismo. La necesidad de ser visto y aprobado por el otro, como poéticamente lo dice Moreno: "Y cuando estés cerca, yo tomaré tus ojos y los pondré en el lugar de los míos, y tú tomarás mis ojos y los pondrás en el lugar de los tuyos. Y entonces yo te miraré a ti con tus ojos y tú a mí con los míos" (citado por L. López 2002).

Este punto es examinado en términos más actuales por D. Stern, que afirma: "sobrevivimos a causa de nuestros cerebros y de la actividad grupal organizada. La sobrevivencia humana depende de la formación del grupo (familias, tribus, sociedades) y de la casi siempre cohesión grupal. Somos el más hipersocial e interdependiente de todos los mamíferos", planteando que existe un sistema motivacional íntersubjetivo que se preocupa de "regular la pertenencia psicológica versus la soledad psicológica" (Stern 2004).

El tercer punto se refiere a la posibilidad de la "experiencia emocional correctiva"de Franz Alexander, el cual se proclamó continuador de las ideas de Ferenczi y Rank diciendo: "ellos hacían recaer el acento sobre la experiencia emocional y no sobre la comprensión genética intelectual de la fuente de los síntomas que aquejan al paciente". Esta experiencia consiste en "exponer al paciente, bajo circunstancias más favorables, a situaciones emocionales que no pudo manejar en el pasado. El paciente, para ser ayudado, debe pasar por una experiencia emocional correctiva capaz de reparar la influencia traumática de la experiencia previa". Este tipo de experiencia es muy posible en el contexto grupal y fue un concepto muy criticado en el momento de su aparición (1946). La mirada actual permite su reapreciación en un nuevo contexto, como se evidencia en este párrafo de Jiménez:

"Desde luego el analista interpreta, y así comunica información al paciente sobre su mundo interno, pero no es esta información aislada la que produce cambio. Más bien la esencia de la cura reside en la naturaleza de la relación que se desarrolla en torno a tal comunicación. Por ejemplo, el énfasis está en que el paciente se dé cuenta que el terapeuta comprende sin juzgar, que cuida sin ser intrusivo, que es tocado emocionalmente sin abrumarse o desquitarse" (Jiménez 2005).

O en Bacal (1998):

*"el paciente vive como terapéutico no únicamente el insigth que se deriva de la interpretación (ni tan siquiera principalmente), sino que, sobre todo, lo que es vivido como terapéutico es la experiencia relacional con un terapeuta que está preparado para responder en una variedad de formas que sean terapéuticamente específicas tanto para el particular sufrimiento de su paciente, como para sus esfuerzos en alcanzar sus particulares objetivos en la vida. He introducido el término 'responsividad óptima' (*optimal responsiveness*) para conceptualizar esta experiencia".*

Un acercamiento aún más fino y preciso de la función curativa del encuentro íntersubjetivo surge como una extensión de los estudios realizados en la relación madre-hijo y de la relación terapéutica por Stern y Lyons-Ruth (1998) y sus colaboradores del grupo de estudios del proceso de cambio. Su propuesta es que en terapia, al igual que en la relación madre-hijo, uno de los espacios significativos para el cambio serían los "momentos de encuentro" entre terapeuta y paciente que permitirían para Stern la reorganización del "conocimiento relacional implícito" vinculado a nuestra manera, inconsciente de estar con el otro. En las palabras de Fonagy:

"Lo que yace en la raíz de los problemas interpersonales, la relación transferencial y muy posiblemente en todos los aspectos de la personalidad que nosotros laxamente denominamos con el término inconscientes, es un set de memorias procedurales o implícitas de la experiencia interaccional... los modelos existen no conscientemente como procedimientos que organizan la conducta interpersonal y no son accesibles conscientemente al individuo a menos que se les dedique una atención especifica... El cambio ocurre en la memoria implícita llevando a un cambio de los procedimientos que la persona usa al vivir consigo mismo y con otros (Fonagy 1999).

El grupo, es en este sentido, un lugar privilegiado en el cual reeditar y con la ayuda de los otros hacer conscientes estos modelos de relación y eventualmente aprender y experimentar con nuevas formas de "estar con los otros".

Catarsis: La catarsis en la actualidad es una especie de pariente pobre de los factores de cambio. Considerada en un comienzo como central a la técnica psicoanalítica, como lo ilustra esta cita de Freud (1924):

"El método catártico es el precursor inmediato del psicoanálisis, y pese a todas las ampliaciones de la experiencia y las modificaciones de la teoría, sigue contenido en él como su núcleo".

A mi modo de ver, sigue siendo un factor terapéutico importante que permite alivio y contacto directo con las emociones reprimidas o contenidas del paciente y un eventual acceso a su verdadero self, que se constituye en un elemento importante dentro del proceso de cambio.

Para Yalom, en el grupo la catarsis es "una parte importante del proceso terapéutico pero no un fin en sí misma. La expresión intensa de emociones estimula el desarrollo de la cohesión; los miembros que han expresado y han elaborado la mutua expresión de poderosos sentimientos desarrollan lazos más cohesivos".

Insight: La siguiente definición me parece sencilla y lo suficientemente amplia y general para acercarnos a algunos aspectos específicos del *insight* en el trabajo grupal: "En el insight psicoanalítico el proceso final esencial es el descubrimiento de una falta de ajuste entre un patrón recientemente reconocido y otro existente, el cual resulta en el establecimiento de un nuevo patrón" (Rosenblatt 2004). Yalom nos habla de cuatro tipos de insight en los grupos que me parece merecen especial atención.

1. "Los pacientes pueden tener una perspectiva más objetiva en su conducta interpersonal. Ellos pueden por primera vez aprender cómo son vistos por otras personas, cómo se manifiestan interpersonalmente. ¿Son tensos, distantes, seductores, amargos?
2. Los pacientes pueden obtener alguna comprensión sobre lo que le hacen a otros y lo que hacen con otros... ellos aprenden de sus transacciones con los otros a través del tiempo... ¿son rechazantes? ¿competitivos? ¿explotadores? ¿Necesitan la constante admiración de los otros?
3. Los pacientes pueden aprender porque ellos hacen lo que le hacen a otros y hacen con otros.
4. Los pacientes pueden entender cómo llegaron a ser de la manera que son. A través de la exploración de la historia de su desarrollo el paciente entiende la génesis de sus patrones de conducta actual".

En los dos primeros puntos planteados por Yalom podemos encontrar una de las mayores fortalezas del trabajo grupal: el contacto vivencial, repetido en un ambiente de apertura y "discusión libre flotante" permite el despliegue, el *enactment* del paciente seguido

de la eventual percepción y reflexión sobre su conducta, su modo de "estar con los otros" primero, como simplemente un darse cuenta de una determinada conducta "en vivo" con la percepción directa de estos "amigos-hermanos-terapeutas" entrenados y atentos, más la ayuda del terapeuta, seguida luego de las otras dos dimensiones, el por qué y el cómo, se llegó a funcionar de esta particular manera.

Si bien los distintos aspectos de esta división son rastreables en la literatura del tratamiento psicoanalítico individual, puestos de esta manera es más claro el énfasis en lo interpersonal-vivencial, que es quizás lo más propio del grupo.

Cohesión Grupal: Se puede definir como "la atracción que los miembros tienen por su grupo y por los otros miembros". Se corresponde con el concepto de alianza terapéutica en la terapia diádica. Es notable de observar en un grupo bien cohesionado cómo surgen espacios para el trabajo de los temas y emociones más difíciles. La experiencia clínica y también la investigación sugieren que seria un factor necesario para el logro de buenos resultados terapéuticos (Budman 1989, Marziali 1997).

Son también importantes de nombrar fenómenos específicos propios de los grupos que forman parte de los factores curativos como son el fenómeno de Universalización en el que los pacientes, a través de percibir su igualdad básica en términos de impulsos y deseos inconscientes con sus demás compañeros, sienten un alivio importante y la sensación muchas veces describible como "bienvenida a la raza humana" (Yalom1970). Algo similar podemos decir a propósito del fenómeno del altruismo, en el que el paciente, al proporcionar consejo o ayuda a otro, hace que al olvidarse "de sí mismo para absorberse en algo o en alguien más proporciona un alivio al aislamiento, disminuye la devaluación y aumenta la autoestima" (Díaz Portillo).

Elaboración: Greenson (1965) dice: "el trabajo analítico sólo es elaboración después que el paciente ha logrado el *insight*. La meta de la elaboración es tornar eficaz dicha comprensión, o sea, provocar en el paciente cambios significativos y duraderos". Independientemente que consideremos o no el insight u otros como los factores principales de cambio, la experiencia nos muestra que el cambio estructural es facilitado y potenciado por el trabajo continuado y desde distintas perspectivas sobre los conflictos del paciente. El grupo, en sus sesiones continuas y sistemáticas a través del tiempo, se constituye en un espacio lleno de situaciones y vivencias que ofrecen un espléndido escenario no sólo para el insight sino también para la elaboración.

A MODO DE CONCLUSIÓN

He mostrado algunos elementos centrales de la técnica de conducción de grupos de terapia psicoanalítica, tal como los entiendo hoy, después de 12 años de su ejercicio. Junto con esto he intentado mostrar los principales factores curativos que se dan en ella. Espero haber logrado transmitir algunas de las razones teóricas y clínicas que hacen sustentable la creencia de muchos terapeutas de que la psicoterapia analítica de grupo es una psicoterapia dirigida al cambio estructural de la personalidad y que es una alternativa no sólo viable sino privilegiada para ello.

REFERENCIAS

1. Anzieu D. *El Grupo y el inconsciente, lo imaginario grupal*. Biblioteca Nueva, Madrid, 1998
2. Alexander F, French T. *Terapéutica Psicoanalítica: Principios y Aplicación*. Ed. Paidos, Buenos Aires, 1956
3. Bacal HA (compilador). *Optimal responsiveness: How therapists heal their patients*. Jason Aronson Inc., New Jersey, (revisión en Aperturas Psicoanalíticas: < www.aperturas.org>), 1998
4. Breyer, Heinzel & Klein. The Konstanz Study - A German Consumers Reports Study (TKS). En: An Open Door Review of Outcome Studies In Psychoanalysis, 1997
5. Budman SH, Soldz S, Denby A. Cohesion, Alliance and Outcome in Group Psychotherapy. Pychiatry 1989; 52(3): 339-350
6. Davanzo H. *Comunicación personal*. 1998
7. Delourmel C. *El encuadre en las fronteras. Las fronteras del encuadre*. Artículo del sitio Web de la Societé Psychanalitique de Paris, 2003 /www.spp.asso.fr/
8. Díaz Portillo I. *Bases de la Terapia de Grupo*. Ed. Pax México, México, 2000
9. Etchegoyen RH. *Un ensayo sobre la interpretación psicoanalítica*. Ed. Polemos, Buenos Aires, 1999
10. Fabregat M. *Metaphors in Psychotherapy: From Affect to Mental Representations*. Disertación doctoral, México, 2004.
11. Fonagy P. *The Process of Change and the Change of Processes: What Can Change in a 'Good' Analysis'*. Disponible en <www.psychematters.com>, 1999
12. Foulkes SH, Anthony EJ. *Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo*. Ed. Paidos, Buenos Aires, 1975
13. Freud S. *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*. Obras Completas Vol. XI. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1910
14. Freud S. *Breve informe sobre psicoanálisis*. Obras Completas Vol. IXX. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1924
15. Gabbard G, Westen D. Rethinking therapeutic action. Int J Group Psychotherapy 2003; 84: 823-841
16. Gabbard G, Westen D. Repensando la Acción Terapéutica. En: *Avances en Psicoterapia y Cambio Psíquico*. Sociedad Chilena de Salud Mental, Ed. Designio, Santiago, 2005.
17. Guimón J. Estudios basados en la evidencia de los resultados de la terapia de grupo. Avances en Salud Mental Relacional 2003; 2(3)
18. Greenson RR. *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Ed. Siglo XXI, México, 1976

19. Heinzel R, Breyer F, Thomas K. Outpatient Psychoanalytic Individual and Group Psychotherapy in a Nation Wide Catamnestic Study in Germany. Group Analysis 2000; 33(3): 353-372
20. Jiménez JP. Después del Pluralismo: Un nuevo paradigma psicoanalítico integrado. Revista Psicoanálisis de la Sociedad Peruana de Psicoanálisis 2005; 4
21. Krause JM, Cornejo CM. Psicoterapia y Percepción de Cambios: Su Expresión en Metáforas. Revista Terapia Psicológica 1997; Año XV, Volumen VK (4), Nº 28, pág. 84
22. Lakoff G, Johnson M. *Metáforas de la vida cotidiana*. Ed. Cátedra, Madrid, 1998
23. López-Yarto Elizalde L. *Terapia de grupo o terapia en grupo*. En Aperturas Psicoanalíticas: < www.aperturas.org>, 2002
24. Lorentzen S, Hoglend P. The Change Process of a Patient in Long Term Group Psychotherapy: Measuring and Describing the Change Process. Group Analysis 2002; 35(4): 500-524
25. Lorentzen S, Hoglend P. Change during and after long-term analytic group psychotherapy International. Journal of Group Psychotherapy, Jul 2002, 52, 3; Research Library Core, 2002
26. Malan DH, Balfour FH, Hood VG, Shooter M. Group Psychotherapy. A long term follow-up Study. Archives of General Psychiatry 1976; 33(11)
27. Marziali E, Munroe-Blum H. The contributions of group cohesions and group alliance to the outcome of group psychotherapy. Int J Group Psychotherapy 1997; 47(4): 475-497
28. Mustieles D. Las técnicas en el trabajo con grupos. Clínica y Análisis Grupal 1993; 73: 419-432
29. Pines M, Hutchinson S. Análisis grupal. En: Alonso A, Swiller HI. *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. Manual moderno, México, 1995
30. Rosenblatt A. Insight, elaboración y práctica: el papel del conocimiento procedimental. En: Aperturas Psicoanalíticas: < www.aperturas.org>, 2004
31. Sadock B. Group psychotherapy, combined individual and group psychotherapy and psychodrama. Comprehensive textbook of Psychiatry 4ª Ed. Edited by Kaplan and Sadock Williams & Willkins, pag.1403 -1427, 1985. Citado en: Alonso, A.; Swiller, H.I. *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. Manual moderno, México, 1995
32. Scheidlinger S, Porter K. *Group Therapy with Individual Psychotherapy*. Specialized Techniques in Individual Psychotherapy, Bruner / Mazel Inc., 1980
33. Sigrell B. The long term effects of group psychotherapy: a thirteen year follow up study. Group Analysis 1992; 25: 333-352
34. Stein G. *Psicoanálisis Compartido*. Colección Interinc, Buenos Aires, 1991
35. Stone WN, Rutan JS. Duration of treatment group psychotherapy. Int.J. Group Psychotherapy, 34:93-109, 1984. Citado en: Psicoterapia combinada individual y de grupo, K. Porter.; en Alonso A.; Swiller, H.I. *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. Manual moderno, México, 1995
36. Stern DN. *The Present Moment: In psychotherapy and everyday life*. W.W. Norton & Company, Nueva York, 2004
37. Terlidou C, Moschonas D, Kakitsis P. *Personality Changes After Completion of Long Term Group Analytic Psychotherapy*. Group Analysis 2004; 37(3): 401-418
38. Thumala E. Psicoterapia analítica de grupo: Una alternativa Viable para el Tratamiento de los Trastornos de Personalidad. En: Riquelme R, Oksenberg A (Eds.) *Trastornos de Personalidad: Hacia una Mirada Integral*. Sociedad Chilena de Salud Mental Ed. Designio, Santiago, 2004
39. Vinogradov S. *Psicoterapia de Grupo*. Tratado de Psiquiatría Clínica, R.E Hales y S.C. Yudofsky Masson, 4ª Ed., Barcelona, 2004
40. Yalom I. *The theory and practice of group psychotherapy*. Irvin D. Yalom Basic Books, Nueva York, 1970
41. Zimerman DE, Osorio LC, *et al*. *Cómo Trabajamos con Grupos.* Artes Medicas Porto Alegre, 1997

TEORÍA

TEORÍA PSICOANALÍTICA DE LA DEPRESIÓN: UNA REVISIÓN DE DISTINTAS PROPUESTAS PARA SU COMPRENSIÓN Y CLASIFICACIÓN

(Rev GU 2006; 2; 4: 473-481)

Miguel Arros[1] y Felipe Valenzuela[2]

La depresión es una enfermedad de alta prevalencia a nivel mundial. Por otro lado, su investigación y tratamiento llevan ya cerca de 100 años de evolución al interior de la tradición psicoanalítica. Dentro de este marco de referencia se han desarrollado propuestas explicativas, clasificatorias y psicoterapéuticas. Al mismo tiempo, desde otros modelos psicológicos y biológicos, se han hecho (y se siguen realizando) importantes aportes al problema de la depresión. En este artículo se describe una serie de teorías y propuestas clasificatorias realizadas por investigadores psicoanalíticos sobre la depresión, enfatizando una línea de desarrollo que comienza por las clásicas teorías de Abraham, Freud y Klein, hasta llegar a autores contemporáneos fuertemente abocados a la psicoterapia psicoanalítica de la depresión y a la investigación empírica, como Blatt y Bleichmar.

LA CONTRIBUCIÓN PIONERA DE KARL ABRAHAM

En 1911 Abraham publicó la primera investigación psicoanalítica sobre la melancolía. En ella señala que en pacientes aquejados por esta enfermedad la búsqueda del amor está interferida por fuertes sentimientos de odio, los que se encuentran reprimidos por la incapacidad del sujeto para poder aceptar su hostilidad. Para Abraham, en este estudio, la agresión reprimida luego es proyectada en los otros y la percepción del depresivo pasa a ser "los demás no me aman, me odian". Menciona los sentimientos de culpa como una consecuencia del conflicto amor-odio, lo que explicaría los autorreproches y el sufrimiento asociado a la sensación de empobrecimiento (Abraham, 1911).

Según Arieti, *"retrospectivamente podría decirse que no menciona la significación de la pérdida objetal".* (Arieti, 1981, p. 32).

En 1916 Abraham publica una segunda contribución al problema de la melancolía: "La primera etapa pre-genital de la libido". Aquí menciona que la melancolía puede ser comprendida como una regresión a la

[1] Psicólogo Clinico, Universidad de Chile.
[2] Psicólogo, Universidad de Chile.

primera fase del desarrollo psicosexual, la fase oral. Esto significa que la melancolía se asocia a una serie de mecanismos propios de esta etapa del desarrollo. Al respecto escribe: *"En las honduras del inconsciente hay una tendencia a devorar y arrasar el objeto"* (Abraham, 1916, p. 276).

Posteriormente, en 1924, escribe sobre las diferencias y similitudes entre el depresivo y el obsesivo. Aparece aquí la clásica división de la fase anal, asociada a uno y otro tipo de patología: la expulsiva (depresivo) con tendencia a la expulsión de los objetos, y la retentiva (obsesivo) asociada a la retención y control de los objetos.

La expulsión del objeto amado internalizado (odio hacia el objeto) produce una sensación de vacío. Las tendencias orales expresarían el intento de reincorporar el objeto de amor destruido, en un intento por llenar un "vacío afectivo". Cuando se tiene la sensación de que este intento fracasa y que el objeto ha sido destruido y/o ha desaparecido, sobreviene la melancolía: la culpa y la desesperanza.

Abraham señala ahora la importancia que tiene la experiencia del desengaño amoroso. Para desarrollar una predisposición melancólica, el desengaño debe ocurrir antes del periodo edípico, donde la libido aún es narcisista, es decir, *"el amor del objeto está coloreado por el tratamiento de este objeto como parte de la propia personalidad"* (Arieti, 1984, p.34). De aquí se concluyó que la depresión es consecuencia de una inadecuada actitud materna y no de una rivalidad edípica, idea que influenciará el pensamiento psicoanalítico posterior y también el de otras corrientes.

Abraham menciona lo importante que es, en la aparición de la Melancolía, la repetición de los desengaños amorosos en etapas posteriores de la vida.

Por último, respecto al tema de la predisposición, Abraham señala, en base a su experiencia psiquiátrica, que el factor constitucional está dado por una acentuación del erotismo oral. Sugiere que la herencia directa se observa en un muy limitado número de casos. La acentuación del erotismo oral se expresa en la insaciabilidad de las demandas de gratificación oral, lo que facilita que se produzca el segundo factor, una fijación oral asociada a frustraciones y desengaños infantiles.

SIGMUND FREUD: "DUELO Y MELANCOLÍA"

Este texto, escrito en 1915 y publicado en 1917, es una de las obras clásicas de Freud. En primer lugar compara la melancolía con el duelo.

Freud dice: *"La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones, y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo"* (Freud, 1915, p.242).

Por otra parte, Freud señala que en el duelo el sujeto aparece embargado por un estado de ánimo profundamente doloroso que va acompañado de una pérdida del interés por el mundo exterior en todo aquello que no guarde relación con el objeto amado desaparecido. Pero existe una importante diferencia con la melancolía: la perturbación del autoaprecio o amor a sí mismo.

Entonces, ¿en qué consiste el trabajo del duelo? Freud lo explica: *"El examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto. A ello se opone una comprensible renuencia; universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aun cuando su sustituto se asoma"* (Freud, 1915, p. 242).

Lo normal sería que triunfe el respeto a la realidad, pero esto no sucede en forma inmediata sino luego de un tiempo prolongado y tras un elevado gasto de energía. Tras esto, el yo vuelve a quedar libre. En el duelo el proceso doloroso desaparecerá por sí solo.

La melancolía surge, en ocasiones, como una reacción a la pérdida de un ser querido. Sin embargo, en la mayoría de los casos, su desencadenante lo constituye un desengaño amoroso que incluso puede ser mínimo y todo lo que respecta a la pérdida del objeto queda sustraído de la conciencia. El melancólico puede estar consciente de a quién ha perdido pero no lo que con él ha perdido. Otra vez citando a Freud, la melancolía se relaciona con *"(…) una pérdida de objeto sustraída de la conciencia, a diferencia del duelo, en el cual no hay nada inconsciente en lo que atañe a la pérdida"* (Freud, 1915, p. 243).

La mayor parte de los autorreproches son injustificados y, más aún, llama la atención la carencia de pudor que exhiben. En este último aspecto Freud encontró "la clave" que le permitió comprender el proceso melancólico.

LA ELECCIÓN DE OBJETO AMOROSO COMO PSICOGÉNESIS DE LA MELANCOLÍA

Otro texto clave en la producción Freudiana es "Introducción al Narcisismo" de 1914. En él, el padre del Psicoanálisis plantea dos posibilidades de elección:

1. Narcisista: el sujeto elige sobre la base de sí mismo, lo que fue o su ideal, es decir, lo que querría ser.

2. Por apuntalamiento: el sujeto elige siguiendo el canon de los objetos primarios (madre, padre o cuidador). La elección aquí puede ser de dos tipos, o a la mujer nutricia o al hombre protector.

En el caso del melancólico se dan elecciones de objeto de tipo narcisista, *"entonces se ama a lo que uno fue y ha perdido o aquello que tiene méritos que uno no tiene"* (Freud, 1914, p. 96). El melancólico es un sujeto que ha sufrido una fijación narcisista significativa en el momento en que se producen los primeros contactos con los objetos, las primeras introyecciones e identificaciones.

Más tarde, frente a un desengaño o cualquier experiencia que introduzca en la relación con el objeto el sentimiento de amor-odio, es decir, la ambivalencia, el melancólico reaccionará tratando de combatir sus sentimientos hostiles ya que los siente peligrosos para el objeto amoroso, siendo incapaz de exteriorizarlos conscientemente. Toda esta conflictiva permanece en un nivel inconsciente en base a los mecanismos de represión. Sin embargo, la intensidad de los sentimientos hostiles termina por arrasar los sentimientos positivos hacia el objeto llevando al sujeto a experimentar un fuerte sentimiento de pérdida. Por esto intenta recuperar al objeto mediante la introyección y así cumple con el deseo de retener al objeto (porque se lo ama) pero a la vez se satisface el componente sádico agrediéndolo en el yo (por que se lo odia). Así, el melancólico dirige toda la rabia que antes sentía por el objeto en contra de sí, con lo cual ahora es el yo el que queda expuesto a la ambivalencia de los impulsos.

Los ataques en contra del objeto introyectado pueden llegar, en su grado extremo, al suicidio. El suicidio es en realidad el "homicidio" del objeto introyectado, donde la rabia hacia éste triunfa sobre el amor hacia sí mismo, tras lo cual el yo consiente en su autodestrucción.

LA SALIDA MELANCÓLICA

Freud plantea dos posibles salidas para la melancolía: la primera ocurre cuando es descargada toda la cólera; la segunda cuando el objeto es abandonado por considerársele carente de valor y el yo puede sentir la satisfacción de verse superior al objeto perdido (Freud, 1915).

La primera de las "salidas" *no fue estudiada en profundidad por Freud*, aunque señaló que se daría debido a que con el transcurso del tiempo los impulsos sádicos se van debilitando gradualmente hasta que el melancólico ya no siente tan peligrosa su agresión al objeto, apareciendo en la conciencia la cólera; el objeto ahora es expulsado fuera del yo sin la necesidad de reincorporarlo, dirigiendo el melancólico nuevamente sus impulsos hacia el exterior.[3]

Con respecto a la segunda "salida" Freud afirma que, tras la sintomatología melancólica, el sujeto aparece de pronto como si se hubiese liberado de una gran carga y estuviese celebrando su libertad. Se puede decir, en términos económicos, que hay una liberación de energía (Freud, 1915) apareciendo la posibilidad de descarga a través del paso maniaco. Freud escribe: "*En la manía el yo tiene que haber vencido a la pérdida del objeto y entonces queda libre todo el monto de contrainvestidura que el sufrimiento dolido de la melancolía había traído sobre sí"* (Freud, 1915, p. 252).

MÁS ALLÁ DE "DUELO Y MELANCOLÍA"

En su libro de 1921, "Psicología de las masas y análisis del Yo", Freud sugiere que en la melancolía el yo, identificado con el objeto perdido, queda a merced de los ataques del ideal del yo*, introduciendo aquí un nuevo concepto, una conciencia moral que más adelante será conceptualizada como superyó*.

Entonces observamos que *el ataque ya no proviene de una parte del yo contra el objeto introyectado, sino más bien proviene de una instancia más específica, el ideal del yo, en contra del yo.*

Luego, en su texto "El yo y el ello", de 1922, aparece la segunda tópica de estructuración psíquica (yo, ello, superyó). Aquí Freud plantea la introyección como mecanismo básico para la gestación de la melancolía y agrega que la incorporación de objetos frustrantes puede ser un aspecto del desarrollo en general al ser *"como un precipitado de objetos internos frustrantes"* (Arieti, 1981, p. 38).

Freud propone ahora su teoría definitiva: *la melancolía es el resultado de una diferencia extrema entre el ahora superyó y el yo, en donde el primero expresa toda su rabia en contra del segundo.*

MELANIE KLEIN Y LA POSICIÓN ESQUIZO-PARANOIDE

Melanie Klein plantea en su texto "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides" de 1946, que ya desde el

[3] Cabe señalar que esta idea de la recuperación fue, más tarde, desarrollada por otro psicoanalista, Wilhelm Reich, quien, en base al trabajo sobre la estructura caracterológica y a la descarga de los impulsos reprimidos, terminó fundando las ya muy desarrolladas pero poco conocidas Psicoterapias corporales, que siguen los principios económico-energéticos del Psicoanálisis (Raknes, 1990).

nacimiento existe un yo capaz de establecer relaciones de objeto y utilizar mecanismos de defensa. Este yo es desorganizado e inmaduro y se encuentra expuesto a las ansiedades propias del nacimiento y la lactancia que le hacen sentir la amenaza interna de la pulsión de agresión. Para protegerse de la amenaza que para él implica tolerar estas ansiedades utiliza la deflexión de la pulsión, donde el yo se escinde y proyecta parte de su propia agresión sobre el objeto más importante en ese momento para el bebé: el pecho, y luego la madre o su sustituto, dando lugar a un sentimiento de persecución. El monto restante de la pulsión de agresión es contenido por el yo.

Como contrapartida, proyecta un segundo objeto, exagerando sus cualidades y transformándolo en un objeto siempre presente y gratificador. Entonces sucede que el bebé percibe un objeto real externo disociado en dos: uno bueno y uno malo. Esta es la posición esquizo-paranoide. El bebé, al proyectar la agresión hacia fuera puede, por otro lado, introyectar el objeto bueno idealizado, lo que le permite al yo disminuir los niveles de ansiedad.

LA POSICIÓN DEPRESIVA Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN CLÍNICA

Klein sugiere que alrededor de los seis meses el bebé percibe un objeto total, experimentando hacia él sentimientos que ahora son contradictorios. Si el bebé pasa correctamente por la etapa anterior tiene cada vez más seguridad en el predominio de sus impulsos y de sus cualidades buenas por sobre las malas. Esto lleva a una disminución de la proyección debido a la mayor tolerancia de la pulsión de agresión, decreciendo los temores paranoides.

Surge entonces la ansiedad relacionada con la ambivalencia, que significa el temor a destruir el objeto amado, de quien el bebé reconoce su dependencia total para sobrevivir.

La introyección en esta posición, que coincide con la etapa oral del desarrollo, produce temores a que los impulsos hostiles destruyan el objeto bueno externo y el objeto bueno introyectado, que pasa a constituir el núcleo del yo. El bebé queda expuesto a nuevos sentimientos: el duelo y la nostalgia por el objeto bueno al que se siente muchas veces destruido, sobreviniendo culpa por ello (Klein, 1935).

En su texto "Contribuciones a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos" la autora señala: *"De acuerdo a Freud y Abraham, el proceso fundamental de la melancolía es la pérdida del objeto amado. La pérdida verdadera de un objeto real, o una situación similar con el mismo significado, da por resultado la instalación del objeto dentro del yo. Debido sin embargo a un exceso de los impulsos agresivos esta introyección se malogra y la consecuencia es la enfermedad"* (Klein, 1935, p. 272).

Klein menciona que la severidad del superyó tiene gran importancia en la manifestación del cuadro clínico. Señala que el superyó deriva de tempranas internalizaciones de objeto.

LA ELABORACIÓN EXITOSA DE LA POSICIÓN DEPRESIVA

En 1940 Klein, en su artículo "El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos", señala que si predomina la confianza del yo en preservar el objeto bueno interno y la confianza en los objetos externos que son continuamente internalizados, entonces el dolor y el duelo que emergen de la posición depresiva (y de cualquier situación que implique separación o abandono) constituyen las bases para la creatividad y la sublimación. De ser así, los impulsos reparatorios se expresarán no sólo en la capacidad para amar y ayudar a los demás sino que también encontrarán expresión en las capacidades creativas del individuo.

Recordemos que para Klein existe un ciclo permanente en que se destruyen y reparan objetos. La repetida vivencia del ciclo destrucción-pérdida-reparación-recuperación del objeto bueno a lo largo de la vida lleva a que el yo se sienta fortalecido en su capacidad de amor, con lo cual las dudas sobre la propia bondad (y con ello los sentimientos de culpa) retroceden en la esfera mental.

SANDOR RADO Y LA TEORÍA ESTRUCTURAL

Para Rado lo fundamental en el depresivo está en su personalidad: necesita estar cubierto de amor y no tolera la frustración, buscando todo tipo de gratificaciones narcisistas a través de la aprobación de los demás. Hasta los problemas más sencillos pueden afectar su autoestima.

Según Rado, el objetivo principal del melancólico es lograr la expiación inconsciente con la que intenta recuperar el amor del objeto perdido.

Por lo anterior los depresivos adquieren grandes habilidades para que los otros les demuestren amor.

En momentos de crisis suelen mostrarse dolidos y compungidos con el fin de mantener cerca a los demás.

Según el autor, el depresivo desarrolla un patrón de hostilidad y culpa, gestado en la infancia temprana, cuando el niño aprende que puede recuperar a la madre de la misma forma: exhibiendo remordimiento. Señala que el

permanente deseo del melancólico de ser "amamantado por un pecho" se expresa en su fuerte necesidad de nutrición (emocional) a través de fuentes externas y de paso, pone de manifiesto la fijación oral que los aqueja.

En las depresiones más severas el enfermo renuncia a los objetos externos y el yo busca el perdón del superyó. Rado sugiere que tanto el yo como el superyó se forman a partir de la internalización de aspectos del objeto amado durante la infancia: el niño fue incorporando la figura parental, fuente de autoestima en el superyó.

Tiempo después Rado planteó, tras desarrollar y reformular sus ideas, que la melancolía (así como también otras perturbaciones), corresponde a una *"inadecuada persistencia de patrones disfuncionales adaptativos infantiles a la vida adulta"* (Arieti, 1981, p. 82).

En lo que respecta a la rabia, Rado considera que el depresivo puede odiarse a sí mismo. Éste desea expresar sus sentimientos que se dirigen hacia el objeto amado, pero dada su dependencia hacia él se detiene en su manifestación de lo que siente, y usualmente dirige su rabia contra sí.

OTTO FENICHEL Y LA AUTOESTIMA

Fenichel describe a los depresivos como "adictos al amor", que intentan permanentemente recibir la atención de los demás. Esta necesidad de aprobación apunta a aplacar el superyó, que le señala al depresivo lo poco querible y "malo por dentro que es".

Fenichel concuerda con Rado en que lo que diferencia una depresión neurótica de una psicótica es en donde el depresivo busca este anhelado amor, si es fuera con los objetos externos o dentro con los objetos internos, es decir, ante el superyó, conservándose siempre una misma dinámica: los autorreproches.

Un aspecto central para Fenichel en la depresión es el descenso del nivel de autoestima. Al respecto escribe: *"Una persona fijada en un estado en que su autoestima está regulada por suministros externos (...). Vive en condiciones de perpetua avidez. Si sus necesidades narcisistas no son satisfechas, su autoestima disminuye hasta un punto crítico"* (Fenichel, 1945, p. 387).

Fenichel, tal como lo señala Arieti (1981), destaca que es la estructura psíquica del yo la encargada de regular la autoestima a partir del estado real de la personalidad y las exigencias del ideal del yo.

EDITH JACOBSON Y LA VERSATILIDAD DE LAS CATEXIAS

Jacobson, representante de la escuela de la Psicología del yo, se ocupó durante casi toda su carrera como psicoanalista de tratar pacientes maniaco-depresivos de extrema gravedad. Su trabajo de investigación ha influido fuertemente en los desarrollos de Otto Kernberg.

Para Jacobson la mente es una matriz compleja de representaciones tanto de sí mismo como de los objetos, imágenes que han sido internalizadas por el sujeto a lo largo de su vida, lo que determina los sentimientos del sujeto tanto hacia sí mismo como hacia los demás. Todo comienza en la temprana infancia cuando self y objetos se hallan fusionados, lo que lleva a que la energía agresiva dirigida contra un objeto frustrante sea dirigida indirectamente contra la representación de sí mismo, provocando una desvalorización originaria (1954).

En su quizás más importante texto sobre depresión llamado "Depression: Comparative studies of normal, neurotic and psychotic conditions", de 1971, señala que producto de ciertas frustraciones infantiles se da origen a sentimientos de hostilidad hacia el objeto, los que son reprimidos por el yo y dirigidos contra la imagen de sí mismo, aumentando la distancia entre el yo y el ideal del yo, llevando, consecuentemente, a un descenso en la autoestima. Entonces, de manera defensiva, el sujeto intenta fusionarse con un objeto omnipotente (manía) o buscar otro objeto que le dé nuevamente los suministros que él necesita.

Para Jacobson un elemento que diferencia las depresiones neuróticas de las profundas (psicóticas) es que el depresivo profundo no puede encontrar un objeto externo como suministro, volcando su amor hacia un objeto interno poderoso pero sádico, que constituye una poderosa representación infantil, que al ser activada se fusiona con el superyó. Se da, como consecuencia, un retraimiento extremo del mundo de los objetos externos y la reconstitución del objeto de amor en el superyó, siendo éste verdaderamente personalizado por el sujeto. Siguiendo las palabras de la propia autora: *"Una víctima del superyó, tan indefenso e impotente como un niño que es torturado por su madre cruel y poderosa"* (Jacobson, 1971, p. 252).

Para Jacobson, problema principal de la depresión es, consecuentemente a todo este proceso recién descrito, la regulación de la autoestima.

SILVANO ARIETI Y JULES BEMPORAD: UNA VISIÓN DESCRIPTIVO-DINÁMICA

Estos investigadores sugieren que existen varias subclases de depresión. Las agrupan en dos grandes categorías, en base a un criterio más cuantitativo que cualitativo: *la depresión profunda y la depresión leve*, según el grado de severidad del cuadro clínico.

Plantean que en ambas depresiones existe un acontecimiento específico como factor desencadenante y que pudiera existir un estado previo de tristeza subliminal, así como una predisposición de la personalidad pre-mórbida, por lo que se hace necesario realizar un estudio longitudinal de la historia del paciente y así observar el desenvolvimiento de las distintas fuerzas psicológicas que se dan en el interjuego entre lo externo y lo interno (Arieti, 1981).

Según Arieti existen cuatro tipos de personalidad que predisponen a sufrir una depresión:

a) Aquellos en que lo primordial es el acatamiento de los mandatos del otro dominante. Son sujetos con un estricto sentido del deber, personas dedicadas y eficientes en el trabajo. Sin embargo no se sienten felices y eligen como pareja a alguien que dependa de ellos. Todo esto es sentido como algo que se merece (culpa). Su equilibrio mental se basa casi exclusivamente en la persona que representa al otro significativo.
b) Aquellos en donde todo gira en torno a la consecución de una meta dominante. Semejante al tipo anterior, se diferencia de éste en que en estos individuos las acciones parecieran estar dominadas por la exigencia de una grandiosa autoimagen.
c) Un tercer tipo se refiere a los sujetos en que su conducta está motivada por el deseo de repetir las primeras experiencias placenteras de la infancia, exigiendo en todo momento la gratificación por parte de los demás, sobreviniendo la depresión cuando no lo consiguen.
d) Un cuarto grupo tiene que ver más bien con un estado transitorio que se instala en los tipos descritos anteriormente y que guarda relación con la manía.

Por otro lado, Arieti sugiere los siguientes desencadenantes para la depresión:

1) El deterioro de la principal relación interpersonal
2) La muerte o separación del otro dominante, donde la culpa entra a desempeñar un rol preponderante.
3) El fracaso en relación con la meta dominante.
4) Casos especiales: embarazo, menopausia, un ascenso de puesto, etc.

Factores asociados a la depresión leve

Bemporad señala que la depresión leve no ataca todos los aspectos de la vida anímica del paciente y los signos y síntomas son de menor intensidad que en la depresión profunda.

Describe tres tipos de depresiones leves:

a) Reactiva: tiende a aparecer tras un evento identificable que es vivido como un trauma
b) Caracterológica: se presenta como un patrón de vida generalmente desagradable e insatisfactorio, y
c) Encubierta: personas que utilizan determinados mecanismos de defensa contra este afecto, aunque de fondo se encuentran verdaderamente deprimidas.

SYDNEY BLATT Y SU COMPRENSIÓN EN BASE A LOS POLOS EN EL ESPECTRO DEL DESARROLLO

Blatt se apoya en autores, además de Freud, como Erickson y Bowlby. Para Blatt los polos apego-separación y autodefinición-relación en el desarrollo serán determinantes para dos tendencias de la personalidad: la tendencia a adherirse a los otros y la tendencia a la autosuficiencia. Esta separación que fue primero planteada por Freud (libido narcisista y libido objetal) y luego retomada por Bowlby, fue seguida, según Blatt, por varios autores, como Adler (1951), Kohut (1971), Anguila (1951), Bakan (1966) y otros, existiendo entre ellos una diferencia al considerar estas características como antagonistas (Freud) o como interdependientes, punto de vista con el que Blatt está de acuerdo.

Blatt menciona que las etapas del desarrollo descritas por Erickson muestran dos líneas definidas:

a) la línea que representa el desarrollo de la individuación que progresa desde autonomía-vergüenza, iniciativa-culpa, laboriosidad-inferioridad, identidad-difusión de roles, hasta generatividad-estancamiento, y
b) la línea que representa el desarrollo de las relaciones que va desde confianza-desconfianza, cooperación-alienación, hasta intimidad-aislamiento.

LO PSICOPATOLÓGICO

Para Blatt la psicopatología surge cuando se da un énfasis exagerado en uno de los polos, ya sea una marcada tendencia hacia lo relacional o bien una marcada tendencia hacia lo individual. En el primer caso nos encontramos frente a los desórdenes anaclíticos. Aquí los pacientes *"están intensamente preocupados por temas referidos a lo relacional, abarcando diferentes niveles del desarrollo, que van desde una falta de diferenciación entre el self y los otros, pasando por un apego dependiente*

(infantil), hasta los más maduros tipos de dificultades en las relaciones interpersonales" (Blatt, 1998, p. 731). Asociadas a esta categoría se encuentran algunos tipos de esquizofrenia, el trastorno de personalidad borderline, el trastorno de personalidad infantil, la depresión anaclítica y los desórdenes histéricos.

En el segundo caso, donde se da una evitación del contacto con los otros, Blatt hablará de los desórdenes introyectivos, donde el paciente ocupará toda su energía en establecer y mantener un self que le sea aceptable en contraste con una subvaloración de las relaciones interpersonales. Aquí la agresión en relación con el propio self y los otros es importantísima. A este grupo pertenecen enfermedades como la esquizofrenia paranoide, el trastorno de personalidad esquizotípico, el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva, la paranoia, la depresión introyectiva y las personalidades narcisistas (Blatt, 1998).

La aplicación de categorías al problema de la depresión

Blatt (1998) considera que existen dos tipos de depresión y que esta diferenciación ya se podía intuir en Freud cuando describe dos mecanismos para la manifestación de un solo tipo de melancolía: la incorporación oral del objeto y la severidad del superyó. Menciona que otros investigadores, como Bowlby y Arieti, han seguido una clasificación de la depresión basada en los mecanismos, lo que los ha llevado también a distinguir dos tipos de esta enfermedad.

Blatt y sus colegas, pertenecientes a la escuela de la psicología del yo y a la escuela de relaciones objetales, sugieren la existencia de dos tipos de depresión: una anaclítica (dependiente) y otra introyectiva (autocrítica).

1. Depresión Anaclítica o dependiente: se caracteriza por sentimientos de soledad, inferioridad y desamparo. Estos pacientes realizan constantes esfuerzos por ser amados o protegidos. Los otros son evaluados como objetos primarios, que pueden reportar experiencias significativas de placer (reminiscencia infantil). El propio Blatt señala que *"La separación de los otros o la pérdida de objeto puede crear un miedo y aprehensión considerables, y a menudo van de la mano con significados primitivos (sentimiento de rechazo); se desarrolla una búsqueda desesperada de substitutos"* (Blatt, 1998, p. 734). Es común que en estos pacientes la depresión se precipite por una pérdida y suelen presentar ideación suicida y síntomas físicos.
2. Depresión Introyectiva o autocrítica: se caracteriza por sentimientos de inferioridad, minusvalía y culpa, estando estos pacientes en un estado constante de autoevaluación. Son sujetos particularmente sensibles a la crítica y a la desaprobación de los otros, siendo en general ellos mismos bastante críticos con los demás. Son personas preocupadas por la perfección, siendo competitivos en las actividades que realizan y demandándose a sí mismos grandes tareas. *"A través de la sobrecompensación ellos intentan aumentar y mantener la aprobación y el reconocimiento de los demás"* (Blatt, 1998, p. 734).

Blatt señala, en base a numerosos reportes clínicos, que estos pacientes en general son talentosos y ambiciosos, muchas veces exitosos y que, sin embargo, al ser constantemente atacados por su superyó sádico poseen un potencial suicida considerable (Blatt, 1998).

Esta diferenciación le ha servido a Blatt para la indicación de tratamiento, ya que al investigar sobre la efectividad de éstos concluyó que la psicoterapia analítica que se realice debe variar en algunos aspectos según el tipo de depresión.

HUGO BLEICHMAR: LA IMPORTANCIA DEL NARCISISMO Y EL YO IDEAL

Bleichmar, en su libro "La depresión: Un estudio Psicoanalítico" (2002), señala que una de las causas de la depresión es el "derrumbe narcisista". Esto ocurre debido a un fuerte distanciamiento que experimenta el yo respecto de lo que él llama el yo ideal. Este "yo ideal" es una representación que hace de sí mismo el sujeto que es *"como la representación de un personaje que poseería los atributos de máxima valoración"* (Bleichmar, 2002, p. 55). Todo ocurre en función de un otro, que es el que le da valor a las características. Pero tal como hay representaciones asociadas a lo ideal, también hay ideas de sí mismo asociadas a lo imperfecto. Esto es lo que para Bleichmar constituye el negativo del yo ideal

La construcción de estas representaciones está fundamentalmente determinada, según el autor, por cómo se sobrelleva el complejo de edipo y el complejo de castración.

Bleichmar describe "la tensión narcisista" como la consecuencia de la percepción que tiene el yo de su distancia respecto del yo ideal, lo que lleva al individuo a estar continuamente buscando la identificación con este yo ideal.

El "derrumbe" o "colapso" de tipo narcisista, para que ocurra, requiere que el yo ideal, antes que nada,

llegue a constituirse como tal a través del desarrollo del individuo y, por otra parte, que el yo se experimente, en un momento dado, derrotado frente al yo ideal. Esto se asocia, generalmente, a un evento externo en la vida del paciente, que lleva a una comparación en la cual el sujeto siente que el yo queda muy distante del yo ideal. Al producirse este distanciamiento el yo cae en el negativo del yo ideal, que consiste en representaciones devaluadas del sí mismo, que generalmente se encuentran compensadas, aunque sea parcialmente.

En el caso de las personalidades narcisistas esta dinámica recién descrita se observa en su forma más nítida: les resulta esencial pensar en cuán ideales son, es decir, si alcanzan o no la representación del yo ideal, y si caen o no en la representación del negativo del yo ideal.

"Si las compensaciones frente a la tensión narcisista o los distintos mecanismos de defensa fracasan por algún motivo, se produce entonces el "colapso narcisista", el cual es causa de la depresión (…)" (Bleichmar, 2002, p. 73).

El problema de la culpa y el papel de la agresión en la depresión

Bleichmar no está de acuerdo con la teoría kleiniana de la culpa. Señala que para Klein la culpa es la consecuencia directa de un logro madurativo: experimentar amor y odio hacía un mismo objeto, lo que en el caso de que predomine el amor lleva a los sentimientos de culpa capaces de inducir tendencias reparatorias.

Pero Bleichmar explica que Klein no advierte que lograr la integración objetal, experimentar remordimiento y deseos de reparación no es algo que ocurra dentro del individuo sencillamente por la mecánica propia de los impulsos, sino que es efecto de una adquisición que hace el mismo individuo de las categorías culturales, en las que se determina que el que ataca es malo.

Por lo tanto, las fijaciones en el desarrollo asociadas a la depresión se deben más bien a la ausencia o presencia de códigos por parte de las personas significativas para el sujeto y por el proceso de interiorización de estos códigos.

Según Bleichmar, es más importante para el individuo en formación cómo lo ve el otro significativo, independientemente de sus conductas, pensamientos o fantasías.

Bleichmar sugiere que la representación devaluada de sí mismo (negativo del yo ideal) tiene su origen en:

1. Identificaciones con una imagen que le da el otro de cómo es él.
2. Identificaciones con otro que se siente culpable y se comporta de acuerdo a este sentimiento.

Para explicar cómo se relaciona la depresión con la agresión, Bleichmar señala lo siguiente*: "en cuanto actividad, la agresión podrá generar una depresión ya sea narcisista por el ataque constante hecho por el superyó al yo por no cumplir éste con el ideal de perfección o una depresión culposa por crítica del superyó al yo por lo que presuntamente éste le hizo al objeto"* (Bleichmar, 2002, p. 125).

Hacia una nueva clasificación de la depresión

Bleichmar menciona que, siguiendo a Freud, hay que mantener la distinción entre los sentimientos de inferioridad y los sentimientos de culpa, pues los primeros están asociados a la problemática de la depresión narcisista, los segundos a la depresión culposa.

Por otro lado ambas depresiones tienen en común la no realización de un ideal (perfección del yo en una, bienestar del objeto en la otra) y la agresión (crítica) que recae desde el superyó al yo por el no cumplimiento del ideal correspondiente.

Además Bleichmar distingue un tercer grupo: las depresiones por pérdida simple. En estas depresiones sucede que ni la tensión narcisista ni la culpa son el centro de atención, siendo un ejemplo de éstas la pérdida de un ser querido asociada a un duelo normal, similar al duelo descrito por Freud.

Es importante mencionar que, siguiendo a Bleichmar, la depresión puede sobrevenir en varios tipos de personalidad y con los matices propios de cada una: histérica, obsesiva, masoquista, evitativa, narcisista, etc. Y se manifiesta, siguiendo un criterio estructural, en las tres estructuras generales: psicótica, limítrofe y neurótica, con los matices propios de su estructura también.

En resumen:

1. Depresión narcisista:

   - Elevado ideal narcisista (yo ideal)
   - Minusvalía de la representación del yo
   - Agresividad de la conciencia crítica

2. Depresión culposa:

   - Elevado ideal de bienestar del objeto y de no agresión por parte del yo
   - Representación del yo como "malo-agresivo" y "responsable por el daño del objeto"
   - Agresividad de la conciencia crítica

3. Depresión por pérdida simple

- Elevado ideal de bienestar del objeto (sano, indemne, feliz)
- Representación del objeto en la posición del negativo de este ideal (muerto, dañado, infeliz)

En el caso de las depresiones narcisistas encontramos dos condiciones diferentes. Una consiste en la ya mencionada distancia que el sujeto percibe entre la representación del yo y el yo ideal debido a las metas muy elevadas que se impone. En este caso el yo siempre es "pobre", en contraste con el fin extremadamente exigente que se persigue. La otra tiene que ver más bien con una minusvalía de la representación del yo. Es decir, el sujeto se percibe a sí mismo tan precario, que ni siquiera se siente capaz de alcanzar modestas metas. En este caso lo que ocurre es que el yo permanece más cerca del negativo del yo ideal, lo que facilita la emergencia de este último a la conciencia ante frustraciones.

En la depresión culposa los ideales no son de perfección del yo sino más bien de bienestar del objeto y de no agresión, lo que lleva muchas veces a estos sujetos a sentir que cualquier cosa que hagan los revela como "agresivos-dañadores" y, por ende, como culpables (Bleichmar, 2002).

En la depresión "por pérdida simple de objeto" no se observa un descenso en la autoestima ni tampoco sentimientos de culpa. En este caso la depresión surge al no satisfacerse un ideal de bienestar del objeto. El objeto es experimentado por el sujeto como ausente, dañado o perdido, siendo la representación real o fantaseada del objeto inferior a lo que el sujeto podría considerar como normal (Bleichmar, 2002).

Es importante resaltar que una depresión culposa puede darse en una personalidad narcisista y que una depresión narcisista puede darse en otros tipos de personalidad o bien ambos tipos de depresiones pueden darse en una misma persona en momentos diferentes, dependiendo de sus particulares configuraciones psicológicas y situaciones vitales.

Respecto al grado de intensidad que puede llegar a presentar el cuadro clínico, Bleichmar menciona que ella estará en directa relación con el inter-juego de los distintos factores. *"Así, por ejemplo, si alguien tiene un elevado ideal narcisista pero no una minusvalía de la representación del yo y tampoco una conciencia crítica sádica que goce con su sufrimiento, podrá estar insatisfecho y deprimido pero no tanto como si coincidieran las tres condiciones"* (Bleichmar, 2002, p.131).

REFERENCIAS

1. Abraham, K. (1948). Investigaciones sobre la Primera Fase Pregenital de la Libido. En: Garma A. & Rascovsky L. (compiladores) *Psicoanálisis de la Melancolía*. Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires (Orig. 1916)
2. Abraham, K. (1948). Breve Estudio del Desarrollo de la Líbido a la Luz de los Trastornos Mentales. En: Garma A. & Rascovsky L. (compiladores) *Psicoanálisis de la Melancolía.* Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires (Orig. 1924).
3. Arieti, S. & Bemporad, J (1981). *Psicoterapia de la Depresión*. Paidós, Buenos Aires
4. Blatt, S. (1995). Perfectionism in High Achievers of Depression and Suicide. Researcher Links: extraído el 15 de Mayo del 2003 de la página web http://www.apa.org
5. Blatt, S. (1998). Contributions of Psychoanalysis to the Understanding and Treatment of Depression. Researcher Links: extraído el 15 de Mayo del 2003 de la página web http://www.apa.org
6. Bleichmar, H. (2002). *La Depresión: Un Estudio Psicoanalítico*. Nueva Visión, Buenos Aires (Orig. 1976).
7. Bleichmar, H. (1996). *Some Subtypes of Depressión and their Implications for Psychoanalitic Treatment*. International Journal of Psycho-Analysis, (Nº 77; 935-961).
8. Fenichel, O. (1954). *Teoría Psicoanalítica de la Neurosis.* Editorial Nova, Buenos Aires
9. Foucault, M. (1964). *Historia de la Locura en la Época Clásica*. Fondo de Cultura Económica, México (1967).
10. Freud, S. (1991). Tres ensayos de teoría sexual. En: *Obras completas*, tomo VII. Ed. Amorrortu, Buenos Aires (Orig. 1905).
11. Freud, S. (1991). Introducción al Narcisismo. En: *Obras completas*, tomo XIV. Ed. Amorrortu, Buenos Aires (Orig. 1914).
12. Freud, S. (1991). Duelo y melancolía. En: *Obras completas,* tomo XIV. Ed. Amorrortu, Buenos Aires (Orig. 1915).
13. Freud, S. (1991). Psicología de las masas y análisis del Yo. En: *Obras completas*, tomo XVIII. Ed. Amorrortu, Buenos Aires (Orig. 1921).
14. Freud, S. (1991). El Yo y el Ello. En: *Obras completas*, tomo XIX. Ed. Amorrortu, Buenos Aires (Orig. 1923).
15. Freud, S. (1991). Nuevas aportaciones al psicoanálisis. En: *Obras Completas*, tomo. Ed. Amorrortu, Buenos Aires (Orig. 1933).
16. Jacobson, E. (1971). *Depression: Comparative studies of normal, neurotic and psychotic conditions*. International Universities Press, Nueva York
17. Klein, M. (1990). Contribución a la Psicogénesis de los Estados Maniaco Depresivos. En: *Obras Completas*, tomo I. Ed. Paidós, Buenos Aires (Orig. 1935).
18. Klein, M. (1990). Amor, Culpa y Reparación. En: *Obras Completas*, tomo I, Ed. Paidós, Buenos Aires (Orig. 1937).
19. Klein, M. (1990). El Duelo y su Relación con los Estados Maniaco-Depresivos. En: *Obras Completas*, tomo I, Ed. Paidós, Buenos Aires (Orig.1935)
20. Klein, M. (1990). Una Nota Sobre la Depresión en el Esquizofrénico. En: *Obras Completas*. tomo III, Ed. Paidós, Buenos Aires (1960).
21. Raknes, O. (1990). *Wilhelm Reich y la Ergonomía*. Publicaciones Orgón, Valencia (Orig. 1970)

CONTROVERSIA

PSIQUIATRÍA COMUNITARIA O RAZÓN COMUNICATIVA

Pues si amarga la verdad hay que echarla de la boca;
y si el alma su hiel toca esconderla es necedad.
Gabriel Celaya

(Rev GU 2006; 2; 4: 482-491)

Hernán Villarino[1]

Ha sido regocijante para nosotros leer el trabajo del Ps. Joaquín Gaete (publicado en Rev GU 2006; 2; 3: 273-276). Aparte del coraje, seriedad, calidad y libertad de pensamiento que refleja su artículo, indica, a nuestro juicio, que no estamos solos, que el mismo desasosiego, incertidumbre y quizá descontento atraviesan a muchos de quienes laboran bajo el desolado rigor del modelo comunitario, entre cuyos profesionales pareciera haberse despertado una viva inquietud intelectual que tiene relación con el sentido del propio quehacer, inquietud que no encuentra aún ni su cauce definitivo ni completa claridad. Entre todos debiéramos esforzarnos por hallarlos, y sentirse acompañado en este peligroso trance no es poca cosa. Por lo demás, es perfectamente comprensible, e inevitable incluso, que en la circunstancia actual cada cual entienda y explique a su modo lo que está ocurriendo, y concluya aportando sus propias soluciones. Será tarea del debate y la controversia dialogantes, tan generosa y ejemplarmente acogidas en las páginas de la GU, que se puedan acercar las posiciones o conocer en qué consiste su mutua inconmensurabilidad, con nitidez y coherencia.

INTRODUCCIÓN

Por lo pronto, es muy penoso e ingrato tener que debatir respecto de un artículo con cuya verdad esencial se está de acuerdo, pero cuya formulación, a nuestro entender, puede prestarse para equívocos. Ahora bien, en el uso pleno de la razón, es decir, donde se esté dispuesto a reconocer las inferencias que el ejercicio racional suscita, diferencias de este tipo no constituyen discordia aunque tampoco son un asunto baladí. No cabe duda que en el curso de un diálogo sólo es posible entendernos si nos sentimos concernidos por lo que dice el otro, si nos lo tomamos en serio, y partiendo de sus interpelaciones no pretendemos meramente re-

[1] Servicio de Psiquiatría, CABL.

batir, demostrar el error ajeno o, peor aún, ganar, sino hacernos íntegramente claros y transparentes, reconociendo, sin impostura, tanto las coincidencias como las divergencias. Los requerimientos argumentales esgrimidos por un otro, que es lo propio de una situación de diálogo, más bien han de servir de estímulo para que alternativamente cada cual cumpla con su propia tarea de autoclarificación. Sólo entonces se puede cerrar ese espléndido círculo virtuoso donde en la búsqueda apasionada de la verdad queda espacio para los matices y el disenso, sin que la voluntad de poder o la imposición brusca amenace con hacer trizas el encuentro y la mutua relación dialogante. A lo largo de su obra, y de su vida, Jaspers ha desarrollado con perspicuidad y belleza las ideas y condiciones de la razón dialogal. Para él, el dialogo no es la mera exteriorización de un sujeto que ya entero tiene algo que decir, antes bien, es por medio del diálogo que el sujeto se constituye. La vida humana, en Jaspers, es comunicación y amistad, y sin ellas no cree posible alcanzar la frágil plenitud que nos es razonable esperar. Pero el maestro del diálogo en Occidente es Sócrates; desde que halló provecho y alegría en hablar incluso con los esclavos, dondequiera se encontraran, el diálogo racional se ha tornado un regalo, un privilegio y un placer que se conceden a sí mismos, en todos los tiempos y lugares, los hombres y mujeres libres y curiosos.

Por esto es que no nos interesa, de ninguna manera, entrar a discutir diferencias de detalle que, si bien existen, no apuntan a lo esencial. Pero ¿qué es lo esencial? El Ps. Joaquín Gaete, según lo hemos entendido, coincide con nosotros en que el modelo biopsicosocial, sustento de la psiquiatría comunitaria, es una ficción cientificista que tiene "efectos devastadores sobre la práctica profesional". Sin embargo el autor considera que se lo puede rescatar y dotar de sentido si se constituye en un ámbito para la razón comunicativa y todo lo que ella implica. Nuestra diferencia no apunta a que tal introducción no pueda ser un eficaz antídoto frente a los muchos males que nos atenazan, como sugiere con toda razón el articulista, pero su eventual comparecencia puede suscitar falsas expectativas, respecto de lo cual quisiéramos ofrecer a continuación nuestros argumentos con el propósito de que sirvan para la reflexión.

¿PUEDE LA RAZÓN COMUNICATIVA SALVAR AL MODELO BIOPSICOSOCIAL?

La "acción" y la "razón comunicativa" pertenecen al ámbito de la ética y la política, no de la ciencia, concretamente a lo que se conoce como éticas del diálogo. Si esto es efectivamente así, desde ya podemos sacar dos inferencias inmediatas.

En primer lugar la racionalidad ética, cualquiera de ellas, no sabe, ni puede, con su propia argumentación, resolver un debate científico en lo que tiene de propiamente científico. La pregunta ética inquiere por lo que es bueno, obligado, justo, etc., y no se puede confundir con la pregunta de la ciencia. Si dos más dos son o no cuatro o si el modelo biopsicosocial es o no lógicamente sostenible es asunto que tiene que ser ventilado y resuelto con los instrumentos apropiados para esas cuestiones, y sería injusto que la razón comunicativa tomara partido y se aliara con alguna de las posturas en liza. No hay ninguna racionalidad ética o política que pueda releer el modelo ptolemaico de universo, o considerarlo más ético que el newtoniano, por ejemplo. Sabemos que no es esto lo que el Sr. Gaete quiere decir, pero partiendo de sus propias premisas, lamentablemente, es eso lo que cabe colegir. En el terreno de la ciencia las cosas son como son, no como la razón ética y política dice que deben ser, y, desde luego, ninguna de estas racionalidades, que sepamos, ha recurrido nunca al modelo biopsicosocial para justificarse o sostenerse. Por eso creemos que tal modelo no puede ser salvado, releído o redimido como razón comunicativa; ya que pretende ser científico, es en ese ámbito donde tiene que batirse el cobre.

Hay plena coincidencia entre el Sr. Gaete y nosotros en que el mentado modelo, en tanto que científico, no cumple lo que ofrece, más aún, citando a Borges, él mismo dice que su propósito es tan absurdo como el de aquellos cartógrafos que pretendían elaborar un mapa del Imperio del mismo tamaño del Imperio. ¿Por qué la razón comunicativa tendría que ir en pos de la salvación de las ocurrencias de éste o de aquél? Si así lo hiciera, por lo demás, no sería imparcial, y su concepción de la justicia quedaría desacreditada, lo que constituye una herida de muerte para cualquier racionalidad ética y política.

En segundo lugar, lo anterior no significa que la razón comunicativa, en tanto que racionalidad ética y política, no tenga absolutamente nada que decir en un debate de cualquier tipo, también en uno científico, incluso si versa sobre el modelo biopsicosocial. Pero a partir de su propia naturaleza ética ¿qué es legítimo que diga?

Para poder responder esta pregunta es necesario entender en qué consiste la acción comunicativa, asunto que vamos a desarrollar brevemente a continuación, no con el conocimiento de un experto sino con el que es exigible a un hombre de cultura mediana respecto de los debates filosóficos de su tiempo. Cuando se comenta

un autor conviene tener presente que el hablante está interpretando, no meramente repitiendo lo que el otro dice, y ya que estamos hablando de justicia, no es justo cubrirse las espaldas con la autoridad de los grandes filósofos, ni de nadie en realidad: uno tiene que afirmarse sobre sus propios pies, y si cae no por ello se hunden también sus referencias. Viene esto a cuento porque el que interpreta dispone, selecciona, prioriza, incorpora otras interpretaciones y saca inferencias de su propia cosecha en tanto son relevantes para el contexto en el que está inserto y el objetivo que persigue, todo ello, desde luego, sin ninguna pretensión academicista.

ACCIÓN Y RAZÓN COMUNICATIVA

El problema de lo que es justo, el de dar a cada uno lo suyo según reza la fórmula aristotélica, es un asunto ético y político que ha sido debatido largamente a lo largo de la historia sin que jamás se haya establecido un consenso. Para Bergson, la sociedad de los insectos es justa, y por lo mismo estable y perfecta, porque los miembros que la integran no son individuos, están completamente subordinados, son una parte de ella y en ella encuentran íntegramente sus fines. El hombre, en cambio, gracias a que tiene razón no es meramente una parte de un todo mayor sino, por decirlo con términos kantianos, es un fin en sí mismo. Ahora bien, en tanto el hombre descubre que posee inteligencia puede ponerla a su propio servicio persiguiendo ventajas para sí mismo aun en desmedro de la comunidad a la que pertenece. Es la naturaleza inteligente del hombre, entonces, la condición de posibilidad, no de las diferencias a secas, que son inevitables, sino de las diferencias injustas. Por lo tanto, el problema de la justicia es un asunto eterno que cada generación habrá de enfrentar y resolver.

Para encarar racionalmente esta cuestión, modernamente se han desarrollado dos líneas filosóficas. La primera de ellas es hacer de la sociedad humana una de insectos, donde los individuos matemáticamente iguales vivan perfectamente mediatizados careciendo de fines propios. Esta es la solución marxista, que cae de lleno en la razón logocéntrica, estratégica, instrumental, manipuladora, cientificista, y cuyo sonoro fracaso se hizo evidente, incluso para los más recalcitrantes, con la caída del muro de Berlín. La otra vía la constituye ese conjunto de reflexiones que combinan el contractualismo con premisas kantianas, donde destacan Habermas, Apel y Rawls. Los conceptos que encierran y los mismos términos "acción" y "razón comunicativa" son obra de J. Habermas, por eso nos referiremos aquí básicamente a él.

Una larga tradición, que se remonta a los griegos, ha estudiado el lenguaje desde el solo punto de vista del significado, y en ese sentido se ha considerado que un discurso es significativo si tiene sintaxis adecuada y refiere a algo, sin importar si ese algo es de carácter real, meramente lógico, imaginado, recordado, fantaseado, etc., porque en todos esos modos se puede hablar significativamente en dependencia de la relación que el sujeto mantiene con el objeto al que refiere. La calidad del discurso, en este caso, depende de la corrección con la que el sujeto lo emite. Su éxito, al tiempo que su fruto más precioso y apetecido, es lo que desde siempre se ha denominado honradez intelectual. Austin, sin embargo, en su texto clásico *Cómo hacer cosas con palabras,* describió el carácter pragmático del lenguaje, es decir, aquella función suya que consiste en comunicar algo a alguien, incluso en hacer cosas; por ejemplo, en un contexto pertinente con la formula "se levanta la sesión" no sólo se informa de algo sino que efectivamente se levanta la sesión. La pragmática del lenguaje, en la medida que consiste en comunicar algo a alguien, en afectarlo de algún modo, considera correcto o exitoso el lenguaje cuando efectivamente se comunica algo a alguien. Ya no se trata, solamente, de la adecuada sintaxis, referencia y concordancia del sujeto que habla con el objeto al que se refiere sino que todo ello pueda ser comprendido por otro, y se cumpla, efectivamente, un acto de comunicación (lo cual se puede lograr incluso sin palabras, suelen bastar los gestos y las actitudes). El lenguaje en este caso no es meramente subjetivo sino intersubjetivo, lo que no significa que la antigua honradez intelectual haya caducado sino que se le ha añadido la compulsa intersubjetiva.

Entendemos que Habermas parte de Austin; en todo caso en él también es evidente la articulación del lenguaje en dos niveles, que ni son reductibles el uno al otro ni pueden ser explicados con una visión unitaria. Comunicar algo a alguien, para Habermas, supone, por un lado, la obtensión de un elemento semántico (asunto en el que no nos detendremos) y por el otro una cierta relación entre los interlocutores basada en una lógica peculiar, sólo en virtud de la cual se puede alcanzar el éxito de la comunicación, o lo que es lo mismo: decir algo a alguien. Esta lógica peculiar, inserta en el lenguaje, no es, sin embargo, lingüística sino ética, y consiste en que para que se cumpla exitosamente un acto de habla, para que alguien diga algo a alguien, el oyente ha de estimar que el hablante está acreditadamente comprometido con cuatro condiciones: la inteligibilidad, la verdad, la sinceridad y la corrección normativa. El oyente puede pedir explicaciones adicionales si le caben dudas que el emisor esté realmente vinculado

con aquellas condiciones, y restaurar la acción comunicativa si las aclaraciones le convencen; en cambio, si no lo hacen, se rompe la razón comunicativa y quedan abiertas las puertas para la violencia. Ya en el lenguaje, entonces, estamos desde siempre vinculados con una ética en virtud de la cual somos sinceros y reconocemos al otro, también desde siempre, como un ser razonable con quien se puede llegar a acuerdos, establecer pactos o suscribir convenios basados en la sola eficacia y fortaleza de la argumentación.

En Habermas la razón comunicativa es una especie de atmósfera que implícitamente comparten los interlocutores, pero que se hace explícita y actual por medio de la acción comunicativa, del dialogo en definitiva, aunque también se puede enrarecer y perder como propiedad y horizonte común cuando la acción comunicativa fracasa por la incorrección ética de los hablantes. No es completamente objetiva, por que si estuviera íntegramente determinada, o si bastara con la sola honradez intelectual, el diálogo sería al mismo tiempo innecesario e inútil. ¿Qué podríamos acordar si ya está todo irrevocablemente definido y resuelto? Tampoco es completamente subjetiva, porque en tal caso no habría posibilidad de dialogar.

La razón comunicativa, por otra parte, se opone a la razón instrumental, cientificista, denunciada con vigor por la escuela de Frankfurt, de la que Habermas es quizá el último representante. En la razón comunicativa, si el hablante se atiene a las cuatro reglas que expusimos más atrás, y algunas otras que no es del caso detallar ahora, cualquier discurso suyo puede ser racional, la lógica científica no es la norma ni el paradigma con que cualquier otra ha de medirse. Es más, el exclusivo uso de la razón científica hace imposible la democracia por dos escuetas razones. De acuerdo con ella, en primer lugar, no todos los hombres son iguales, y para probarlo sobran proposiciones empíricas que la ciencia formula a cada paso. Pero, además, la ciencia supone un adiestramiento y preparación que están al alcance de muy pocos.

Si la vida política, es decir, la concepción de la justicia que una sociedad determinada ejercita se ha de solventar en el contexto de la racionalidad científica, frente a los expertos y especialistas que han de tener la palabra, cuyo gobierno, por lo demás, sólo ha deparado desastres para la humanidad, ¿qué voz podría tener el hombre común? Una tal sociedad, científicamente determinada, no puede ser democrática ni libre porque en ella cada uno no vale por uno ni sólo por uno. Si por fuera de la razón científica sólo hay irracionalidad ¿quién habría de arriesgarse a construir una sociedad tomando de allí sus materiales? Y entonces ¿qué rol le cabría en ella al hombre común? ¡El de comparsa, sin duda! Sólo si la razón es comunicativa, si cada cual puede dar cuenta de su propia racionalidad en la acción comunicativa, sólo entonces cada uno vale por uno y nadie vale más que uno. La razón comunicativa es, a la postre, una razón ética y política que sustenta a la democracia.

Sin embargo, y para prevenir cualquier mal entendido, puntualicemos que la razón comunicativa ni anula ni reemplaza ni norma a la científica en lo que ésta tiene de propiamente suyo, solamente acota su ámbito de operación y la sitúa en un plano de igualdad con cualquier otra racionalidad. La razón comunicativa, por ejemplo, no niega que es legítimo para la razón científica considerar a todos los hombres distintos, pero no por ello le concede el derecho de negar la razón ética y política según la cual todos los hombres son dignos e iguales, porque la razón política, simplemente, es otro juego de lenguaje, que no se subordina a la lógica de la ciencia aunque, desde luego, puede usarla y debe usarla allí donde se precise.

LÍMITES Y ALCANCES DE LA RAZÓN COMUNICATIVA

La razón comunicativa es una racionalidad ética y política destinada a garantizar la convivencia democrática, es decir, la materialización de una sociedad donde todos son reconocidos y, por lo mismo, interpelados, y pueden vivir sin sentirse aplastados ni discriminados. Con una observación empírica que cualquiera puede hacer, Habermas considera que nuestros discursos suelen ser equívocos, pero si una sociedad consiste en la mutua interpelación que se hacen unos a otros y en el diálogo en que a raíz de esto se suscita, no podemos ampararnos en la equivocidad de los discursos ajenos para ignorarlos. Si uno no ha entendido lo que el otro dice, siempre cabe pedir aclaraciones. ¿Qué fue lo que quisiste decir? o ¿Cómo he de entender esto que dices? Incluso ¿Cómo es que dices esto hoy cuando ayer te escuché decir justo lo contrario? ¿Cuándo hablas realmente en serio? A esto hacen referencia las cuatro condiciones habermasianas que expusimos más atrás, cuyo no cumplimiento revela que el hablante no quiere razonar sino imponerse abriendo la posibilidad de la violencia.

Queda claro que la razón comunicativa es una forma que carece de contenido, no juzga si alguno tiene o no razón, o si para tenerla es menester reivindicar o funcionar con alguna racionalidad en concreto. Dijimos más atrás que a la razón comunicativa, en tanto racionalidad ética y política, le cabía también un papel en las discusiones científicas, y ahora parece que tenemos los materiales para dilucidar cuál. Por lo pronto, no se

trata de un juez que viene a decir quién tiene la razón, su tarea es verificar hasta qué punto son democráticos los hablantes que quieren o dicen serlo, es decir, que aceptan que el ámbito intersubjetivo de la convivencia, que es un espacio político, esté impregnado no sólo de honradez intelectual sino, también, de razón comunicativa, diálogo y acuerdo, a diferencia de las costumbres tradicionales de ese mismo espacio político: el hábito inveterado de los que ostentan el poder por ignorar o liquidar a los que los interpelan.

Ilustremos esto con un ejemplo. El modelo biopsicosocial está en el espacio intersubjetivo desde hace medio siglo o más. Mucha gente habla de él, algunos lo enseñan en universidades y otros centros de estudios, y constituye la base de programas públicos sanitarios; tanto de nivel ministerial, la psiquiatría comunitaria es uno de ellos, como de la OPS y de la OMS, es decir, se invierten recursos públicos en ellos. Es lógico que si alguien duda no sólo de su existencia sino de que ni siquiera haya condiciones de posibilidad para que exista, debiera esperarse, en un ámbito democrático, alguna respuesta de los muchos que han sido interpelados. Y desde el punto de vista de la razón comunicativa es indiferente que el interpelante sea blanco o negro, alto o bajo, que milite en el mismo partido que los oyentes o que profese su misma religión. El silencio del oyente en el ámbito de la razón comunicativa no es una opción, o mejor dicho: entraña una opción por la violencia.

La teoría de la razón comunicativa es tan razonable, valga la redundancia, tan animosa y benévola, trata al hombre, no a todos los hombres sino a cada uno porque hablamos de a uno, no en tropel, los trata, decíamos, con tal dignidad y respeto que no es nada raro apelar a ella cuando las situaciones son confusas, como en el ámbito de la psiquiatría comunitaria, con la esperanza puesta en que allegará la claridad. Allí donde dos hombres se encuentran y quieren llegar a acuerdos, sobre la materia que sea, pueden hacerlo al amparo de la razón comunicativa, que no indica cuáles son los argumentos válidos sino cuál es la forma válida de argumentar, pero, sobre todo, cuál es la relación que mutuamente han de guardar los hablantes para decirse efectivamente algo, no para dominarse ni prevalecer sino para comunicarse.

Desconozco el texto de Varela que cita J. Gaete, pero lo que llama red distribuida descentrada que aparece como integrada ante el observador, en principio, no nos parece antagónica de la acción comunicativa; también aquí pareciera que la verdad, el bien, la justicia y la utilidad, por ejemplo, no son el resultado de la coherencia de un sujeto respecto del objeto al que refiere, no son conceptos míos ni tuyos en exclusiva, ni cabe imponerlos a nadie, son la condición de posibilidad para la apertura del espacio intersubjetivo, la red descentrada, donde todos son interpelados efectivamente por actos de comunicación respecto de los cuales les cabe decir lo suyo y llegar a acuerdos por la sola fuerza de los argumentos, es decir, integrar la red inicialmente descentrada, estableciendo representaciones comunes del mundo y de los valores. Sea de este silvestre acomodo lo que quiera, no insistiremos en ello.

Suscribiríamos íntegramente la sugerencia del Sr Gaete de incorporar la razón comunicativa a la psiquiatría comunitaria como una forma de relación democrática y racional entre los mismos profesionales y, sobre todo, entre los programas del MINSAL y la comunidad. No obstante, más allá de los deseos y las buenas intenciones ¿es posible, racionalmente hablando, incorporar la razón comunicativa a la psiquiatría comunitaria y al modelo biopsicosocial? Para cumplir este programa hay por lo menos dos dificultades.

La primera es que la razón comunicativa no es instrumental, estratégica ni manipuladora, no se puede imponer en un contexto social por la decisión de un tercero. Si todos valen uno y nadie vale más que uno ninguno puede representarlos a todos ni hablar por su nombre ni decidir por ellos. La razón comunicativa no es una solución de masas sino una opción de cada uno, libre y consciente. No importa que alguno la considere buena, y quizá lo mejor, el objeto de la razón comunicativa, justamente, es poner encima de la mesa lo qué se ha de entender por bueno, útil, etc. (no llevar ya una respuesta canónica con la que forzosamente se deba asentir), dar a todos la posibilidad de participar en su definición y aplicar ciertas reglas que permitan la discusión. La razón comunicativa debe imponerse comunicativamente, no como un *fiat* de alguien en particular. En segundo lugar, el modelo biopsicosocial y la psiquiatría comunitaria son logocéntricos. Pero en qué consiste la dificultad que media entre razón comunicativa y logocentrismo, lo discutiremos en el siguiente punto.

MODELO BIOPSICOSOCIAL Y LOGOCENTRISMO

Desarrollar la idea que encierra el término logocentrismo creemos que nos permitirá, al mismo tiempo, contextualizar mejor la razón comunicativa y ahondar en la comprensión del modelo biopsicosocial y la psiquiatría comunitaria, proceso que quizá nos revele que entre ellos existe un antagonismo insuperable, casi se diría una inevitable confrontación, por motivos, claro está, puramente racionales y en el contexto de la pura razón.

Nada ilustra mejor la historia reciente de la razón y sus mutaciones que la biografía de un filósofo emi-

nente: L. Wittgenstein. Muy joven publicó el *Tractatus,* donde concluía que la única razón con sentido es la científica y que de lo que no es ella es mejor guardar silencio. Para los filósofos del Círculo de Viena las conclusiones de Wittgenstein, es decir, todo lo que está más allá de la ciencia es metafísica y carece de sentido, coincidían plenamente con las suyas propias, es más, eran la expresión mejor acabada, sublime y lógicamente estructurada de lo que ellos mismos, sin éxito, habían estado buscando con ahínco. Como es natural, lo convocaron de inmediato a su trinchera para conocer de primera mano sus reflexiones, pero se llevaron una cruel decepción. El invitado no paró en toda la velada de hablar sobre ética, religión, arte y música, es decir, de aquello de lo que según su *Tractatus* no se puede hablar, pero, a juzgar por el curso de la reunión, parecía que era de lo único que para Wittgenstein valía la pena de hablar. Tenía nuestro filósofo dividida su cabeza de su corazón, por decirlo de algún modo, lo que no cabe interpretar como un asunto psicológico o biográfico sino consecuencia de su misma lógica cientificista. Un hombre inteligente habría llegado hasta allí, y habría llegado muy lejos, muchos hombres inteligentes no han pasado de allí, pero a Wittgenstein los dioses lo habían tocado con el raro privilegio de la genialidad. En sus posteriores *Investigaciones Filosóficas* se pregunta por qué caen bajo el concepto juego la natación, el tenis, el cacho y todos los otros que se puedan concebir. ¿Qué tienen en común, sin embargo, el parchís y el vóleybol para que caigan bajo un mismo concepto? Nada, en realidad. Caen bajo el mismo concepto por la misma razón que en una caja de herramientas ponemos un martillo, un destornillador y un alicate, porque son útiles para los efectos de nuestro quehacer. Es obvio que primero vivimos, y hablamos de nuestras actividades porque todas ellas tienen algún sentido para nuestro existir. Sobre el trasfondo de nuestra vida ninguna práctica tiene ni puede tener un sentido privilegiado, único o más allá de todos los sentidos. Pero si cada actividad tiene su propio sentido, de cada una de ellas se puede hablar de acuerdo con la lógica que le es inherente. El hockey no es razón científica, sin duda, pero tiene su propia lógica, lo mismo que pasa con la ética, la mística, la religión y el arte, por ejemplo. La ciencia es uno de nuestros actos, y tiene, sin duda, su lógica y lenguaje peculiares, pero si es necio pretender que el fútbol tenga las reglas del ajedrez ¿por qué para todo sólo habría de contar la lógica de la ciencia? En un mundo diverso hay diversos modos de hablar, es decir, hay distintos juegos de lenguaje, y hay que aprender a jugarlos todos, no condenar ninguno, porque quizá en eso consista ser hombre.

Esto parece tan simple y de sentido común que quizá muchos lo compartan. Lo que hemos malamente expuesto recién constituye una visión compendiada y limitada a un solo autor de lo que algunos han dado en llamar, con mejor o peor fortuna, la superación del logocentrismo o de la hegemonía de la lógica científica en el pensar. Es difícil concebir el enorme esfuerzo intelectual que entrañan estas fórmulas y el abismo que las separa de las anteriores concepciones de la razón. Como quiera que sea, de las enormes consecuencias de esta empresa se deriva la posmodernidad, es decir, constituyen el fundamento sobre el que reposa nuestra época y, así mismo, son la condición de posibilidad para una razón comunicativa, porque sólo partiendo de estas premisas puede ser racional lo que cualquiera diga con relación a cualquier ámbito de la realidad, siempre y cuando esté dispuesto a dialogar y someterse a las condiciones, habermasianas, por ejemplo, que lo hacen posible.

Ahora bien, el modelo biopsicosocial ¿cae o no en el ya largamente rebasado logocentrismo? Fijémonos sólo en su nombre: pretende abarcar la totalidad del hombre científicamente aprehendida. No dice biopsicosocioartístico, por ejemplo, ni biopsicosociorreligioso, y no lo dice porque cree que la imagen total adecuada del hombre se obtiene con la razón científica, y que con ella se agota. Sin duda, hasta para el más fanático, al hombre no se lo puede contener en la pura biología o sociología o psicología. La respuesta cientificistas y tecnocrática del modelo biopsicosocial fue juntar las tres para alcanzar la totalidad, pero al hacerlo no partió de las actividades de los hombres, del ser-en-el-mundo, del hombre tal como es y que en calidad de tal nos interpela, partió del concepto del hombre fijado ya por las ciencias, además por las ciencias positivistas del siglo XIX. ¡Partió de mediaciones, no de realidades¡ ¡Por eso no se ha movido un paso del logocentrismo, que es la razón excluyente, intolerante y soberbia, la que deja afuera como irracionalidad o subjetividad a todo el hombre, sobre todo cuando quiere ser escuchado o clama por justicia. Es lo opuesto, en el sentido más riguroso del término, a la razón comunicativa, que ha nacido para superarlo. Al fin de cuentas, aquella visión biopsicosocial yace presa, todavía en el año 2006, de la escisión metafísica entre sujeto y objeto, a pesar de que sobre ese punto han corrido ya ríos de tinta.

Se dirá que no es para tanto, que sin duda exageramos cegados por la pasión. Si hay un discurso solidario y volcado sobre los derechos humanos, por ejemplo ¿no es acaso el de la psiquiatría comunitaria? ¿No enfilan todos sus desvelos a la reinserción y la rehabilitación? ¿No constituyen estas preocupaciones por el hombre

entero y no sólo por su sintomatología, como hacía el antiguo "modelo médico"? Los hombres, en la razón comunicativa, exigen ser tratados como racionales. No se trata que una razón sentimental, paternalista, se horrorice con los dolores de este mundo y pretenda, desde su sacudimiento subjetivo, hacer la dádiva de su maravilloso corazón al tiempo que toda su racionalidad la invalida como irracional. Desde Nietzsche, por lo demás, tenemos potentes razones para dudar de los buenos sentimientos. No se puede vivir con la cabeza dividida, como el primer Wittgenstein, sobre todo porque no hace falta, hay también un segundo Wittgenstein. No se puede derivar una razón política democrática, comunicativa, del magno horno de la ciencia, menos todavía del anafe del cientificismo. El cientificismo democrático no es más que sentimentalismo, y el sentimentalismo, a fin de cuentas, es arbitrario, rige sólo para el ámbito que el mismo sentimental acota, por el tiempo que él mismo determina y según la intensidad que a él mismo le place. Con la razón comunicativa hablamos de obligaciones y deberes, de lo justo y lo debido, de dar a cado uno lo suyo y no de los estremecimientos de una subjetividad atormentada o insatisfecha.

La racionalidad instrumental, por otra parte, a pesar de sus proclamas respecto a la objetividad, contiene presupuestos y condiciones de posibilidad muchas veces espurios. Los intereses y los fines a los que con frecuencia sirve la lógica del poder a la que se somete no siempre son transparentes para ella misma, y su aclaración no se puede realizar con sus propios instrumentos sino con el todo de la razón con que Wittgenstein opera. Nada es más aclarador de esta situación que la vida ética y política logocéntricamente inspirada. El logocentrismo, regularmente, ha seleccionado un programa extraído de algún modelo, no científico sino cientificista, que ha presentado como el sumo bien, como una razón ética y política "científicamente" avalada y respecto de la cual, por lo mismo, ya no hay nada más que decir aunque su materialización deba realizarse, y de hecho se realiza, cualquiera sea el precio que haya que pagar, precio que no es precisamente el logocentrista quien abona. La amarga experiencia del siglo XX es producto, justamente, del cóctel de humanitarismo sentimental y logocentrismo que fue entonces servido hasta las heces, y del que todavía sobreviven algunas islas. Pero no es coherente ser logocentrista y creer en los derechos humanos como una racionalidad propia y soberana, no se puede ser elitista y democrático al mismo tiempo, igualitarista y abstenerse de entrar por medio de la acción comunicativa en el espacio intersubjetivo de la razón comunicativa, o hacerlo sólo cuando a uno le interese o le sienta bien. Allá cada cual que ordene su corazón y su cabeza, si quiere y si puede, pero en el ámbito intersubjetivo sólo cuenta la razón comunicativa, y acentuamos *razón*, el genuino reconocimiento del otro como otro y no las efusiones, fisiones y fusiones sentimentales.

No, definitivamente no creemos que sea posible releer el modelo biopsicosocial y la psiquiatría comunitaria como razón comunicativa, democrática. Son paradigmas de épocas distintas. Aquel modelo nació a contrapelo para salvar las insalvables estrecheces del cientificismo, al tiempo que las empeoraba, y en el mismo momento, además, en que éste era sometido a severa crítica y definitivamente superado por la razón misma.

LO *A PRIORI* Y *A POSTERIORI* EN EL MODELO BIOPSICOSOCIAL Y LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Creemos haber aislado ya algunos cabos de la confusa madeja de la psiquiatría comunitaria, algo así como sus condiciones de posibilidad. Creemos, así mismo, que tirando de ellos podemos desenredarla en parte y alcanzar con mayor claridad su concepto. Lo que aquí haremos, primeramente, es establecer los *a priori* que determinan su esencia, *a priori* que no toman en cuenta la realidad empírica sino su estructura conceptual. A continuación intentaremos ilustrarlo, al menos en parte, tomando en consideración algunos sucesos y reflexiones brotados de su propia experiencia, es decir, *a posteriori*, pero es evidente que se requiere una sistemática más acabada que confirme ampliamente y detalle la relación de lo *a posteriori* con los *a priori*, asunto que por problemas de espacio no podemos acometer aquí y quedará pendiente. Pero antes de seguir adelante es menester especificar cuáles son los cabos que declaramos sostener.

En primer lugar, que tanto el modelo biopsicosocial como la psiquiatría comunitaria son logocéntricos, según lo acabamos de exponer más atrás, es decir, tienen al mismo tiempo ciertas pretensiones cientificistas de verdad y, sobre todo, de salvación.

En segundo lugar, aunque pretenden un fundamento científico, ambos carecen de un objeto real de estudio y, como lo discutimos en el trabajo anterior, ni la lógica ni la historia de la ciencia hacen posible, al día de hoy, constituirlo. Aunque apelan a la racionalidad científica, es ella misma la que se encarga de abatir sus pretensiones. En realidad, modelo o enfoque biopsicosocial es un enunciado que carece de referencia, un mero *flatus voci*, como decían los nominalistas, o si se prefiere: hace referencia a cualquier cosa y a todas. Si mañana, por poner un ejemplo, alguien concibiera un

modelo de atención psiquiátrica opuesto al del MINSAL, consistente en mantener internados a los pacientes el tiempo necesario centrando su rehabilitación, por medio de equipos multidisciplinarios, en un contexto residencial, etc., quien aquello propugnara con todo derecho podría asegurar que su diseño se basa también en un modelo biopsicosocial. El psicoanálisis y el conductismo, incluso el chiringuito al que suelo concurrir en las mañanas para tomar un café, pueden ser todos ellos leídos como biopsicosociales, pero al designarlos de ese modo no agregamos un ápice de información a la que ya teníamos previamente; peor aún, en la medida que se establece una identidad entre objetos inconmensurables se favorece la confusión e indiscriminación conceptual. El modelo biopsicosocial, en realidad, es el mayor de los estorbos para pensar con claridad.

Nada contiene mejor y más concretamente lo dicho hasta aquí que lo aseverado con rotunda claridad por J. Gaete, y quisiéramos recalcarlo porque se trata de un concepto fundamental: EL MODELO BIOPSICOSOCIAL NO PRESCRIBE NADA. Por lo mismo, no puede ser falsado, más aún, todo en el universo lo confirma. Popperianamente hablando, entonces, no es un modelo científico.

Éstos son los *a priori*, y éste es, a nuestro juicio, el nudo de la cuestión y el origen de todas las desventuras. Con los extremos ya cogidos intentaremos desplegar en parte el ovillo.

La psiquiatría comunitaria en tanto que biopsicosocial no prescribe nada, claro que si no prescribe entonces suscribe, como lo hacen en general las estrategias ad-hoc en el terreno de la ciencia. La suscripción, sin embargo, como no brota endógenamente del modelo la realiza alguien que dice, y que puede, interpretarlo correctamente. Como el modelo puede suscribir cualquier cosa, en realidad es infinito, la formulación concreta de la psiquiatría comunitaria se ha de basar no en la razón sino en el poder, en el poder que tiene alguien para decir en qué consiste, qué pertenece a ella y qué queda fuera de ella sin necesidad de aportar verdaderas razones. Además, como nada en el mundo puede falsarla, una decisión concreta nunca debe temer ser contradicha por los hechos. Como, por otra parte, la psiquiatría comunitaria se ve constantemente urgida por la necesidad que tiene de hacer y decir cosas nuevas, el comportamiento del modelo biopsicosocial termina siendo puramente ocurrencial y carente de cualquier atisbo de unidad. Como asegura el Dr. Madariaga, gracias a cuya erudición y honradez intelectual hemos podido adentrarnos en los peligrosos manglares comunitarios:

> "Desviat y Fernández, en su interés por destacar el carácter rupturista y transformativo de su propuesta sólidamente fundada en una perspectiva sociohistórica del sujeto-objeto de la psiquiatría social y comunitaria –la persona humana– arrancan su reflexión desde la undécima de las *Tesis sobre Feuerbach*, de Karl Marx, aquella que alude al largo tiempo perdido por los filósofos en analizar la realidad y a la necesidad de avanzar ahora hacia la transformación de la misma".

Debe ser ignorancia nuestra, pero no conocemos ninguna definición comunitaria de persona, desde luego, nunca se ha difundido su concepto y consecuencias para la práctica profesional efectiva, el diagnóstico, etc. Pero a lo que vamos: la imperiosa necesidad logocentrista por transformar la realidad, aún sin analizarla ni comprenderla, ha generado en el seno de la psiquiatría comunitaria una viva discusión sobre su naturaleza, no por nada el excelente trabajo del Dr. Madariaga se llama *Apuntes Para Una Conceptualización de la Psiquiatría Comunitaria,* es decir, después de todos estos años, con las vastas experiencias y opiniones a las que él pasa revista de modo enciclopédico, aún no hay acuerdos sólidos ni una doctrina común, aún estamos en el estadio de "apuntes conceptuales". Es más,

> " (...) a pesar de la diversidad de perspectivas, es posible reconocer un hilo conductor que puede ser el fundamento primigenio de un futuro encuadre teórico común".

Apuntes conceptuales, entonces, que constituyen apenas un "hilo conductor como posible fundamento de un futuro encuadre teórico". Piénsese de esto lo que se quiera, pero queda claro que el activismo no se sustenta en buenas razones, y que la ocurrencialidad no permite (y creemos que no lo permitirá porque el modelo biopsicosocial es una rémora insalvable) realizar el anhelado encuadre teórico común.

Por otra parte, en tanto que transformador logocéntrico de la realidad, el modelo biopsicosocial tiene una necesidad *a priori* de diferenciarse de lo que lo antecede, más aún, se halla en pugna con el pasado, con el "modelo médico" por ejemplo, su bestia negra favorita. El mismo Dr. Madariaga, aunque lo lamenta, lo reconoce claramente:

> "Se han producido ciertas lecturas de la psiquiatría social y comunitaria que han descuidado este aspecto y han tendido a desconocer el importante rol que juega la psiquiatría clínica y su análisis

> de la enfermedad mental en el sujeto concreto. Al respecto, Levav advierte de este riesgo aun cuando destaca que la perspectiva clínica inevitablemente sufre importantes modificaciones influida por el modelo comunitario. El enfoque comunitario en salud mental y psiquiatría lo que hace es integrar, incluir y amplificar la perspectiva clínica, dándole una dimensión y proyección nuevas, que no tenía cuando operaba en los marcos del modelo médico convencional".

En realidad no conocemos en qué consisten esas ampliaciones, nada se dice de ellas todavía en los servicios de psiquiatría comunitaria reales, pero es indudable que la hostilidad por la clínica ha determinado un inconcebible e incalculable empobrecimiento, por ejemplo, de los estudios psicopatológicos en el ámbito comunitario, o se ha marginado, totalmente, al psicoanálisis. Digamos que se repite un listado de síntomas pero desprovistos del fundamento filosófico que ha sido la condición de posibilidad de su aprehensión y descripción en los autores clásicos. La lucha en contra y la necesidad de diferenciarse del pasado han hecho imposible aquí la actitud hermenéutica, el reconocimiento que se pertenece a una tradición cuyo trato y apropiación es lo único que permite innovar. La desestimación del pasado incluye, sin duda, la de quienes lo miran, hermenéuticamente, con buenos ojos. Por eso nos parece, una vez más, que tiene toda la razón el Dr. Madariaga cuando afirma que:

> "Esta discusión exterioriza un hecho claro: las ventajas de la psiquiatría comunitaria no son algo obvio para la mayoría de los profesionales y trabajadores de la salud mental, particularmente para los psiquiatras; es en este estamento profesional donde se producen las mayores resistencias".

Pero detengámonos, finalmente, en la palabra resistencia, que seguramente, por la circulación masiva y consuetudinaria que ella tiene en el ámbito de la psiquiatría comunitaria, el autor repite irreflexivamente y sin haberla meditado a fondo. En todo caso, más de alguno al que se la hayan administrado sentirá escalofríos al oírla, y un helado sudor le empapará el espinazo. El término contiene una rica y aclaratoria semántica, en él está contenido todo lo que se pueda decir para concluir este punto.

La resistencia, entre seres humanos, constituye una pugna de voluntades y tiene un fundamento moral y político. Se habla, por ejemplo, de la resistencia a la dictadura porque en ella siempre hay alguno que no se somete a una voluntad arbitraria que lo niega y desplaza, y resistiendo dejan constancia de su propio ser y voluntad. Resistente, en definitiva, es la descripción y calificación despectiva que emplea el comisario político de turno respecto de aquellos que no están dispuestos a bailarle el agua. ¿Pero qué sentido puede tener hablar de resistencias en un ámbito intelectual, médico, por ejemplo? Si alguien suma dos y dos cinco, quien le dice que no es ése el resultado no se está resistiendo, está debatiendo, y no hay ninguna razón para suponer que con los argumentos no puedan llegar a acuerdos. Si alguien dice que la teoría de la evolución formulada por Darwin es incompleta, no se está resistiendo, está debatiendo, etc. Pero si alguien ofrece una doctrina psiquiátrica que pone todo de cabeza; que contiene una serie de ideas que nunca son concluyentes y que, en cambio, están urgidas por los cometidos prácticos, mal iluminados y peor concebidos por las ideas; donde sólo se habla de perspectivas, caminos parciales, ambiguos, cuando no contradictorios y nunca unificados, avances y retrocesos, es decir, en lenguaje filosófico, meras contingencias que no tienen, por lo mismo, valor general, entonces, en este contexto, formular algún reparo no es debatir sino resistirse. Y es verdad, porque aquí los argumentos no cuentan ¿Cómo podrían contar con esos antecedentes? Lo que verdaderamente está en juego es una voluntad que exige ser obedecida, una autoridad que quiere mandar a como dé lugar, sin reconocer ningún derecho a nadie ni a nada, aparte de a sí misma; un imperar para el cual la verdad, el bien y la utilidad ya están desde siempre aprehendidos y fijados logocéntricamente, y todo aquel que no se someta a esa interpretación sólo expresa mala fe, irracionalidad y subjetividad. Y este discurso, que se pretende santificar con la apelación a los derechos humanos, que en el logocentrismo operan también como una verdad que es propiedad suya, desde la eternidad, niega en realidad su fundamento esencial: la constatación de que ya en el lenguaje estamos desde siempre vinculados con una ética en virtud de la cual reconocemos al otro, también desde siempre, como un ser razonable con quien se puede llegar a acuerdos, establecer pactos o suscribir convenios basados en la sola eficacia y fortaleza de la argumentación, sin necesidad de violencia.

La psiquiatría comunitaria y el modelo biopsicosocial, en el fondo, son patrones políticos, pero de corte logocentrista, es decir, donde gracias a sus propios intereses, sueños y esperanzas persiste el hábito inveterado de los que ostentan el poder de ignorar a los que los interpelan, y que a su paso por el mundo, como no podía ser de otro modo, parece que no encuentra debates sino resistencia.

Y esto ¿puede releerse como razón comunicativa? ¿No tiene acaso, y de modo indeleble, su propio nombre?

REFERENCIAS

1. Gaete J. Nueva conceptualización crítica de la psiquiatría comunitaria. Rev GU 2006; 2; 3: 273-276
2. Villarino H. La psiquiatría comunitaria: otra conceptualización. Rev GU 2006; 2; 1: 47-54
3. Jaspers K. *Filosofía*. Revista de Occidente, Madrid, 1956
4. Bergson H. *Las dos fuentes de la moral y la religión*. Ediciones Tecnos, Madrid, 2000
5. Austin J. *Cómo hacer cosas con palabras: palabras y acciones.* Ediciones Paidós Ibérica, Madrid, 2003
6. Habermas, J. *Acción comunicativa y razón sin trascendencia*. Ediciones Paidós Ibérica, Madrid, 2003
7. Rojas P. La ética del lenguaje: Habermas y Levinas. Rev de filosofía de la Universidad Complutense, Madrid, 1998
8. Arce-Carrascoso JL. Jürgen Habermas: La estructura de la acción comunicativa como recinto crítico. Rev de filosofía de la Universidad Complutense, Madrid, 2001
9. Wittgenstein L. *Tractatus lógico-philosophicus*. Ediciones Alhambra, Madrid, 1976
10. Wittgenstein L. *Investigaciones filosóficas*. Ediciones Crítica, Madrid, 1992
11. Toulmin S. *Cosmópolis. El trasfondo de la modernidad*. Ediciones Península, Barcelona, 1990
12. Nietszche F. *La genealogía de la moral.* Ediciones Edaf, Madrid, 2000
13. Popper K. *Conjeturas y refutaciones.* Ediciones Tecnos, Barcelona, 1985
14. Gadamer H. *Verdad y método.* Ediciones Sigueme, Salamanca, 2001
15. Madariaga C. Psiquiatría comunitaria: apuntes para una conceptualización. Rev GU 2005; 1; 3: 307-312

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