

## DE LA PSICO(PATO)LOGÍA FENOMENOLÓGICA A LA ANTROPOLOGÍA CLÍNICA. “SENDEROS –HOLZWEGE– DE UNA REFLEXIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA

O From phenomenological psycho(pato)logy to clinical anthropology. Holzwege–paths of a theoretical and practical reflection

María Lucrecia Rovaletti<sup>1</sup>

Universidad de Buenos Aires, Argentina

mlrovaletti@gmail.com

### Resumen

Binswanger, piensa que la tentativa de Husserl para fundar la experiencia de las cosas en las estructuras de la vida intencional puede servir para orientar la exploración psiquiátrica. De allí que busque en las dimensiones fundamentales del existir, las condiciones de posibilidad del ser enfermo que son también aquellas de la psiquiatría misma. Aplica el método fenomenológico-genético de Husserl, para captar el mundo de los enfermos psiquiátricos, en correspondencia con la teoría husserliana de la constitución fenomenológico-trascendental del ser y del mundo. Sustituyendo el develamiento de la presencia (*Dasein*) de Heidegger por la constitución de la conciencia trascendental, busca alcanzar a través del “a priori temporal” la condición de posibilidad de la génesis de estos tipos de mundo. Continuando esta vía, dado que Husserl también considera un “a priori corporal” que ejerce funciones constituyentes puede ser condición de posibilidad de la experiencia en general, se puede realizar también desde esta vía la constitución de distintos tipos de mundos. Ahora bien, frente a la clásica psico-semiólogía proveniente de la teoría de las facultades sustentada en las funciones psíquicas, se trata de presentar unas “categorías fundamentales” que abran el espacio a investigaciones empíricas en la fenomenología. Se postula entonces una eidética semiológica fundada en los distintos modos de la intencionalidad, o “categorías fundamentales”, y a través de las cuales cada existencia constituye su mundo. Si bien la psico(pato)logía fenomenológica no ha nacido de la confrontación directa con los pacientes, esto no implica que no tenga referencias con la práctica clínica. Finalmente, superando etimológicamente el dualismo platónico de

---

<sup>1</sup> Doctora en Filosofía y Profesora Emérita de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0003-2185-3742>.

los términos “psico-logía”, “psico-pato-logía”, “psiquiatría”, se postula una antropología clínica como un nuevo espacio disciplinario que analiza las formas de subjetivación y del padecer humano.

Palabras clave: ser, mundo, Binswanger, psicopatología, antropología clínica.

### **Abstract**

Binswanger thinks that Husserl's attempt to base the experience of things themselves on the structures of intentional life can guide psychiatric exploration. Therefore, he seeks in the fundamental dimensions of existence, the conditions of possibility of being sick that are also those of psychiatry itself. He applies Husserl's phenomenological-genetic method to capture the world of the psychiatric ill, in correspondence with the Husserlian theory of the phenomenological-transcendental constitution of being and the world. Substituting Heidegger's unveiling of presence (*Dasein*) for the constitution of transcendental consciousness, he seeks to attain through the “a priori temporal” the condition of possibility of the genesis of these types of world. Continuing this path, since Husserl also considers an “a priori corporeal” that exercises constituent functions can be a condition of possibility of experience in general, the constitution of different types of worlds can also be realized from this way. A semiological eidetic based on the different modes of intentionality, or “fundamental categories”, is postulated as opposition to a semiology based on psychic functions. Although Phenomenological Psychopathology was not born from direct confrontation with patients, this does not mean that it doesn't have references with clinic practice. Finally, etymologically overcoming the Platonic dualism of the terms “psychology”, “psycho-pathology”, “psychiatry”, a Clinical Anthropology is postulated as a new disciplinary space that analyzes the forms of subjectivation and human suffering.

Keywords: being, world, Binswanger, psychopathology, clinical anthropology.

*Fecha de Recepción: 20/08/2023 – Fecha de Aceptación: 15/10/2024*

En la selva, hay senderos que, muy a menudo, se pierden de repente, recubiertos de hierba, en lo no-abierto. Se los llama Holzwege. Cada uno sigue su propio camino, pero

en la misma selva. A menudo, parece que uno se junta con el otro. Pero no es sino una apariencia. Leñadores y guardas se conocen allí caminado. Ellos saben lo que quiere decir: comprometerse en un Holzwege” (M. Heidegger, Holzwege, 1950).

### **La psicopatología fenomenológica, como intento de repensar los fundamentos de la psiquiatría**

La emergencia de la fenomenología no puede comprenderse fuera del contexto del naturalismo, de la crisis que atraviesa la filosofía y de la fundación científica de la psicología hacia fines del siglo XIX.

En este sentido, el surgimiento de una psico(pato)logía fenomenológica constituyó el intento mismo de repensar los fundamentos de una Psiquiatría a fin de que pueda apelarse propiamente una “disciplina científica”, como señalara Binswanger hacia 1950. A su pregunta sobre la “realidad, posibilidad y límites del horizonte de comprensión o proyecto de mundo de la psiquiatría en general”; lo designa “como la autoreflexión de la psiquiatría sobre su esencia en cuanto ciencia, o como el esfuerzo por comprenderse a sí misma como ciencia” (Binswanger, 1971, p. 247).

La propuesta fenomenológica representó la solución a varios problemas planteados a la psicopatología, a saber, la defensa frente al psicologismo, la redefinición de lo psíquico, la reconsideración de la subjetividad y del concepto de experiencia. Por eso “la radicalidad de su planteamiento no puede afirmarse que haya sido superada, justificando una continua interpelación para toda psicopatología que se plantea su consistencia metodológica” (Ramos Gorostiza & González Calvo, 1995, p. 282).

Se trata ahora de preguntar por un lado qué consecuencias epistemológicas surgen del trabajo clínico, y por otro, qué relaciones subsisten entre la fenomenología clínica y la filosofía fenomenológica; es decir en qué sentido los conceptos teóricos de ésta siguen orientando a aquella y viceversa. La comprensión de la patología, en tanto lleva a adquirir o al menos a refinar la conciencia de la condición humana y de los nexos que la caracterizan, puede ofrecer una perspectiva privilegiada en orden a la normalidad:

Si la fenomenología de Husserl proporciona al psiquiatra los puntos de vista y métodos indispensables tanto para su acción práctica como para su comprensión

teórica, por el contrario, la acción y el pensamiento psiquiátrico implementan y ponen en funcionamiento a la fenomenología (Kuhn & Maldiney, 1971, p. 14).

Por eso, la clínica psiquiátrica está obligada a reflexionar sobre sus propios “conceptos fundamentales” (Binswanger), ya que resulta imposible elaborar una terapéutica que no esté sostenida por una teoría de manera explícita o implícita. Curar un paciente mental supone una definición de la “enfermedad mental”, un sistema de referencias normativas y un aspecto teleológico. Todavía más, la concepción del enfermo sobre su enfermedad constituye también una concepción de su relación con los otros y con la sociedad en su conjunto.

Como señalara Minkowski (citado por Lantéri-Laura, 1990) habrá que diferenciar la psiquiatría clínica, brazo de la medicina dedicada al diagnóstico y tratamiento, de la psicopatología reflexiva y filosófica de la cual aquella toma su razón de ser y su singularidad. Los fundamentos de esta práctica son pues, en cierto modo filosóficos. En este sentido, la psiquiatría fenomenológica no pretende “explicar” (*erklären*) sino “aclarar” (*klären*), es decir sacar a la luz la experiencia psiquiátrica, hacerla fenómeno. No se trata de la experiencia de estados nuevos, sino una nueva experiencia sobre y en esto que ya es objeto de experiencia (Tatossian, 1986).

### **La perspectiva de Binswanger: de la constitución del ser-en-el-mundo modificada por la patología a la condición de posibilidad de las mutaciones o variaciones de los distintos modos de existencia**

Binswanger parte de la determinación heideggeriana de la constitución fundamental de *Dasein*, y concibe los fenómenos psicopatológicos fácticamente dados como “mutaciones” (*Abwandlungen*), es decir variaciones especiales de los distintos modos de existencia. Para Binswanger, “el enfermo mental se distingue del sano no primariamente como enfermo sino como hombre, es decir primaria- mente es un ejemplo de humanidad, cuyo modo de presencia manifiesta una de las posibilidades de ser-hombre” (Kuhn & Maldiney, 1971, p. 20). Considera además, que no se puede entender qué es una situación

normal o patológica si no se comprende cómo ella es posible, es decir que si no se atiende a sus condiciones de posibilidad (Maldiney, 1986, p. 16)<sup>2</sup>.

En efecto, al analizar la constitución del ser-en-el-mundo modificada por la patología, Binswanger retoma el pensamiento de Husserl<sup>3</sup> y se pregunta por la condición de posibilidad de este mundo, es decir por la “vida funcionante trascendental”: se trata de moverse desde las trascendencias constituidas en el sentido de Husserl hacia el mundo de las trascendencias constituyentes. De este modo, los objetos de las experiencias –las vivencias o los contenidos vivenciales– ya no son más lo último a investigar dado que todos representan experiencias mundanas o experiencias de mundo, experiencias objetivas de objetividades intencionales y no fenómenos trascendentales. El mundo es un universo de trascendencia constituida al que le corresponden momentos de la conciencia constituyente.

Ahora bien, para poder fundamentar las estructuras de la vida intencional se precisa avanzar hasta las condiciones de posibilidad del ser enfermo, es decir a las condiciones ontológicas de la existencia. Binswanger aplica ahora el método fenomenológico-genético, que deviene como una “metodología de la psiquiatría” en tanto fundamenta el análisis de la existencia como teoría de la constitución ontológica de las enfermedades mentales. No sólo se dirige a captar los mundos de los enfermos mentales, la estructura antropológica de las formas de existencia patológica, sino el esclarecimiento de estos modos estructurales en correspondencia con la teoría husserliana de la constitución fenomenológico-trascendental del ser y del mundo. Sustituyendo el develamiento de la presencia (*Dasein*) por la constitución de la conciencia trascendental y del ego trascendental de Husserl, busca de este modo analizar el tema de la melancolía,

---

<sup>2</sup> De acuerdo a las fundamentaciones utilizadas –Heidegger y Husserl via Szilasi se pueden distinguir dos niveles y procesos. El primero o “análisis existencial”, estudia los “modos de existencia” (*Daseinsweise*) y las “mutaciones existenciales” (*Daseinswandlung*); el segundo o “Análisis fenomenológico-constitutivo trascendental” se ocupa de la “conciencia trascendental” en sus “momentos constitutivos” y en sus alteraciones morbosas, en cuanto “condiciones de posibilidad” de la aparición de la patología.

<sup>3</sup> En un período de transición, Binswanger se centra en el problema de la experiencia, a la que la distingue de la “existencia” (*Dasein*). La “experiencia natural” se caracteriza por la a-problematicidad y la irreflexividad de la vida diaria mientras su ruptura o inconsecuencia, propia del hombre alienado, reside en la imposibilidad de dejar ser a las cosas y a los otros seres en lo que son, apareciendo en su lugar un disponer arbitrario y despótico junto a las cosas. La “confianza trascendental” se pierde y hasta se llega a su disolución, desembocando en la “vivencia de pérdida del mundo”.

manía y delirio: será el “a priori temporal”, la condición de posibilidad de la génesis de estos tipos de mundo<sup>4</sup>.

Para Binswanger, el hecho psicótico le ofrece la ocasión privilegiada de estudiar las funciones trascendentales en sus deficiencias mismas. Analiza entonces los momentos estructurales (*Aufbaumomente*) intencionales de la temporalidad –*retentio*, *praesentatio* y *protentio*. Éstos, como actos constitutivos de la objetividad temporal, no son aislables e independientes del fenómeno temporal, sino sólo momentos de la unidad de síntesis del esfuerzo intencional constituyente.

Se tienen cuenta para ejemplificar, melancolía y manía, pero Binswanger considera que no se puede entender estas patologías desde los temples de ánimo (*Stimmungen*). Analiza entonces los momentos estructurales (*Aufbaumomente*) intencionales –*retentio*, *praesentatio* y *protentio*<sup>5</sup> y sus conexiones con la melancolía. Éstos, como actos constitutivos de la objetividad temporal, no son aislables e independientes del fenómeno temporal, sino sólo momentos de la unidad de síntesis del esfuerzo intencional constituyente

Así en la melancolía, no existe el juego entre estos esfuerzos intencionales, dándose una alteración básica en la misma síntesis trascendental. Esto hace comprensible la inhibición y los otros contenidos depresivos. Esta debilidad trascendental de la temporalización en cuanto “a priori”, constituye y estructura un mundo melancólico. Cuando un melancólico lleva la libre posibilidad al pasado, estos actos protentivos pierden la intencionalidad, y se transforman en “intencionalidades vacías” (*Leerintentionen*). Al no tener un “sobre qué” (*Worüber*) referirse, la *protentio* nada es y el futuro es sólo un vacío. La *retentio* pierde su verdadero sentido ya que en ella sólo se afirman unas pretendidas posibilidades y por esto mismo queda sin fundamentar el presente. Más que alteración de una inhibición vital, la melancolía es una modificación (*Veränderung*) en la construcción (*Aufbau*) de la objetividad temporal.

---

<sup>4</sup> A diferencia de otras orientaciones, que consideran la melancolía y la manía como desde la perspectiva de los estados de ánimo (*Stimmungen*).

<sup>5</sup> Husserl se pregunta por la constitución de la temporalidad objetiva; es decir cómo el presente, pasado y futuro como objetos noemáticos surgen desde la conciencia trascendental. A estos tres momentos estructurales (*Aufbaumomente*) intencionales que constituyen los objetos temporales (*Zeitgegenstände*) los designa *retentio*, *praesentatio*, y *protentio*. El juego de estos tres momentos garantizan la construcción del “sobre qué”, es decir el tema de la vivencia.

¿Cuál es la estructura del mundo maniaco (la vida vivida) y cuáles son las deficiencias trascendentales (modos de la vida viviente) que condicionan este mundo? A partir del mundo maniaco constituido (ya descrito en *Ideenflucht*, 1933), Binswanger analiza ahora esta patología desde sus momentos constituyentes, pero no puede responder de modo similar en el caso de la melancolía para comprender aquí el defecto de estructuración intencional de la objetividad temporal. En la manía hay ausencia de temas y contenidos privilegiados y esto le impone proceder de un modo distinto. Si el melancólico se concentra en su propio mundo, el maniaco se da vuelta fuera de sí al mundo es decir a la región del *Mit-sein* (intersubjetividad). Entonces en la manía se impone priorizar el problema de la intersubjetividad del mundo en común. Pero aquí surge un problema mayor. ¿Cómo se constituye el alter ego para el maniaco? ¿En qué consiste la deficiencia de esta constitución? ¿En qué medida se puede ubicar en esta falta (manque, *Versagen*) el defecto de los momentos constituyentes (*zeitigende Momente, Aufbaumomente*)? La deficiencia en la constitución del alter ego se impone además para elucidar el defecto de la estructuración del ego mismo.

Binswanger se apoya además en la V Meditación de Husserl, es decir en la doctrina de la presentación y de la intersubjetividad. La edificación de la experiencia del otro tiene como punto de partida la presentificación de un “cuerpo real natural” que por su “apercepción” deviene extraño en tanto que cuerpo carnal (*Leib*). Esta es la condición de posibilidad de la aprehensión de un *Leib* extraño como alter ego. La “presentación” es esto que se ajusta “presentificación” corporal del otro, que funciona con ella en una unidad constituyente con el alter ego. Por esta operación, el ego constituye en sí otro ego en tanto que ego y esta presentación está en la base de todo mundo común.

Ahora bien, los modos deficientes de los momentos constituyentes del mundo común maniaco se dan a partir de los momentos de la presentación. No hay la constitución de un mundo en común, entre el paciente y los otros. Por esto la respuesta de éstos le parece incomprensible y a él/ella le parecen incomprensibles las reacciones de éstos.

**El a priori corporal como estrato de la subjetividad que ejerce función constituyente**

Si tradicionalmente, la función constituyente, ordenadora de la experiencia en un mundo objetivo ha sido adscripta a una mente o a un espíritu “desencarnado”, por el contrario, para la fenomenología el cuerpo es función constituyente y condición de posibilidad de la experiencia en general. La “subjetividad corporal” (*leibliche Ichlichkeit*) constituye, o mejor instituye el mundo de la vida (*Lebenswelt*) (Mainetti, 1972, p. 100).

Husserl considera un “a priori corporal”, dado que el cuerpo propio no sólo tiene una dimensión constituida, sino que también es un estrato de la subjetividad que ejerce funciones constituyentes (Landgrebe, 1982). En efecto, las condiciones trascendentales últimas de la posibilidad de la experiencia se encuentran en ese ámbito más elemental que la subjetividad puede hacer, es decir, en el automovimiento del cuerpo propio (Walton, 1993). Pero este movimiento no consiste en un simple cambio de lugar, sino se orienta espontáneamente hacia una meta, y está acompañado de la respectiva sensación por lo cual puede denominarse “cinestésico”. Este dominio gradual del sistema motor se refleja en nuestra apertura al mundo. Más aún<sup>6</sup>, el carácter de afectable de la conciencia se funda en la espontaneidad del “yo me muevo”, sin olvidar las dimensiones involuntarias de este desplazamiento.

Por un lado, las cinestesis que están en la base de la actividad perceptiva y práctica permiten la familiaridad con el mundo cotidiano. De este modo, se descubre la posibilidad de disponer del cuerpo propio, y el tener sensaciones se convierte en un modo de ser-en-el- mundo. Por otro lado, Landgrebe observa que, en la actitud natural, el mundo es aceptado como algo que está inmediatamente “ahí” y cada hombre se conoce a la vez a sí mismo como un “yo soy ahí en este mundo”. Ahora bien, el “ahí” no sólo separa e individualiza a los sujetos, sino que los remite unos a otros en un movimiento que da lugar a un “ahí” común sin pérdida de la unicidad. El “ahí” introduce una perspectiva que corresponde a la historia de cada yo y lo separa de los demás. De esta suerte, la familiaridad con lo mío –es decir, con mi cuerpo, mis movimientos y las cosas que alcanzo por medio de ellos– precede al descubrimiento del yo.

A través de la corporeidad el mundo se presenta como un conjunto de posibilidades pre-dadas, al mismo tiempo que es la fuente y el proyecto de la dirección

---

<sup>6</sup> Landgrebe señala que la importancia de esta opacidad de la conciencia respecto de sí misma, la des-posee des- centrándola en dirección a la corporeidad. Afirma el carácter constituyente de la *Leiblichkeit* en el sentido que el *Ich bewege mich* constituye el *Ich bin*.

hacia el otro y hacia sí mismo. Habitualmente cuando yo digo “yo soy”, esta experiencia tiene como soporte el “yo puedo”, a saber, yo puedo moverme. En la fluidez del “presente viviente”, la constitución del mundo y del yo están siempre en relación dialéctica con el desarrollo de las impresiones sensibles mediatizadas por toda posición del cuerpo.

El melancólico se hace presente como un “no poder” y la corporeidad aparece como la dificultad radical del sujeto para moverse. Frente al cuerpo omnipotente del maníaco, el del melancólico se presenta como impotente, carente de novedad y de posibilidades. La indicación husserliana comporta en el mundo de la vida, la relación dialéctica entre la corporeidad pre-intencional y la intencionalidad, entre lo pre-predicativo y lo predicativo. Esta relación dialéctica está precisamente comprometida en la melancolía.

Por el contrario, la existencia maniaca se presenta como una corporeidad etérea que todo lo puede, pero no está situada ni orientada a un futuro factible. Por eso, no puede nada porque todo queda en el mundo de lo posible y en el mero instante presente sin el peso de lo real. Es la omnipotencia frente a la impotencia melancólica.

En este sentido, temporalidad y corporalidad como a priori constituyente permiten una doble lectura de los distintos tipos de mundo de la existencia humana y sus patologías.

### **Hacia una eidética antropológica**

Frente a la clásica psico-semiología proveniente de la teoría de las facultades como percepción, pensamiento, memoria, inteligencia, atención, conciencia, afectividad, voluntad..., se trata de plantear unas “categorías fundamentales”<sup>7</sup> que abran el espacio a investigaciones empíricas en la fenomenología<sup>8</sup>.

Si en Aristóteles las categorías desde la perspectiva ontológica se refieren al mundo trascendente y son a posteriori, si en Kant son formas a priori, en la fenomenología

---

<sup>7</sup> *Ellenberg*, ya había planteado las categorías de temporalidad, espacialidad, causalidad, y materialidad. Sin embargo quedaban sin considerar algunas dimensiones de la experiencia humana y su implementación empírica.

<sup>8</sup> ¿Pero qué se entiende aquí por “categoría”? En Aristóteles, las categorías tienen un doble sentido, lógico y ontológico. Primariamente se refieren a una clasificación de conceptos con vistas a su coordinación en juicios. Pero también designan un valor ontológico, en tantas catalogaciones de los modos reales del ser o de las diversas determinaciones intrínsecas o extrínsecas a la sustancia individual. En Husserl, las categorías constituyen más bien modos de ser y no formas subjetivas (o tal vez trascendentales) impuestas a lo real.

—a través de la noción de intencionalidad—, las categorías no son ni del sujeto ni del objeto sino de la experiencia intersubjetiva; ellas son previas a toda distinción entre yo y mundo, entendidos en sentido objetivo. Son modos de significación con los que algo se me presenta, anterior a toda distinción sujeto-objeto.

Utilizando una metáfora de la geometría, uno podría comparar las categorías fenomenológicas con una esfera donde no hay bordes que constituyan límites, ya que se trata de la intencionalidad<sup>9</sup> que se corporaliza, se temporaliza, se espacializa... En cambio, en una semiología de las facultades psíquicas, cada facultad indica unos límites definidos, como en un cuerpo geométrico. Como cada categoría revela, manifiesta algo, comprenderlas es también una tarea hermenéutica, tal como lo muestra la clínica.

Así se postulan:

- Conciencia (incluye atención)
- Percepción (incluye imaginación)
- Corporalidad (incluye sexualidad)
- Espacialidad (incluye agresividad)
- Afectividad (incluye impulsividad, deseo, motivación, sentimientos)
- Facticidad (incluye angustia, proyecto, culpa, enfermedad-muerte)
- Intersubjetividad (incluye sí mismo, existencia auténtica e inauténtica tanto sintomática como asintomática).
- Lenguaje (incluye hermenéutica, identidad narrativa)

A través de estas diversas intencionalidades, cada existencia constituye su mundo.

### **La aproximación fenomenológica en la clínica**

---

<sup>9</sup> Según Strasser, el descubrimiento de la intencionalidad pulsional marca en Husserl una vuelta fundamental a su problemática de la intersubjetividad. La distinción entre síntesis pasiva y activa, entre “intencionalidad no-objetivante” e “intencionalidad objetivante”, intencionalidad e intencionalidad instintiva obliga a considerar que por debajo del sujeto lúcido cartesiano se da una vida anónima, una afección originaria y constituyente.

La distinción de Tellenbach entre “síntoma” y “fenómeno” puede ser también una buena introducción para mostrar la originalidad de la aproximación fenomenológica (Rovaletti, 2000). Los síntomas constituyen sólo signos o señales de una enfermedad (*disease*) cuya naturaleza puede ser inferida pero no percibida. El enfermo se reduce simplemente a ser el portador de los síntomas con los cuales no se confunde y de cuya génesis no participa y ante el cual el investigador o el terapeuta debe tomar distancia.

Mientras el diagnóstico sintomatológico está orientado a la enfermedad, el fenomenológico se dirige a la misma persona enferma. Se busca entonces describir en su modo originario de darse estas modalidades peculiares de vivenciar y de comportarse consigo mismo y el mundo. El fenómeno no dice referencia a nada detrás de sí, ni aparato nervioso ni aparato psíquico ni entidad nosológica, sino que, en él, el enfermo se presenta en “carne y hueso”. Lo que debe hacerse fenómeno, no es de ninguna manera algo exterior sino su “lógos”, no sólo lo que es perceptible por los sentidos sino también las estructuras que en ellos se evidencian y su comprensibilidad.

La psiquiatría se diferencia de todas las otras especialidades medicinales en cuanto la dimensión del sujeto humano es allí fundamental, pues el síntoma no es solamente signo de la enfermedad, sino que es también significación de un sentido. El modo cómo una existencia realice su esencia, esto es su presencia en el mundo, permitirá individualizar los mundos de la “existencia frustrada” a través del análisis de su estructura trascendental.

Pensar al hombre a partir de la noción de sentido, más que responder qué es el hombre es preguntar quién es, es decir intentar esclarecer cuales son los nexos que lo unen al mundo. Precisamente será la incapacidad de inscribirse en el mundo en común que lleva al fracaso al yo y decide así la emergencia del ser enfermo. Si el mundo constituye un horizonte de fiabilidad en el cual encuentran las potencialidades de la existencia la condición de su realización, cuando se rompen los lazos originales de esta comunidad de sentido y cuando súbitamente faltan la confianza de todos nuestros vínculos afectivos, entonces el yo no se sostiene más y su relación con los otros y las cosas se tiñe de extrañeza y anonimato, como ocurre con las esquizofrenias.

Desde esta perspectiva, el planteamiento fenomenológico nos ofrece un nuevo concepto de subjetividad, donde las patologías mentales no son vistas como meras deficiencias y desviaciones respecto de una “norma”, sino momentos también

constitutivos de la existencia humana, es decir modificaciones esenciales inherentes al ser del hombre<sup>10</sup>. No se trata aquí de desconocer el valor y la necesidad de los distintos sistemas diagnósticos que a menudo ha llevado a renunciar a los conocimientos psicopatológicos y sus aplicaciones clínicas elaboradas durante años de experiencia. Esta metodología en vez de individualizar borra los límites del sujeto, y la “persona del enfermo” va desapareciendo paulatinamente detrás de la “enfermedad”<sup>11</sup>. Si en el primer caso se habla de los síntomas que el paciente tiene, en el segundo los síntomas se siguen de su modo de ser.

Ahora bien, cotidianamente se designa como “enfermo mental”, loco, o alienado a aquel que no tiene una conducta normal. Pero ¿qué es normalidad, dónde comienza y termina la normalidad? No es fácil trazar una frontera precisa. No se puede definir “la norma en sí”, sin apelar a otros conceptos, es decir sin situarla en un contexto. Se habla así, de “normal” desde un criterio estadístico o un criterio axiológico, asociado a la adaptación social y cultural<sup>12</sup>. La psico(pato)logía fenomenológica en cambio, pone entre paréntesis los paradigmas psicopatológicos (biológicos, psicológicos, sociológicos) y convierte al concepto de “anormalidad” en el de “pluri-normalidad”, por el cual todo proyecto existencial es norma de sí misma. A una verdad supuestamente absoluta o “normalidad” habrá que plantear la verdad de cada presencia singular. La desviación no puede ser considerada sólo negativamente (negación o desviación de la norma) sino como una nueva organización normativa, una nueva forma de ser en el mundo.

Por eso no se trata de proponer un modelo diverso de articulación nosográfica, sino profundizar la esencia de las experiencias psicopatológicas, y recuperarlas en su significación de modos distintos de ser de lo humano. La enfermedad mental como padecimiento personal o “acontecimiento personal”, trasciende la funcionalidad o no de

---

<sup>10</sup> Dejando de lado las diferencias teóricas entre psicopatología clínica y psicopatología fenomenológica (en las variantes fenomenológico-descriptivo de Jaspers y Schneider, fenomenológico-eidético o antropológico de von Gebattel, Minkowski y Straus o fenomenológica-trascendental (Binswanger, 1965, por citar algunas de las orientaciones) ambas buscan un terreno común en la práctica y en la investigación.

<sup>11</sup> Esto lleva a la búsqueda de un lenguaje que reduzca o traduzca la experiencia humana a proposiciones observacionales susceptibles de cuantificación, verificación, y análisis, es decir un lenguaje exento de ambigüedad. Sin embargo, esta modalidad no se corresponde con la práctica diaria dado que los participantes son sujetos y no objetos, actores y no son receptores pasivos de estímulos.

<sup>12</sup> La sociedad define las normas de pensamiento y comportamientos, y determina los modos de expresión de la locura, y por consecuencia sus límites. Sin embargo, hoy se plantea críticamente la identificación entre adaptación y normalidad. Tellenbach habla de “normalidad patológica”, Krauss de “hipernomia” y De Wulff de “normopatía”.

los órganos, los conflictos y mecanismos de defensa...; penetra en toda la vida humana, imprimiendo un contenido angustioso.

Las personalidades anormales –por más alejadas a la norma que se presenten–, no serán tema de psicopatología mientras esa desviación no exprese una limitación en los grados de libertad del poder vivenciar y poder comportar-se (Blankenburg, 1983). Las manifestaciones de la vida psíquica deben ser examinadas como reveladoras de modos esenciales de existir y proyectar un mundo. Cada enfermedad es específica y cada caso tiene su particularidad en virtud de la condición y libertad del paciente (Jaspers, 1967).

También el “entorno terapéutico” debe dejar de lado todo juicio de valor o de disvalor sobre la significación “categorial” de normalidad y metanormalidad. Por eso, Müller Suur (1962 & 1980) postula ayudar al enfermo a poder ser loco, ofreciéndole las condiciones estructurales y espacio-temporales que permitan expresar y realizar los horizontes existenciales constitutivos de su experiencia psicótica. Es decir, una terapia que analice y describa las experiencias de los pacientes en el contexto de una articulación dialógica del discurso. Una terapia que deje de lado toda de-formación ideológica de cualquier orden y que esté al servicio del hombre enfermo y no de la enfermedad como categoría abstracta.

Por eso, para Binswanger, “el progreso de la psiquiatría depende de un intercambio constante entre estas tentativas prácticas de acceso al enfermo y la reflexión sobre su propia esencia en tanto que ciencia” (Binswanger, 1971, p. 263).

Uno se pregunta ahora cómo la psiquiatría del siglo XXI deberá pensar el discurso del ser enfermo. En efecto, la constitución de una verdadera noso-logía ha de pasar por una reflexión ética y epistemológica de la experiencia clínica, es decir un estudio y profundización de la teoría de su práctica misma. Como en psiquiatría teoría y práctica son indisociables, reflexionar sobre este “saber y hacer” no implica pensar una teoría como contrapuesta a la práctica, sino una actitud crítica a los principios y fundamentos del discurso y de la praxis psiquiátrica. Entre el saber y el hacer, entre el lenguaje y la acción, entre la teoría y la práctica, se encuentra el saber hacer (Grenouilloux, 2010, p. 141).

Ahora bien, la práctica terapéutica –que no se confunde con el simple ejercicio de una técnica–, se desarrolla entre los polos de la autonomía<sup>13</sup> y la heteronomía (Blankenburg, 1983). Estos dos procedimientos corresponden a dos formas de preocupación por el otro (*Fürsorge*), según la distinción heideggeriana de *Sein und Zeit*, § 26 (pp. 122-123):

- Una forma “sustitutiva-dominante” (*einspringende Fürsorge*) donde se le evita al otro sus cuidados, preocupándose en servirlo hasta el punto de sustituirlo: uno se hace cargo del cuidado del otro que es quitado de su propio lugar, pasando a segundo término. Así, puede recibir la solución del problema como algo acabado y puesto a su disposición o puede quedar descargado de este peso plenamente. En semejante preocupación (*Fürsorge*)<sup>14</sup>, puede el otro convertirse en dependiente y dominado, aunque este dominio sea tácito y permanezca oculto para el dominado. Esta forma de asistencia o preocupación que sustituye al otro y lo priva de su propio “cuidado” (*Sorge*), es determinante en amplios sectores del ser-en-común y la mayoría de las veces se limita a alimentar la “ocupación” (*Besorgen*) del otro en entes meramente disponibles (*Zuhandenheit*).

- Otra forma, “anticipativa-liberadora” (*vorausspringende Fürsorge*), que no busca tanto sustituir al otro sino adelantarle las posibilidades de su existencia, y esto no para desposeerlo de sus “cuidados”, sino para restituírselos auténticamente. Esta “preocupación” que concierne formalmente al verdadero cuidado, es decir a la existencia del otro y no a alguna cosa de la que él se ocupa, ayuda al otro a volverse lúcido y a quedar en libertad para el cuidado. Esta distinción no vale sólo para la psicoterapia, sino que se aplica al conjunto de esfuerzos terapéuticos, pues el psiquiatra puede ser “sustitutivo-dominante” en la psicoterapia, y conducirse en quimioterapia como “anticipativo-liberador”. Por eso, no es pertinente dividir y oponer la práctica psiquiátrica en terapias biológicas y psicoterapias.

## Hacia una ética del cuidado

---

<sup>13</sup> Blankenburg (1983) afirma que la libertad no es un hecho aislable sino un fenómeno intersubjetivo. Por eso respecto al concepto de autonomía, como una metamorfosis del giro trascendental de Kant, el problema de la libertad en nuestro siglo ha devenido un problema intersubjetivo de atribución o adscripción.

<sup>14</sup> La traducción francesa de A. de Waelhens utiliza “assistance” para “Fürsorge”, que de algún modo se acerca más a la labor terapéutica. Recuérdese que Heidegger considera al “cuidado” (*Sorge*) como un existencial. Cuando se dirige a las cosas o “meros objetos” (*Vorhandenes*) y a los “útiles” o “entes a la mano” (*Zuhandenheit*), en cambio cuando se orienta al hombre es la “preocupación” (*Fürsorge*).

La práctica clínica nos muestra infinitas posibilidades de configurarse el encuentro con el paciente, situando los tiempos del terapeuta y el paciente en un espacio intersubjetivo. Esto implica un respeto absoluto al enfermo, a sus decisiones, a su manera de ser en el mundo, a sus síntomas que son a menudo lo más precioso porque le permiten sobrevivir.

La distancia entre uno y otro paulatinamente se hace cercanía hasta alcanzar un diálogo interpersonal que queda sellado por el “pacto de cuidado” que se sostiene en la confianza (Ricoeur, 2001) y cuyo objetivo es la curación. Por eso, la relación de “cuidado” ha de considerarse como unidad normativa de cualquier relación humana, frente a la multiplicidad de enfoques teóricos y de problemas legales y éticos.

Ahora bien, desde el inicio este pacto de cuidado se hace presente de modo frágil, por un lado, por la misma patología y el drama que allí surge, y por otro porque el terapeuta atiende más a su saber científico, a ubicar al paciente en esa “construcción profesional” de la enfermedad a fin de alcanzar una serie de juicios de diagnóstico y pronóstico, dejando de lado su singularidad: se interesa más de “la” enfermedad que de “el” enfermo.

Por eso, Ricoeur (2001) plantea el concepto de alianza terapéutica como modo profundizar la relación entre terapeuta y paciente. Se trata de una forma de promesa recíproca, de un compromiso terapeuta de acompañar al paciente, y por parte de éste de asumirse como agente de su propio tratamiento: es el pacto de cuidado recíproco. Se trata de integrar una ética de la responsabilidad por la alteridad del paciente cuyo sufrimiento constituyen un llamado de atención.

Si “curar u ocuparse de” es el dilema ético de todo psicoterapeuta que lo hace sentirse obligado a recuperar la dimensión de “alteridad” del alienus como expresión de responsabilidad intersubjetiva (Callieri, 1993, p. 128), ¿cómo lograr entonces una alianza terapéutica?

En última instancia, se trata de instaurar nuevamente la fiabilidad, ese Nullpunkt, ese punto cero de las relaciones de cuidado, y mantenerla por ambas partes. Se trata de pensar la fiabilidad como a priori fundante de las relaciones interpersonales, y cuanto más de las relaciones de cuidado, del “pacto de cuidado”.

Tener confianza implica para el paciente, mantener un vínculo y una esperanza con el terapeuta, es aceptar ser vulnerable y reconocer que la persona en la que confía

puede ejercer una práctica para su propio bien. Es aceptar creer en su palabra y esperar que los poderes que le son conferidos sean utilizados adecuadamente. Tener confianza es arriesgar ciertos aspectos de su futuro apostando por la fidelidad de la persona a la que se tiene confianza (Benaroyo, 2004).

Precisamente, es este encuentro con la vulnerabilidad del otro el que nos afecta, con su alteridad y su humanidad, el que nos solicita y nos interpela. Más allá o más acá de un deber de no abandono, es la responsabilidad para el otro como ineludible la que se nos impone por ella misma, y no puede ser derogada sin culpabilidad. “Soy responsable de él sin esperar lo recíproco” señala Levinas (1974).

Responder a la llamada del otro que sufre y existir para este otro, constituye un imperativo que posibilita un espacio terapéutico: el de otorgar una significación ética a la asimetría de la relación de cuidado y el de asumir la responsabilidad ética a esta asociada. Más aún, esta responsabilidad ética conlleva una hospitalidad hacia el otro, es decir una disponibilidad para acoger las palabras y los silencios del otro sin cubrirlas inmediatamente.

Cuando el paciente se hace presente en sus síntomas, lo hace en un discurso que expresa cómo, por qué y de qué manera está enfermo, remitiéndonos de este modo a una historia particular, a un contexto de sentido. Será la tarea del clínico la que busque integrar esas narrativas. Precisamente, el método clínico como acto interpretativo implica la organización de los eventos vividos en la sincronía de un relato: un relato que no es la simple repetición de un pasado ampliado, sino una co-creación del terapeuta y el paciente. El destino de un relato no reside en sí mismo sino más bien participa de otra lógica, la de la escucha: “es necesario recordar que la esencia del examen clínico es la escucha, que puede ser también escucha en el silencio del silencio...” (Barison, 1992, p. 32).

En este sentido, la praxis asistencial conlleva una dimensión ética, cuando a la afirmación de mi propia libertad se agrega la voluntad de la libertad del otro, es decir yo deseo que tu libertad exista (Ricoeur, 1974).

En última instancia, el saber terapéutico es de algún modo un saber antropológico, del hombre como sujeto de enfermedad, del *homo patiens*. El dolor y el sufrimiento no sólo son ‘pathos’ sino también ‘logos’, dice López-Ibor (1970): no producen conocimiento únicamente en quien padece sino también en quien quiere acompañar al hombre en su sufrir.

## Más allá del dualismo: hacia una antropología clínica

Los términos “psico-logía”, “psico-pato-logía”, “psiquiatría” nos hablan etimológicamente en griego, expresión del dualismo platónico que distingue una psique racional opuesta a un cuerpo-cárcel o tumba del alma, donde una “lógica de la separación” devendrá una “lógica de la disyunción”, donde el “mundo de ideas” representa a la razón mientras el “mundo sensible” traduce la desviación, la locura (Galimberti, 1987).

Siguiendo a distinción de niveles de “objetividad”, Strasser considera que toda “objetividad” se legitima en los límites de su circunscripción y plantea:

1. el nivel pre-científico del mundo cotidiano de la vida;
2. el nivel científico adquirido por el método que nace de la ruptura del mundo cotidiano. Aquí la Psico(pato)logía y la Psiquiatría fenomenológica se ubicarían como ciencias empíricas, naturales biológicas y experimentales, en estrecha relación con los “científicos de la vida” (*life- scientist*) (Thinès, 1978).
3. el nivel de objetividad meta-empírica, globalizador, antropológico. Dada la multifactorialidad del “hecho” psíquico ubica la estructura teórica-gnoseológica de la psiquiatría y la psicología en la intersección del campo de las ciencias naturales y las ciencias humanas.

Strasser formula aquí un nivel de objetividad meta-empírica, o nivel de toma de conciencia epistemológica y reflexiva, nivel que surge del afrontamiento del sentido con la posibilidad del sin sentido. En el campo de las ciencias sociales y/o humanas, en nuestro contexto se trata de una antropología fenomenológica.

Desde esta perspectiva, plantear una “antropología” implica por un lado un rechazo al dualismo psique y organismo que se ubica en los orígenes de las ciencias “psi” (Psicología, Psicopatología, Psiquiatría).

Precisamente, la antropología clínica constituye un nuevo espacio disciplinario que analiza las formas de subjetivación y del padecer humano, en la pluralidad de las dimensiones y de “direcciones de sentido”. Más aún, más allá de la diversidad de culturas,

se trata de considerar los mundos plurales y las ontologías múltiples, tan reales como “nuestra” ontología (Brigati, 2019).

No se trata de una sub-disciplina de la antropología, ni de la medicina. Si bien se arraiga inicialmente en la filosofía, antropología y psicopatología fenomenológica, y se acerca a una filosofía de la psiquiatría o a una epistemología de la psiquiatría, o una psicopatología reflexiva y filosófica, sus perspectivas son más amplias hasta constituir un campo transdisciplinario propio.

Del mismo modo, se hace necesario incluir la locura en el ámbito de una Antropología filosófica, como señala de A. de Waelhens,

No es posible concebir una antropología filosófica sin una referencia fundamental a la dimensión del inconsciente y a la de la enfermedad. Ello supone entre otras cosas, que lo normal no es inteligible sin lo patológico, en el sentido que los modos principales de lo patológico se determinan en estructuras articuladas, diversificadas, descriptibles y comprensibles, que pueden dar origen a trastornos concretos esenciales (y en el límite a todos los trastornos) en cada uno de los registros del comportamiento. Y sucede así porque la estructura patológica en cuestión se refiere a uno u otro estadio de la constitución del sujeto y le marca por ello por entero al correspondiente nivel (de Waelhens, 1973, p. 229).

Uno se pregunta finalmente, cómo pensar entonces al *ánthropos* desde la dinámica generada por la acción simultánea de varios niveles de realidad. ¿Es posible transgredir libremente las fronteras sin temer desaparecer, es decir “ir más allá de la clínica psiquiátrica” y cómo denominar a ello (Lantéri- Laura, 1990, p. 300)?

### **Senderos recorridos, senderos a recorrer**

A modo de conclusión, este trabajo busca transitar los “senderos” recorridos en tiempos de docencia, investigación científica y clínica<sup>15</sup>, donde se entrecruzan la fenomenología,

---

<sup>15</sup> Desde la Facultad de Psicología, en las Cátedras de “Psicología Fenomenológica y Existencial”, y “Psicología, Ética y Derechos Humanos”, y “Una mirada Antropológica en la Clínica” en el Hospital Psiquiátrico T. Borda; desde la Facultad de Medicina, en las Cátedras de “Bioética”, “Antropología y

la psicopatología, la psiquiatría, y la ética. *Holzwege* los denomina Heidegger, como indica el epígrafe inicial<sup>16</sup>.

Son senderos que a veces se adentran en lo no-abierto, hasta que después de un arduo trabajo se vuelven a retomar, por eso investigarlos y pensarlos se presenta como una tarea continua. Por un lado, porque el hombre no puede agotar la riqueza de la realidad, y por otro, porque además la realidad en cuanto tal es desde sí misma constitutivamente abierta que nos imponen nuevos esfuerzos.

la ciencia no constituye una simple adición de verdades que el hombre posee, sino el despliegue de una inteligencia poseída por la verdad. Entonces las ciencias ya no se hallan meramente yuxtapuestas, sino que se exigen mutuamente para captar diversas facetas y planos de diversa profundidad (Zubiri, 1987, pp. 35-36).

En “Qué es investigar” Zubiri (1982) afirma que la investigación no consiste en una mera ocupación, sino que es una dedicación intelectual que configura nuestra mente. Más aún frente a la “ocupación”, la “dedicación” es hacer que la realidad verdadera nos configure. Precisamente “vivir intelectivamente según esta configuración es aquello en que consiste lo que se llama profesión”. Pero es una profesión particular que nos arrastra suscitando un movimiento de búsqueda inacabado.

---

Sociología Médica”, y “Psicología Médica” y labor asistencial en el Hospital Clínica. Todas estas actividades en la Universidad de Buenos Aires. Desde el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, como Investigadora.

<sup>16</sup> En otros trabajos de la autora, se han ampliado las llamadas “categorías”, que corresponden a una eidética fenomenológica. En contraposición de una semiología tradicional.

## Referencias bibliográficas

- Barison, F. (1992). Expériences de “psychothérapie” dans une psychiatrie inspirée de Heidegger. *Comprendre*, N° 6.
- Benaroyo, L. (2004). Soins, confiance et disponibilité: Les ressources éthiques de la philosophie d’Emmanuel Lévinas. *Éthique & Santé* 1(2): 1 (2), 60–63, May.
- Binswanger, L. (1971) *Introduction à l’analyse existentielle*. Minit.
- Blankenburg, W. (1983). La psicopatología como ciencia básica de la psiquiatría. *Revista chilena de Neuropsiquiatría*, XXI (3), 177-188.
- Brigati, R. (2019). Metamorfosi. La svolta ontologica in antropologia (pp. 299-354). En Brigati, R. & Gamberi, G. (Eds), *Metamorfosi. La svolta ontologica in antropologia*. Quodlibet.
- Callieri, B. (1993). ‘Curare’ o ‘prendersi cura di’, il dilemma psichiatrico della responsabilità esistenziale. *Atque*, 8, 121- 131.
- Galimberti, U. (1987). *Psichiatria e Fenomenologia*. Feltrinelli.
- Grenouilloux, A. (2010). Quels besoins et quels moyens pour une nosologie psychiatrique au XXI siècle?, *L’Information Psychiatrique*, 86 (3), 135-143.
- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. Max Niemeyer Verlag.
- Heidegger, M. (1950). *Holzwege*. Vittorio Klostermann.
- Husserl, E. *Ideen zu einer Phänomenologie und Phänomenologische Philosophie* I, II, III (Husserliana III, IV y V), Dordrecht, Nijhoff, 1950, 1952, 1952);

*Phänomenologische Psychologie* (Huss. IX, 1962); *Cartesiansche Meditationem* (Huss. I, 1950); *Die Krisis der europäischen Wissenschaften*. (Huss. VI, 1954).

Jaspers, K. (1967). *Psicología de las concepciones del mundo*. Editorial Gredos.

Khun, R & Maldiney, H. (1971). Préface (pp.7-24). En L. Binswanger; *Introduction à l'analyse existentielle*. Minuit.

Landgrebe, L. (1982). *Faktizität und Individuation. Studien zu den Grundfragen der Phänomenologie*. Felix Meiner Verlag.

Landgrebe, L. (1982). Festschrift Faktizität und Individuation. *Studien zu den Grundfragen der Phänomenologie*. Felix Meiner Verlag.

Lantéri-Laura, G. (1990). Au-delà du domaine clinique. *L'Evolution Psychiatrique* (55), 2, 287-302.

Lantéri-Laura, G. (1986). Phénoménologie et critique des fondements de la psychiatrie. *L'Evolution Psychiatrique*, 51 (4), 895-906.

Levinas, E. (1974). *Autrement qu'être ou au delà de l'essence*. M. Nijhoff;

Lopez-Ibor, J. J. (1970). Enfermedad, dolor y sufrimiento, *Noticias Médicas*.

Mainetti, J. A. (1972). *Realidad, fenómeno y misterio del cuerpo humano*. Ediciones Quirón.

Maldiney, H. (1986). Daseinanalyse: phénoménologie de l'existant? (pp.9-27). En R. Fédida, *Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse, Phénoménologie*. G.R.E.U.P., Echo-Centurion.

- Müller-Suur, H. (1962). Das Schizophrene als Ereignis (pp. 81-93). En von Kranz H. (Ed.) *Psychopathologie heute*. Thieme.
- Müller-Suur, H. (1980). *Das Sinn-Problem in der Psychose*. Hogrefe Verlag.
- Ramos Gorostiza, P. & González Calvo, J. M. (1995). El sentido de la Psicopatología y el papel de la fenomenología. Contribución a una controversia. *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 23, 5, 281-286.
- Ricoeur, P. (1974). Psychiatry and Moral Values (pp. 976-990). En S. Arietti (Ed), *American Handbook of Psychiatry*, Basic Books, vol. I.
- Ricoeur, P. (2001). *Le Juste 2*. Éditions Esprit.
- Rovaletti, M. L. (2000). The Phenomenological Perspective in the Clinic: From Symptom to Phenomena, *Comprendre, Archive International pour l' Anthropologie, la Psychopathologie et la Psychothérapie Phénoménologiques*, (10), 109-123.
- Strasser, S. (1967). *Phénoménologie et sciences de l'homme*. Louvain. Université de Louvain.
- Tatossian, A. (1986). Pratique Psychiatrique et Phénoménologie (pp.123-132). En P. Fedida, (ed), *Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse*. GREUP, Echo-Centurion.
- Tellenbach, H. (1969). *Estudio sobre la patogénesis de las perturbaciones psíquicas*. F.C.E.
- Thinès, G. (1978). *Fenomenología y Ciencias de la Conducta*. Pirámide.
- Waelhens, A. de. (1973). *La Psicosis; ensayo de interpretación analítica existencial*. Ediciones Morata.

- Walton, R. (1993). Cuerpo propio y temporalidad en la interpretación de Husserl (pp. 99-128). En *Walton, R: Husserl. Mundo, conciencia y corporalidad*. Almagesto.
- Zubiri, X. (1982). ¿Qué es investigar? Discurso de aceptación del premio Ramón y Cajal a la investigación científica. *The Xavier Zubiri Review*, Vol. 7, 2005, 5-7.
- Zubiri, X. (1987). *Naturaleza, Historia, Dios*. Alianza-Sociedad de Estudios y Publicaciones.