

Psicología Hoy

N°23

Psicología Clínica en los márgenes de la Modernidad

EDITORIAL

Psicología Clínica en los Márgenes de la Modernidad

Por Javiera Navarro, Jefa del Área de Psicología Clínica, UAH.

En 2013 MTV produjo un docu-reality de 6 capítulos sobre la vida de Breeanna (17), una joven norteamericana hija de una pareja de lesbianas que emprende la búsqueda del donante que permitió su existencia.

“Esta soy yo, Breeanna, un bebé por donación de espermio. Mi historia es que mis dos mamás se enamoraron y querían tener un hijo y ninguna de las dos tenía un pene, así que plan B, tuvieron que pedir espermios a un banco de crío preservación, donde un día un hombre misterioso dejó en un vaso su “cosa”, que fue congelada hasta que mis mamás hicieron su pedido. Ellas querían un donante alto, atlético e inteligente, así que escogieron al donante 1096. Ahora, años más tarde yo estoy intentando poner las piezas juntas de este puzzle que es mi historia” (1)

Susan Golombok, académica de la Universidad de Cambridge ha publicado este año un magnífico libro llamado “Modern Families” (2) donde recopila toda la investigación existente a la fecha sobre el impacto en el desarrollo de niños nacidos bajo lo que ella ha denominado “nuevas formas familiares” (padres homosexuales, madres lesbianas, madres solteras por elección y familias creadas por el uso de tecnologías de reproducción asistida). Y sorpresa, no sólo los resultados parecen demostrar que los niños se desarrollan igualmente bien que niños de familias tradicionales, sino que incluso parecen funcionar mejor en términos de desarrollo emocional. Esto contradiciendo todas las predicciones de psicólogos de los años 70 que auguraban desastres para estos niños. Sin embargo, es verdad que hay aspectos de estas nuevas formas de familia que generan desafíos. De hecho en Chile no existe ningún estudio que haya seguido las trayectorias en niños bajo estas nuevas configuraciones familiares o que haya explorado sus experiencias. Entonces, ¿Qué aporte hace la psicología hoy a estos nuevos escenarios de transformaciones del sujeto?

El presente número busca contribuir a la reflexión sobre los desafíos de nacer y crecer en el siglo XXI, los desafíos de la psicología clínica en estas nuevas formas de configuraciones familiares pero también, en los nuevos contextos sociales donde los seres humanos devenimos sujetos. Los artículos que componen este

número aluden todos a temáticas novedosas de la psicología clínica en procesos sociales emergentes del Chile que vivimos. Dan cuenta del trabajo socialmente comprometido de académicos que están pensando más allá de los márgenes tradicionales de la clínica. Desde la reflexión sobre padres hombres con rol más activo en la crianza y el impacto emocional de esto genera, a las fantasías que emergen en los sujetos que acceden a la paternidad mediante nuevas tecnologías médicas y la contribución de la clínica a la investigación en ciencias sociales. Estas nuevas reflexiones constituyen parte fundamental del aporte que hacen los académicos clínicos de esta facultad a promover una práctica coherente con estos tiempos de transformación.



(1) MTV (2013) Generation Cryo. Reality TV, Documentary. Produced by: Joshua Asen, Grace Bellamy, Michael Goldstein, Leanne Mucci, Rob Schwarze, Krista Steinberger, Dave Wadsworth

(2) Golombok, S. (2015) Modern Families: Parents and Children in New Family Forms. Cambridge University Press.

La infertilidad en los tiempos de las nuevas tecnologías reproductivas

Por Rubén Araya & Francisco Reiter, Académicos Área de Psicología Clínica, UAH.

Desde finales del siglo XIX y más fuertemente desde la década de 1980 la medicina reproductiva ha tenido un desarrollo espectacular que ha venido a transformar de forma radical, y al parecer irreversible, el campo de la procreación humana. En su intento por dar solución a los problemas de fertilidad, la medicina ha desarrollado una serie de técnicas y métodos que no sólo permiten acceder a la paternidad a parejas cuyas condiciones biológicas se los impiden, sino que han modificado y transformado radicalmente nuestra concepción del origen de la vida humana y los intercambios entre los sujetos en torno a la perinatalidad y la filiación.

De esta forma los procesos ligados a la reproducción humana han comenzado a generar una serie de diálogos y debates, poniendo a la procreación en un terreno que desborda el de la intimidad familiar en que solía desarrollarse. De las antiguas imágenes simbólicas, como la de la Sagrada Familia acogiendo a su hijo recién nacido en un sencillo pesebre en Palestina, queda bastante poco al lado de los complejos escenarios que hoy en día podemos observar cuando se trata de hallar un modo y un lugar donde poder traer al mundo al hijo tan deseado (1).

Desde un punto de vista histórico, podríamos decir que la infertilidad ha pasado de ser entendida en la Antigüedad como un fenómeno religioso (2), en tiempos de la Colonia como un estado social, a convertirse en la época moderna en una condición médica (3). En este sentido, el siglo XXI parece ser el escenario de una nueva modificación transformándola en un problema bio-psico-social. Lo que, incluso, ha llevado el debate respecto de su diagnóstico más allá de las fronteras de la investigación científico-médica tradicional. En 2004, por ejemplo, un grupo de médicos de diferentes países publicó un artículo donde proponían terminar con el diagnóstico de infertilidad, sustituyéndolo por un informe detallado de la evaluación médica de los sujetos y un pronóstico de su situación relacionado con los medios disponibles para intervenir. Luego de una presentación de diversas problemáticas clínicas que suelen impedir un diagnóstico certero de la infertilidad en todos los casos, los autores constaban que aquello que unifica las demandas de asistencia médica a la procreación no es otra cosa que el dolor subjetivo que sienten las personas y que los mueve a pedir ayuda a la medicina (4). Esto constituye uno de los primeros pasos realizados formalmente por los médicos en dirección a reconocer que desde su constitución misma el fenómeno de la infertilidad desborda los límites de la biología.

Frente a este tipo de escenarios, la OMS ha realizado grandes esfuerzos por unificar criterios, en muchos casos impulsada por movimientos de pacientes que promueven la definición oficial de la infertilidad como una enfermedad con el fin de que esta pueda tener cobertura en los sistemas de salud, sean públicos o privados (5). Sin embargo, hoy podemos encontrar definiciones de infertilidad que escapan a los criterios OMS al intentar abarcar la totalidad del fenómeno que afecta a las personas que se ven imposibilitadas de concebir un hijo. Por ejemplo: “the inability to naturally concei-

ve, carry or deliver a healthy child” (6). Con lo cual ya no sólo se tendría en cuenta las dificultades que clásicamente han formado parte del problema sino que también a aquellas que dicen relación con el tipo de hijo al que una persona puede llegar a dar a luz, lo que hoy puede ser conocido en varios casos con bastante precisión desde estadios tempranos del desarrollo embrionario. Perspectiva que nos pone de lleno en el debate sobre el así llamado “aborto terapéutico” y la decisión de los padres de acoger a hijos que presentarán alteraciones que podrían hacerlos incompatibles con la vida desde el punto de vista de su sobrevivencia hasta aquellas que dicen relación con su compatibilidad con una determinada forma de vida asociada a valores culturales y subjetivos; como es el caso de países que permiten la interrupción de embarazos en casos de Síndrome de Down.

Por otro lado, el escenario actual ha abierto la posibilidad a que personas impedidas de procrear producto de su condición sexual o de pareja tengan la posibilidad de acceder a la paternidad; situaciones que han llevado a una profunda reflexión en torno a lo que algunos autores han llamado infertilidad sociológica (7), que ha permitido que en algunos casos los estados se planteen la posibilidad de que los sistemas de salud incluyan en su cobertura a estos sujetos sin diferenciarlos de aquellos que sufren de una infertilidad biológicamente comprobable (8). De este modo el problema de la infertilidad, y de la procreación en general, comienza a entrar a una fase donde su definición depende de un sinnúmero de factores que sobrepasan con creces su comprensión como entidad médica o enfermedad para entrar de lleno al terreno de la construcción de nuevas subjetividades. Esto plantea nuevos desafíos a la psicología, en el sentido que la infertilidad trasciende como problema el ámbito de lo somático para ejercer sus efectos en la esfera de la salud mental, moviéndonos a buscar nuevas formas de aproximación al fenómeno que no descansen sobre los modelos psicológicos clásicos, y sean capaces de integrar las diferentes dimensiones (éticas, políticas, subjetivas, médicas) que concurren en el fenómeno de la infertilidad.

(1) En <https://youtu.be/pQGIAMoiWFM> es posible encontrar un buen ejemplo de los nuevos escenarios abiertos por las nuevas tecnologías reproductivas.

(2) Gonzalès, J (1996) Histoire naturelle et artificielle de la procréation. Paris, Bordas.

(3) Marsh & Ronner (1996) The empty cradle. Infertility in America from colonial times to the present. Baltimore, The John Hopkins University Press.

(4) Hebbema, Collins, Leridon, et al. Towards less confusing terminology in reproductive medicine : a proposal. Fertility and Sterility, 82(1), 36-40.

(5) Por ejemplo el colectivo “Queremos ser padres” que ha realizado una labor fundamental para lograr avances en esta materia en nuestro país. <https://es-la.facebook.com/queremosserpadres/>

(6) Deka & Sarma (2010) Psychological aspects of infertility. British Journal of Medical Practitioners, 3(3), 32-33.

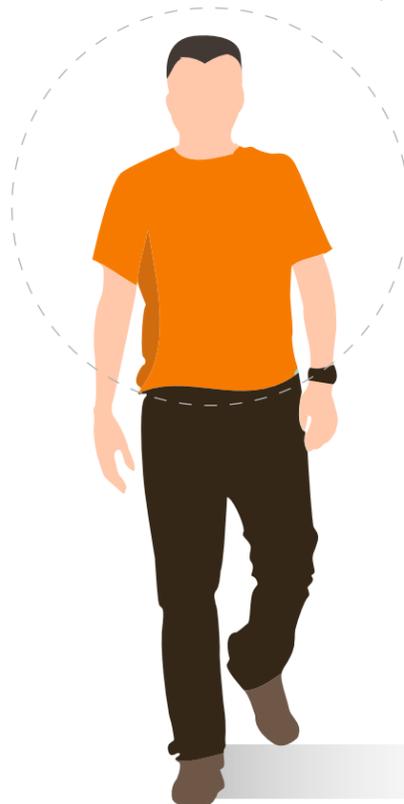
(7) Delaisi de Parseval, G. (2008) Famille à tout prix. Paris, Seuil.

(8) Warnok, M (2002) Making babies. Is there a right to have children? Oxford, Oxford University Press.

Clínica de la subjetividad e investigación social.

Del caso singular a las contradicciones de lo social

Por Carolina Besoain y Ximena Zabala,
Académicas Área de Psicología Clínica, UAH.
Laboratorio Interdisciplinario de Subjetividad
y Cambio Social.



¿Tiene algo que decir y que hacer la clínica sobre las grandes preguntas de nuestra época? ¿Hay algo que el dispositivo clínico pueda enseñarnos de los cambios y continuidades de lo social? ¿Es posible alguna articulación, entonces, entre lo singular –propio de un caso- y lo común o universal?

Desde sus comienzos la psicología clínica ha dado un lugar fundamental a la escucha de palabra dicha. Se trata de una cura por la palabra, tal como señalara Freud al inaugurar su nuevo método.

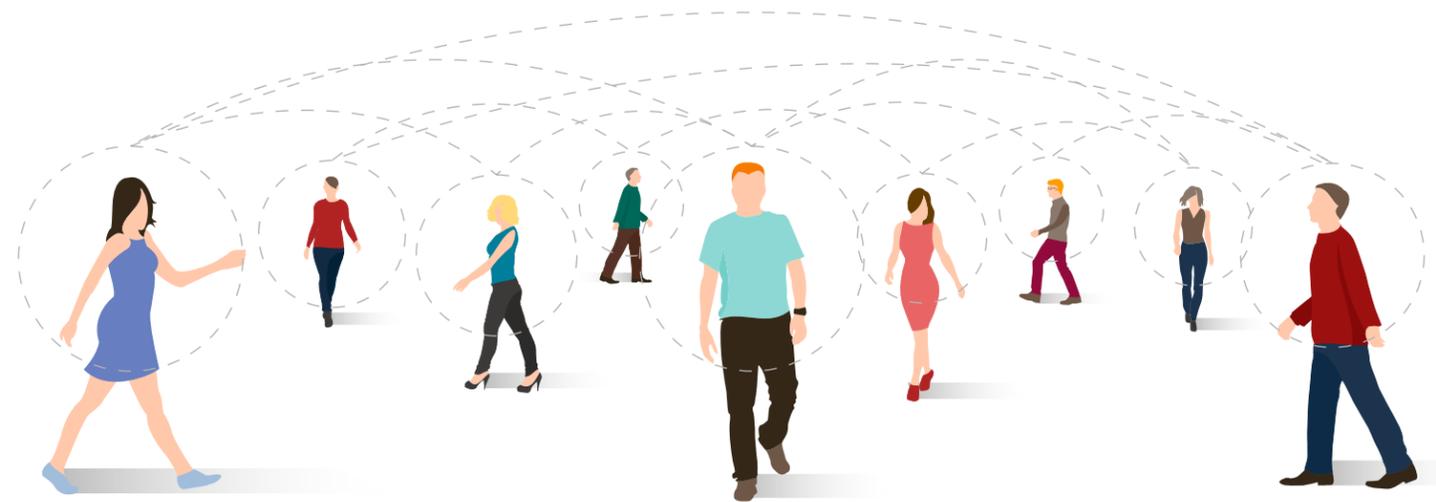
Escuchar el malestar de un paciente es escuchar la interrupción de un esfuerzo de continuidad y coherencia de un sujeto y sus esfuerzos, infructuosos, por restablecerla. El método clínico implica atender y dar comprensión a dichos esfuerzos, así como a las interrupciones y fisuras en aquel relato que hace un sujeto que sufre.

La palabra dicha participa de una tensión radical: por una parte la experiencia humana, cuya singularidad resulta irrepresentable, y por otro los esfuerzos de ese sujeto por poner esa experiencia en el horizonte de las representaciones de una comunidad. El resultado de esa tensión es el habla. Así la palabra dicha es, a la vez, propia y ajena, subjetiva y objetiva, individual y social. Lo humano, al mismo tiempo que encuentra en la palabra el sitio en el que llega a existir, para sí mismo y para los otros, está condenada a la incompletud de dicha existencia, ya que la palabra nunca consigue representar su singularidad, sólo la señala, dejando siempre un resto indecible, inarticulable.

El psicólogo clínico, cuando escucha el relato de un paciente, participa con toda radicalidad de esa realidad. La escucha clínica implica comprender las tensiones y contradicciones propios del relato de un sujeto, condenado a esa fisura entre palabra y experiencia, desde el lugar de esa particular relación que es la relación terapéutica.

Si el dispositivo clínico performa los esfuerzos de un sujeto de hacerse inteligible en la palabra, entonces podemos decir con toda seguridad que atender a esos esfuerzos, sus fracasos y modulaciones, podrá enseñarnos de la compleja relación entre sujeto y sociedad. Así, la comprensión de un solo caso podrá decirnos tanto de ese sujeto particular, como de esa alteridad, que es lo social, frente a la cual toma posición y emerge como diferencia.

Los enfoques biográficos en ciencias sociales han comprendido y sistematizado esta potencialidad de la escucha clínica para las ciencias humanas y sociales. En palabras de Michel Legrand (1) se trata de crear el campo de las Ciencias Clínicas del Sujeto, en tanto perspectiva que se distancia de la psicología experimental, en la cual el “objeto de estudio” de la ciencia es des-subjetivado y el “sujeto” de la ciencia –el investigador- es neutralizado. El relato de vida, técnica privilegiada de este enfoque asume la investigación



como un encuentro entre sujetos y considera el trabajo con aquello que resuena en el investigador, su contratransferencia o reflexividad, como una dimensión fundamental para la comprensión de lo que allí está sucediendo.

Lo anterior tiene consecuencias epistemológicas claras, al proponernos trascender la clásica distinción cientificista entre sujeto y objeto. Los enfoques biográficos nos proponen asumir la investigación como un encuentro entre sujetos, devolviendo a lo singular su dignidad epistémica. En cada relato de vida un sujeto performa sus esfuerzos y sus resistencias frente al otro social y sus mandatos. Así nos trae las diferentes dimensiones de la relación de un sujeto con su historia: tanto como producto de ésta, como también actor y productor de nuevas historias.

Es desde acá que es posible plantear el uso de los enfoques biográficos y las historias de vida como una vía de investigación privilegiada en el debate actual de las ciencias sociales acerca de los procesos de individualización en las sociedades contemporáneas. Efectivamente, bajo esta perspectiva, los procesos de modernización habrían conllevado a una progresiva independencia de la agencia individual respecto de las estructuras, de modo que habría un desfase entre las experiencias individuales y los procesos colectivos (2). La realidad se habría vuelto múltiple y segmentada, haciendo que el arraigamiento en la vida social de los individuos se vuelva más problemático y sus trayectorias individuales cada vez menos predecibles. No pudiendo recibir normas de acción armoniosas de las instituciones, los individuos cada vez más reflexivos y autónomos se encontrarían obligados a construir sus propias biografías asumiendo la responsabilidad y los costos de sus elecciones.

¿Significa esto que hoy los individuos se encuentran liberados de las instituciones que antaño les proveían los marcos normativos orientadores de sus destinos, al punto de que pueden construir su biografía de manera autárquica? ¿cuál es el peso de las instituciones hoy en la construcción biográfica de los individuos? ¿no será

que hoy las instituciones más bien les proveen de lógicas de acción heterogéneas que más que orientarlos frente a las pruebas de su existencia, los tensionan obligándolos a resolver entre mandatos contradictorios? ¿acaso todos los individuos seguirán procesos homogéneos de individualización o las posibilidades de autodeterminación biográfica depende del acceso desigual a los recursos económicos, simbólicos, institucionales y sociales de que disponen según su posición en las distintas formas de estratificación social? ¿son pertinentes para entender los cambios culturales en Chile y Latinoamérica las teorías de la individualización cuyos contextos de origen son las sociedades industriales avanzadas?

Estas preguntas pueden ser entendidas como desafíos que una investigación con enfoque clínico podría asumir. En efecto, el estudio de las sociedades contemporáneas es inseparable del análisis del imperativo social que obliga a los individuos a constituirse a sí mismos (3). La inteligibilidad de los procesos sociales de hoy requiere de una mirada y de un método a escala de los individuos. Luego, investigar con un enfoque clínico-biográfico, permite estudiar de cerca el trabajo que el individuo hace sobre sí mismo, accediendo el punto de articulación del individuo con las jerarquías sociales, las relaciones socioculturales y la dinámica histórica (4).

(1) Legrand, M. (1999). La contra-transferencia del investigador en los relatos de vida. *Proposiciones*, 29, 115-121.

(2) Dubet, F. (2006). *El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*. Barcelona: Gedisa

(3) Martucelli, D. & De Singly, F. (2012). *Las sociologías del individuo*. Santiago: LOM

(4) Bertaux, D. (1999). El enfoque biográfico, su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones* 29, 1-22.



¿Existe la depresión postparto en hombres?

Por Francisca S. Pérez Cortés, Académica Área de Psicología Clínica, UAH.

El 20 de noviembre fue el lanzamiento público del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP, www.-midap.org), centro científico interdisciplinario cuya finalidad es generar conocimiento basado en una comprensión multidimensional de la depresión en interacción con la personalidad. El Programa de Intervención en Vínculos Tempranos (PiVT) de la Facultad de Psicología firmó un acuerdo con este centro con el fin de desarrollar una colaboración científica que aporte en investigación, incorporación de tecnologías y formación profesional.

La depresión es un problema de salud pública de gran prevalencia y relevancia en nuestro país y en el mundo, siendo una de las patologías más frecuentes en la población y con mayor impacto en calidad de vida. Actualmente constituye la enfermedad mental de mayor prevalencia en el mundo, afectando alrededor de un 15% de la población general, proyectándose que el año 2020, la depresión alcanzaría el segundo lugar del ranking AVAD (años de vida ajustados por discapacidad, lo que significa la suma de años de vida potencial perdidos). Chile se ubica por sobre el nivel mundial de diagnóstico de depresión, con un índice de un 17,2% según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (8,5% en hombre, 25,7% mujeres). Estudios nacionales e internacionales indican que la enfermedad depresiva tiende a concentrarse en el período de vida fértil de la mujer y afecta, en especial, a las mujeres de menor nivel socio-económico (1).

Los primeros meses después del nacimiento de un hijo(a) entre un 10 y un 30% de las madres sufren de depresión postparto (2). En Chile entre un 20,5 y un 50,7% de las madres sufre de síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad durante el puerperio, pero cuando se realizan evaluaciones más rigurosas (3), se observa que alrededor del 10% de las mujeres desarrolla una depresión postparto.

La depresión postparto (DPP) se caracteriza por cambios en los hábitos de sueño y alimentación, tristeza, irritabilidad, ansiedad, dificultades para enfrentar las situaciones, pensamientos negativos, miedo a estar sola, confusión o pérdida de memoria, pérdida de concentración, sentimientos de culpa, pérdida de autoconfianza y pensamientos de autoagresión o de agresión hacia el bebé. Diversas investigaciones han mostrado que ésta tiene efectos negativos a nivel personal, familiar y en el desarrollo de los niños(as) (4 y 5).

También en los padres se pueden manifestar trastornos depresivos durante el postparto, pero este fenómeno ha recibido poca atención de parte de los investigadores y clínicos. La literatura emergente en depresión paterna sugiere que al igual que las madres, los padres están en mayor riesgo de presentar sintomatología depresiva durante el período gestacional y el postparto (6), existiendo estudios que han encontrado una relación positiva entre la depresión postparto paterna y materna (7). Un meta-análisis publicado en el Journal de la Asociación Médica Americana (JAMA) estima una prevalencia de un 10.4% en la población general, cifra que

aumenta durante el segundo trimestre postparto. Se sabe que la depresión postparto en padres impacta el desarrollo emocional y conductual en bebés y niños(as), afecta la dinámica familiar, la satisfacción marital y la economía de países industrializados. Sin embargo, a pesar de estos antecedentes, el conocimiento de la depresión paterna aún es incipiente y más estudios son necesarios. En Chile no tenemos estudios al respecto, por lo que resulta tremendamente importante avanzar al respecto, sobre todo si aspiramos a generar las condiciones para una igualdad de derechos entre hombres y mujeres y una corresponsabilidad en la crianza. De esta forma el PiVT se constituye en una plataforma desde la cual se pretende aumentar el conocimiento científico en este y otros temas relacionados con infancia temprana, considerando la importancia de contar con datos locales que permitan pensar, diseñar e implementar intervenciones “hechas a medida” que alivien las dificultades en la relación entre los niños(as) y sus cuidadores, fomentando un desarrollo integral.

(1) Graciela Rojas y colaboradores, 2013. Estudio: Análisis de la situación de uso de servicios y acceso a tratamiento de la depresión postparto en Centros APS de la Región Metropolitana. Universidad de Chile.

(2) Milgrom, J., Martin, P.R., Negri, L.M., 1999. Treating postnatal depression. A psychological approach for health care practitioners. Wiley, Chichester.

(3) Entrevistas clínicas y criterios diagnósticos operacionales.

(4) Gotlib IH, Whiffen V, Mount J, Milne K, Cordy N. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum. *J Consult Clin Psychol.* 1989;57(2):269-274.

(5) Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TR. Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998; 37(11):1134-1141.

(6) Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs.* 2004; 45(1):26-35.

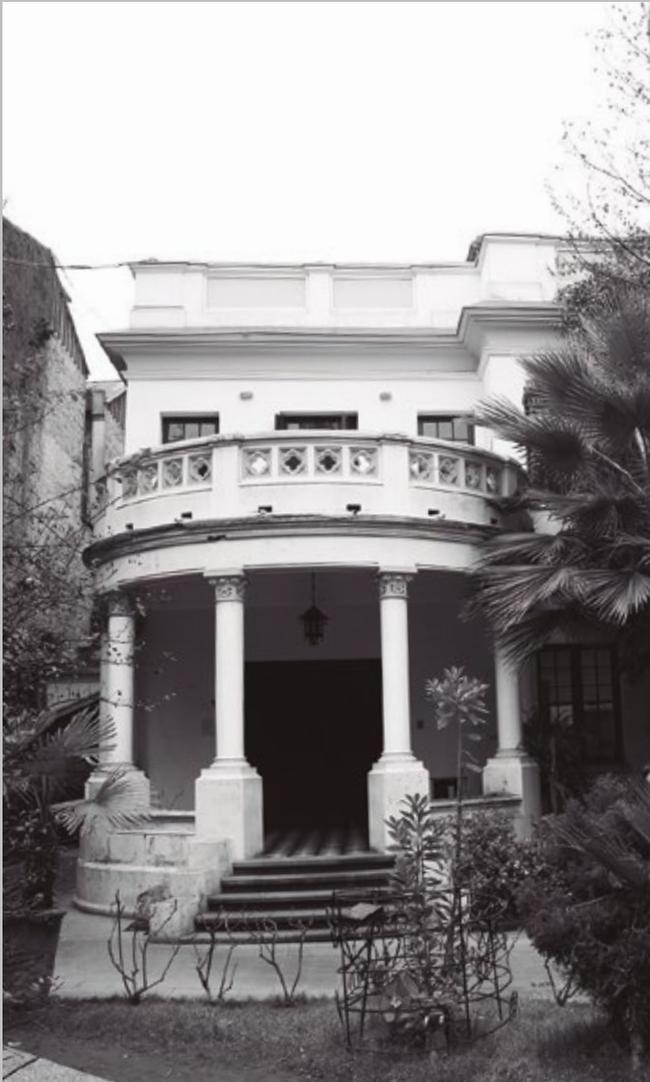
(7) Paulson JF, Keefe HA, Leiferman JA. Early parental depression and child language development. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009;50(3):254-262.



**UNIVERSIDAD
ALBERTO HURTADO**
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

Acreditada 5 AÑOS Diciembre 2012 a Diciembre 2017-Qualitas



¿POR QUÉ ESTUDIAR EN LA UAH?

1. Contamos con un Centro de Atención Psicológica abierto a la comunidad, que permite vincular la formación con el servicio.
2. El 100% de los profesores de planta tienen estudios de postgrado y el 44% de los académicos cuenta con el grado de Doctor.
3. Experiencia práctica con la metodología Aprendizaje y Servicio (A+S), cursos de entrenamiento de habilidades profesionales, además de las preprácticas y práctica.

CAMPO LABORAL

En áreas tan diversas como:

- **Psicología Laboral y Organizacional:** enfocada al trabajo en organismos públicos (gobierno, ministerios, municipalidades) y privados (empresas, consultoras),
- **Psicología Clínica:** en instituciones públicas y privadas (centros de atención, consultorios y hospitales), desde diversos enfoques disciplinarios y técnicas terapéuticas.
- **Psicología Educativa:** en fundaciones educacionales, instituciones públicas y establecimientos educativos, considerando los distintos actores del proceso (profesores, alumnos, apoderados)
- **Psicología Social Comunitaria:** investigación e intervención en diversas instituciones y organizaciones para contribuir al bienestar psicosocial de grupos y personas en contextos de vulnerabilidad.

INFORMACIÓN Y CONTACTO

Almirante Barroso 10, Metro Los Héroes, Stgo.
Fono: 22889 7437 / psicolog@uahurtado.cl
psicologia.uahurtado.cl



**UNIVERSIDAD
ALBERTO HURTADO**



UNIVERSIDAD ACREDITADA / 5 AÑOS
Docencia de pregrado | Vinculación
con el medio | Gestión institucional
Docencia de postgrado | Investigación
Desde diciembre 2014 hasta diciembre 2019