



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y  
Neurocirugía de Chile  
Chile

Oyarzún P., Fernando; Silva, Jaime R.

Maestro de la Psiquiatría Chilena: Entrevista con Fernando Oyarzún  
Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 47, núm. 2, junio-, 2009, pp. 144-152

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile  
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527716007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Maestro de la Psiquiatría Chilena: Entrevista con Fernando Oyarzún

## Master of Chilean Psychiatry: An interview with Fernando Oyarzún

Fernando Oyarzún P.<sup>1</sup> y Jaime R. Silva<sup>2</sup>

*Dr. Fernando Oyarzún is a Master of Chilean Psychiatry, who has devoted his academic career to the development of a clinical-anthropologic approach in psychiatry. From this perspective, he elaborated a “medical idea of the person”, which promote the personalization of medical act in psychiatry and medicine. Method: In a personal interview, this paper describe Dr. Oyarzún’s professional achievements and his clinical-anthropologic conceptions. Conclusion: Dr. Oyarzún’s intellectual legacy goes beyond the medicine field, conforming an original perspective of human relationships.*

**Key words:** Clinical-anthropologic approach, interpersonal relationships, interview.  
*Rev Chil Neuro-Psiquiat 2009; 47 (2): 144-152*

### 1. Acerca del Autor

**Dr. Oyarzún, para comenzar esta primera instancia en la serie de entrevistas “Maestros de la Psiquiatría”, podría Ud. comentar a grosso modo su pasar académico y sus principales influencias en él\***

Llevó más de 40 años en la Universidad Austral de Chile, en la cual escribí la mayoría de mis trabajos y libros<sup>1-6</sup>. Llegué a la facultad de Medi-

cina de la Universidad cuando se inauguraba la Escuela de Medicina. Recuerdo que me pidieron junto a otros colegas de Santiago, que colaborara en su fundación. Es así como llegué a Valdivia el año 1967.

Mi carrera académica la realicé en la Universidad de Chile, en la cual me recibí de médico cirujano. Una vez concluidos mis estudios, ingresé a la Clínica Psiquiátrica de dicha universidad que dirigía en ese entonces el profesor Ignacio Matte, quién además había inaugurado su período de profesor titular poco tiempo atrás. El Dr. Armando Roa era en ese entonces profesor extraordinario en el

\*La lista de designaciones y honores recibidos por el Dr. Oyarzún se presentan en la Tabla 1.

Recibido: 25 de febrero de 2009

Aceptado: 7 de abril de 2009

La elaboración de este artículo y la Serie Maestros de la Psiquiatría es financiado por la Dirección de Investigación de la Universidad de La Frontera (DIUFRO).

<sup>1</sup> Profesor Emérito, Instituto de Neurociencias Clínicas, Universidad Austral de Chile.

<sup>2</sup> Psicólogo, PhD en Psicobiología. Jefe de Investigación, Departamento de Salud Mental y Psiquiatría, Universidad de La Frontera.

**Tabla 1. Designaciones y honores del autor.**

- En 1967 fue designado Director Fundador del Instituto de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile y Profesor de distintas disciplinas, funciones que cumplió hasta el año 2000
- En 1978 fue nombrado Miembro Correspondiente de la Academia de Medicina del Instituto de Chile
- En 1984 realizó en España su Año Sabático, obteniendo en Madrid la beca para Profesores “Sabáticos”
- En 1986 fue nombrado miembro honorario de la Sociedad de Psiquiatría del Sur
- En 1993 fue nombrado Profesor Catedrático de la Universidad Austral de Chile
- En 1999 fue nombrado Maestro de la Psiquiatría Chilena otorgado por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
- En 2001 obtuvo el premio “Jorge Millas” otorgado por la Universidad Austral de Chile
- En 2008 fue nombrado Profesor Emérito por la Universidad Austral de Chile

Hospital Psiquiátrico. Ignacio Matte, por su parte, era director de la Clínica Psiquiátrica Universitaria. Yo opté por ingresar a esta última.

*Estar con dichos profesores en ese período era trabajar “en los polos de desarrollo” más importantes de la psiquiatría chilena.*

Sí, fueron dos grandes polos de desarrollo. Creo que son grandes figuras de la psiquiatría. Los maestros más connotados de Chile son, a mi juicio, Armando Roa e Ignacio Matte. Tuve la suerte que, después de 14 años o casi 15 años de mi carrera académica, llegué a ocupar el cargo de profesor extraordinario de psiquiatría en la cátedra titular de Ignacio Matte. Ello me permitió rescatar su perspectiva de orientación psicoanalítica, donde la comprensión psicológica y psicoterapéutica desempeña un papel fundamental. Esto influyó no sólo en lo profesional sino también en lo personal. Tengo el orgullo de decir que fuimos grandes amigos prácticamente hasta su muerte.

Simultáneamente tuve contacto con el Dr. Armando Roa, en ese entonces presidente de la Sociedad de Neuropsiquiatría y Neurocirugía. Sucedío que el Dr. Roa solicitó que fuera el secretario general de dicha sociedad, lo cual me permitió dialogar in extenso con él durante varios años, incorporando poco a poco su orientación clínico-fenomenológica. De algún modo fui integrando estas dos visiones, la de Roa y la de Matte que, a mi juicio, más que contraponerse, se complementan.

*Mientras el Dr. Roa desarrollaba una orientación clínico-fenomenológica y el Dr. Matte una orientación psicoanalítica, me imagino que usted debió desarrollar una actitud crítica frente a ambas, ya que hay consideraciones epistémicas incompatibles ¿o no es así?*

Claro, en primer lugar para formarnos con Matte, en una orientación psicoanalítica, debíamos ingresar al Instituto de Psicoanálisis que el mismo dirigía. Así también teníamos nuestro psicoanálisis individual. Reconozco los valiosos aportes de la escuela Freudiana y de la escuela de Matte, quien tenía una visión bastante modificada y ampliada del psicoanálisis. Sin embargo, como usted dice, fui un tanto crítico, nunca me sentí a gusto con la teoría psicoanalítica más bien siempre tuve una actitud dubitativa y en cierto modo discrepante. Matte, lejos de criticarme por esta actitud, me estimuló en cierto modo, lo cual agradezco hasta hoy día.

A su vez, yo estimaba que Roa había incorporado una posición fenomenológica al nivel de Jaspers y no a un nivel fenomenológico post-jaspersiano la que se caracteriza por ser más dinámica, hermenéutica y comprensiva. Roa era más bien tradicional en este punto. Cogí la orientación de Roa y la influencia de Ignacio Matte. En ambos casos la clínica psiquiátrica estaba vinculada a la docencia, de hecho desde un principio junto con mi formación clínica desarrollaba mi formación como docente. Siempre he sentido importante la interacción entre la asistencia clínica y actividad académica. En definitiva y en relación a lo que usted me pregunta, logré dinamizar la ori-

tación de Roa e incorporar elementos de mi formación con Matte, dando lugar a una comprensión de la persona normal y anormal.

## 2. Orientación médico antropológica

***Usted ha sido el impulsor de una visión médica-antropológica no sólo en el ámbito psiquiátrico sino en la medicina entera, lo cual lo ha llevado a proponer el concepto de “persona” y abandonar la noción antigua de “paciente”, ¿cómo comienza su reflexión en torno a estas temáticas?***

Dicho proceso comienza cuando, al llegar a la Universidad Austral de Chile, me solicitan que me responsabilizara de organizar el Instituto de Psiquiatría. De este modo al momento de comenzar la enseñanza a los alumnos e internos el equipo ya estaría el instituto funcionando, y es lo que ocurre hoy en día, donde éste marcha de una forma bastante satisfactoria. En el aspecto teórico me pidieron que me encargara de una orientación “humanista” o “antropológica” no sólo en psiquiatría, sino también en la medicina en general. Paralelamente a esta orientación humanista, se consideró la orientación biológica y biográfica-psicológica, configurando un equipo multidisciplinario donde trabajaban psicólogos e incluso sociólogos, encargados de las temáticas de salud pública.

Ahora bien, aquí ya se comienza a conformar un equipo de trabajo orientado por una visión antropológica-humanista de la medicina, en la cual surge la idea que usted me pregunta. Debo reconocer también la importante influencia que ejerció el haber trabajado con Ignacio Matte en una orientación clínica dinámica y el haber participado en la organización de un laboratorio de biotipología con él. Importante también fue el hecho de haber colaborado, antes de llegar a Valdivia, con la Universidad de Chile y con la Pontificia Universidad Católica como profesor de la cátedra “Psicología de la Personalidad y Caracterología” en las escuelas de psicología de ambas universidades, lo cual me familiarizó con una visión de totalidad del sujeto y con el hecho

de que las diferencias individuales son un factor importante a considerar en la práctica clínica.

Es así como llegué a Valdivia meditando cuál debería ser el núcleo fundamental en que yo me fundara. Nació entonces la idea de configurar un modelo en el cual tuviera como eje a la persona humana en el contexto médico. Esta fue la idea inicial y desde ese momento empecé a cultivarlo con un mayor interés. Es decir, un nivel de integración por sobre lo biológico y lo psicológico tradicional y, en cierto modo, también sobre el tipo de personalidad. Es una síntesis en un nivel integrativo más amplio, en que el sujeto está vinculado a su mundo; sujeto y mundo constituyendo una unidad. Esto me fue entusiasmando en crear un modelo de intervención clínica enfocado en la persona normal y anormal.

***Esta visión antropológica de la psiquiatría, en particular, y de la medicina, en general, tiene repercusiones, a mi manera de ver, en la concepción tradicional de enfermedad.***

Uno de los resultados más gratificantes fue la influencia que ha ejercido este modelo en percibir al enfermo como “persona”, que puede ser o no víctima de una enfermedad. En caso que lo sea, siempre lo será, en mayor o menor medida, en una dimensión somática; pero también, en una dimensión anímica y mental. Ahora bien, dicha dimensión dualista es sólo teórica; el núcleo central es el todo de la persona que muestra una forma de ser afectada y/o alterada. Esto tiene una expresión clínica fenoménica que se evidencia en actos expresivos, los cuales poseen una significación corporal y psíquica. Las significaciones psico-corporales de este fenómeno siempre tienen una intención comunicativa, se vinculan con la polaridad del mundo y con los demás. Es así como la persona no sólo influye expresiva y comunicativamente en el otro sino que también se configura una mutua influencia.

Por otra parte, todo esto se presenta con una doble cara: una cara objetiva hacia afuera y una cara subjetiva que representa al ámbito de la conciencia –o concienciación– de todo este claro-oscuro que tiene la intimidad. En este espacio de

intimidad hay un juego en el que muchas actitudes con respecto al mundo se hacen conscientes pero también otras quedan grabadas como formas, en una zona pre-conciente o no consciente.

### **3. La idea médica de la persona**

*Probablemente no todos los médicos psiquiatras ni los profesionales de la salud mental están familiarizados con la noción que usted está sosteniendo. Le propongo discutir esta idea médica de “la persona” en detalle.*

La idea médica de la persona surgió de meditaciones y reflexiones a partir de la estructura significativa del acto médico, de los aspectos comprensivos y psicoterapéuticos, asumiendo como condición indispensable que no es una aproximación a la entidad en abstracto, fría y despersonalizadamente genérica. Me di cuenta que lo esencial y primero era tener, frente a la persona que consulta y solicita ayuda médica, una actitud respetuosa de la diferencia y singularidad concreta del otro. Ello implica, desde el punto de vista epistemológico, una personalización del otro, lo cual actualiza un componente ético, es decir, al estar tratando éticamente al otro comienzo a personalizarlo de manera concreta. Al mismo tiempo es un acto de cordialidad receptiva, de generosidad y por tanto, ético. Y también yo me constituyo al ir realizando este acto en una persona ética. Lo estupendo es que este acto, para quien lo realiza, es al mismo tiempo un acto que es estéticamente adecuado; esto significa adecuar la forma misma, la parte artesanal y artística del quehacer médico, respetando esa presencia expresiva, ese rostro ajeno, esa tonalidad de voz y actitud corporal que tiene y que es el otro como persona.

Por otro lado, esto implica el ejercicio de un acto responsable y libre; ejercito mi libertad de acción pero con una responsabilidad al respetar al otro y no desplegar un acto impulsivo sino configurando por esa responsabilidad, lo cual es un auténtico acto de libertad.

Por último, todo esto es creativo, ya que contribuyo a enriquecer a la persona del otro, la cual

está alterada de una forma u otra psicopatológicamente. Esto implica como resultado final un “trascenderse”, es decir, un ir más allá de sí mismo, no sólo dando conocimientos, informaciones, recetas operativas y prácticas eficientes, sino que dándose el médico como una persona-profesional. El médico no sólo enriquece su experiencia profesional práctica y técnica, sino que también se fortalece creativamente como persona.

*Esto muestra que la preocupación por la dimensión de “la persona” no va en desmedro con la formación teórico-práctico.*

No hay incompatibilidad, al contrario, se benefician. Quisiera comentar que en el período de la intervención de las universidades –en el tiempo de la dictadura– me tocó tener mucho contacto con personas que fueron torturadas, abusadas, pseudo-fusiladas, etc. Me tocó incluso ver gente de la universidad que me consultaba y me llamaba desde la misma cárcel. Esto me enseñó que las vinculaciones y relaciones humanas tienen un fundamento ético junto a otros valores fundamentales. De ahí esta idea de la persona como un todo en la medicina. Me refiero a una ética concreta, encarnada, que se traduzca en actos y formas de vinculación, de convivir con los demás e incluso consigo mismo. Todo esto me ha conducido actualmente a contribuir con una postura clínica integral antropológica, más humanizada que vincula a cada sujeto con su ambiente. He pretendido desarrollar esta orientación en la formación médica y psiquiátrica en un marco de diálogo entre teoría y práctica con fundamentos científicos y fenomenológicos.

*Mi pregunta anterior iba dirigida al hecho que el modelo de la persona que usted propone no debe ser fácil de transmitir a sus alumnos; el estudiante tradicional espera conocer y aprender entidades despersonalizadas que les entregue una seguridad en su labor profesional, pero lo que usted plantea es completamente distinto a esto. Desde esta perspectiva ¿cómo conciliar teoría y práctica?*

Lo primero es señalar que este no ha sido un trabajo en solitario. Esta actitud fue impregnan-

do a todos los miembros del equipo que poco a poco se iba constituyendo; todos compartimos esta actitud clínico-fenomenológica de comenzar a comprender al paciente como un “todo”, que puede o no estar alterado en una forma o en otra; que puede ser víctima de unos “qué” y de algunos “por qué”, lo que a su vez es nuestra tarea averiguar. O bien, que su vida no sólo está influida por los “por qué” que vienen de trasfondo, sino por el proyecto que comprende su existir, ya que gran parte de nuestra vida es “para algo”, la desarrollamos en función de un fin futuro.

En relación a lo que usted pregunta, yo diría que los alumnos vienen impregnados de una formación que reciben de otros campos de la medicina, además de la formación cultural previa que cada uno posee. En definitiva, por una actitud que pudiera denominarse epistemológicamente como racionalista, operativa y reduccionista, dirigida al operar en función de obtener resultados. En este sentido, y en relación con su pregunta anterior, la dimensión práctica es clave para desarrollar este nuevo modelo; es más, es justamente donde mayores complicaciones tenemos, no así en el plano conceptual, donde al parecer las cosas se han ido desarrollando con bastante coherencia.

En definitiva, lo que se busca es mirar el todo del fenómeno y evitar caer en mayor o menor medida en un abstraccionismo, es un mirar el “todo de la persona” que es la realidad más concreta. Esta nueva idea de hacer una aproximación médica y psiquiátrica partiendo del todo contrasta con la actitud tradicional de los estudiantes acostumbrados a buscar el “qué” y el “por qué” de la enfermedad, y a su vez tener un esquema tradicionalmente válido en vez de desarrollar una real entrevista inicial. Los estudiantes hacen una especie de interrogatorio con todos los riesgos que implica esto; por ejemplo, de enfrentarse a un paciente desconfiado que va a cerrarse plenamente a sus preguntas, o con un paciente paranoídeo que pueda incluso tener respuestas agresivas. La psiquiatría tradicional ha debilitado este aspecto, que en definitiva es descuidar el aspecto más humano de la clínica. Y en este debi-

litamiento tienen especial responsabilidad toda una tradición de pensamiento que se traduce en la implementación de medios de laboratorio, medios de diagnóstico, resonancias magnéticas, electrocardiogramas, etc., cuyo valor como medios es indudable, pero que no deben sustituir la relación con el todo personal humano.

*Siguiendo en esta línea y cerrando este punto para dar paso a la pregunta por la psicopatología, me gustaría hacerle la misma pregunta de manera negativa: ¿cómo describiría la antítesis del modelo centrado en el concepto de “persona” que usted postula?*

La antítesis es un trabajo clínico rutinario y mecanizado, que consiste en hacer rápidamente un diagnóstico con la premura del tiempo y la presión asistencial. La aplicación mecánica de la psiquiatría tradicional es más bien una relación en que poco se mira, poco se oye. Desde esta perspectiva el psiquiatra da una receta y señala un control el mes siguiente. Los que siguen exageradamente una orientación biológica, han caído mucho en lo anterior, es el caso por ejemplo del paciente; “mire, usted tiene una depresión y como la depresión es un desorden biológico, tómese este antidepresivo y vuelva en un mes más... pero doctor yo le quiero confesar que esto comenzó a raíz de un momento particular... eso ya no tiene mayor importancia...”.

La idea de la persona ética sale de este tipo de ejemplos, es un acto que parte “desde y para el otro”, la mejor forma de *ser para el otro* es la persona ética concreta y viva. Esto sirve mucho como principio para la enseñanza de los internos y becarios. Esa es la idea de fondo de la persona ética, que requiere que se lleve y se viva en la práctica.

Quisiera comentar que el Profesor Sr. Nolberto Espinosa<sup>7-8</sup>, filósofo argentino que ha trabajado mucho tiempo en epistemología vinculado a ambientes psiquiátricos, escribió un libro sobre la personalidad ideológica de nuestro tiempo y la vuelta al principio de la conciencia, la cual poco a poco se irá enriqueciendo, sustituyendo y evitando los reduccionismos del empleo exclusivo del principio de razón-causa. Es decir, los diag-

nósticos nosológicos y nosográficos están en un plano de conceptualización genérica, que es propio de la ciencia y, por supuesto, tienen su propio mérito, pero tienen el riesgo de constituirse en el todo.

#### 4. Aplicación clínica

*Para comenzar las preguntas en lo referente a la psicopatología, quisiera comentarle que, como es sabido, en Estados Unidos existe gran preocupación hace bastantes años sobre cómo construir el DSM-V. En este contexto, uno de las grandes cuestionamientos se refiere al dilema de la “entidad versus el agente”<sup>9</sup>. Allí se ha puesto en duda la viabilidad de los criterios diagnósticos basados fundamentalmente en entidades abstractas que entienden la psicopatología como la manifestación uniforme de un fenómeno y al sujeto como un mero vehículo de los síndromes. Así la perspectiva que considera al agente y la individualidad del paciente, la cual sí fue considerada en la construcción del DSM-I y luego abandonada, adquiere un renovado interés en estos días<sup>9</sup>. Su idea médica de la persona y toda su obra intelectual apunta justamente en esa dirección.*

Claro, se cuenta con esa dificultad hace un tiempo. Es en este sentido que promuevo con mis alumnos un cambio de actitud, una actitud más clínica, personalizadora y humanizadora y eso tal vez sea uno de los aportes más concretos e inmediatos de mi modelo. Ahora bien, esto mismo se proyecta no solamente a la psiquiatría misma, sino también al paciente que consulta, al consultante de la medicina general y a las relaciones de convivencia en sentido amplio. Si la relación ha sido poco empática, poco personalizada, el paciente muchas veces piensa: “esta debe ser una de las tantas recetas dadas, ni me miró ni me escuchó, no me explicó; yo quería saber a qué se debe todo esto”.

**Quiero leerle algo que usted mismo escribió aludiendo a la psicopatología: “desde el punto de vista de lo que sucede subjetiva, íntimamente**

*a la persona, es decir, a su conciencia personal o de estimación valorativa, considero que lo normal satisfactorio radica en la armónica integración de las polaridades y lo anormal en su ruptura, produciéndose extrapolaciones significativas, negativas, totalizadoras, con todo lo desfavorable que ello involucra”<sup>6</sup>.*

Lo que de manera primaria coge y capta el ser humano son significaciones encarnadas en la realidad, pero no debemos olvidar que en primera instancia son significaciones. Por ejemplo, cuando veo unas galletas lo primero que digo es “se comen”, es decir, capto la significación en el objeto. Es lo mismo que la significación en el rostro del otro, siendo este último nunca neutro. Es por esto que la conciencia arranca de la relación concreta, primaria y respetuosa de lo real, un fundamento ético que lleva implicado otras estimaciones valorativas.

Un aspecto relevante en sus escritos es que usted, pudiendo centrarse en el paciente psiquiátrico, se ha detenido en el paciente somático y ha realizado reflexiones en torno a ello. Hay una frase reveladora que quisiera leerle; “lo corporal deja de constituir una unidad silenciosa en el paciente somático, es una reorientación del hecho biológico al acontecimiento biográfico”<sup>6</sup>.

Todo suceso de vida, incluso el de la enfermedad del cuerpo, una fractura o lo que fuere, es a la vez un acontecimiento personal; es decir, al mismo tiempo que tiene una repercusión física-biológica, tiene una significación como hecho experiencial y esto también es fuente de significación. No respetar esta singularidad nos hace caer en fallas; una es en el sentido educativo o psico-educativo de no explicar razones o motivos médicos de una enfermedad; por ejemplo, no explicar por qué el paciente se pone de color amarillo en la hepatitis, etc. Un acto médico que omite esa información, en que se dé un trato inadecuado con el paciente, puede tener graves repercusiones, tanto en la dimensión corporal como psíquica.

Si el paciente se hace consciente de su situación vivida, del aspecto biográfico de su experiencia, se producirá un aumento de la conciencia en un

aspecto más positivo, tanto en lo referente a la enfermedad como a su vida entera. Es decir, se amplía la situación y las cosas negativas van tornándose positivas, se va asumiendo una actitud realista. En definitiva, lo que se busca es robustecer la vinculación concreta con el otro, que en este caso es el paciente. Conectarme con la expresividad del otro a través de la inmediatez de la conversación. El situarme en el lugar ajeno derivará en que me haga cargo de la posición del mal llamado “paciente”, lo cual tiene evidentes efectos psicoterapéuticos.

### **a. El paciente neurótico**

**¿Cómo entiende usted al paciente neurótico considerando este elemento “biográfico” que configura a la persona?**

El paciente neurótico, el cual está relacionado en más cercanía con la normalidad, ya que los así llamados “normales” tenemos algo de inseguridades neuróticas también, desempeña un papel importante en el conjunto de pacientes psiquiátricos. Este se caracteriza por tener una biografía desfavorable en la cual ha sido víctima, donde hay una falta de experiencias positivas y un exceso de negativas. Hay zonas de hipersensibilidad a experiencias del pasado que no han sido resueltas, es una especie de contaminación del significado estimativo-valorativo. Principalmente lo que ocurre es una actitud imaginativa en el sentido negativo, sobre un fondo de inseguridad y desvalorización básica de sí mismo; es decir, un sentimiento negativo de la auto-imagen estimativo-valorativa. Es por esto que un suceso de la vida puede desencadenar con facilidad una actitud imaginativa que desfigura la significación.

### **b. El paciente depresivo**

**Cuando se refiere al paciente depresivo hace un comentario respecto del ánimo, aludiendo que este**

***no debería comprenderse como un ánimo a secas, sino que emplear la idea de ánimo personal. Pone una cita del poeta y pensador alemán Novalis\*: “el ánimo personal es el punto en que se teje la puntada de lo psíquico y de lo corporal”. A raíz de lo anterior ¿cómo es visto el paciente depresivo desde este modelo de la persona? ¿Adopta ribetes distintos a la noción tradicional que hoy prevalece?***

En este nivel de análisis cobra importancia la significación y dentro de ella las estimaciones y valoraciones. El paciente depresivo comete un error en su actitud: sentir que el apoyo y la ayuda ajena no tendrán repercusión alguna y por tanto prescinde de ella ya que la considera “*tiempo perdido*”. Esto va ligado a una actitud extremadamente negativa respecto de sí, un sentido de auto-desvaloración y una tendencia a sentirse culpable. Muchas veces se presenta una radical desvalorización del propio cuerpo, una sensación de extremada desvitalización.

El ánimo tiene una cara expuesta a las aferencias de las experiencias del mundo y por otro lado, se conecta con el polo de lo físico-biológico. En el depresivo mayor endógeno habría mucho de esto último, sin perjuicio de la influencia secundaria de lo biográfico. En el depresivo reactivo en cambio, se invierte la situación; hay más influencia de las experiencias de vida, de las situaciones de pérdida, de los duelos, las que caen en un cierto terreno proclive, no tan contundente como los primeros.

***Me sorprende la sistematización que usted ha alcanzado en este tema, y además valoro la dedicación que Ud. ha tenido en el desarrollo de esta noción; una vida entera.***

Así es, es un largo proceso experiencial también. Quisiera comentarle que acaba de aparecer un libro muy interesante del filósofo chileno Humberto Giannini titulado “*La metafísica eres tú*”<sup>10</sup>, donde se identifica la metafísica con lo espiritual del ser humano. Una vez que leí el libro

\*Seudónimo del poeta alemán Friedrich Leopold Freiherr von Hardenberg (1772-1801).

me di cuenta que mis ideas médico-antropológicas parecían estar corroboradas por la reflexión filosófica desarrollada en esa obra, por ejemplo; el hecho de profundizar en la importancia psico-antropológica del otro siguiendo también la orientación del filósofo Emmanuel Levinas, el cual ha sido de gran importancia en el desarrollo de mi pensamiento.

### **Por último, ¿cómo visualiza usted el desarrollo de esta idea médica de la persona en el futuro?**

Estoy convencido de la validez y la utilidad de esta orientación antropológica para una convivencia humana más satisfactoria. Hay hoy en día una crisis de convivencia; desconsideraciones, atropellos, individualismos, materialismos y un tan débil espíritu solidario. Pienso que esta manera de ver a la persona debería contribuir no

sólo a mejorar el trato a los consultantes de la medicina, sino a toda relación interpersonal. También es importante integrar grupos interdisciplinarios en tareas educativas en aras de ir fortaleciendo un nuevo humanismo que permita crear actitudes más realistas, una mejor conciencia personal o de estimación-valoración.

### **Agradecimientos**

Los autores agradecen a Ps. Gabriel Reyes por su colaboración en la edición, organización, revisión del manuscrito, así como en la elaboración de notas. Así mismo los autores agradecen a los Dres. Jacqueline Jobet y Tomas Baater y a Ps. Carmen Rojas quienes amablemente facilitaron la realización de este proyecto.

### **Resumen**

*El Dr. Fernando Oyarzún es Maestro de la Psiquiatría Chilena y ha dedicado su carrera académica al desarrollo de un enfoque clínico-antropológico en psiquiatría. Desde su perspectiva elaboró una “idea médica de la persona”, la que promueve la personalización del acto médico en psiquiatría y medicina. Método: En una entrevista personal este trabajo describe los logros profesionales del Dr. Oyarzún y sus concepciones clínicas-anytropológicas. Conclusión: El legado intelectual del Dr. Oyarzún va más allá del campo de la medicina, conformando una perspectiva original de las relaciones humanas.*

**Palabras clave:** Enfoque clínico-antropológico, relaciones interpersonales, entrevista.

### **Referencias**

1. Oyarzún F. La neurosis del estudiante. Santiago-Chile: Ediciones de la Universidad de Chile; 1961.
2. Oyarzún F. Una concepción médica de la Persona. Santiago de Chile: Paulinas; 1977.
3. Oyarzún F. La Persona Humana y la Antropología Médica. Santiago-Chile: Editorial Universitaria; 1982.
4. Oyarzún F. La Persona, la Psicopatología y Psico-terapia Antropológicas. Santiago-Chile: Editorial Universitaria; 1992.
5. Oyarzún F. La Persona Normal y Anormal y la Antropología de la Convivencia. Valdivia-Chile: Uniprint; 1998.
6. Oyarzún F. Idea Médica de la Persona. La persona ética como fundamento de las antropologías médicas y de la convivencia humana. Santiago-Chile: LOM; 2005.
7. Espinosa N. La personalidad Ideológica Mendoza-

8. Espinosa N. La concepción de la conciencia. Buenos Aires-Argentina: San Pablo; 1994.
9. Zachar P, Kendler K S. Psychiatric disorders: a conceptual taxonomy. Am J Psychiatry 2007; 164(4): 557-65.
10. Giannini H. La metafísica eres tú. Santiago-Chile: Catalonia; 2007.

---

Correspondencia:

Jaime R. Silva  
Universidad de La Frontera. Manuel Montt 112,  
Temuco, Región de la Araucanía.  
Fono-Fax: (45) 325 723  
E-mail: jaimesilva@ufro.cl