

SODEPSI

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE

# PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

PSIQUIATRÍA · PSICOLOGÍA · CIENCIA · CULTURA | TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 11, VOLUMEN 11, Nº 1 MARZO DE 2015

Revista patrocinada por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente,  
Facultad de Medicina, Universidad de Chile

[www.revistagpu.cl](http://www.revistagpu.cl)

## IMPORTANTE

El nuevo correo del editor de GPU es: [revistagpu@gmail.com](mailto:revistagpu@gmail.com)

El sitio actual de la GPU es: [www.revistagpu.cl](http://www.revistagpu.cl)

### SUSCRIPCIONES DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

(incluye envío por correo certificado)

Psiquiatras..... suscripción gratuita  
Médicos no psiquiatras ..... \$ 32.000\*  
Otros profesionales ..... \$ 32.000\*

### SUSCRIPCIONES EN EL EXTRANJERO

(incluye envío por correo certificado)

Psiquiatras..... US\$ 60\*  
Médicos no psiquiatras ..... US\$ 75\*  
Otros profesionales ..... US\$ 75\*

#### Solicitudes

CyC Salud Limitada

E-mail: [contacto@cyccsalud.cl](mailto:contacto@cyccsalud.cl)

Fono: (56-2) 2269 7517

\* Suscripción por 1 año (cuatro números).

Si usted es psiquiatra y no ha recibido esta revista, por favor actualice su dirección en el siguiente correo: [contacto@cyccsalud.cl](mailto:contacto@cyccsalud.cl)

**DIRECTOR ACADÉMICO**

César Ojeda

**EDITOR GENERAL**

Alberto Botto

**SUBEDITORES GENERALES**

Patricia Cordella, Hernán Villarino

**SUBEDITORES DE ÁREA**

**Psicoanálisis:** Juan Carlos Almonte

**Filosofía:** Jorge Acevedo

**Antropología:** Felipe Martínez

**Investigación:** Jaime Silva

**Literatura:** Eduardo Llanos

**Psicopatología:** Hernán Silva

**CUERPO EDITORIAL**

Jorge Acevedo

Julia Acuña

Claudia Almonte

Juan Carlos Almonte

M. Luz Bascañán

Sergio Bernales

Alberto Botto

Francisco Bustamante

Patricia Cordella

Susana Cubillos

Guillermo de la Parra

Michele Dufey

Ramón Florenzano

Juan Pablo Jiménez

Juan Francisco Jordán

Eduardo Llanos

Felipe Martínez

Juan Carlos Martínez

César Ojeda

Gricel Orellana

Sandra Saldivia

Jaime Santander

André Sassenfeld

Catalina Scott

Hernán Silva

Jaime Silva

Benjamín Vicente

Hernán Villarino

[www.revistagpu.cl](http://www.revistagpu.cl)

Gaceta de Psiquiatría Universitaria

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría

Av. Providencia 1939, 52-B

Santiago de Chile

Fono: (56-2) 2269 7517

Representante legal: Hernán Villarino Herrería

Edición gráfica, distribución y comercialización: CyC Salud Limitada

Revista de distribución gratuita a los profesionales psiquiatras

Toda la correspondencia, así como las colaboraciones, se prefiere sean enviadas electrónicamente al Editor General, Email: [revistagpu@gmail.com](mailto:revistagpu@gmail.com)

ISSN: 0718-4476 (Versión impresa)

ISSN: 0718-9346 (Versión en línea)

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

1. Los trabajos deben ser escritos en castellano (en casos excepcionales se aceptarán en inglés o alemán), pueden ser inéditos o haber sido publicados en medios de baja circulación, como libros, revistas u otros. Si el autor tuviera contrato de exclusividad editorial, deberá contar con la autorización correspondiente. El formato preferido es tamaño carta, letra Arial 12 con 1,5 espacios de separación entre líneas, con uso de cursiva y sin negritas en el texto. La extensión es libre, aunque se sugiere no exceder las 20 páginas. Los trabajos deben ser enviados sólo en forma electrónica al Editor General: [revistagpu@gmail.com](mailto:revistagpu@gmail.com)
2. Las colaboraciones pueden tener la forma de artículo tradicional, cartas, comentarios, opiniones, ensayos, ideas y otros. En el caso de los artículos de formato tradicional es preferible que las referencias sean las estrictamente necesarias.
3. La forma de citar las referencias es libre, pero debe ser la misma a lo largo de todo el trabajo y fácilmente comprensible para los lectores. Se sugieren las siguientes:

### *Artículo:*

1. López C. La imipramina en la enuresis. Rev Chil de Neuropsiquiatría, 2004, 3: 25-29

### *Libro:*

1. Jaspers K. Psicopatología General, Ed Beta, Madrid, 1970

4. El autor puede iniciar su artículo con un resumen en castellano (e inglés si lo desea), que sirva de invitación al lector y dé cuenta de aquello que desarrollará en el texto.
5. Los editores se comunicarán vía mail con los autores a efectos de cualquier sugerencia, y se reservan el derecho de rechazar una colaboración por fundamentos que se les dará a conocer por escrito.
6. Los trabajos recibidos podrán ser publicados, además de en números regulares de la *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, en suplementos y/o separatas de la misma revista.

# ÍNDICE

---

## 6 EDITORIAL

- 6 REFLEXIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE SODEPSI Y LA GPU  
*Hernán Villarino*

## 8 ACADÉMICAS

- 8 PSICOPATOLOGÍA INFANTOJUVENIL. SEGUNDA VERSIÓN DIPLOMA DE POSTÍTULO

## 9 COMENTARIO DE LIBROS

- 9 HISTORIAS DE PSIQUIATRAS. TESTIMONIOS DE PSIQUIATRAS CHILENOS

Autores: Cristóbal Heskia y César Carvajal  
Editorial: Gráfica LOM, Santiago, 2014  
Comentarista: *Fernando Bertrán*

- 11 EMPATÍA CERO. NUEVA TEORÍA DE LA CRUELDAD

Autor: Simon Baron-Cohen  
Editorial: Alianza, 2012, 229 págs.  
Comentarista: *Claudia Almonte*

## 13 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

## 15 HOMENAJE DE UN DÍA CUALQUIERA

- 15 A FÉLIX SCHWARTZMANN TURKENICH  
*César Ojeda*

## 22 ENSAYO

- 22 EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DEL *PRINCIPIUM RATIONIS SUFFICIENTIS AGENDI* EN SCHOPENHAUER, Y SUS AVATARES POSTERIORES  
*Hernán Villarino*

- 28 BIOPOLÍTICA DEL DESARROLLO Y SALUD MENTAL

*Sergio Prudent*

## 38 REVISIÓN

- 38 MINIMIZANDO LOS EFECTOS CARDIOVASCULARES ADVERSOS DE FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

*Fadi T. Khasawneh, Gollapudi S. Shankar*

## 48 PSICOANÁLISIS

- 48 EL PAPEL DE LO INDICIARIO DENTRO DEL MÉTODO DE LA ATENCIÓN FLOTANTE

*Andrés Correa*

## 61 PSICOTERAPIA

- 61 ANÁLISIS SOBRE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL USO DEL TIEMPO FUERA COMO TÉCNICA DE MANEJO CONDUCTUAL EN NIÑOS PREESCOLARES

*Mariavictoria Benavente, Félix Cova*

- 67 MODELO CCHS PARA TERAPIA SEXUAL DE PAREJA (BASADO EN HELEN SINGER KAPLAN)

*Carmen Gloria Fenieux, Alex Oksenberg*

## 72 PRÁCTICA CLÍNICA

- 72 ¿QUÉ DEBEMOS EVALUAR EN CONSULTANTES DE SALUD MENTAL CON RIESGO SUICIDA?

*Orietta Echávarri, Ronit Fischman, Susana Morales, Camila Murillo, Jorge Barros*

- 80 PROCESO PSICOTERAPÉUTICO EN UN PROGRAMA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD: SÍNTOMA Y SIGNIFICADO

*Francisca Melis, Luz María González, Rodrigo Ubilla, Tomás León*

- 90 DEPRESIÓN POST ICTAL (DPI)

*Fernando Ramírez, Maritza Bocic*

- 94 PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y DISFUNCIÓN TIROIDEA

*Gabriela Tapia, Maritza Bocic*

## 98 INVESTIGACIÓN

- 98 EL FENÓMENO DE LA PERVERSIÓN EN LA CLÍNICA

*Constanza Baladrón, Valeria Fernández, Ety Rapaport, Alemka Tomicic*

- 107 ESTUDIO DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CHILE. ESTADO ACTUAL

*Flora de la Barra, Benjamín Vicente, Sandra Saldivia B, Roberto Melipillán*

## REFLEXIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE SODEPSI Y LA GPU<sup>1</sup>

Hernán Villarino<sup>2</sup>

Hace unos cuantos años Jacques Derrida y Jean-Luc Marion, partiendo de ciertas afirmaciones del primero, se trenzaron en un animado, ameno y fructífero debate sobre el don y los dones.

La donación, como sabemos, es un tema eminentemente fenomenológico, por eso las interrogantes partían de lo que está dado; al fin de cuentas es un verdadero misterio cómo es que se da lo que se dona, qué significa que esté dado lo dado, y, lo más enigmático de todo: quién es el donante de las donaciones.

En el ámbito de la vida práctica, incluso de la sociología, estas preguntas filosóficas llevaron a aquellos autores al terreno común, y aparentemente comprensible, del sentido que tiene el dar, el regalar, de los dones, en fin, que a veces nos damos los unos a los otros pero que más frecuentemente nos negamos o que simplemente fingimos.

Pues bien, a nuestro juicio SODEPSI y la GACETA son ese don que quizá aún sin saberlo del todo han recibido directamente la psiquiatría e indirectamente toda nuestra sociedad.

Hemos de preguntarnos, entonces, cuál es la naturaleza de esta donación.

Intentemos comprenderla.

Un filósofo de moda, Byung-Chul, coreano afincado en Alemania para más señas, afirma que donde prevalece el deseo de la transparencia es porque ya no queda ningún resquicio para la confianza, de modo que en realidad la transparencia no produce

confianza sino que la deshace, porque la exigencia de transparencia se escucha precisamente cuando ya no hay confianza.

Que el hombre contemporáneo está hundido en la desconfianza no es algo que requiera mucho abono de pruebas; además, en el hecho de haber tocado este tema radica el justificado éxito que ha tenido Byung-Chul, capaz de dar o donar la palabra a un asunto que todos llevamos en sordina.

En efecto, cada día y en cada ocasión se expresa la desconfianza del ciudadano común con los sistemas de salud, con las declaraciones científicas, con los organismos internacionales, con los partidos políticos, con las instituciones estatales y académicas, con los medios de comunicación, con las políticas empresariales, con los destructivos efectos de la técnica sobre la vida del planeta, etc., y no caben dudas que también con lo que dicen los psiquiatras y los psicólogos.

Pero si bien la exigencia de transparencia es un indicio de que se ha perdido la confianza, aunque Byung-Chul no lo diga es también el camino, el único camino, para recuperarla.

Quienes descubren este trayecto y lo transitan están otorgando un deseado y necesario don a todos los que de algún modo, y a veces sin saber con claridad lo que quieren, claman por ella. Pero la transparencia no es ajena a la independencia, una no puede ir sin la otra; y aunque sean valores inestimables, ambas tienen en el mundo un elevado precio.

<sup>1</sup> Alocución leída en la Asamblea de Socios de SODEPSI, realizada el 10-01-2015.

<sup>2</sup> Expresidente de SODEPSI.

¿Y quién podrá negar que éstos son los dones más evidentes de SODEPSI y la GACETA, pagados, además, al precio en que se tasan?

Por lo pronto aquí todo puede ser dicho, no hay vetos ni vacas sagradas, y cada uno es el responsable de lo que dice y de lo que hace. Ninguna supuesta autoridad científica, política, religiosa o filosófica lo ampara y responde por él/ella. No hay ningún otro refugio aparte de la razón, de la que nadie es dueño en exclusiva y que a todos nos pertenece.

Y sin embargo, en este saludable clima, riguroso e implacable, prospera la posibilidad de los acuerdos, de oírse el uno al otro, de realizar una tarea mancomunada pero todavía íntimamente libre, de vivir cada cual su propia vida ajeno a los consensos superficiales o las falsas unanimidades; en fin, el transitar con los riesgos e incertidumbres propios de la existencia sin necesidad de consoladoras prótesis espirituales, de afirmaciones violentas o del maquillaje de la realidad.

El don, vale decir, el dar y el regalar, no es el producto mecánico e irrevocable de condiciones anteriores, ni mucho menos del azar; es un acto querido y buscado, pero creativo, y por lo mismo inesperado e incalculable.

Construir, crear, es ir de cualquier parte a una parte muy especial, y para ello, dice Jorge Wagenberg, se requieren los dones del tiempo, del talento y del esfuerzo. Destruir, agotar la confianza, en cambio, es ir de una parte muy especial a cualquier parte, y para ello no se requiere absolutamente nada, no se precisa de ningún don.

Ésta, en el fondo, es la vieja dialéctica de Prometeo y Epimeteo, es decir, del reflexivo y del paciente frente al cabeza loca apresurado que cree sabérselas todas pero que arruina todo lo que toca.

Desde otra perspectiva, la desconfianza es un claro signo de la decadencia de las epimeteicas elites. Solemos creer que el pensar habita en la elite aunque en ella sólo more el poder. El pensar es una facultad humana, accesible por eso a cualquiera, y si bien se ha pretendido liberar el agobio del mundo matando a las elites, esta solución no ha funcionado en ninguna parte, sobre todo porque quienes las reemplazan tampoco ejercen el pensar.

Es hora de intentar otra solución. No hay que matar a nadie, ni mucho menos disputarle a nadie su hueso,

hay que invitar a todos los que miran desde la galería para que entren y sepan que el mundo y sus propias personas son suyos también. Para decirlo con palabras de Kant: *Sapere Aude*, es decir, atrévete a pensar por ti mismo, hazte cargo de tu mayoría de edad y deja tu culpable irresponsabilidad, no te embauques ni permitas que nadie lo haga contigo.

Y ese apremiante llamado a todos los seres humanos que en su día realizó el gran filósofo de Königsberg, que todavía resuena, y quizá aún con mayor urgencia en nuestra época, es uno de los más notorios y notables dones que se oyen desde SODEPSI y la GACETA.

Pero al fin de cuentas, ¿quién dona esta donación? Sin dudarlo debemos responder que los dioses.

Los griegos eran lo suficientemente pudorosos y realistas para atribuir sus éxitos y logros no a sí mismos, sino a sus deidades. Sabían que ni en la guerra, ni en el arte, ni en las ciencias, ni en la filosofía se podía avanzar un paso sin su gracia e inspiración.

Y no es que queramos ser ingratos con los efectivos trabajos e iniciativas de los otros que han levantado, vivificado y puesto en marcha esta empresa, los que tienen nombre y apellido y sin los cuales nada pudo ser hecho, sólo que quizá no sea ésta la ocasión de nombrarlos.

Hecha esta salvedad, creo que es muy saludable la antigua y venerable costumbre griega. Y de entre los dioses que auspician esta corporación no podemos contar a Dionisos, más bien estamos bajo la égida de Apolo, es decir, de la cálida y acogedora luz, la claridad y la inteligencia.

Para terminar:

Quiero aprovechar de agradecer a los socios que me han dado la oportunidad, y el honor, de estar y presidir el Directorio de SODEPSI; y si consideran que algo se ha hecho bien, es mérito de Apolo, y si mal, toda la responsabilidad es mía. Quiero agradecer también a todos los que desde el Directorio y fuera de él han trabajado con entusiasmo y abnegación durante estos dos últimos años.

Muchas gracias a todos por su atención, pero sobre todo: larga vida al espíritu y los dones de SODEPSI y la GACETA.



Segunda Versión Diploma de Postítulo

## Psicopatología Infanto Juvenil

Fecha: 5 de Junio - 21 de Noviembre 2015

### Destinatarios:

Profesionales del área de la salud, interesados en salud mental infanto juvenil: Psiquiatras, Pediatras, Psicólogos, Médicos Generales y de Familia, Enfermeras, Fonocardiólogos, Terap. Ocupacionales, Kinesiólogos”

### Directora:

Ps. Ph.D Anneliese Dórr  
Profesor Asociado  
Facultad de Medicina  
Universidad de Chile

### Docentes:

- Ps. Karla Álvarez
- Ps. Ph.D María Luz Bascuñán
- Dra. Marianela Becker
- Ps. Andrés Borzutzky
- Dra. Francisca Corona
- Ps. Ph.D Anneliese Dórr A.
- Dr. Otto Dórr Z.
- Dr. Jorge Förster
- Dra. Rosemarie Fritsch
- Dr. Ricardo García
- Ps. Ph.D M. Elena Gorostegui
- Dra. Muriel Halpern
- Ps. Verónica Inda
- Dra. Marcela Larraguibel
- Ps. Francisco Maffioletti
- Dr. Alejandro Maturana
- Ps. Andrea Moyano
- Ps. Karen Muci
- Ps. Adriana Palacios
- Psicopedg. Claudia Palacios
- Ps. Ph.D Francisca Pérez
- Dra. María Constanza Recart
- Dra. Tamara Rivera
- Dr. Arturo Roizblatt
- Ps. Alfredo Ruiz
- Dra. Cecilia Schellhorn
- Ps. Diana Ulloa
- Ps. Sandra Viani
- Dra. Kristina Weil
- Dra. Daniela Zalaquet
- Ps. Beatriz Zegers

### Certifica:

- Escuela de Postgrado
- Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente



2<sup>da</sup> VERSION  
2015

### Contenidos:

Ordenamientos diagnósticos, estrategias teóricas y prácticas del abordaje terapéutico de cuadros clínicos y problemas psicosociales, tales como: Déficit Atencional e Hiperactividad, Trastornos del Aprendizaje, Desórdenes del Ánimo, Trastornos de Alimentación, Desórdenes Conductuales, Espectro Autista, Psicosis, Adicción a drogas, entre otros.

### Consultas:

E-mail: [gestrada@med.uchile.cl](mailto:gestrada@med.uchile.cl)

Teléfono: (56 2) 2274 8855

Departamento Psiquiatría y Salud Mental Oriente,  
Av. Salvador 486, Santiago.

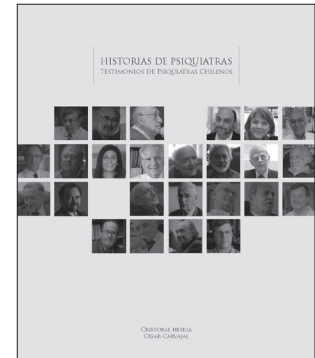
Para más información ver sitio: "[www.diplomapsicoinfantojuvenil.cl](http://www.diplomapsicoinfantojuvenil.cl)"



# HISTORIAS DE PSIQUIATRAS. TESTIMONIOS DE PSIQUIATRAS CHILENOS

**Autores:** Cristóbal Heskia y César Carvajal  
**Editorial:** Gráfica LOM, Santiago, 2014

(Rev GPU 2015; 11; 1: 9-10)



**Fernando Bertrán**

Desde su inicio este libro sorprende con las preguntas que se plantean los autores: ¿Hay algunas características que singularicen a la psiquiatría chilena?

¿Cuál ha sido la historia de la psiquiatría chilena al menos durante los últimos 50 o 60 años?

La decisión, muy acertada, fue escoger como método de estudio la entrevista personal a 25 psiquiatras, comenzando con los maestros de la psiquiatría chilena y otros médicos que, a juicio de los autores, eran significativos por conocimiento directo o por sus escritos.

Algunas de estas entrevistas fueron filmadas y se editó un video que resume parte de estos testimonios. He tenido la oportunidad de verlo y también observar que está muy bien logrado.

Precede a cada entrevista una detallada descripción de la Trayectoria Académica y/o Profesional del entrevistado y sus Áreas de Interés en Psiquiatría. Luego se transcriben las respuestas a una serie de preguntas que fueron similares para cada uno de ellos:

Aspectos Biográficos, que incluyen la aparición de su vocación psiquiátrica, hechos o circunstancias de vida determinantes, recuerdos de los inicios de la formación, personas que han sido sus mentores y etapas en que ha sido notable la influencia de estos maestros, autores o libros especialmente importantes en su formación o vida profesional, escuela u orientación teórica que haya sido predominante y la evolución o cambios

experimentados, trabajo publicado que considere el mejor logrado, con mayor impacto o que le produjo mayor satisfacción personal, y cuál es el mayor logro de su carrera profesional.

Aspectos Doctrinarios Generales: se solicitó su opinión respecto de las influencias externas e internas más importantes en el desarrollo histórico de la psiquiatría chilena, influencias de la psiquiatría extranjera en la práctica psiquiátrica chilena y por último si considerara que en la historia de la psiquiatría chilena existen algunos hitos importantes.

En todas las entrevistas, que ningún invitado rechazó, se advierte un marcado interés por compartir sus vivencias, experiencias y visiones de la historia de la psiquiatría. Es muy amena la lectura por la intimidad del relato transcrito, que incluye anécdotas personales, descripciones de momentos de desarrollo, crisis y frustración personal y grupal. Los hitos de la historia política del país se ven reflejados en las experiencias vividas, con la desintegración de grupos y formación de instancias nuevas de actividad.

Mención aparte merece el reconocimiento que muchos hacen a los profesores Ignacio Matte Blanco y Armando Roa Rebolledo, como representantes de dos orientaciones predominantes en la psiquiatría chilena, aglutinan a médicos que forman grupos que incluyen a varios de los entrevistados y sus discípulos.

El interés por la medicina, psiquiatría, filosofía y humanismo es un elemento común en ellos, que impulsa un desarrollo reconocido de la psiquiatría chilena que los ha trascendido.

Destaca en los entrevistados la vocación por el servicio público y académico, comprometidos con instituciones en las que experimentan los cambios de forma del quehacer en las distintas épocas. Desde la creación de las instituciones mentales acordes al desarrollo del país, como la transformación de los hospitales psiquiátricos, la creación de Clínicas Universitarias, los Servicios de Psiquiatría en los hospitales generales y la atención ambulatoria comunitaria, hasta el desarrollo de Cátedras Universitarias e institutos de formación especializados.

El mayor mérito de este libro, de carácter testimonial, es éste, recoger y conservar los relatos muy personales de cada uno de los entrevistados desde la

intimidad de su ser personal. No se pretende, y los autores no lo hacen, escribir una historia de la psiquiatría chilena. Comparten con el lector las historias de connotados psiquiatras de Chile y el modo como las han vivido y relatado.

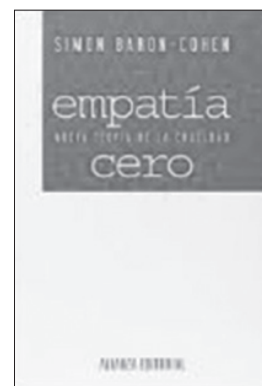
La historia, que podría ser descrita como un conjunto de sucesos o circunstancias seleccionados y ordenados según reglas o pautas no podría dar cuenta de la descripción compartida por los entrevistados. Sus características personales y grupales, los hechos y circunstancias que vivieron y los conceptos que los guían constituyen su historia, que también es la de todos, en la psiquiatría chilena. Como describe C. Sluzki, la historia compartida, la que nos otorga sentido de identidad colectiva con continuidad temporal, es una construcción, como un rompecabezas construido con piezas selectas de la realidad pegadas con el cemento de nuestras convicciones.

# EMPATÍA CERO. NUEVA TEORÍA DE LA CRUELDAD

**Autor:** Simon Baron-Cohen

**Editorial:** Alianza, 2012, 229 págs.

(Rev GPU 2015; 11; 1: 11-12)



**Claudia Almonte**

**H**oy les quiero comentar este libro, que, desde su título, me llamó la atención.

En nuestra sociedad posmoderna, en que el individualismo se manifiesta rozándolo todo, el paroxismo de la tecnología y la relación con las máquinas aumenta minuto a minuto, sumergirse en temáticas tan humanizantes, como lo es la empatía (aunque en este caso el énfasis sea en un modelo para explicar la ausencia de ella, o “empatía cero”), me parece fascinante.

El autor ha dedicado 30 años de su vida a estudiar este tema, ya que desde su infancia se preguntaba sobre el origen de las conductas despiadadas en el ser humano. Según sus palabras, está dirigido a lectores con una disposición sensible.

Tardó seis años en escribirlo, y trabajó junto a un equipo de investigadores, buscando el origen de esta condición, tanto en las bases genéticas como en los factores ambientales. Reemplazó el concepto de “maldad”, por el de “empatía cero”.

Pretende enfatizar el hecho de que la empatía positiva es uno de los recursos más valiosos para resolver conflictos, tanto en los planos personal, familiar, social y mundial, e interrogándose por qué no se enseña más en escuelas para padres, colegios y universidades.

Es de lectura fácil, fluida y muy didáctica, mostrando la faceta docente de su autor, y traspasando, en forma sencilla, la síntesis de un trabajo de alta complejidad.

Define empatía en forma brillante, como aquel estado que se produce cuando suspendemos nuestro foco de atención único, centrado exclusivamente en

nuestra mente, y, en su lugar, adoptamos un enfoque de atención doble, que se centra en la mente del otro y responde o se moviliza en forma consecuente.

El concepto de “erosión de la empatía” sustituiría al término “maldad”, en que se convierte a los otros en objetos, ignorando su subjetividad, sus pensamientos y sentimientos. Las manifestaciones de esta empatía erosionada han estado presentes en diversas culturas y periodos históricos de la humanidad.

La empatía varía en la población, distribuyéndose en la curva normal clásica de Gauss.

Propone y crea una escala para medirla, en adultos (de autoaplicación), y en niños (medida por sus padres), que está disponible en los apéndices del libro; de su medición se obtiene el cociente de empatía. Diferencia siete niveles, desde el cero hasta el sexto, que constituiría la empatía máxima. Estos niveles suelen ser fijos en cada persona, variando sólo en forma pasajera.

Plantea que en uno de los extremos de este espectro se encontrarían los cero grados de empatía, que se subdividen en los cero positivos y los cero negativos. Estos últimos estarían constituidos principalmente por los psicópatas, los narcisistas y los borderline. Para el autor, estos tres clásicos trastornos de la personalidad podrían ser vistos como personas con una característica común el poseer cero grado de empatía. Dedicó un capítulo especial para describir a los cero grado positivos, constituidos por los pacientes del espectro autista y sd. de Asperguer. En ellos coexisten la ausencia de empatía con una fuerte capacidad de sistematización, buscando

y descubriendo patrones que se repiten en la naturaleza, en la música y en múltiples esferas de la vida. Estas habilidades serían adaptativas para desarrollar la investigación y aumentar el avance de las ciencias.

Se refiere a las bases neuroanatómicas del circuito de la empatía en forma detallada, las que estarían constituidas por al menos diez áreas cerebrales específicas. Este circuito sería atípico en los cero grados de empatía. Con base en estos planteamientos, propone que los tratamientos para ellos debieran orientarse con programas informáticos educativos y *role playing*, entre otros.

En prevención, promoviendo una empatía sana, sería fundamental enseñar con énfasis el desarrollo de un apego seguro, que generaría, según palabras del

autor, un “tesoro interno”, que puede cambiar el curso de la vida de un individuo.

Estudió, junto a sus investigadores, los genes relacionados con la empatía, varios de ellos descritos en el libro, aportando la idea novedosa que la empatía se construiría, no solo en base al entorno, sino que también en factores biológicos.

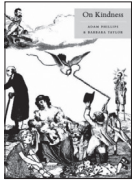
Simon Baron-Cohen deja abierta la propuesta a seguir investigando en esta interesante mirada de la conducta humana.

Profundizar nuestro conocimiento en el área de la empatía hace más probable que la podamos enseñar y, lo principal, ejercer en su forma positiva, dándole un contrapunto a la vanalidad del mal.

Esta lectura nos ayuda a pensar(nos) en los demás.

## CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

Numerosos lectores nos han sugerido que agreguemos la forma en que estos libros pueden ser adquiridos, por lo que publicaremos de manera permanente las direcciones de compra. La referencia de los comentarios realizados en GPU está indicada para cada caso y usted puede revisarlos en los números impresos o en el sitio de la revista: [www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl](http://www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl). Las compras por internet se realizan mediante tarjeta de crédito. En el caso de editoriales nacionales, la gestión también puede ser hecha llamando por teléfono.



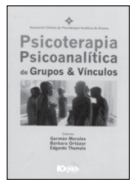
### ON KINDNESS

Autores: Adam Phillips, Barbara Taylor  
 Editorial: Penguin Books, London, 2009  
 Comentario: Rev GPU 2012; 8; 1: 18-19



### PENSAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

Autor: Donna M. Orange  
 Editorial: Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 2012  
 Comentario: Rev GPU 2012; 8; 4: 384-385



### PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE GRUPOS Y VÍNCULOS

Editores: Germán Morales, Bárbara Ortúzar y Edgardo Thumala  
 Comentario: Rev GPU 2012; 8; 1: 20-22



### EL ENIGMA SPINOZA

Autor: Irving Yalom  
 Editorial: Emecé, Buenos Aires, 2012  
 Comentario: Rev GPU 2012; 8; 4: 386



### ENFERMEDADES DEL ÁNIMO

Pedro Retamal (Editor) y Pablo Salinas (Editor Asociado)  
 Editorial: Mediterráneo, Santiago de Chile, 2011  
 Comentario: Rev GPU 2012; 8; 2: 119-121



### MORIRSE DE VERGÜENZA

Autor: Boris Cyrulnik  
 Editorial: Debate, 2011, 223 páginas  
 Comentario: Rev GPU 2012; 8; 4: 387-388



### ONTOLOGÍA DEL LENGUAJE

Autor: Rafael Echeverría  
 Comunicaciones Noreste Ltda., 2011 (Reimpresión),  
 Santiago, 433 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2012; 8; 2: 122-124



### SOMOS FRAGMENTOS DE NATURALEZA ARRASTRADOS POR SUS LEYES

Autor: Martín López Corredoira  
 Editorial: Visión Net, Madrid 2005, 381 páginas  
 Comentario: Rev GPU 2013; 9; 1: 23-25



### EN BÚSQUEDA DE LA RAZÓN OCULTA

Autor: César Ojeda  
 Editorial: Sodepsi Ediciones, 2012  
 Comentario: Rev GPU 2012; 8; 3: 249-251



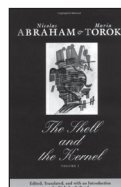
### ACCIONES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

Autor: Manuel Desviat / Ana Moreno Pérez (editores)  
 Editor: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN),  
 Madrid, 2012, 917 páginas  
 Comentario: Rev GPU 2013; 9; 1: 26-27



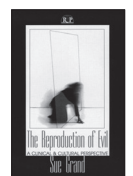
### PRINCIPIOS CLÍNICOS EN PSICOTERAPIA RELACIONAL

Autor: André Sassenfeld  
 Editorial: Sodepsi Ediciones, 2012  
 Comentario: Rev GPU 2012; 8; 3: 252-256



### THE SHELL AND THE KERNEL

Autores: Nicolás Abraham y María Torok  
 Comentario: Rev GPU 2013; 9; 2: 120-123



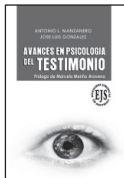
### THE REPRODUCTION OF EVIL: A CLINICAL AND CULTURAL PERSPECTIVE

Autora: Sue Grand  
 Editor: Analytic Press, 2002  
 Relational Perspectives Book Series, 17  
 Comentario: Rev GPU 2012; 8; 4: 382-383



### PSIQUIATRAS CHILENAS: PIONERAS EN LA LOCURA

Autoras: Susana Cubillos y Angélica Monreal  
 Ediciones Radio Universidad de Chile, Santiago, 2013  
 Comentario: Rev GPU 2013; 9; 4: 327-328



### AVANCES EN PSICOLOGÍA DEL TESTIMONIO

Autores: Antonio L Manzanero, José Luis González  
Editorial: Ediciones Jurídicas Santiago, Chile 2013  
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 1: 15-17



### MELANCOLÍA

Autor: László F. Földényi  
Barcelona, Círculo de Lectores, Galaxia Gutenberg, 2008  
(Orig. 1984)  
Traducción de Adan Kovacsics  
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 3: 273-276



### TRAUMA RELACIONAL TEMPRANO. HIJOS DE PERSONAS AFECTADAS POR TRAUMATIZACIÓN DE ORIGEN POLÍTICO

Autora: Elena Gómez Castro  
Editorial: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Colección Psicología, Santiago Chile, 2013  
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 1: 18-20



### LA PÉRDIDA DE LA EVIDENCIA NATURAL: UNA CONTRIBUCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA

Autor: Wolfgang Blankenburg  
Traducción: Otto Dorr y Elvira Edwards  
Ediciones Universidad Diego Portales, 2014  
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 4: 373-375



### COMPLEXITÉ-SIMPLEXITÉ

Autor: Alain Berthoz et Jean-Luc Petit (dir.)  
Editorial: Conférences. College de France, París, 2012  
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 2: 139



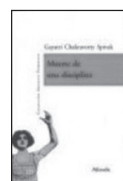
### EL (IM)POSIBLE PROCESO DE DUELO. FAMILIARES DE DETENIDOS DESAPARECIDOS, VIOLENCIA POLÍTICA, TRAUMA Y MEMORIA

Autora: María Isabel Castillo Vergara  
Editorial: Ediciones Universidad Alberto Hurtado  
Colección Psicología, Santiago Chile, 2013  
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 4: 376-377



### CARTAS SOBRE LA MUERTE. SELECCIÓN, TRADUCCIÓN DESDE EL LATÍN AL CASTELLANO Y NOTAS DE JOSÉ LUIS RAMACIOTTI

Autor: Séneca  
Editorial: Ediciones Tácitas, Santiago 2014  
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 2: 140-141



### LA PLASTICIDAD EN ESPERA

Autor: Catherine Malabou  
Editorial: Palinodia, Santiago, 2010  
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 4: 378-379



### TORTURA Y RESISTENCIA EN CHILE

Autoras: Katia Reszczynski, Paz Rojas, Patricia Barceló  
Editorial: Ediciones Radio Universidad de Chile. Santiago, abril de 2013. Segunda Edición  
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 2: 142



### HISTORIAS DE PSIQUIATRAS. TESTIMONIOS DE PSIQUIATRAS CHILENOS

Autores: Cristóbal Heskia y César Carvajal  
Editorial: Gráfica LOM, Santiago, 2014  
Comentario: Rev GPU 2015; 11; 1: 9-10



### CEROCEROCERO

Autor: Roberto Saviano  
Editorial: Anagrama, Barcelona, 2014  
Comentario: Rev GPU 2014; 10; 3: 271-272



### EMPATÍA CERO. NUEVA TEORÍA DE LA CRUELDAD

Autor: Simon Baron-Cohen  
Editorial: Alianza, 2012, 229 págs.  
Comentario: Rev GPU 2015; 11; 1: 11-12

## A FÉLIX SCHWARTZMANN TURKENICH

(Rev GPU 2015; 11; 1: 15-21)

César Ojeda



FÉLIX SCHWARTZMANN  
(1913-2014)

Nacido en 1913 en el seno de una familia de origen rumano, Félix Schwartzmann realizó sus estudios secundarios en el Liceo de Aplicación, para estudiar posteriormente Filosofía en la Universidad de Chile. En 1949 obtuvo el título de profesor extraordinario de sociología en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Chile, con una tesis titulada "El sentimiento de lo humano en América: ensayo de antropología filosófica". En esa obra, con la que ganó el Premio Municipal de Santiago en la Categoría de Ensayo en 1951, Schwartzmann desarrolló una amplia reflexión sobre las bases de la convivencia en América Latina, marcada, a su juicio, por el sentimiento de soledad y un impulso frustrado de comunión con el otro. A partir de 1951 dictó la cátedra de Historia y Filosofía de las Ciencias en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Chile, la que posteriormente dictó también en la Facultad de Ciencias de esa universidad, en cuya fundación participó. Desde 1956 y por más de 20 años dirigió la *Revista de Filosofía* de la Universidad de Chile y asumió distintas responsabilidades en esa misma institución. Durante el proceso de Reforma Universitaria redactó la Declaración de Principios de la Universidad de Chile, que constituyó en su momento la base filosófica y programática de esa institución. En 1967 publicó *Teoría de la expresión*, obra de largo aliento en la que convergen y se integran las líneas de análisis de sus escritos anteriores, en los cuales se analizan los problemas de las relaciones



interhumanas, la expresividad y la comunicación. En 1992 publicó *El Libro de las Revoluciones*, y al año siguiente su obra *Autoconocimiento en Occidente*. En 1994 se publicó *El discurso del método de Einstein*, obra en la que realizó una severa crítica de los fundamentos epistemológicos de la ciencia moderna. Con la publicación en el año 2000 de *Historia del universo y conciencia*, Schwartzmann continuó la ruta que ya había trazado en sus últimas obras, rompiendo con la epistemología tradicional y proponiendo un análisis fenomenológico del conocimiento del universo. En reconocimiento a su destacada trayectoria y a su prolífica obra, en 1993 fue galardonado con el Premio Nacional de Humanidades y Ciencias Sociales de Chile, y ganó nuevamente el Premio Municipal de Santiago en la Categoría de Ensayo en el año 2001 con su obra *Historia del universo y conciencia*.

En el año 2004 tuve el honor de editar un libro de reconocimiento al Prof. Félix Schwartzmann, al que titulamos *El sentimiento de lo humano en la ciencia, la filosofía y las artes*, y en el que participaron destacados científicos, filósofos, estetas y escritores. Es evidente que el profesor Schwartzmann no necesita de mis palabras para ser presentado. Como alguien dijo alguna vez, no es lo mismo estar presente que tener presencia. Lo primero es el mero hecho de existir; lo segundo, en cambio, es gravitar en la vida, los sentimientos y el pensamiento de los demás. Es esa presencia –que en mí y en muchas otras personas es indeleble– la que queremos destacar en esta nota. En la parte final de este homenaje de un día cualquiera hemos transcrito un hermoso texto de don Félix sobre Einstein y Mozart.

## HISTORIA DEL UNIVERSO Y CONCIENCIA<sup>1</sup>

Tal vez fue una de las obras que más me impresionó. Los temas que señalan al hombre parecen morar en los intersticios, allí donde las células del conocimiento retroceden casi reflejamente. Las disciplinas instintivamente se perpetúan a través de refugiarse en sus pequeños núcleos técnicos, evitando el vértigo de la porosidad de sus límites, más allá de los cuales se gestan lo críptico y la perplejidad. Y también las verdaderas preguntas. El tema del libro que comentamos es, justamente, una pregunta: ¿Cuál es el sentido de postular la imposibilidad de alcanzar una visión científica del Universo que no esté integrada a la comprensión de la conciencia? Es que no hay historia que no sea historia de la conciencia, y si el Universo ha de tener alguna, no puede sino ser la misma o, mejor tal vez, lo mismo. La ciencia padece

y ha padecido de una ingenuidad encantadora, y tal vez si los más destacados de sus cultores terminan por descubrir que la historia de la ciencia es la historia de la conciencia, y, esta última, la historia del pensamiento y de las “concepciones del mundo”. Einstein, con razón, sostenía que “la física es metafísica”. ¿Cómo entender si no la solemnidad con que científicos del más diverso cuño enuncian temas filosóficos elementales? Por ejemplo, el físico Roger Penrose sostiene que “cualesquiera sean los elementos que controlan o describen la mente (el espíritu), ello debe ser una parte integrante del único organismo grandioso que gobierna también todos los atributos materiales de nuestro Universo”. Neurobiólogos descubren a Husserl, Merleau-Ponty y Heidegger, y los físicos a Leucipo, Heráclito, Platón y Aristóteles. Pero, generalmente, para ellos es tarde. Una conversión de última hora, enternecedora tal vez, pero generalmente sin destino. Siglos dedicados a eliminar de escena lo que ellos mismos denominaron “subjetividad”, y otros tantos destinados a establecer la tiranía del método (es decir, lo que también ellos denominaron “objetividad”), dejaron un troquelado resistente a las conversiones, aun a aquellas más genuinas.

## LO REAL

Félix Schwartzmann concibe la historia de la física occidental como la historia de las concepciones de “lo real”. Sin embargo, lo real no ha sido propiamente un tema para la ciencia, sino más bien el supuesto fundamental sobre el que opera. En la axiomática leibniziana, la *ratio* (razón) razona mediante lo imposible de razonar dentro de los límites de la *ratio* misma, como son los principios de identidad, causalidad y contradicción. Del mismo modo, la ciencia debe su historia a lo que nunca fue su “objeto” explícito, sino su axioma central: su creencia *ex-machina* científica en la realidad de “lo real”.

<sup>1</sup> Félix Schwartzmann. *Historia del Universo y Conciencia*, Editorial LOM, Santiago, 2000, 455 páginas.



*En nuestro tiempo –dice Schwartzmann– se problematizó, a manera de cuestión metafísica fundamental (Einstein), el carácter inaccesible de lo real y, en correspondencia con ello, surgió la complejidad epistemológica inherente a la peculiar constelación dialéctica que configuran el observador y la complementariedad de Bohr, el indeterminismo y las leyes de probabilidad: todo lo cual emana de la naturaleza finita de las interacciones energéticas. Continuamente –agrega–, por este camino vemos que en los últimos decenios una palabra aflora con significativa frecuencia en los escritos físicos: se trata del término ‘misterio’ (p. 412).*

## EL MONÓLOGO TRÁGICO

Sin embargo, (...)

*El Universo no observa. Pero tan pronto como el investigador en física de partículas decide hacer una medición y observa, genera indeterminaciones en lo observado, puesto que son indisolubles el sujeto del objeto. Entonces –concluye– el físico enfrenta los ‘enigmas’ de lo real” (p. 5).*

Y en esos enigmas está siempre él mismo. Pareciera que la genialidad consiste en aumentar la cantidad de misterio disponible para la conciencia colectiva; es decir, la ciencia vale más por lo que no logra explicar que por lo que efectivamente explica. Pero el misterio no es una nada, no es pura negatividad. El misterio es una región vislumbrada y apelante que desafía a la *ratio* científica y la pone en tela de juicio desde su raíz. El señuelo de conocer “algo” muerde en el sedal del desconocer “casi todo”. El monólogo trágico del físico frente al Universo (subtítulo que acuña Schwartzmann entre otros muchos) consiste entonces en preguntas posibles frente a las zonas barruntadas, y en el silencio del Universo como respuesta.

*Se ignora si la expansión del Universo tiene un límite, por consiguiente, se desconoce su destino. El tiempo transcurre como un acaecer indescifrable y no se sabe si sólo aparece con el mundo [en sentido fenomenológico]. No se sabe si el Big Bang es uno o muchos. Se desconoce lo que se denomina ‘materia oscura’, causa del dinamismo galáctico. Se conjetura el Vacío como fuente originaria del Cosmos. No se ha logrado clarificar el problema de la asimetría de la existencia de materia y antimateria (...). No se ha podido cuantificar la densidad media del Universo;*

*en consecuencia, resulta ser mera hipótesis el concebirlo como evolutivamente abierto o cerrado. Se erige como misterio la verificación de la ‘no localidad’. Se vacila en decidir teóricamente qué significa origen, es decir, se conjetura acerca de si existió un solo origen (pp. 433-34).*

¿Universo o universos, surgiendo en el tiempo que fluye con ellos?

Y si mirar al frente aperpleja, se entiende el atisbar hacia el costado. Félix Schwartzmann sorprende esa mirada con especial agudeza.

*Dejo entrever –dice–, cómo y por qué Heisenberg reconoce que se inspiró en el Timeo de Platón (...). Por su parte, Einstein exalta a Leucipo, maestro de Demócrito, a Epicuro y Lucrecio. Más todavía, a Niels Bohr le fascinan las paradojas de Kierkegaard” (p. 6). “El presente es algo que constituye un momento en el proceso de expansión del Universo”.*

Esto lo escribe no un físico sino Edgar Allan Poe en 1847.

La ciencia, y específicamente la física y la neurobiología, hoy se vuelcan hacia lo que denominan “conciencia o mente” en la búsqueda de una explicación del Universo. Y de la “mente”. No podía ser de otra manera: mire donde mire, el hombre no hace más que encontrarse a sí mismo. La fábula de Narciso rediviva: creía que su imagen reflejada en el agua era “otro”, y al enamorarse de ese otro no hacía más que enamorarse de sí mismo. Paul Valéry –nos cuenta Félix Schwartzmann–, que hace casi un siglo consideró una “fábula” la idea de Universo,

*acaso hoy preguntaría: ¿se intenta conocer la conciencia para conocer una fábula? (p. 414).*

Sea como fuere, la “mente” es tan misteriosa como el Universo, y por el camino de explicar la mente sólo se llegará a las mismas zonas de silencio que hoy se vislumbran para aquél. Tal vez el punto crucial, y en cierto sentido así lo plantea el autor que comentamos, es que la “conciencia” ha sido “epistemologizada”, es decir, se la ha “inventado” como el *organon* del conocer, y el conocer se ha escurrido en su significado hacia el “explicar”. Entonces la “conciencia” a explicar por la ciencia es la “conciencia” que explica. Esta circularidad repite la ilusión de Narciso, pero con otro ropaje. Sin embargo, la experiencia humana consciente hace mucho más que “explicar” en términos científicos. El reduccionismo físico de Penrose, por ejemplo,

*le hace innecesario considerar el valor heurístico del análisis de la fenomenología de las complejas e ilimitadas experiencias subjetivas y de los modos de vivir la conciencia, que yo postulo como primordial [es] (...) (p. 415).*

*Historia del universo y conciencia* es un libro que no permite ir de prisa. Para quienes gustan de líneas argumentales deshojadas y simplificadas, la estructura de la obra es defectuosa. Es que Schwartzmann no está proponiendo un “modelo” ni inventado un “constructo”: no está haciendo ciencia, sino Filosofía. De la ciencia, es cierto, pero aun así, Filosofía. Si algo pudiese objetársele es que sabe más de la cuenta, y ese saber es el que exige de una lectura pausada. Pero, después de todo, ¿cuál es el apuro?

## SENCILLA GRANDEZA

Me presentó, de entre la multitud de contertulios que habitaban su biblioteca, a varios de sus mejores amigos, como Göethe, Koiré, Valéry, Planck, Heisenberg y al incomparable Alberto. Alberto Einstein, se entiende. Los mencionados –y muchos otros– tienen algo en común, que tal vez podría señalarse expresándolo como una “sencilla grandeza”. Es que tal vez no se puede ser grande sin constatar –con algún residuo de humildad– la limitación humana para acceder hasta al más cotidiano de los fenómenos. Reconocer tal limitación sólo parece posible en medio de alguna forma de comprensión, puesto que en nuestro andar por el mundo estamos familiarizados con las puestas de sol, con el agua que ondea en el estero, con el aire que nos llena de vida cada cinco segundos, con el útil que usamos o el firmamento que nos acuna en las noches despejadas, pero, especialmente, con nosotros mismos, con esa autoconvivencia que nos constituye mientras somos. Todo ello nos es familiar, cercano y conocido, y sin embargo no lo comprendemos en absoluto. Pareciera entonces que conocer no es lo mismo que comprender. Conocer es distinguir algo como ya visto o en algún sentido experimentado, y así, sólo conocemos lo que re-conocemos: la orquídea es conocida porque ha sido previamente distinguida de lo que en la experiencia es no-orquídea, y ahora, en este nuevo encuentro, aparece como un *deja vú* que se refuerza a sí mismo. Nos conocemos a nosotros mismos en la medida en que nos reconocemos como “el mismo” de ayer o de hace cinco años. No podríamos afirmar –en cambio– que es conocido lo que vemos o experimentamos por primera vez. Todo conocimiento es entonces una repetición. El conocer –y lo que llamamos “cognitivo”– esta

adherido a la praxis como su condición necesaria: allí, en su habérselas con lo que encontramos en el camino y con el caminar mismo, la praxis encuentra y resuelve, distingue, usa o desusa, ejecuta o descansa, construye o destruye. Todo eso es conocer. Mas, ¿comprendemos la vida por el hecho práctico de vivir? De cierta manera sabemos de ella, de cierta manera la conocemos y podemos distinguirla, pero ¿podemos dar cuenta de ella? Lo mismo puede decirse de prácticamente todo lo que nos rodea: ¿Comprendemos las piedras del camino? O, volviendo a la más celebre y transitada frase de Leibniz, ¿comprendemos por qué hay ente y no más bien nada? Efectivamente, en el instante en que intentamos comprender, aquello habitual, aquello con lo que tenemos que habérnoslas día a día, se transforma en algo misterioso y en muchos sentidos extraño, y, por lo mismo, inquietante. Pero además, el hecho de intentar comprender, en sí mismo, se resbala hacia ese misterio que nos señala don Felix y no precisamente hacia el menor de ellos. El escalofriante poder que ejerce la comprensión sobre lo familiar es el poder de extrañar y enajenar aquello que en el uso habitual se nos ofrece con la gracia de lo que simplemente es así, porque así es.

¿Cómo no preguntarse entonces qué es el comprender y su poder de generar tal metamorfosis de lo familiar? Comprender, se dice, es ceñir y penetrar desde muchos ángulos una cosa, es abrazarla y rodearla por todos sus lados, es entonces atisbar el fundamento de aquello que conocemos, puesto que todo lo que es tiene una razón de ser. Esto implica suscribir el “principio de razón suficiente”, aquel principio “grande” de Leibniz. Pero, ¿puede la tendencia del ser humano a comprender constituir un efectivo programa de trabajo, tendiente a “dar cuenta” de la “razón de ser” de todo lo que hay? ¿No parece tal aspiración desde ya imposible? Tal vez, mirada atentamente, la sugerencia de tal imposibilidad es ya una forma de comprensión, en privativo es cierto, puesto que es comprender que casi todo lo que hay nos resulta incomprensible. Comprendiendo, más luego que tarde, y más acá que allá, el mundo y nosotros mismos quedamos en una especie de parálisis. Esta paradoja, como diría Jaspers, consiste en que sólo comprendiendo se topa uno con lo incomprensible.

¿Y cómo se comprende? Digamos que se comprende mediante una teoría. No me refiero, claro está, a un sistema explícito y desarrollado, sino a una experiencia cotidiana y en apariencia trivial: por ejemplo, aquello que acontece cuando la acción práctica sufre un tropiezo. Si se detiene bruscamente el motor de mi automóvil, o no enciende el calefón, o se queda congelada la pantalla del computador, inmediatamente formulo –generalmente en silencio– una pregunta

teórica: ¿Qué razón hay para que el motor se detenga, el calefón no encienda o se congele la pantalla del computador? En ningún momento dudo del principio de “razón suficiente”: digo –sin decir– que tiene que haber una razón para que las cosas sean como están siendo. Postulo entonces: el motor se detuvo porque probablemente se desconectó el cable de la bobina; o el calefón no enciende porque se apagó el piloto; o se congeló la pantalla del computador porque el sistema operativo tal vez se infectó con un virus. Y decir lo

señalado es realizar una formulación teórica. A diferencia de las maquinarias y aparatos de creación humana, y con mayor perplejidad, frente a la naturaleza del universo, de la vida y de nosotros mismos, es posible que podamos preservar la inocencia y esquivar la pregunta por mucho tiempo. Pero siempre hay un momento en el que tanto la naturaleza como nuestra mismidad se nos muestran como enigma. Entonces, y sólo entonces, la actitud teórica surge en ese ámbito como un correlato necesario.

## EINSTEIN Y MOZART

### (LA MÚSICA COMO NATURALEZA Y LA INSTANTANEIDAD DEL CREAR)

Félix Schwartzmann

Desde los catorce años Einstein ejecutaba sonatas de Mozart. Testimonios de amigos y colaboradores revelan que Mozart percibía y amaba la belleza simple y natural de su música. Si le representaban la grandeza de Beethoven comentaba que en él se advertía que “había creado su música, pero que la propia de Mozart es tan pura que ella parece haber estado siempre presente en el universo esperando que alguien la escuche” (B. Hoffmann). Frente a un posible cataclismo terrestre observaba que entonces nadie escucharía más a Mozart. Su idea acerca del latido cósmico de la música de Mozart me imagino que también inclinará al lector a meditar en lo que dice Dirac de la teoría de la gravitación de Einstein: que es como la habría escrito la naturaleza si hubiera decidido hacerlo. Todo esto invita a pensar en lo que destacué acerca de la belleza en la ontología relativista. La musicalidad cósmica de Mozart y la belleza de la unificación del principio de equivalencia, de la gravitación como curvatura del espacio-tiempo, aquí convergen. No es fantasía pitagórica; pero negarlo es ceguera positivista. Sólo obedeciendo a prejuicios parecerá temerario afirmar la existencia de rasgos comunes en la creatividad de Mozart y de Einstein. Puesto que si Einstein aspiró sin tregua a la unificación de la imagen del mundo, Mozart perseguía incansablemente una música que apunte al todo. Einstein intenta comprender la necesidad profunda que legitima sus unificaciones teóricas; los contemporáneos de Mozart dicen que si nunca había nada que cambiar en sus composiciones, eso obedecía a que su música expresaba una

realidad fundamental. Pierre-Petit habla de la “necesidad de sus curvas melódicas”. Músico y escritor, Petit sostiene, además, que Mozart nunca partía de lo particular a lo general, sino que tenía la intuición inmediata de un todo musical acabado. Estos singulares paralelismos no confunden la expresividad propia del mundo musical con la imagen física del mundo, y podrían extenderse largamente; el horizonte de libres analogías es fascinante, mas debo pasar a otro punto.

Estimo que existen relaciones peculiares entre la índole de los destellos geniales y el contenido significativo de lo que se crea o descubre. Es decir, la instantaneidad de las composiciones de Mozart excluye por entero el esfuerzo y la búsqueda; que ocurra así implica la visión de un todo autosuficiente en el que no cabe incluir modificaciones o repensar lo intuido. Con razón escribe Pierre-Petit que “por primera vez en la historia de la música un compositor no ejerce ninguna influencia consciente sobre el proceso de la composición”. Contempla con éxtasis el ser de lo que es, en su particular ontología musical. El 24 de diciembre de 1907 Einstein le informa a su amigo Conrad Habicht de sus meditaciones acerca de la ley de la gravitación; “yo espero –dice– explicar así la modificación secular todavía inexplicada del perihelio de Mercurio”. Y en 1919, en un artículo que le solicita J. Stark, reitera que cuando lo escribía en 1907, “entonces me vino la idea más feliz de toda mi vida bajo la forma siguiente”. Se refiere a “la completa equivalencia entre un campo gravitatorio y la aceleración correspondiente del sistema

de referencia“(a lo que más tarde dará el nombre de principio de equivalencia). Y en su conferencia dictada en Japón, en 1922, nuevamente señala que su “primera idea sobre la teoría general de la relatividad surgió dos años después de la especial, en 1907”. Atendiendo a notas autobiográficas de Einstein, en las que deja traslucir el esfuerzo inmenso que le significó formalizar la teoría general en 1915, se omite considerar la experiencia feliz que Einstein proclama que vivió. En esa deslumbrante inspiración ya se encontraba la totalidad de la teoría, y se comprende que hacerla encarnar en el lenguaje matemático tenía que requerir de esfuerzos titánicos. Tampoco hay que olvidar que ya entonces le apremió la certeza de que necesitaba una geometría específica de superficies curvas. En sus Notas autobiográficas, Einstein mismo se pregunta: “¿Por qué hicieron falta otros siete años para establecer la teoría general de la relatividad?” (consigna que eso ocurría en 1908, pero recordemos que la carta a Conrad Habicht es del 24 de diciembre de 1907 y en sus Notas tal vez evitó recurrir a precisiones de notario). “La razón fundamental reside en que no es demasiado fácil liberarse de la idea de que las coordenadas deben poseer un significado métrico inmediato... el significado métrico inmediato de las coordenadas se pierde en cuanto se admiten transformaciones no lineales de las coordenadas. Sin embargo es obligatorio hacerlo si se quiere tomar en cuenta la igualdad entre masa pesada e inercial a través del fundamento de la teoría y si se quiere superar la paradoja de Mach relativa a los sistemas inerciales” (págs. 67-68, *Autobiographical Notes*, 1949). (Este paréntesis acaso aleja reproches y no aminora la elocuencia de lo que recuerdo. Que Maxwell, en su obra fundamental ya citada, hace este comentario cuando se refiere a sus estudios sobre Faraday: “Percibo que su método de concebir los fenómenos es también matemático, aunque no exhiba las formas convencionales del simbolismo matemático. Y también encuentro que este método es susceptible de ser expresado en la forma matemática acostumbrada, y de este modo puede compararse con el propio de los matemáticos profesionales... Y cuando traduzco las ideas de Faraday a una forma matemática, encuentro que en general los dos métodos coinciden, descubro la semejanza entre los fenómenos y las leyes elaboradas por Faraday y luego matemáticamente elaboradas...”. He aquí un interludio muy significativo).

Volviendo a Mozart, me apresuro a concluir que Einstein tampoco “compuso” su principio de equivalencia, sino que éste se le evidenció intrínsecamente como gravitación, como curvatura del espacio-tiempo. Sus opiniones sobre el romanticismo, la música de Bach y Beethoven facilitan la comprensión de su obra, puesto

que Einstein cree que existe una especie de “conexión insondable” entre sus inclinaciones musicales y su estilo en cuanto investigador científico. Esto se revela con variados matices en sus conversaciones con Moszkowski.

En cuanto a su actitud frente al romanticismo, Einstein escribe en 1947: “Lo romántico me parece una especie de ilegítima excusa para lograr por el camino más fácil posible una apreciación en el arte, en la filosofía tanto como en las artes mismas” (Carl Seelig, Albert Einstein, 1956, pág. 114, Davis). En cambio le fascina Bach, quien logra conciliar su severa y marmórea arquitectura tonal, el estilo gótico, con la celestial elevación de sus revelaciones musicales. Moszkowski relata que Einstein confesaba su clasicismo, particularmente en el sentido de que pensaba que Bach alcanza su grandeza de las escondidas fuentes de donde emana la riqueza constructiva de las ideas matemáticas. Se explica por eso que Bach, Haydn y Mozart satisfagan plenamente sus preferencias estéticas; y por lo mismo se comprende que admire con reticencias la lucha expresiva, la vehemencia emocional casi dramática del estilo musical de Beethoven. Por igual motivo podía preverse que no germinaría ninguna relación fecunda entre Mozart y Beethoven cuando en 1787 el tempestuoso autor de *La pastoral* llegó a trabajar con Mozart. Hay que recordar que Einstein reconocía, diríase con el dramatismo que Píndaro invitaba a ser el que se es, que debe aspirarse a la aprehensión mental de un mundo extrapersonal. Opino que las creaciones de Mozart representan para Einstein la expresión más elevada y ejemplar de ese titanismo de lo «extrapersonal» (también lo piensa así B. Kuznetsov).

Antes de apartarnos del tema conviene dejar establecido que las lúcidas ideas acerca de la música instantánea expuestas en Mozart de Pierre-Petit (Perrin, 1991, págs. 73-74, 85, 86-90), resplandecen originariamente en una carta de Mozart. “Cuando tengo el tema –escribe–, viene otra melodía, enlazándose ella misma con la primera de acuerdo con las necesidades de la composición en conjunto; el contrapunto, la parte de cada instrumento y todos esos fragmentos melódicos producen finalmente la obra entera. La obra crece, contemplo su crecimiento, concibiéndola cada vez más claramente hasta que tengo toda la composición terminada en mi cabeza, por larga que sea. Mi mente la capta, entonces como un destello de mis ojos podría percibir un hermoso cuadro o una bella joven. No se me presenta sucesivamente, con sus diversas partes detalladas como ocurrirá más tarde, sino que mi imaginación me la permite escuchar en su conjunto”. Mozart confiesa que no sabe de dónde y cómo le llegan los pensamientos musicales. Importa considerar que, en concordancia con lo que he

expuesto en mi obra *Autoconocimiento en Occidente*, también se verifica en esta carta autobiográfica de Mozart, que el hombre advierte que se conoce cuando tropieza con lo incognoscible dentro de sí. Efectivamente, expresa su perplejidad frente a sí mismo al preguntarse: “¿Cómo puede ser que mientras trabajo en mi composición, ella tome la forma y el estilo que caracteriza a Mozart y no la de ningún otro? Por la misma razón que mi nariz es grande y aguileña, que es la nariz de Mozart y no la de ningún otro. No me gusta la originalidad y me vería en un apuro para describir mi estilo. Es completamente natural que quien realmente tiene algo de particular en sí mismo sea diferente de los demás, tanto externa como internamente”. En todo esto se deja ver asombro frente a sí mismo, inspiración sin esfuerzo, un estilo que lo posee sin interferir en su curso creador. Y es la misma

globalidad, la visión del todo, lo que caracteriza también el pensamiento de Einstein. Llamo la atención sobre el hecho de que Mozart, en esa carta, identifica inspiración con la experiencia íntima, me atrevería a decir la belleza, con el instante en que contempla la obra como un todo, a la manera de Einstein.

A esa perplejidad viene a agregarse la de un físico y matemático, Roger Penrose, quien se representa las paradojas de una intuición global de una obra musical, entrevista en un tiempo instantáneo y que al ser ejecutada en el tiempo real de la orquesta tomaría horas. Son dos modos de la percepción de tiempos íntimos y de tiempos reales o físicos que confinan a lo misterioso, (*óp. cit.*, 423, 444-445. La carta que comento aparece en la obra de J. Hadamard, *Psicología de la invención en el campo matemático*, 1944).

## ENSAYO

# EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DEL *PRINCIPIUM RATIONIS SUFFICIENTIS AGENDI* EN SCHOPENHAUER, Y SUS AVATARES POSTERIORES

(Rev GPU 2015; 11; 1: 22-27)

Hernán Villarino<sup>1</sup>

**En el Capítulo VII de la *Cuádruple Raíz del Principio de Raíz Suficiente*<sup>2</sup> (CRPRS), Schopenhauer desarrolla la cuarta de aquellas raíces a la que llama *principium rationis sufficientis agendi*, es decir, principio de razón suficiente del agente o del sujeto. Este asunto, tratado brevemente en menos de veinte páginas, tendrá una enorme repercusión posterior. Quisiera exponer cómo entiendo esta pieza breve, pero fundamental, de la filosofía de Schopenhauer, que será un *leit motiv* de toda la filosofía y la psicología posteriores a él. Pero previamente es necesario entender qué es el principio de razón suficiente en general.**

## LA REPRESENTACIÓN

S chopenhauer no parte en el conocer ni del objeto ni del sujeto, sino de la representación. Es a partir de la representación que se hacen evidentes tanto el sujeto como el objeto o, dicho de otro modo: para que haya representación es necesario un sujeto que conoce y un objeto conocido. De aquí se infiere que en la representación el sujeto y el objeto aparecen como correlativos, no puede darse el uno sin el otro. Por ejemplo, en el conocer no hay un sujeto que primero piensa y después tiene objetos en los que piensa, ni tampoco hay objetos previamente a que sean conocidos por el sujeto.

A los que provenimos de la psicología nos cuesta entender el sentido de estos asertos, porque *a priori* creemos que hay una cosa independiente que se llama mente, y que a partir de las actividades de la mente, o del cerebro, se producen los objetos, los conocimientos, etc. Otros piensan al revés, es decir, que los objetos preexistentes se meten en la mente, o en el cerebro, y la conforman. Pero la realidad es que son correlativos. El sujeto y el objeto no pueden darse el uno sin el otro, dependen el uno del otro pero ninguno es causa del otro. Insisto, son correlativos.

Si comparamos esto con lo que pensaba Descartes, por ejemplo, que para bien y para mal es el padre de la filosofía y la psicología modernas, hay una diferencia

<sup>1</sup> Docente del Departamento de Bioética de la Universidad de Chile. hernan.villarino4@gmail.com

<sup>2</sup> Schopenhauer A. *La cuádruple raíz del principio de razón suficiente*. Librería General de Victoriano Suárez, Madrid, 1958.



notable. Descartes dice: pienso, luego existo. Pero el pensar aquí es un acto del sujeto realizado previamente a tener objetos, o por lo menos independiente de ellos. Los objetos son secundarios al pensar, y tanto es esto así, que Descartes, para empezar, duda de todos ellos. Todo este mundo objetivo, que tan claro y evidente nos parece, puede ser un fraude, o un sueño, o la maquinación de un genio maligno que nos está engañando, etc. Pero, con todo, ni el genio maligno ni yo mismo puedo engañarme en el hecho de que lo pienso, de que ahora lo estoy pensando y de que en general pienso<sup>3</sup>. Esto es cierto y evidente, todo lo objetivo puede no ser distinto de una pesadilla, pero al menos es real el que yo lo estoy soñando, de manera tal que lo único indudable es que yo existo porque pienso. En el pensar yo soy evidente para mí mismo aparte e independientemente de cualquier contenido objetivo. Entre sujeto y objeto, por ende, no hay en Descartes una correlación y una necesidad, solamente hay una posibilidad. Pero que el pensar es siempre pensar objetos, lo corroborarán más tarde tanto Brentano como Husserl. Para ellos, el pensamiento es siempre pensamiento de algo, no se puede dissociar el pensar, es decir, el sujeto, el agente, y el objeto, es decir, lo pensado, porque siempre van necesariamente juntos.

Pero así como no hay sujeto sin objeto, tampoco hay objetos sino en tanto que son pensados y conocidos por un sujeto. Esto no quiere decir que el mundo sea una pura creación del sujeto (ya dijimos que ninguno es causa del otro, son correlativos). Alude más bien a que el mundo conocido es siempre conocido por un sujeto, si anulamos el sujeto ya no hay mundo conocido, y si nadie conoce objetos entonces no hay objetos. Si nadie huele no hay olor. ¿Cómo podríamos seguir hablando de

objetos, o que los objetos anteceden al sujeto si no está supuesto un sujeto que se correlaciona con el objeto?<sup>4</sup>

Esto, llevado a la doctrina de Kant, supone que no hay objetos si no tenemos *a priori* la intuición del espacio, el tiempo y la causalidad, y que sólo porque tenemos estos *a priori* es que podemos concebir objetos o, si se quiere, que concibamos los objetos tal como los concebimos. Suprimamos el sujeto y sus *a priori*: lógicamente tampoco quedan objetos concebidos, lo que no significa que no haya el mundo desde donde aparecen los objetos para el sujeto a partir de sus *a priori*, pero para Kant de ese mundo no sabemos nada, excepto que existe aunque nosotros no existamos.

La siguiente cita de Schopenhauer creo que resume mejor que todo lo que podamos decir nosotros el sentido que tiene la íntima correlación sujeto-objeto que venimos discutiendo.

*Como el sujeto está ligado con el objeto (pues si no la palabra no tendría significación) y el objeto con el sujeto, ser sujeto significa tener un objeto, y ser objeto tanto como ser conocido de un sujeto. Lo mismo, exactamente, cuando un objeto es determinado por cualquier modo, el sujeto también es determinado como conociendo absolutamente de la misma manera, de modo que dará lo mismo decir: «los objetos tienen tales o cuales condiciones propias y características», que decir: «el sujeto conoce de tal o cual manera»; y si yo digo: «los objetos se pueden dividir en tantas clases», será lo mismo que decir: «el sujeto tiene tantas clases de facultades cognoscitivas» (Schopenhauer, CRPRS).*

Por otro lado, es cierto que podemos hablar del sujeto y del objeto abstractamente y por separado, pero en la realidad uno siempre supone al otro y van juntos, aunque lógicamente no son lo mismo. La representación, entonces, es la representación de un sujeto, el acto por medio del cual el sujeto se representa y conoce algo; y el objeto es aquello representado y conocido por el sujeto a través de su acto. Suprimamos cualquiera de los dos: con ello también suprimimos al otro y con ello la representación.

<sup>3</sup> Descartes llama pensar tanto a lo racional, es decir, el juicio y el concepto, como al querer y el sentir. La palabra pensar en él designa tanto al sujeto cognoscente como al volente, porque todo tiene el mismo rango a la hora de revelar mi existencia y con ello la certeza del ser, de algún ser, por lo menos de mi propio ser, certeza que en Descartes es inalcanzable partiendo de los objetos. El yo pienso es el primer dato seguro e indudable, y a partir del pensar se deduce, no se intuye, se deduce a través del mismo pensar, el primer objeto que no soy yo: Dios, que en el pensar cartesiano tiene una existencia irredargüible. Dios, posteriormente, garantiza que el resto de los objetos, es decir, la *res extensa*, existe y es real, porque en su infinita perfección y bondad no puede ni quiere engañarme. Sin la mediación y garantía de Dios, el mundo objetivo, para Descartes, es indistinguible de un sueño.

<sup>4</sup> Objeto es aquello que objeta, es decir, que se interpone, y todo lo que objeta se le interpone a un sujeto consciente, animal o humano, luego para que haya objeto está supuesto un sujeto consciente. Una piedra aunque choque con otra no la objeta, porque no hay interposición cuando se carece de conciencia. Por eso, dirá Schopenhauer en una cita posterior, que sin un sujeto la palabra objeto carece de significación.

## EL FENÓMENO

Aquello que hemos llamado objeto también lo llama Schopenhauer fenómeno, es decir, lo que aparece a una conciencia. En esto sigue la concepción kantiana. El fenómeno equivale con la representación, pero la representación no es todo, hay algo además, a saber: la cosa en sí. Es decir, la cosa independientemente de mi representación, que en calidad de no representada ni representable, de ser conocida no es conocida a través del principio de razón suficiente ni de la representación. Yo no puedo representarme sino lo que puedo representarme, pero mi representación es una correlación de sujeto y objeto, de modo que es relativa a mi modo de conocer o al modo de conocer del sujeto. Por eso sólo conozco fenómenos a través de intuir *a priori* el tiempo, el espacio y la causalidad. En la representación hay sujeto y objeto, hay subjetividad (lo que no significa subjetivismo) y objetividad (lo que no significa objetivismo).

## EL PRINCIPIO DE RAZÓN SUFICIENTE

Pero los fenómenos, o los objetos, no aparecen de cualquier manera sino de un modo que es formalmente necesario. Nada en el fenómeno es sin causa o, dicho de otro modo: todo lo que es, todo lo que aparece, tiene una causa necesaria para ser eso que es. Al modo como aparecen y se relacionan los fenómenos Schopenhauer lo llamaré, en los términos acuñados por Leibniz, como el principio de razón suficiente. Pero, como apuntamos antes, no debe olvidarse que es lo mismo decir que los objetos que aparecen tienen tales o cuales condiciones propias y características o que el sujeto conoce de tal o cual manera. Del mismo modo, si decimos que los objetos se pueden dividir en tantas clases, es lo mismo decir que el sujeto tiene tantas clases de facultades cognoscitivas. Hablar del principio de razón suficiente es hablar a un tiempo del sujeto y del mundo, de cómo el mundo aparece al sujeto y de cómo el sujeto piensa y conoce el mundo, porque ambos son correlativos.

El principio de razón suficiente así entendido alude a la forma de la correlación entre los objetos y la facultad cognoscitiva que los aprehende. Es la forma con la que cualquier objeto aparece y es captado, al tiempo que es una facultad aprehensora del sujeto. Nadie aprehende fenómenos aparte de las leyes necesarias del principio de razón suficiente, que, como dice Schopenhauer, tiene cuatro raíces, o lo que es lo mismo: formalmente hay cuatro grandes clases o familias de objetos que conocemos en la representación, lo que equivale a decir que hay cuatro grandes facultades cognoscitivas. Lo recuerdo brevemente:

- a. El principio de razón suficiente *fiendi* o del devenir, que bajo los *a priori* del tiempo el espacio y la causalidad alude a los objetos de la intuición y la percepción, y a la materia en que se dan.
- b. El principio de razón suficiente *cognoscendi* o del conocer, refiere a esos objetos que llamamos conceptos, juicios, silogismos, a sus reglas de conformación y a sus leyes de operación. Sólo existe en el hombre, no en los animales, porque sólo aquél concibe conceptos, emite juicios y es racional.
- c. El principio de razón suficiente *essendi* o del ser, que en resumen viene a decir que unas cosas son como son porque las otras cosas son como son, lo que se comprueba aparte de la intuición, del concepto y del juicio, es decir del principio de razón suficiente tanto *fiendi* como *cognoscendi*.
- d. El principio de razón suficiente *agendi* o del agente es el conocimiento del sujeto por el mismo sujeto. Lo que se conoce aquí es una sola cosa: yo mismo en cada caso.

Estas son las cuatro raíces en virtud de las cuales, según Schopenhauer, conocemos los distintos fenómenos, es decir, lo que aparece, a saber: las cosas singulares y espacio-temporales del mundo exterior y sus leyes de comportamiento, los conceptos, los juicios, yo mismo, etc. Pero todas estas raíces, como dijimos, constituyen principios formales del conocer. Todos los contenidos, todo lo material, variado e infinito, es decir, todo el mundo conocido y pensado, todo lo que hay de empírico en el conocer, lo conocemos vertido en estas formas y sólo en ellas.

## EL VALOR DE LO REPRESENTADO

En el capítulo segundo del *Mundo como voluntad y representación*<sup>5</sup> (MCVR) dice Schopenhauer que el principio de razón suficiente nos hace evidente la forma necesaria de las representaciones y la conexión entre unas representaciones y las otras. No obstante, ¿cuál es el significado de todo este mundo representado? En realidad, esas imágenes, dice, pasan ante nosotros como algo totalmente trivial, cuyo contenido lo ha dictado la experiencia pero que nos siguen resultando eternamente ajenas porque no nos brindan información acerca de la esencia interior de los fenómenos así conocidos.

Ahora bien, si a través del principio de razón suficiente *agendi* tengo una representación de mí mismo,

<sup>5</sup> Schopenhauer A. *El mundo como voluntad y representación*. Akal, Madrid, 2005.



así, en realidad, me conozco como fenómeno, como un fenómeno entre los otros y relacionado con todos ellos, sometido como todo fenómeno conocido al principio de razón suficiente, el tiempo, el espacio, la causalidad, etc. Pero lo así conocido es lo meramente exterior, el fenómeno objetivo de mí mismo. Esto es fundamental, porque para Schopenhauer también, y además, me conozco como cosa en sí, es decir, no como fenómeno, y por ende independientemente del principio de razón suficiente. Y a lo conocido de este modo lo llama voluntad.

## LA VOLUNTAD

Es cierto que me conozco como fenómeno. Sé que soy un cuerpo que es extenso y que se modifica temporalmente, que está sometido a la ley de la gravedad, y a todas las otras leyes de la física, de la química, de la fisiología, de la genética, etc. Sin embargo, como todo conocimiento fenoménico, en los términos de Schopenhauer, se trata de un conocimiento trivial, un jeroglífico incomprensible que deja de ser tal porque a través del cuerpo me informo también de otra cosa. El objeto que yo soy lo aprehendo de modo inmediato a través de la sensibilidad interna, que no pertenece a la cognición fenoménica sino a la volición, a la cosa en sí que somos cada uno de nosotros.

Podemos, por ejemplo, describir y entender exteriormente todo el aparato digestivo, desde los dientes hasta su lugar de culminación; sin embargo eso no es más que el fenómeno respecto del cual yo tengo una experiencia interna que me informa de modo inmediato: el hambre. El tubo digestivo no es más que el hambre objetivada, del mismo modo que los genitales son el deseo sexual objetivado. Mi esencia, lo que yo soy además de fenómeno, lo interior en mí, lo que subordina al fenómeno y se manifiesta en él, lo que hace que mi propio fenómeno no sea trivial y tenga sentido, es mi querer (y mi no querer).

A eso, al querer, le llama Schopenhauer la voluntad, de modo que el cuerpo fenoménico, exterior, no es más que la objetivación de la voluntad, de lo interior. Pero si la voluntad es la cosa en sí, como dijimos, no es conocida en el fenómeno ni por el principio de razón suficiente. Puedo conocer perfectamente la composición y desarrollo del cuerpo en tanto que fenómeno, como en el caso citado del tubo digestivo, pero no hay modo de conocer el hambre fenoménicamente si no lo siento y lo experimento en una vivencia mía inmediata, es decir, donde no hay ya escisión sujeto-objeto porque en este caso entre lo sentido por mí y yo mismo no hay nada interpuesto.

## CONOCER AL SUJETO

Por lo mismo, la conciencia y conocimiento de nosotros mismos no se nos presenta de un modo unitario. Por un lado es voluntad, inmediatez, querer, en virtud de lo cual la representación, lo representado, no resulta totalmente superfluo, sino que en el querer nos habla inmediatamente, es comprendido y tiene un interés que ocupa todo nuestro ser. Esta manzana en frente mío no es sólo un objeto que puedo entender a través del principio de razón suficiente, también es el objeto inmediato de mi apetito o de mi repugnancia. El acercarme o huir de ella puede ser entendido de acuerdo con la leyes de la física, la química y la fisiología, pero mi querer, que es lo que mueve y da sentido a todo lo anterior, no puede ser visto en el fenómeno, alude a una interioridad sintiente que lo fundamenta.

El sujeto, entonces, es conocido de modo inmediato a través del querer, y de modo mediato a través de la representación, dependiente del principio de razón suficiente y donde es conocido como fenómeno. De modo que para el puro sujeto cognoscente, no sintiente sino cognoscente, su cuerpo es una representación. Como dice Schopenhauer:

*Aquí (en la representación) los movimientos y acciones no son conocidos de forma distinta a como son conocidos los cambios de todos los demás objetos intuitivos, y resultarían igual de ajenos e incomprensibles si su significado no le fuera descifrado de otra manera totalmente distinta. Al sujeto del conocimiento, que por su identidad con el cuerpo aparece como individuo, ese cuerpo le es dado de dos formas completamente distintas. Una vez como representación en la intuición del entendimiento, como objeto entre objetos y sometido a las leyes de éstos, pero a la vez, de una forma totalmente diferente, a saber, como lo inmediatamente conocido para cada cual y designado por la palabra voluntad (Schopenhauer, MCVR).*

## RAZÓN Y VOLUNTAD

A partir de lo anterior, Schopenhauer deduce que el sujeto en tanto que sujeto sólo se puede conocer a sí mismo, es decir, en lo que él mismo es, como volente y no como cognoscente, como cosa en sí y no como fenómeno. Este es el punto al que queríamos llegar y para el que hemos explicado todo lo anterior. Es esto lo que además tiene enormes repercusiones posteriores. Pero la prueba de este aserto no es simple, y espero poder darme a entender siguiendo muy de cerca a Schopenhauer.

El sujeto del conocimiento fenoménico se conoce en una representación. Yo me conozco a mí mismo

fenoménicamente, y digo, por ejemplo, soy así o asá, blanco o negro; nací en tal lugar en esta determinada fecha; he estudiado tal cosa y ejerzo esta profesión; profeso esta religión o ninguna; pertenezco a tal sociedad y en ella me inclino por esta corriente política o por esta otra, etc. Supongamos que pueda dar del modo más exacto y veraz todos los datos fisiológicos, psicológicos, históricos, etc., de mí mismo. Pues bien, así, dice Schopenhauer, sólo he conocido trivialidades y accidentes de mí mismo, y realmente lo así conocido no es el sujeto, sino su fenómeno.

*El sujeto del conocimiento, como correlativo necesario de toda representación, no puede conocerse nunca porque es condición para que haya representación u objeto. A él (al sujeto) se le puede aplicar la hermosa frase del sagrado Upanishad: Agarra sin manos, corre sin pies, ve sin ojos, oye sin oídos. Él conoce todo lo que puede ser conocido, pero nadie le conoce a él; le llaman el primero, el grande (purusha) (Schopenhauer, CRPRS).*

En cada caso yo soy el sujeto, el que conoce, el cognoscente de la relación sujeto-objeto, el *purusha* como dice Schopenhauer, pero, en cambio, no soy lo conocido por mí, porque lo así conocido siempre es un objeto, no un sujeto. Cuando yo me conozco fenoménicamente no me conozco a mí, que soy sujeto, sino a un objeto que llamo yo y que me represento de acuerdo con el principio de razón suficiente. Pero lo así conocido no soy yo, porque lo pensado de mí es un objeto, y por lo tanto no piensa (tampoco intuye, percibe, desea, etc.); lo pensado por mí no es propiamente un sujeto sino un objeto. En lo pensado nunca está el sujeto, ni siquiera aunque piense en mí, sino un objeto pensado por mí. El sujeto es la condición de posibilidad de todo volverse objeto, por ende no es un objeto ni puede ser conocido objetivamente.

Por qué dice Schopenhauer que somos además voluntad, y que al conocernos como volentes alcanzamos la cosa en sí, etc., requiere de algunas pruebas, pero ya no es tema de este trabajo donde sólo pretendemos despejar y comprender el principio de razón suficiente del agente, sus consecuencias y sus limitaciones para conocer el sí mismo del sujeto. Respecto de este asunto, en todo caso, vale lo que dice el mismo Schopenhauer.

*Allí donde se habla de sujeto ya no son aplicables las reglas del conocimiento del objeto, y se nos da una identidad real, inmediata, del sujeto cognoscente con el objeto volente, esto es, del sujeto con el objeto. El que comprenda lo incomprendible de esta identidad la llamará conmigo el milagro por excelencia (Schopenhauer, CRPRS).*

## VICISITUDES Y SOLUCIONES DE ESTE ARGUMENTO

### Hegel

En primer lugar, este asunto explica la ojeriza y permanente polémica que Schopenhauer sostuvo con la filosofía de Hegel. Para Hegel, entre el sujeto y el objeto existía una identidad. Es más, el sujeto se revela en lo pensado. Todo lo real, dice, es racional, y todo lo racional, real. Es a través de la historia del concepto, en los avatares e historia del espíritu absoluto, que el sujeto se conoce a sí mismo al tiempo que se realiza a sí mismo, lo cual es muy distinto de lo que dice Schopenhauer, para quien ni el concepto ni lo pensado del sujeto es el sujeto, la cosa en sí, sino su fenómeno.

### Kierkegaard

Hasta donde sabemos, Kierkegaard no conoció ni leyó a Schopenhauer, ni viceversa, por eso es aún más notable la semejanza de su oposición a Hegel, y la similitud de los argumentos que emplea para enfrentarlo. A la identidad entre ser y pensar que establece Hegel, Kierkegaard opone que el ser pensado (en el lenguaje de Schopenhauer el ser objeto o el ser fenoménico) nunca es el existente. En Kierkegaard el yo es real en tanto que conoce pero no en tanto que es conocido. El yo es existente en el más estricto sentido del término, pero el yo conocido no es el yo existente sino un yo intencional, luego entre ambos no hay ni puede haber identidad. ¿Es por ello, para Kierkegaard, el yo, incommunicable? No, admite una comunicación indirecta, hermenéutica, por lo mismo interpretativa. Claro que como cada interpretación puede a su vez ser interpretada, se trata de una tarea infinita, por eso no se concluye en el conocer sino en el decidir (que es voluntad y libertad).

### Nietzsche

Nietzsche fue lector y admirador de Schopenhauer, pero también crítico y detractor suyo. Tampoco en él hay identidad entre el ser conocido y el ser real. A su juicio, el yo es una creación gramatical, una hipóstasis verbal, una ficción del lenguaje. Hay algo anterior al yo, la voluntad de poder, y el yo no es más que la relación entre el individuo y esa voluntad. El yo es un tejido de interpretaciones que a su vez pueden ser interpretadas, que, como en Kierkegaard, supone una caída en el infinito y que en su caso se resuelve a través de la voluntad de poder, aunque esto último merezca muchas matizaciones.

## Freud

En el psicoanálisis tampoco hay una identidad entre el yo y real y el conocido, es decir, entre el existente y lo pensado de su existencia. El yo conocido es el efecto de la represión, proyección, racionalización, etc., y por lo mismo no es sino una construcción hasta cierto punto arbitraria y desconectada del sí mismo real. Aparentemente, no obstante, podría restablecerse la identidad si se pudieran remover todos esos mecanismos distorsionadores para que aflore el yo auténtico y genuino, de modo que después de un análisis el yo pensado y el real coincidirían. Sin embargo, a esta solución cabe objetar el mismo argumento, la represión, racionalización, sublimación, etc., en tanto que conocidas, son fenoménicas y empíricamente captadas a través del principio de razón suficiente, de modo que no tienen identidad con lo real subjetivo. En segundo lugar, todas esas instancias son interpretaciones, y entonces caemos en la dificultad de Kierkegaard y de Nietzsche: toda interpretación puede a su vez ser interpretada, de modo que si no se considera la decisión kierkegaardiana, por ejemplo, el asunto se torna infinito y el análisis interminable. Por último, la voluntad en Schopenhauer, que no es captada por el principio de razón suficiente, coincide con el inconsciente freudiano, que tampoco tiene principio de realidad, es a-lógico, no lo afecta el tiempo, consiste en un querer y desear, carece de pluralidad, etc., es decir, no se lo aprehende con, ni se acomoda al principio de razón suficiente.

## Heidegger

Quizá la primera versión radical de la falta de identidad entre el ser conocido y el existente es de Kant. Desde entonces la filosofía se ha revuelto de mil maneras para responder a la pregunta de quién soy yo en cada caso. Este es un tema fundamental de la filosofía moderna, que partiendo con Descartes tiene un sesgo antropológico indudable. El argumento de Schopenhauer continúa la reflexión kantiana, y en el fondo le es fiel aunque no idéntico. Pues bien, Heidegger enfrenta esta pregunta de un modo que en cierto sentido se parece a la schopenhaueriana, porque en el encontrarse también establece la identidad yo-querer y no la de yo-pensar.

En la disposición afectiva, el Dasein ya está siempre puesto ante sí mismo, ya siempre se ha encontrado, no en la forma de una autopercepción, sino en la de un encontrarse afectivamente dispuesto<sup>6</sup> (pág. 139).

Si bien la existencia humana no es su propia manera de representarse o, si se quiere, que en su representación, o auto percepción, no es existencia, sólo está puesta inmediatamente ante sí misma, siempre se encuentra a sí misma en el ser que es, en su propio ser, a través de la disposición afectiva, es decir, del sentimiento.

## Jaspers

Otra solución de este asunto quizá sea la que provee Jaspers. No elude este autor la escisión sujeto-objeto, y las dificultades que esto comporta para el autoconocimiento, pero no ve en ella el todo real del mundo y del ser. Por fuera de la escisión, donde cabe todo lo que conocemos y somos, postula lo que llama el envolvente o el abarcador, donde sujeto y objeto están contenidos y a la que refieren, es decir, donde lo racional y lo irracional son lo Uno incomprendible. Para Jaspers, el solo hecho de que haya escisión sujeto objeto supone que ambos son partes de una unidad que no se objetiva. El análisis de la realidad, por ende, no concluye en la escisión, sino que a través de ella se alude a la unidad de lo envolvente que los abarca y contiene a ambos, lo que sólo puede ser captado en un lenguaje que ya no es propio del sujeto ni del objeto: es el lenguaje de los símbolos y las cifras.

## COMENTARIOS FINALES

Para Schopenhauer, el destino de la voluntad, de la cosa en sí, que conocemos como deseo, es una forma de lo imposible. La búsqueda de la satisfacción de algún deseo supone renunciar a muchos otros, de modo que nunca puede ser satisfecha por entero. Además, una vez logrado, el objeto del deseo deja de ser deseado (que sólo se desea lo que no se tiene ya lo decía Platón), y la voluntad se lanza entonces en pos de nuevos deseos, es decir, a la lucha y el dolor en un ciclo y una dinámica que se reitera monótonamente y que es insoluble. La permanente miseria y padecimiento que es la vida humana discurre entre el insensato sufrimiento de no tener lo que se desea o el tedioso aburrimiento de tenerlo, y en el insaciable anhelo de renovar las diversiones y vacuidades, estúpidas y malignas, que la hagan soportable. No obstante, también consideraba posible la salvación y redención intramundanas a través de la filosofía, el conocimiento, la belleza, el arte, y, sobre todo, la negación de la oscura, insaciable, irracional y escindida voluntad.

<sup>6</sup> Heidegger M. *Ser y Tiempo*.

ENSAYO

# BIOPOLÍTICA DEL DESARROLLO Y SALUD MENTAL<sup>1</sup>

(Rev GPU 2015; 11; 1: 28-37)

Sergio Prudent<sup>2</sup>

**El propósito de este artículo es analizar el concepto de desarrollo, su evolución histórica y su impacto sobre la salud mental. El énfasis se pone en relación con un periodo histórico concreto al que denominamos neoliberalismo. Esta es la razón por la cual es necesario incorporar un tercer y fundamental elemento de análisis; concretamente, el cambio paradigmático ocurrido en la teoría económica. Finalmente se estudian los efectos objetivos sobre la salud mental del neoliberalismo en tanto política de desarrollo y los mecanismos culturales que el *ethos* cultural produce para su reproducción, haciéndonos la siguiente pregunta: ¿De qué forma el discurso neoliberal penetra al propio terreno de la profesión médica y de sus prácticas?**

## SOBRE EL CONCEPTO DE DESARROLLO

Desarrollo es un concepto, como suele ocurrir en las ciencias sociales, cargado de significados y valores no necesariamente unívocos y, además, que puede apelar a distintas unidades de análisis (Willis, 2005). Podemos hablar, por una parte, de desarrollo en términos de las mejoras en las condiciones de vida de un determinado país o región, expresado por ejemplo en términos de indicadores e índices socioeconómicos o

desarrollo por otra, como la expresión de los cambios a nivel individual experimentados por un ser humano. Por otra parte podemos considerar al desarrollo como la expresión de una determinada concepción de la realidad construida desde las relaciones de poder (Escobar, 2012) que facilita el contexto discursivo precisamente, para la mantención o consolidación de unas determinadas relaciones de poder. Para Naz (Naz, 2006) el desarrollo puede entenderse como: “un concepto extremadamente vago y abarcador que apela a diversos

<sup>1</sup> Conferencia dictada en el “XII Taller Internacional de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria” efectuado en Santiago de Chile entre los días 1 y 3 de septiembre de 2014, organizado por la Escuela de Salud Pública y MEDICHI, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, como parte del Diploma de Postítulo de la Escuela de Posgrado de dicha Facultad

<sup>2</sup> Sergio Prudent Vilches es Doctor© Psicología Social y Metodología de la Universidad Autónoma de Madrid, España; Magister en Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile; Master in Youth Work and Social Equality/Comparative European Perspectives on Youth Work and Social Disadvantage de la Humak University of Applied Sciences (Finland)/University of Bedfordshire (UK) and University of Tartu (Estonia); Ingeniero Comercial y Licenciado en Administración de Empresas de la Universidad de Valparaíso, Chile. Fue Director de la Carrera de Socioeconomía en la Universidad de Valparaíso, y actualmente reside en Finlandia y se desempeña como Profesor de jornada parcial en Arbis (Centro de educación para adultos, Helsinki/Finlandia) shprudent@gmail.com.

sujetos con visiones sobre el desarrollo a menudo diferentes, no obstante que términos como crecimiento, modernización y progreso socioeconómico nos permiten tener un acercamiento a su definición. A un nivel más simple, desarrollo implica crecimiento o maduración y avance” (65).

No obstante las dificultades que conlleva la utilización del concepto, la idea de desarrollo es fundamental para comprender un importante número de procesos socioeconómicos ocurridos desde la época de la colonización (Islam, 2009). Un buen ejemplo de la importancia de las visiones del mundo que se expresan y luego difunden por medio de la idea de desarrollo lo encontramos en la obra de Said (Said, 1997) *Orientalismo*. En ésta se pone de manifiesto el empeño por construir una particular forma de comprensión de una cultura, como señala Said, en este caso lo que denominamos oriente, en palabras del propio autor: “...las ideas, las culturas y las historias no se pueden entender ni estudiar seriamente sin estudiar al mismo tiempo su fuerza o, para ser más precisos, sus configuraciones de poder. Creer que Oriente fue creado –o, como yo digo, orientalizado– y creer que tales cosas suceden simplemente como una necesidad de la imaginación, es faltar a la verdad. La relación entre Occidente y Oriente es una relación de poder y de complicada dominación” (*óp.cit*, 1997, 25).

Al hablar de desarrollo y en línea con la argumentación anterior, es decir, entendiendo el concepto de desarrollo en su contexto socio-histórico, es importante destacar la importancia de la llamada teoría de la modernización como modelo conceptual que utiliza la idea de desarrollo. La tesis central de la teoría de la modernización expresada desde la obra de Lerner (1958), es que la modernización es un proceso de cambio social desde las sociedades tradicionales a las sociedades avanzadas (representadas por las sociedades occidentales), un proceso de permanente mejora, que implica dimensiones socioeconómicas y políticas. El proceso modernizador, desde esta perspectiva, es de naturaleza universal, el proceso de cambio social puede y de hecho sigue el curso de un conjunto de etapas que van desde la ya mencionada sociedad tradicional a la sociedad de consumo (Rostow, 1990). La última etapa, la sociedad de consumo, está representada por las economías y sociedades occidentales; el papel de las políticas económicas y sociales es sentar las bases para que cada una de las etapas tenga las precondiciones necesarias para su despliegue y realización.

Por otra parte desde una perspectiva multidimensional el desarrollo compromete, afecta a un conjunto amplio de aspectos-dimensiones socioeconómicas y

políticas, tales como pobreza, inequidad, crecimiento poblacional, urbanización acelerada y surgimiento de las grandes ciudades, los problemas de salud pública, ambientales, el sector rural y su decadencia o menor significancia a nivel de la economía como un todo junto con los problemas y desafíos de la gobernabilidad y los problemas fallas de la economía de mercado (Todaro, 2011).

## PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LAS POLÍTICAS E INSTITUCIONES DEL DESARROLLO

Toda definición de una demarcación histórica sobre el concepto y las prácticas del desarrollo como expresión analítica y discursiva puede resultar arbitraria. Sin embargo podemos considerar el periodo poscolonial como un punto de partida significativo para analizar los distintos tipos de visiones, instituciones y políticas que surgen en distintos momentos del tiempo (Dodds, 2002). Es durante la posguerra donde sistema colonial comienza a resquebrajarse y a la vez el momento en que un nuevo discurso, el desarrollista, empieza a surgir, tanto por la necesidad de reconstrucción de las economías devastadas por la guerra como por la necesidad de reconducir la relación de las viejas potencias imperiales con las ahora naciones independientes. Lo que se produce entonces es un cambio de la representación binaria civilizado no-civilizado por la representación binaria desarrollado no-desarrollado (Six, 2009). Esta última representación a su vez considera dos elementos centrales en su definición, primero el crecimiento económico como la variable económica central y segundo una dimensión valórica, concretamente el paso o transición de las sociedades tradicionales a las sociedades modernas. Es precisamente en este momento donde las teorías de la modernización juegan un papel central en la articulación de un discurso y unas prácticas (estrategias, políticas) destinadas a reconstruir las relaciones de los imperios en decadencia, los nuevos imperios y las ex colonias.

Sin embargo en los años 1950 se produce el nacimiento de una concepción alternativa del desarrollo, una visión por lo demás propiamente latinoamericana, la llamada teoría estructuralista (Bianchi, 2005), donde juegan un rol fundamental la Cepal y su principal figura, el economista argentino Raul Prebisch. Es necesario precisar, en todo caso, que la visión alternativa cepalina es por sobre todo alternativa en relación a la formación de las relaciones de poder entre países desarrollados y no desarrollados, más que por la definición misma de la idea de desarrollo (Sotelsek, 2008). El enfoque central de desarrollo de Prebisch tenía relación con



una asimetría entre lo que él denominaba el centro y la periferia. La periferia, es decir, los países no desarrollados lo eran porque dependían de unos términos de intercambio que se deterioraban en el tiempo. Dichos términos estaban constituidos esencialmente por la exportación de materias primas, en cambio los países desarrollados exportaban bienes y servicios con alto valor agregado. Esta tesis central llevó al desarrollo de políticas de industrialización y sustitución de importaciones en países como Brasil, Argentina y Chile hasta bien entrados los años 1970. Debe mencionarse también aquí el papel jugado por la teoría de la dependencia, donde se distingue la figura de Andre Gunder Frank, quien era crítico de las teorías de la modernización y consideraba el subdesarrollo como el producto de las relaciones de dependencia entre el mundo desarrollado, centro, y los subdesarrollados, la periferia (Kay, 2006). En otras palabras, el subdesarrollo y el desarrollo son las dos caras de un mismo fenómeno de dependencia (Solorza y Cetré, 2011).

En este punto es necesario hacer referencia a otro hecho de particular importancia en el campo de los estudios del desarrollo como también sobre la idea misma de desarrollo. Es en este periodo de la evolución del discurso desarrollista que la ciencia económica comienza a marcar su hegemonía como marco explicativo para el estudio del fenómeno del desarrollo y de la prescripción de las prácticas y políticas socioeconómicas (Hulme y Turner, 1990). Si en un principio el desarrollo como campo de estudio fue el terreno de distintas disciplinas sociales, la antropología y sociología entre otras, es a partir de este momento cuando la ciencia económica y en particular la teoría neoclásica se vuelven las disciplinas dominantes.

En los años 1970, junto con la coexistencia de los enfoques modernizantes y de la dependencia, surgen también otros elementos que complejizan la idea de desarrollo. Una de las obras importantes es sin duda el informe del denominado Club de Roma, informe llamado "Los límites del crecimiento" (Meadows *et al.*, 1972). En este informe un conjunto de investigadores del Instituto Tecnológico de Massachusetts, ponen en evidencia la contradicción entre las pretensiones de un progreso (crecimiento económico) sostenido en el tiempo y por otra parte la limitación que surge en un planeta con recursos biofísicos limitados. De esta forma el informe del Club de Roma llama la atención sobre una variable que desde entonces no puede eludirse en el discurso desarrollista: la variable medioambiental.

Los años 1980, por su parte, representan el surgimiento de la hasta ahora más influyente visión y conjunto de políticas para abordar el tema del desarrollo,

la perspectiva neoliberal (Willis, 2005; Harvey, 2007). Desde el plano político son los gobiernos conservadores de Margaret Thatcher en el Reino Unido y de Ronald Reagan en Estados Unidos los que dan el inicio a un discurso que paso a paso ira conformando lo que podemos denominar el "ethos neoliberal" (Kaussen, 2011). En el plano global distintas instituciones como FMI, Banco Mundial y la Organización Mundial del Comercio van haciendo suyas las prácticas neoliberales (Harvey, 2005). Estas prácticas, dicho brevemente; ponen el centro de las políticas de desarrollo en el mercado como mecanismo asignador de recursos. La constitución del mercado como institución clave del desarrollo es acompañada por las políticas de privatización de distintos sectores de la economía en un comienzo públicos, junto con la prescripción en momentos de crisis de las conocidas políticas de ajuste estructural. Este contexto sociopolítico se enmarca además en tiempos del derrumbe de la Unión Soviética y de la de los llamados socialismos reales de Europa del este. Desde el plano medio ambiental aparece el concepto de desarrollo sustentable (Cole, 1999), un término que ha alcanzado una gran popularidad a pesar de la evidente ambigüedad en cuanto a su significado concreto (Williams y Millington, 2004).

Las décadas siguientes, es decir, finales del siglo XX y los comienzos del siglo XXI han continuado siendo dominadas por el discurso neoliberal, al que se han agregado categorías de análisis como la de la globalización. Sin embargo otras perspectivas han entrado al campo del desarrollo con mayor o menor impacto en el discurso desarrollista, a saber: las teorías posdesarrollo, los enfoques sobre la cultura y desarrollo local, la perspectiva de género, los agentes del desarrollo; como por ejemplo el papel de las ONGs (Desai y Potter, 2002) y las teorías sobre el decrecimiento económico (Fournier, 2008; Jackson, 2009).

## BIOPOLÍTICA DEL DESARROLLO

El nombre de este artículo hace referencia indudablemente a la obra de Michel Foucault, *Nacimiento de la Biopolítica* (Foucault, 2007), precisamente porque la intención es seguir con la tesis central que explica cómo unas determinadas relaciones de poder afectan concretamente las dimensiones físicas del vivir o más específicamente el control de las poblaciones: "Trataré de mostrarles que todos los problemas que intento identificar actualmente tienen como núcleo central, por supuesto, ese algo que llamamos población. Por consiguiente, será a partir de allí que pueda formarse algo semejante a una biopolítica. Pero me parece que

el análisis de la biopolítica sólo puede hacerse cuando se ha comprendido el régimen general de esa razón gubernamental de la que les hablo, ese régimen general que podemos llamar cuestión de la verdad, primeramente de la verdad económica dentro de la razón gubernamental; y por ende, si se comprende con claridad de qué se trata en ese régimen que es el liberalismo” (Foucault, 2007, 41). Sin embargo en el presente análisis hay diferencias importantes que es necesario considerar; en primer lugar y en vez de pensar en términos poblacionales, la intención en este trabajo es discutir la forma en que un tipo particular de ideas y prácticas del desarrollo afectan “la vida en sí misma” (Rose, 2001), cotidianamente. El segundo elemento diferenciador está relacionado con el proceso socioeconómico concreto de estudio; Foucault analizó en su obra el nacimiento del liberalismo tanto en su versión europea como en la surgida en Estados Unidos para finalmente estudiar las características de neoliberalismo. El neoliberalismo, como dispositivo de gobernabilidad y sus efectos en la salud mental conforman nuestro centro de interés. Dado que el neoliberalismo puede tener más de un significado, entendemos éste en los términos que Harvey señala: “Neoliberalismo se refiere a las prácticas de una economía política que postula que la mejor forma de lograr el bienestar humano es por medio de la maximización de la libertad de emprender en un marco institucional caracterizado por los derechos de propiedad privada, libertad individual, mercados desregulados y libre comercio. El rol del Estado es crear y preservar el marco institucional que haga posible el desarrollo de estas prácticas” (Harvey, 2007, 22).

Finalmente un tercer elemento a considerar y del que se profundizará en el siguiente acápite es el que se refiere a la teoría económica en sí misma. En otras palabras, hablaremos de la biopolítica del desarrollo, en particular del neoliberalismo, de su relación con la teoría económica tal y como la conocemos hoy en día, y del efecto que este particular *ethos* tiene sobre la experiencia y concepto de salud mental.

## DE LA ECONOMÍA POLÍTICA A LA CIENCIA ECONÓMICA

La historia de la teoría económica es de fundamental importancia para comprender una de las razones que otorga legitimidad al *ethos* neoliberal, más específicamente la legitimidad proporcionada por la dimensión teórica (Ha-Joon Chang, 2002). La transformación central ocurrida en la teoría económica puede ser concebida como un cambio de paradigma (Kuhn, 2004), el

cambio de la que conocemos como economía política (*political economy*) a la actualmente llamada economía neoclásica o economía estándar (*economics*) (Bresser-Pereira, 2009). El cambio producido para situarlo en coordenadas temporales se empieza a gestar durante la llamada revolución marginalista (Milonakis y Fine, 2009) donde destacan las figuras de Walras, Jevons y Merger, quienes compartían el propósito de una refundación de la teoría económica para transformarla en una ciencia pura, a semejanza de las ciencias de la naturaleza; en este sentido era imprescindible purgar a la economía de sus dimensiones sociales, históricas y éticas, debía de convertirse en una disciplina libre de valores. Los efectos de este cambio paradigmático alcanzan hasta nuestros días: “La mayor parte de la teoría económica está actualmente construida alrededor de la metáfora del equilibrio mecánico (tomado en préstamo de la física del siglo XIX) junto con el supuesto (tomado en préstamo desde el utilitarismo) de que los agentes económicos son maximizadores egoístas de sus propios intereses; la simbiosis de esta metáfora y el supuesto de maximización han tenido un profundo efecto en cómo los economistas ven y comprenden los factores que ellos estudian” (Bronk, 2009, 5). De esta forma se va elaborando una teoría económica, una ciencia económica (*economics*), donde los actores centrales son sujetos independientes, desconectados de su interacción social (individualismo metodológico) y que guiados por sus intereses egoístas dan vida a los mercados. Los mercados por su parte son instituciones que actúan bajo equilibrio, un equilibrio que se mantiene en el tiempo a menos que injerencias externas lo perturben (por ejemplo la acción del Estado). Finalmente es la competencia la fuerza central que permite el “ajuste” de los mercados. Lo que se constituye de esta forma es una “cosmología”, como señala Gowdy: “Estas tres características de una cosmología occidental están reflejadas en la teoría económica canónica en la forma del supuesto del actor racional egoísta, la acción de la mano invisible y la creencia en el equilibrio general de los mercados, respectivamente” (Gowdy *et al.*, 2013, 1002).

Lo que sigue entonces es el abandono de la economía de su esencia de ciencia social para perseguir el proyecto de convertirse en ciencia en el sentido de la física o las ciencias de la naturaleza, lo que le proporciona la legitimidad para explicar y predecir libre de valores. Es esta legitimidad la que cumple un papel central en la prescripción de las medidas que a su vez definen el *ethos* neoliberal, por ejemplo en la necesidad de desregulación de los mercados, de forma en que puedan operar, los mercados, libres de las interferencias de

agentes perturbadores como el de la acción del Estado. En este mismo sentido y no con menor importancia la economía ha adquirido su un carácter de cientificidad al utilizar cada vez y en mayor grado el instrumental matemático-econométrico (Summers, 1991) que incluye los últimos aportes de la teoría del caos, lo que no hace sino más cuestionable su utilización: “La teoría neoclásica existe para pintar un retrato de un mundo, en la esfera económica, determinístico y regido por leyes independiente de las maquinaciones y creencias de los actores económicos. La literatura sobre la teoría del caos efectivamente revela una curiosa simbiosis entre determinismo y una ausencia de orden, que borran los límites entre orden y caos. Nosotros podríamos bien haber llegado a una crítica coyuntura en la historia intelectual humana donde nuestras imágenes sobre el mundo natural son tan anómicas y fragmentadas, que los economistas ya no pueden perseguir imitar a la física ya que esto podría erosionar su propio rol y función en la vida social” (Mirowski, 1990, 17).

### NEOLIBERALISMO COMO *ETHOS*

Como vimos en secciones anteriores, el neoliberalismo se concibe como un conjunto de políticas concretas en la esfera de la acción económica. En esta sección, sin embargo, avanzaremos en la idea del neoliberalismo como el desarrollo de una *ethos* particular (Vandenbeld, 2011), y de esta forma en la expresión de una totalidad socioeconómica y política que afecta, de manera diaria, la vida de los sujetos y en particular su salud mental (Hall y Lemont, 2013). El *ethos* neoliberal representa tanto una presencia en el mundo, una narrativa, unas formas de conducta que son asumidas como correctas y naturalmente una determinada forma de comprender las relaciones sociales: “El objetivo central de la gobernabilidad neoliberal (la conducta de la conducta) es la creación estratégica de las condiciones sociales que animan y necesitan la producción del *homo economicus*, una forma histórica de subjetividad constituida como un “átomo” egoísta, autónomo y libre. El sujeto neoliberal es un individuo moralmente responsable de navegar en el terreno social usando su racionalidad en términos de cálculos de costo-beneficio, basado en los principios del mercado y con exclusión de cualquier otro valor ético o interés social” (Hamann, 2009, 37). La existencia de este *homo economicus* y su expresión en forma de una conducta, y sobre todo como racionalidad, a cada uno de los aspectos de la vida humana, es sin dudas unos de los aspectos más significativos del *ethos* neoliberal dado que sus implicaciones alcanzan aspectos de la vida cotidiana cada vez más significativos; el

*homo economicus* lo puebla todo, lo decide todo: “El *homo economicus* es, si se quiere, el punto abstracto, ideal y puramente económico que puebla la realidad densa, plena y compleja de la sociedad civil. O bien: la sociedad civil es el conjunto concreto dentro del cual es preciso resituar esos puntos ideales que constituyen los hombres económicos, para poder administrarlos de manera conveniente” (Foucault, 2007, 336).

En este *ethos* neoliberal los sujetos se convierten, en los distintos planos de la realidad, en empresarios (Foucault, 2007), y como tales deben enfrentar los riesgos por las decisiones que toman, cualesquiera que estas decisiones sean. Lo que sucede entonces es que el riesgo se transforma no solamente en una base de categorización-estigmatización social, dado que distintas personas y grupos tienen y asumen diferentes riesgos, sino que además el riesgo traduce la desigualdad a que los individuos se encuentran sujetos (Fourcade y Healy, 2013). Pero además el actor empresario debe asumir la responsabilidad por su propia conducta, es decir, por su propio bienestar. Esto último se traduce en la ruptura de la acción colectiva en favor de la aislada acción individual del competidor en los distintos “mercados” en los que debe competir. Las vidas son transformadas en proyectos empresariales sujetos a cálculos de rentabilidad y riesgo, haciéndonos responsables por ejemplo de la educación y la salud en tanto factores del “capital humano”, y en nuestras relaciones sociales, las que a su vez conforman nuestro “capital social”. En cada dimensión de nuestras vidas se hace presente la necesidad de concebirnos como actores sustentables y confiables como proyectos de empresa personal. No debemos olvidar, además, otro aspecto de singular importancia. Esta nueva forma de gobernabilidad que se expresa como un proyecto de empresa personal se construye desde el conocimiento de sentido común (Berger y Luckmann, 1991), de manera que nos transformamos en empresarios de nuestras propias vidas en un mundo que ha naturalizado estas expresiones culturales (Huber, 2012).

### NEOLIBERALISMO Y SALUD MENTAL

En esta última sección el propósito es analizar de qué forma un particular tipo de visión del desarrollo y las prácticas asociadas al mismo afectan lo que denominamos salud mental. La tesis central que se ha sostenido en este trabajo es que el neoliberalismo, nuestro tipo de desarrollo en estudio, conforma un *ethos* concreto y esto representa a su vez una visión, discurso y prácticas que se configuran en los distintos planos de la vida y que por lo tanto dan nacimiento a una biopolítica del desarrollo. Todo lo anterior nos permite entonces



hablar de la producción de una biopolítica del neoliberalismo y más específicamente de una racionalidad, en la que las vidas humanas se consideran como proyectos de empresa. En el análisis que sigue se estudian dos aspectos en los que la biopolítica neoliberal ha afectado la salud mental de los seres humanos en su condición de tales, a saber: en primer lugar lo que podríamos definir como ciertas condiciones objetivas o materiales de la vida, referidas concretamente a los efectos que las políticas socioeconómicas de corte neoliberal generan, precisamente, en las condiciones socioeconómicas de quienes son objetos (sujetos) de dichas políticas. En segundo lugar el estudio tiene como propósito el análisis de un aspecto menos tangible y que pertenece al mundo de la cultura. Concretamente nos debemos cuestionar en relación con las formas de “reproducción” que el *ethos* neoliberal se procura para perpetuarse como posibilidad cultural legítima. En este último caso la pregunta obligada que debemos formular es: ¿De qué forma el discurso neoliberal penetra al propio terreno de la profesión médica y de sus prácticas, de forma de que en esta dimensión se encuentra también una dimensión del proyecto empresa?

### Las prácticas neoliberales y sus efectos

Teniendo en consideración el concepto de salud mental y como lo define la OMS, es decir: “La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS), nuestra atención se dirige al análisis de las dimensiones de la vida que se ven afectadas por el tipo de entorno que se forma con la aplicación de las políticas y prácticas neoliberales y cómo esto se traduce en la aparición de trastornos mentales o bien en la pérdida de bienestar humano. A continuación se presentan dos aspectos en los que se puede reconocer un impacto en la salud mental producto de la aplicación de las políticas neoliberales: en primer lugar el incremento en la desigualdad social y, en segundo término, en las profundas transformaciones sufridas por las instituciones, regulaciones y condiciones del mundo del trabajo.

#### *Incremento en la desigualdad*

Un importante número de estudios señala los efectos regresivos de las políticas neoliberales a nivel global (Coburn, 2004; Bhavsar y Bhugra, 2008; Sáez, 2012;

Steeck, 2013; Polanyi Levitt, 2014), contribuyendo de esta forma al aumento de las diferencias entre los grupos más ricos y los más desfavorecidos de la sociedad. Considerando a la salud mental como el producto de un conjunto complejo e interrelacionado de variables personales, sociales y estructurales (Williams *et al.* 1997; Rogers y Pilgrim, 2005), son precisamente las variables sociales y estructurales las que son creadas de manera distintiva por los diferentes entornos socioeconómicos. En el caso del *ethos* neoliberal la exacerbación de las desigualdades que éste provoca contribuye a su vez a la generación de la denominada gradiente social (Wilkinson y Pickett, 2010; Marmot, 2010) es decir, que el estado de salud, en este caso de salud mental de los sujetos, se encuentra correlacionado con el nivel socioeconómico al que pertenecen: “la gradiente social en salud describe el grado de asociación observado entre el estatus socioeconómico y el estado de salud. El extendido patrón de mayor morbilidad y mortalidad temprana asociado con bajos ingresos, nivel de educación o estatus ocupacional es persistente para casi todas las enfermedades (patologías), incluyendo enfermedades cardíacas, diabetes, distintos tipos de cáncer y enfermedades mentales” (Orpana y Lemyre, 2004, 143). Las desigualdades sociales, expresadas en términos de la totalidad del entorno socioeconómico que afecta la vida de los seres humanos en amplias zonas del planeta se expresa concretamente en la ansiedad y estrés permanente que provoca la inseguridad laboral, la incapacidad de hacer frente a las deudas de un cada vez mayor privatizado mundo en áreas como la educación y la salud. En el caso de los sistemas de salud las políticas neoliberales han generado un entorno completamente nuevo, tal y como Navarro señala: “a) reduciendo la responsabilidad pública por la salud de las poblaciones; b) incrementando la participación del mercado y las decisiones personales; c) estimulando la transformación de los sistemas de salud nacional en sistemas de salud basados en los seguros médicos; d) incentivando la privatización de las atenciones y prestaciones de salud; e) generando un discurso en el cual los pacientes son concebidos como clientes y la planificación es reemplazada por el mercado; f) donde la responsabilidad por la salud es de carácter individual; g) la concepción de la promoción de la salud es concebida como un cambio conductual, y h) promoviendo la necesidad de que los individuos aumenten su responsabilidad personal sumando capital social a su propio capital” (Navarro, 2009, 425); en definitiva, se genera una transformación radical en el ámbito de la atención sanitaria, que impacta por sí misma las condiciones de salud de la población.

### *La transformación del mundo del trabajo*

Una de las dimensiones del mundo socioeconómico que ha sufrido un cambio de proporciones dramáticas ha sido el mundo del trabajo. Las prácticas neoliberales en concomitancia con los procesos de globalización han impactado profundamente la calidad de vida de millones de seres humanos en nuestro planeta: “el profundo cambio en las dimensiones sociales y psicológicas del mundo del trabajo que han sido acompañadas por los procesos de globalización se ha articulado en términos de un crecimiento del sector informal, definido por bajos niveles de ingreso, ausencia de contratos, inestables condiciones de trabajo, pobre acceso a los servicios sociales, bajos niveles de sindicalización y un creciente aumento del trabajo irregular o temporal” (Bhavsar, 2008, 378).

En otras palabras, de lo que hemos sido testigos en los últimos 40 años es de una progresiva precarización del trabajo, lo que tiene indudables consecuencias en el bienestar general de no sólo los trabajadores sino naturalmente de su entorno familiar. El trabajo no es sólo importante desde el punto de vista de la sustentabilidad económica de los sujetos, el trabajo es fundamental desde una perspectiva de bienestar y calidad de vida, dado que es el trabajo el que ofrece identidad, sentido de autoestima, estatus y apoyo social para los trabajadores; en otras palabras, tener trabajo significa ser parte de la sociedad (Kalleberg, 2009). Concretamente la precariedad laboral afecta el sentido de seguridad en el trabajo por el compromiso de cuatro dimensiones (Bhattacharyya, 2007); la continuidad en el trabajo, el control sobre el trabajo y el sentido de protección y el nivel de ingreso que dicho trabajo otorga, en todas estas dimensiones el trabajo precario se encuentra en una situación de desventaja a lo que denominaríamos un trabajo normal. La precariedad laboral tiene además una dimensión sociopolítica al producir una despolitización y desmovilización del lugar del trabajo; al quedar en evidencia la incapacidad para actuar colectivamente frente a las fuerzas de la globalización y el poder del mercado, los individuos deben “adaptarse” a las nuevas circunstancias: “La imagen que emerge de la resiliencia y optimismo de individuos que buscan el éxito individualmente, en un mundo del trabajo en el que la solidaridad y comunidad han sido removidas” (Wilson y Ebert, 2013, 275).

### *La reproducción del ethos neoliberal*

En principio los procesos sociales pueden distinguirse en dos tipos: los procesos que dan cuenta de las transformaciones o cambios sociales y en segundo término

los que explican la permanencia de las prácticas y discursos (Beck, 2013); a la segunda categoría de estos procesos se les denomina los mecanismos de reproducción cultural (Pettersson, 2010). En este último acápite son los mecanismos de reproducción cultural los que concentrarán nuestra atención. Más específicamente nuestro centro de interés es el explorar la forma en que el discurso que reproduce el *ethos* neoliberal penetra además el propio discurso de la salud mental. Dentro de la racionalidad del *ethos* neoliberal un elemento central es la toma de responsabilidad individual de los sujetos frente a los desafíos y dificultades de la vida, no son las características estructurales las que se deben discutir, no es al colectivo al que se acude por ayuda, es el sujeto en su calidad de individuo (actor racional) el que debe ser capaz de adaptarse y superar sus problemas. El sujeto se transforma entonces en un sobreviviente: “El discurso neoliberal ha cambiado la gobernanza y sus contenidos hacia la sobrevivencia vista como una responsabilidad individual. Este es un crucial elemento del orden neoliberal –la remoción de la dependencia sobre lo social combinado con el sueño de la riqueza y posesiones para los individuos que tienen ese derecho–... la vulnerabilidad se encuentra estrechamente atada a la responsabilidad individual, lo que es central en la subjetividad neoliberal – los trabajadores son desechables, no existe obligación por parte de la fábrica social, por el cuidado de éstos. Entonces, el sujeto neoliberal es tanto vulnerable como necesariamente competitivo. La noción de responsabilidad es cambiada por la de responsabilidad por la sobrevivencia individual. Esta sobrevivencia es construida como sobrevivencia económica no moral” (Brunila, 2014,7).

En este sentido es importante rastrear hasta qué punto esta racionalidad permea el discurso de la salud mental. Un concepto que se ha popularizado en el ámbito de la salud mental en los últimos años es el concepto de resiliencia (Khanlou y Wray, 2014); resiliencia, por otra parte, es un concepto que se utiliza desde una perspectiva muy amplia y no exenta de cierta vaguedad (Martin-Breen, 2011); de acuerdo con Harper: “la resiliencia es la habilidad para responder y hacer frente a la adversidad” (Harper y Speed, 2012, 10). Zolkoski señala que la resiliencia: “se refiere al logro de resultados positivos a pesar de los desafíos y amenazas, que tiene como resultado el enfrentar con éxito experiencias traumáticas” (Zolkoski, 2012, 2296). Flores, por su parte, enfatiza que la resiliencia es: “un proceso dinámico que influye en la capacidad del individuo para adaptarse y desenvolverse exitosamente a pesar de enfrentar condiciones de estrés y adversidad crónicas, la resiliencia no es un rasgo de personalidad o condición

estática" (Flores *et al.*, 2005, 339). En todo caso una característica muy importante de este constructo es que la resiliencia siempre tiene relación con sujetos enfrentados al riesgo (Luthar *et al.* 2000; Mathiesen y Prior, 2006). La resiliencia es entonces una capacidad que puede aprenderse y que faculta a los sujetos expuestos a situaciones de riesgo a superar o eludir dichas conductas riesgosas o bien a superar experiencias traumáticas. En la sociedad del riesgo (Beck, 2006) grupos o sujetos individuales son tipificados o clasificados como riesgosos per se, o bien como expuestos a particulares condiciones de riesgo; la resiliencia es entonces la capacidad que puede desarrollarse (el proceso), mediante la cual dichos grupos o sujetos individuales pueden potencialmente enfrentar y resultar exitosos a pesar de la situación de riesgo o vulnerabilidad en la que se encuentran. Lo que resulta central en esta visión es que el desarrollo de esta capacidad es parte de un proceso de adaptación a circunstancias estructurales dadas por hecho y por tanto en principio no posibles de modificar, siendo finalmente el individuo el responsable de superar las dificultades.

Nos encontramos entonces nuevamente con un nuevo discurso que desplaza el centro de la responsabilidad hacia el individuo: "En años recientes el discurso de la resiliencia ha emergido desde características que anteriormente constituían atributos humanos tales como el coraje, fuerza de voluntad, fortaleza y el carácter, todos éstos han sido reconfigurados en términos de estrategias de afrontamiento o habilidades que pueden ser aprendidas por cualquiera. De esta forma esos atributos humanos dejan de ser los inquebrantables elementos del alma moral. En vez de los anteriores los atributos aparecen como fácilmente adquiribles, científicamente comprobables y cognitivamente mutables para facilitar la gobernanza del ser en condiciones de incerteza" (O'Malley, 2010, 489). Como proyecto-empresa los individuos deben enfrentar los riesgos de una vida incierta y adaptarse, mediante el aprendizaje de capacidades reconocibles y medibles, a las condiciones medioambientales; en otras palabras, las condiciones estructurales (socioeconómicas por ejemplo) son condiciones dadas e inmodificables. Es el individuo, no el colectivo, el destinado a resolver y superar las dificultades de la vida; es la adaptación, no el cambio social, es la patología o el trastorno personal y no las condiciones de, por ejemplo, injusticia social, las que deben ser transformadas. La gobernanza se traduce entonces en el autogobierno por las llamadas "tecnologías del ser" (Lemke, 2001), es el individuo en su calidad de proyecto-empresa el llamado a ejercer la libertad y responsabilidad por su propio cuidado, tomando las decisiones

necesarias que hagan posible su adaptabilidad y permanencia dentro del juego competitivo en el que los demás proyectos-empresa individuales se ven compelidos a interactuar. Es el autogobierno, precisamente, un elemento central en el mecanismo de reproducción del *ethos* neoliberal, son los sujetos responsables por su propio destino o proyecto, los que abandonan toda posibilidad de acción colectiva, toda acción de crítica sistémica. Hablamos entonces de inadaptación o desajuste, hechos todos tratables bajo la forma de alguna terapia individual, que haga posible la readaptación de los sujetos al espacio de competitividad del cual habían sido marginados o automarginados.

## CONCLUSIONES

El desarrollo como concepto y como un conjunto de políticas y prácticas ha cambiado permanentemente. Como construcción cultural y por tanto de naturaleza histórica, la idea misma de desarrollo se encuentra en permanente cambio. Si en algún momento la distinción esencial fue la de un occidente civilizado y el resto del mundo no civilizado, la distinción central en nuestros días se encuentra entre el mundo desarrollado y el no desarrollado. El desarrollo es considerado fundamentalmente como el resultado del desenvolvimiento variables de orden económico. Analizado el desarrollo desde una perspectiva temporal resulta evidente de que hemos sido testigos estos últimos 40 años de la hegemonía de un particular tipo histórico, una visión del desarrollo que denominamos neoliberalismo, que se despliega como discurso, práctica y finalmente *ethos*, y que abarca la totalidad de las dimensiones de la vida social. Las razones para la creciente hegemonía del discurso neoliberal son variadas y de compleja interacción y dinámica. No obstante, un elemento de innegable importancia es la contribución de la teoría económica en su versión conocida como teoría neoclásica, esta última es la que aporta el sustento de la legitimidad científica a la preeminencia del mercado como institución per se, necesaria y suficiente para la más eficiente utilización de los recursos económicos y humanos. Es el mercado además la institución que mejor preserva la libertad de emprendimiento, uno de los valores centrales en el discurso neoliberal. La relación entre el tipo histórico conocido como neoliberalismo y la salud mental puede ser estudiada en a lo menos una doble perspectiva; por una parte en los efectos concretos que las prácticas y las instituciones neoliberales ejercen sobre la salud mental de las vidas de millones de seres humanos a lo ancho y largo de nuestro planeta, y en segundo lugar en las formas en que el

discurso neoliberal, que penetra la propia disciplina de la salud mental, se despliega para reproducir el *ethos* neoliberal. Los efectos concretos que las políticas e institucionalidad neoliberal tienen sobre la salud mental son amplios y profundos, tanto desde la perspectiva de la desigualdad social que dichas políticas generan, como también desde la precariedad laboral que se produce en el mundo globalizado con las consecuentes secuelas para el bienestar humano.

Si la salud mental se considera como un criterio central en cuanto medida del bienestar humano, el análisis crítico del neoliberalismo su vuelve también algo esencial. Todo esto significa que la evaluación del bienestar humano debería jerarquizarse en relación con su impacto en la salud mental, y no hacer de esta última una medida más. Se requiere por lo tanto una redefinición del desarrollo, en donde las variables económicas sean un medio al servicio del bienestar humano, y no un fin en sí mismo, como ha sido hasta hora.

## REFERENCIAS

1. Beck U (2006). Living in the world risk society. *Economy and Society*, Vol 35, 3, 329-345
2. Beck U (2013). Why "class" is too soft a category to capture the explosiveness of social inequality at the beginning of the twenty-first century. *The British Journal of Sociology*, 64(1), 63-74
3. Berger P, Luckmann T (1991). *The Social Construction of Reality*. London: Penguin Books
4. Bhattacharyya S, Dolinschi R, Scott-Marshall H, Trevithick S, Tompa E (2007) 'Precarious employment experiences and their health consequences: Towards a theoretical framework', *Work*, 28 (3): 209-224
5. Bhavsar V, Bhugra D (2008). Globalization: Mental health and Social Economic Factors. *Global Social Policy*, 8, 3, 378-396
6. Bresser-Pereira LC (2009). Assault on the State and on the Market: Neoliberalism and Economic Theory. <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/> (Ac: 27.05.14)
7. Brunila K (2014). The Rise of the Survival Discourse in an Era of Therapisation and Neoliberalism. *Education Inquiry*, Vol5, 1, 7-23
8. Cole MA (1999). Limits to growth, sustainable development and environmental kuznets curves: an examination of the environmental impact of economic development. *Sustainable Development*, Vol. 7(2), 87-97
9. Desai V, Potter RB (2002). *The Companion to Development Studies*. London: Arnold
10. Dodds K. (2002). The third world, developing countries, the South, poor countries. En *The Companion to Development Studies* editado por Vandana Desai y Robert B. Potter, London: Arnold. (3-7)
11. Escobar A. (2012). *Encountering development. The making and unmaking of the third world*. Princeton; Princeton University Press
12. Flores E.; Cicchetti D. y Rogosch FA (2005). Predictors of Resilience in Maltreated and Nonmaltreated Latino Children. *Developmental Psychology*, Vol 41, 2, 338-351
13. Foucault M (2007). *Nacimiento de la Biopolítica*. México: Fondo de Cultura Económica
14. Fourcade M, Healy K (2013). Classification situations: life-choices in the neoliberal era. *Accounting, Organizations and Society*, 38, 559-572
15. Fournier V (2008). Escaping from the economy: the politics of degrowth. *Journal of Sociology and Social Policy*. Vol 28, 11/12, 528-545
16. Ha-Joon Chang. (2002). Breaking the mould: an institutionalist political economy alternative to the neo-liberal theory of the market and the state. *Cambridge Journal of Economics*. 26 (5): 539-559
17. Hall P, Lemont M (2013). *Social Resilience in the Neoliberal Era*. Cambridge: Cambridge Press
18. Hamann TH (2009). Neoliberalism, Governmentality, and Ethics. *Foucault Studies*, 6, 37-59. <http://rauli.cbs.dk/index.php/foucault-studies/issue/view/365> (ac: 23.05.14)
19. Harvey D (2007). Neoliberalism as Creative Destruction. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 610: 21-44
20. Huber M (2012). Refined Politics: Petroleum, Products, Neoliberalism and the Ecology of Entrepreneurial Life. *Journal of American Studies*, 46, 2, 295-312
21. Jackson T (2009). *Hyvinvointia ilman kasvua: Rajallisen planeetan taloustiede*. Hämeenlinna: HS Kirjat
22. Kalleberg AL (2009). Precarious Work, Insecure Workers: Employment Relations in Transitions. *American Sociological Review*, Vol. 74, 1-22
23. Kaussen V (2011). Do It Yourself: International Aid and the Neoliberal Ethos in the Tent Camps of Port-au-Prince. [https://nacla.org/sites/default/files/A04406007\\_2.pdf](https://nacla.org/sites/default/files/A04406007_2.pdf) (ac: 23.05.14)
24. Kay C (2006). André Gunder Frank (1929-2005): pionero de la teoría de la dependencia y mundialización. <http://www.ejournal.unam.mx/rms/2006-1/RMS006000106.pdf> (ac 26.05.14)
25. Khanlou N, Wray R (2014). A whole community approach toward child and youth resilience promotion: a review of resilience literature. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12, 64-79
26. Lemke T (2001). "The birth of biopolitics": Michel Foucault's lecture at the College de France on neoliberal governmentality. *Economy and Society*, 30, 2, 190-207
27. Lerner D (1958). *The Passing of traditional Society: Modernization the Middle East*. New York: Free Press
28. Luthar SS; Cicchetti D, Becker B (2000). The Construct of Resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71 (3), 543-562
29. Martin-Breen P, Anderies JM (2011). Resilience: A Literature Review. *The Rockefeller Foundation*. [www.rockefellerfoundation.org](http://www.rockefellerfoundation.org) (ac: 17.06.14)
30. Mathiesen KS, Prior M (2006). The impact of temperament factors and family functioning on resilience processes from infancy to school age. *European Journal of Development Psychology*, 3(4), 357-387
31. Meadows D, Meadows L, Randers J, Behrens III W (1972). *The Limits to Growth*. New York: Universe Books. <http://www.donellameadows.org/wp-content/userfiles/Limits-to-Growth-digital-scan-version.pdf> (ac: 02.06.14)
32. Milonakis D, Fine B (2009). *From Political Economy to Economics*. London: Routledge
33. Mirowski P (1990). From Mandelbrot to chaos in economic theory. [http://modular.math.washington.edu/home/wstein/www/home/simuw/simuw08/refs/fractal/Mirowski-from\\_mandelbrot\\_to\\_chaos\\_in\\_economic\\_theory.pdf](http://modular.math.washington.edu/home/wstein/www/home/simuw/simuw08/refs/fractal/Mirowski-from_mandelbrot_to_chaos_in_economic_theory.pdf) (ac: 27.05.14)
34. Navarro V (2009). What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services*, Vol. 39, 3, 423-441

35. Naz F (2006). Arturo Escobar and the Development discourse: an overview. *Asian Affairs*, Vol28, 3, 64-84
36. O'Malley P (2010). Resilient subjects: uncertainty, warfare and liberalism. *Economy and Society*, Vol 39, 4, 488-509
37. Orpana HM, Lemyre L (2004). Explaining the Social Gradient in Health in Canada: Using the National Population Health Survey to Examine the Role of Stressors. *International Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 11, 3, 143-151
38. Petterson O (2010). The mechanisms of cultural reproduction. en *Handbook of Cultural Sociology* editado por John R. Hall, Laura Grindstaff y Ming-Cheng Lo. New York: Routledge (139-151)
39. Polanyi Levitt K (2014). Mercantilist origins of capitalism and its legacies. En *Development in an Era of Neoliberal Globalization*, editado por Henry Veltmer, London: Routledge (6-48)
40. Rogers A, Pilgrim D (2005). *A Sociology of Mental Health and Illness*. Maidenhead: Open University Press
41. Rose N (2001). The Politics of Life Itself. *Theory, Culture & Society*, Vol. 18(6), 1-30
42. Rostow WW (1990). *The Stages of Economic Growth: a non-communist manifesto*. Cambridge: Cambridge University Press
43. Said E W. (1997). *Orientalismo*. Barcelona, Random House Mondadori
44. Salud Mental OMS. <http://www.who.int/features/qa/62/es/> (ac: 28.05.14)
45. Six C (2009). The Rise of Postcolonial States as Donors: a challenge to the development paradigm? *Third World Quarterly*, Vol 30, 6, 1103-1121
46. Solorza M, Cetré M (2011). La teoría de la Dependencia. <http://revista.urepublicana.edu.co/wp-content/uploads/2012/07/La-teoria-de-la-dependencia.pdf> (ac: 26.05.14)
47. Sotelsek D (2008). El pensamiento de Raúl Prebisch: una visión alternativa. *Estudios Demográficos y Urbanos*. <http://www.redalyc.org/pdf/312/31211538006.pdf> (ac: 10.07.14)
48. Streeck W (2013). The Politics of Public Debt: Neoliberalism, Capitalist Development, and the Restructuring of the State. Max Planck Institute for the Study of Societies. [http://www.mpifg.de/pu/mpifg\\_dp/dp13-7.pdf](http://www.mpifg.de/pu/mpifg_dp/dp13-7.pdf) (ac: 02.06.14)
49. Summers LH (1991). The Scientific Illusion in Empirical Macroeconomics. *Scandinavian Journal of Economics* 93(2), 129-148
50. Vandebeld Giles M (2011). From Need to Risk: The Neoliberal Construction of the "Bad" Mother. University of Toronto. <http://munkschool.utoronto.ca/cphs/wp-content/uploads/2013/02/Vandebeld-Giles-11-12.pdf> (Accesses: 28.05.14)
51. Wilkinson R, Pickett K (2011). *Tasa-arvo ja Hyvinvointi*. Juva: HS Kirjat
52. Williams D, Yu Y, Jackson J, Anderson N (1997). Racial Differences in Physical and Mental Health. Socio-economic Status, Stress and Discrimination. *Journal of Health Psychology*, Vol 2(23), 335-351
53. Wilson S, Ebert N (2013). Precarious work: Economic, sociological and political perspectives. *The Economic and Labour Relations Review*, 24(3), 263-278
54. Zolkoski SM, Bullock LM (2012). Resilience in Children and Youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34, 2295-2303

## REVISIÓN

# MINIMIZANDO LOS EFECTOS CARDIOVASCULARES ADVERSOS DE FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA<sup>1</sup>

(Rev GPU 2015; 11; 1: 38-47)

Fadi T. Khasawneh<sup>2</sup>, Gollapudi S. Shankar<sup>3</sup>

En la última década ha habido un rápido aumento de la utilización de agentes antipsicóticos atípicos tanto en Estados Unidos como en el mundo. No obstante, muchos profesionales de la salud no estiman la relevancia que tienen los efectos cardiovasculares adversos asociados a su uso, y tampoco a los métodos para minimizarlos. De esta manera, la medicación antipsicótica atípica puede causar efectos cardiovasculares adversos como arritmias y cambios en la presión sanguínea. En casos excepcionales también podrían causar insuficiencia cardiaca congestiva, miocarditis, y muerte súbita. Los pacientes que padecen de esquizofrenia tienen un riesgo mayor de mortalidad cardiovascular en comparación con individuos saludables, posiblemente debido al fumar excesivo, al mismo trastorno subyacente, o debido a una combinación de ambos factores. Mayor conciencia respecto a estas potenciales complicaciones permitiría a los farmacólogos y médicos manejar y monitorear a pacientes de alto riesgo. La evaluación

precisa es importante para evitar la administración de medicamentos inapropiados. Además, monitorear a los pacientes regularmente a través de muestras de sangre y del control de la presión sanguínea, ritmo cardiaco, y electrocardiogramas, pueden ayudar a pesquisar cualquier problema clínico y prevenir complicaciones adicionales. Finalmente, la educación para pacientes y miembros familiares, en la cual los farmacólogos pueden jugar un rol clave, es central para el manejo y la prevención de efectos adversos; es sabido que esto se refleja positivamente en la morbilidad y mortalidad de estos pacientes.

## INTRODUCCIÓN Y DISCUSIÓN

Es sabido que el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular aumenta en pacientes con esquizofrenia. En los pacientes con esquizofrenia aumenta el riesgo de muerte súbita, y es muy probable que cada dos de

<sup>1</sup> Publicado originalmente en la revista *Cardiology Research and Practice*. Volume 2014, Article ID 273060, 8 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2014/273060>. Traducido y publicado por GPU con autorización.

<sup>2</sup> Departamento de Ciencia Farmacéutica, College of Pharmacy, Western University of Health Sciences, 309 E. Second Street, Pomona, CA 91766-1854, USA.

<sup>3</sup> Departamento de Práctica y Administración Farmacéutica, College of Pharmacy, Western University of Health Science, 309 E. Second Street, Pomona, CA 91766-1854, USA.

La correspondencia debe ser dirigida a Gollapudi S. Shankar; [gshankar@westernu.edu](mailto:gshankar@westernu.edu).



**Tabla 1**  
EFECTOS CARDIOVASCULARES ADVERSOS DE ANTIPSICÓTICOS DE SEGUNDA GENERACIÓN

Medicamento	Hipotensión ortostática	Hipertensión	Miocarditis	Torsades de Pointes	Taquicardia refleja
Aripiprazol (Abilify)	x	x			x
Asenapina (Saphris)	x				x
Clozapina (Clozaril)	x	x	x*	x*	x
lloperidona (Fanapt)	x				x
Lurasidona (Latuda)	x	x			x
Olanzapina (Zyprexa)	x				x
Peliperidona (Invega)	x				x
Quetiapina (Seroquel)	x			x*	x
Risperidona (Risperdal)	x			x*	x
Ziprasidona (Geodon)	x	x		x*	x

\* Indica efectos secundarios “poco comunes”.

cuatro casos sufra una muerte prematura en comparación con la población general (1). Los antipsicóticos de segunda generación (SGAs) están asociados a efectos cardiovasculares adversos que pueden tener serias consecuencias para los pacientes (1-3) (Tabla 1). Los medicamentos antipsicóticos atípicos son un grupo de medicamentos químicamente diversos, y por tanto el tipo y grado de efectos cardiovasculares asociados puede variar. Los factores de riesgo de los efectos cardiovasculares adversos, asociados con medicamentos antipsicóticos atípicos, incluyen: edad avanzada, disfunción autonómica, enfermedades cardiovasculares preexistentes, sexo femenino (por riesgo de intervalo QTc prolongado y *torsades de pointes*), desequilibrio de electrolitos (particularmente hipocalcemia e hipomagnesemia), elevadas concentraciones de suero en fármacos antipsicóticos, características genéticas, y la enfermedad psiquiátrica en sí misma.

Los antipsicóticos han sido utilizados por más de cinco décadas para el tratamiento de la psicosis, una enfermedad que puede resultar de un número variado de trastornos, incluyendo el trastorno bipolar, trastornos delirantes, depresión psicótica, paranoia, esquizofrenia, síndrome de La Tourette, psicosis inducida por sustancias, y varias condiciones neurológicas como demencias, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, y párkinson. Los medicamentos antipsicóticos de primera generación (FGAs), comúnmente conocidos como “neurolépticos”, y que incluyen la fenotiazina, la butirofenona y tiotixeno, tratan muchos de los síntomas de la psicosis, pero tienen efectos adversos indeseables como la acatisia, la discinesia tardía, la distonía, y el parkinsonismo, colectivamente referidos como “efectos

adversos extrapiramidales” (EPS). Se ha demostrado que los antipsicóticos atípicos más recientes (SGAs; Tabla 1) tratan los síntomas positivos como la psicosis y los síntomas negativos como la apatía y la retracción, y también han demostrado tener efectos beneficiosos en la cognición con un riesgo reducido de EPS.

Como se ha indicado anteriormente, bien se ha establecido que los pacientes con trastornos mentales tienen una mayor prevalencia de factores modificables de riesgo para enfermedades cardiovasculares, los que podrían incluir obesidad, hipertensión, diabetes mellitus, y dislipidemia. Por ejemplo, la obesidad puede ser 1.5 a 2 veces más prevalente en personas con esquizofrenia y trastornos afectivos en comparación con la población general (4). Descubrimientos recientes sugieren que los medicamentos psicotrópicos utilizados para tratar a esta población también contribuyen al aumento de peso (5). En un estudio naturalístico de cinco años, un investigador encontró que en los pacientes tratados con Clozapina el aumento de peso comenzaba a las 46 semanas posteriores de la administración del fármaco (6). Sumado esto a otro tipo de riesgos cardiovasculares como la vida sedentaria, la obesidad, el abuso de sustancias, el tabaquismo —a lo cual los pacientes psiquiátricos son más propensos—, claramente existe una tasa mayor de mortalidad cardiovascular asociada con esta población. Las directrices de tratamiento actuales de la Asociación Americana de Psiquiatría recomiendan que pacientes que tienen condiciones cardíacas preexistentes u otro tipo de riesgos cardiovasculares, deben ser evaluados por su riesgo cardiovascular antes de comenzar una terapia antipsicótica, y luego ser monitoreados rutinariamente de allí en adelante (7).

La asociación entre SGAs y la hipertrigliceridemia ha sido establecida en una amplia gama de estudios (8). Sumado a la edad, el sexo, y a los bajos niveles de lipoproteínas de alta-densidad (HDL), TG de alto plasma es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de aterosclerosis coronaria y enfermedad coronaria (CHD). Debido al aumento de la prevalencia de enfermedades cardíacas y a la mortalidad asociada a la población con esquizofrenia (9), la probabilidad de que los SGAs aumenten los TG es de relevante preocupación. El mecanismo de la hipertrigliceridemia causado por los SGAs sigue siendo incierto, sin embargo esta condición es más prevalente entre aquellos que tienen sobrepeso u obesidad. A pesar de que todos los antipsicóticos atípicos (con la excepción de la ziprasidona y el aripiprazol) aumentan los TG en suero hasta cierto grado, la hipertrigliceridemia severa ocurre predominantemente con clozapina y olanzapina. Es más: en un pequeño estudio, dos pacientes prescritos con quetiapina experimentaron un aumento de un 48% en niveles de TG. Es importante notar que tanto la hiperlipidemia como la hipertrigliceridemia se creen asociadas con la resistencia a la insulina. Los casos extremos de hipertrigliceridemia (i.e. desarrollo de pancreatitis), pueden estar asociados con la disminución de células de los islotes y con el aumento de la utilización de glucosa.

En resumen, reacciones adversas a las drogas (junto con un tratamiento subóptimo), son muy costosas y causan dolor y sufrimiento a los pacientes, resultando en una discapacidad potencial o a veces la muerte (10). De hecho, en un estudio, 17% de los problemas resultaban de una terapia de administración de medicamentos inapropiada (11). Consecuentemente, farmacólogos expertos y cualificados son esenciales para el cuidado seguro, oportuno, efectivo y eficiente de los pacientes. En este sentido, en facultades de salud mental, los especialistas en farmacia pueden contribuir significativamente a resultados tangibles tales como:

1. Uso óptimo de medicamentos.
2. Reducción sustancial de reacciones adversas a los medicamentos.
3. Menos complicaciones relacionadas con el tratamiento medicamentoso.
4. Reducción de la morbilidad y mortalidad gracias a la minimización de problemas relacionados con la medicación.
5. Mejora del monitoreo de la terapia de fármacos en el laboratorio.
6. Mejora de la satisfacción del paciente.

Integrando las actividades de la práctica farmacológica tradicional (e.g., dispensación), las actividades clínicas farmacológicas requieren una comprensión de los avances realizados en la práctica colaborativa y en los servicios cognitivos. El servicio cognitivo es un componente del cuidado farmacológico que los farmacólogos han proporcionado por un largo periodo. El servicio cognitivo es definido como servicios proveídos por el farmacólogo al paciente o a otros profesionales de la salud con el propósito de promover la salud y/o una terapia medicamentosa óptima, no necesariamente relacionada con productos farmacéuticos o con la distribución farmacéutica (12). Estos servicios se enfocan principalmente en la optimización de la terapia medicamentosa de los pacientes y en asegurar adecuación, cuidado y eficacia. El monitoreo cardiovascular en un hospital o en una clínica realizado por un farmacólogo es un servicio especializado.

Los mecanismos para asegurar la competencia de especialistas en farmacología para el monitoreo de efectos cardiovasculares adversos deben incluir –si bien no limitado sólo a estos:

1. Ser BCPP (farmacólogo certificado por la junta), tener el entrenamiento equivalente, o tener experiencia en residencia psicofarmacológica y/o BCPS con antecedentes en psiquiatría.
2. Tener las competencias para interpretar un ECG (Derivación II).
3. Estar entrenado para medir signos vitales, y escuchar e interpretar sonidos cardíacos S1 y S2.
4. Ser capaz de interpretar informes de laboratorio debidamente.

Una de las funciones profesionales del farmacólogo es proporcionar una terapia medicamentosa provista de resultados definidos que mejoren la calidad de vida de los pacientes. La profesión de farmacología tiene la obligación de asegurarle al público que los farmacólogos provean un cuidado seguro, efectivo, oportuno y compasivo a los pacientes. Sin embargo, las áreas especializadas pueden requerir conocimiento y habilidades así mismo especializadas, obtenibles sólo a través de entrenamiento adicional.

Tomando en cuenta estas consideraciones, y dada la escasez de profesionales de atención primaria en general y de centros de salud mental/psiquiátrica en particular, el presente artículo no sólo subraya sino que también provee una guía para el manejo de complicaciones/manifestaciones cardiovasculares en pacientes que reciben tratamiento por esquizofrenia.



## CAMBIOS EN LA PRESIÓN SANGUÍNEA

### Hipotensión e Hipotensión Ortostática

La definición de hipotensión ortostática consiste en la disminución de 20 o más mmHg de la presión sistólica, o la disminución de 10 o más mmHg de la presión diastólica a los tres minutos de estar parado (13). La hipotensión ortostática es un efecto adverso común de los antipsicóticos atípicos. Es causada por el bloqueo del anticolinérgico o del receptor adrenérgico alfa-1 (14). El receptor adrenérgico alfa-1 causa vasoconstricción en ciertos lechos vasculares. El bloqueo de estos receptores conlleva a una vasodilatación, lo que causa la disminución de la presión sanguínea. Este efecto en la presión sanguínea se manifiesta principalmente al estar de pie, cuando es importante que el tono simpático mantenga la presión sanguínea adecuada (Tabla 2). En varios casos el efecto prolongado de hipotensión ortostática ha sido asociado con resultados adversos, tales como el derrame cerebral o el infarto al miocardio.

La hipotensión, incluyendo la hipotensión ortostática, es un efecto secundario significativo respecto a los medicamentos antipsicóticos atípicos. El bloqueo adrenérgico podría resultar en una serie de riesgos como síncope, caídas, fracturas, aumento de episodios de angina, y presión ortostática. Los agentes que más comúnmente causan hipotensión son la clozapina, la quetiapina y la risperidona. La olanzapina no bloquea los receptores adrenérgicos alfa y no ha sido asociada a la hipotensión ortostática, a pesar de que se ha reportado mareo en determinados pacientes que la consumen. La risperidona puede ocasionalmente causar mareo ortostático, hipotensión que incluye a la hipotensión ortostática, y taquicardia refleja. Los efectos menos hipotensores han sido reportados con relación a la ziprasidona. Los medicamentos antipsicóticos atípicos en combinación con medicamentos cardiovasculares como metildopa, diuréticos, bloqueadores adrenérgicos, antagonistas de calcio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores del receptor de angiotensina-II, nitratos, y muchos otros, agravan los efectos de la hipotensión.

La hipotensión ortostática puede aumentar el riesgo de daño (i.e., fractura de cadera) y caídas en la población anciana. Esto se debe a que los ancianos son frágiles y tienen una incidencia mayor de osteoporosis comparada con la población más joven. Se recomienda que aquellos que toman medicación psicotrópica estén conscientes del mareo. Para evaluar la presión sanguínea ortostática se recomienda que el paciente se acueste de espaldas durante diez minutos y se obtenga su

presión sanguínea y ritmo cardiaco, luego volver a tomar su presión sanguínea y ritmo cardiaco inmediatamente después de que el paciente se haya levantado de la posición acostada, y finalmente preguntar por el mareo (15). La evaluación del ritmo cardiaco contribuirá a distintos diagnósticos. El ritmo cardiaco aumenta entre 10-15 bpm al levantarse el paciente; cuando hay hipotensión ortostática, el ritmo cardiaco podría aumentar (con una caída concomitante de la presión sanguínea) a un rango de 15-30 bpm. Enseguida, debe pedírsele al paciente que se mantenga en postura erguida por tres minutos; luego obtener presión sanguínea y ritmo cardiaco nuevamente. La Tabla 2 resume los puntos claves para la evaluación, el monitoreo, y la educación que debe impartírsele al paciente respecto a la hipotensión ortostática que se da en enfermos tratados con antipsicóticos.

### Hipertensión

Los SGAs asociados a la hipertensión incluyen a la clozapina, olanzapina, y ziprasidona. La quetiapina y la risperidona presentan el menor riesgo de hipertensión. Evaluar las enfermedades preexistentes, y monitorear la presión sanguínea y el ritmo cardiaco del paciente al principio del estudio y luego periódicamente durante el tratamiento, ayudará a controlar y a prevenir el surgimiento de mayores complicaciones. La Tabla 2 resume los puntos claves de la evaluación, el monitoreo y la educación que debe impartírsele al paciente respecto a la hipotensión ortostática en pacientes que se tratan con antipsicóticos.

## INTERVALO QTC PROLONGADO Y TORSADES DE POINTES

Un electrocardiograma (ECG) mide la actividad eléctrica del corazón y puede servir como una ayuda diagnóstica para determinar posibles complicaciones cardiacas. Las fases del ECG son resumidas en la Tabla 3. Las ondas "p" muestran las corrientes eléctricas moviéndose hacia el atrio del corazón, provocando la despolarización. Cuando ocurre esto, se da una rápida afluencia de iones de sodio que entra en las células a través de canales de sodio, mientras que los iones de potasio salen lentamente de la célula en el atrio. Luego produce un complejo QRS que muestra a las corrientes yendo hacia los ventrículos y causando despolarización. Similar a la onda "p", los iones de sodio entran a las células mientras los iones de potasio lentamente salen de la célula, sin embargo esto se produce en los ventrículos. La afluencia de calcio

**Tabla 2**

EVALUACIÓN, MONITOREO, Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE RESPECTO A LA HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA, HIPERTENSIÓN, ARRITMIA/TORSADES DES POINTES, Y MIOCARDITIS EN PACIENTES TRATADOS CON ANTIPSICÓTICOS

Efectos adversos proceso/paso	Hipotensión Ortostática	Hipertensión	Arritmia/Torsades des Pointes	Miocarditis
Evaluación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ancianos (&gt; 65 años).</li> <li>2. Riesgo o padecimiento de osteoporosis.</li> <li>3. Desórdenes que predisponen a la ortostasis o a riesgo de caída (e.g., demencia, alteración en la marcha y párkinson).</li> <li>4. Evaluar como punto base la presión sanguínea y el ritmo cardíaco en posición acostada y erguida antes de comenzar la terapia medicamentosa.</li> <li>5. Historial de daño (i.e., fractura de cadera) o caídas.</li> <li>6. Toma de medicamentos sin receta que podrían causar mareo (e.g., remedios para la alergia, antihistamínicos, remedios para el resfrío, o inductores de sueño).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar la presión sanguínea, el ritmo cardíaco y el ritmo respiratorio antes de comenzar la terapia medicamentosa.</li> <li>2. Historial de hipertensión, enfermedades cardíacas, diabetes y dislipidemia.</li> <li>3. Historial de tabaquismo.</li> <li>4. Historial familiar de hipertensión y enfermedades cardíacas.</li> <li>5. Toma de medicamentos ilícitos o sin receta con propiedades vasoconstrictoras (e.g., descongestionante, suplementos para la pérdida de peso, pastillas para adelgazar, o drogas de la calle).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sexo femenino.</li> <li>2. Historial de enfermedad cardíaca.</li> <li>3. Uso de agente prolongador de QT.</li> <li>4. Presencia de hipocalemia (<math>K^+ &lt; 3.5</math> mEq/L).</li> <li>5. Uso de altas dosis de drogas dañinas.</li> <li>6. Historial de QT prolongado.</li> <li>7. Historial familiar de QT prolongado.</li> <li>8. <math>QTc &gt; 450</math> ms como línea de base previa a la terapia medicamentosa.</li> <li>9. Presencia de bradicardia.</li> <li>10. Medir ECG como punto de referencia previo a la terapia medicamentosa.</li> <li>11. Medir presión sanguínea y ritmo cardíaco como punto de referencia previo a la terapia medicamentosa.</li> <li>12. Medir electrolitos previo a la terapia medicamentosa.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Historial reciente de infecciones virales, bacterianas, o parasitarias.</li> <li>2. Alergia a la clozapina o a cualquier tipo de medicamentos.</li> <li>3. Historial de falla cardíaca, cardiomiopatía, pericarditis o ataques al corazón.</li> </ol>
Monitoreo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medir presión sanguínea periódicamente.</li> <li>2. Medir ritmo cardíaco periódicamente.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medir presión sanguínea periódicamente.</li> <li>2. Medir ritmo cardíaco periódicamente.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buscar anomalías en ECG periódicamente (i.e., prolongación de QT).</li> <li>2. Medir electrolitos periódicamente (i.e., sodio, potasio, y calcio).</li> <li>3. Medir presión sanguínea y ritmo cardíaco periódicamente.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chequear ECG y radiografía de tórax periódicamente según sea necesario.</li> <li>2. Realizar muestras de sangre periódicamente (i.e., WBC, RBC).</li> <li>3. Monitorear niveles de clozapina periódicamente.</li> <li>4. Realizar cultivos de sangre para detectar infecciones.</li> <li>5. Medir ritmo, sonido y latido cardíaco.</li> <li>6. Buscar edemas en brazos, piernas y pulmones.</li> </ol>
Educación dirigida al paciente.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tomar calcio y suplemento de vitamina D para la fuerza y la salud de los huesos.</li> <li>2. Pararse lentamente de la cama o de las sillas.</li> <li>3. Pedir asistencia cuando se tiene dificultad para pararse.</li> <li>4. Los medicamentos pueden causar mareo y palpitaciones.</li> <li>5. Evitar o disminuir el consumo de alcohol.</li> <li>6. Consultar a su médico o a su farmacólogo antes de comprar medicamentos sin receta.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evitar consumo excesivo de sal sódica.</li> <li>2. Ejercitar regularmente (al menos 30 min diarios por cinco días).</li> <li>3. Deje de fumar o fumar menos.</li> <li>4. Evitar o disminuir el consumo de alcohol.</li> <li>5. Consultar a su médico o a su farmacólogo antes de comprar medicamentos sin receta.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avisarle a su médico en caso de que el ritmo cardíaco sea muy lento o muy rápido.</li> <li>2. Mida su presión sanguínea y su ritmo cardíaco regularmente.</li> <li>3. Consultar a su médico o a su farmacólogo antes de comprar medicamentos sin receta.</li> <li>4. Mantenga una dieta balanceada.</li> <li>5. Deje de fumar o fumar menos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avisarle a su médico si tiene fiebre, dolor de pecho, dolor de articulaciones o inflamación, latidos cardíacos anormales, fatiga, falta de aliento, desmayos, baja cantidad de orina, inflamación en las piernas, y la imposibilidad de acortarse derecho.</li> <li>2. Medir el ritmo cardíaco regularmente.</li> </ol>

**Tabla 3**  
FASES DEL ELECTROCARDIOGRAMA (ECG)

Onda	Actividad Eléctrica
Onda P	Despolarización atrial.
Intervalo PR	Lapso entre el comienzo de la despolarización en el atrio y el comienzo de la despolarización en el ventrículo.
Complejo QRS	Despolarización ventricular.
Segmento ST	Fase de meseta de la despolarización ventricular.
Onda T	Repolarización ventricular.
Intervalo QT	Despolarización y repolarización ventricular.
Onda U	Un componente normal del ECG de superficie es el retraso de la repolarización de la red de Purkinje, visto también como el adelantamiento luego de la despolarización en pacientes con intervalo QT prolongado y TdP.

TdP: torsades de pointes, una forma maligna de la arritmia ventricular. Es polimórfica.

consiguiente forma la meseta del potencial de acción y ayuda a la contracción del miocardio. La despolarización se desacelera en el segmento ST. Finalmente, la onda "T" y la onda "U" están asociadas con la repolarización ventricular. Los intervalos QTc normales son de aproximadamente 400 ms o menos. Cuanto mayor es la duración, mayor es la probabilidad de que se produzcan arritmias ventriculares, especialmente si el intervalo es mayor a 500 ms.

Torsades de pointes (TdP) es una taquicardia polimórfica ventricular asociada al intervalo QTc prolongado. El patrón en el ECG es distinto y se le llama *torcido* puesto que los picos están en su punto más pequeños en uno de los encabezados, y en su punto más amplio en otro de los encabezados (Figura 1). Torsades de pointes es usualmente autolimitada, sin embargo, al ser crónica puede causar fibrilación ventricular y muerte súbita. Los factores de riesgo de TdP son el sexo femenino, historial de enfermedades cardíacas, presencia de agentes prolongadores de QT, hipocaliemia, historial de prolongación de QT, historial familiar de prolongación de QT, QTc > 450 ms de base, y bradicardia (16) (Tabla 4). Los pacientes que tienen estos factores de riesgo deben ser monitoreados debidamente o interrumpírseles el tratamiento medicamentoso por completo.

Los canales de potasio juegan un rol importante en la arritmia ventricular (i.e., Torsades de pointes). El canal de potasio más involucrado en síndromes QT inducido por medicamentos es el canal rectificador de

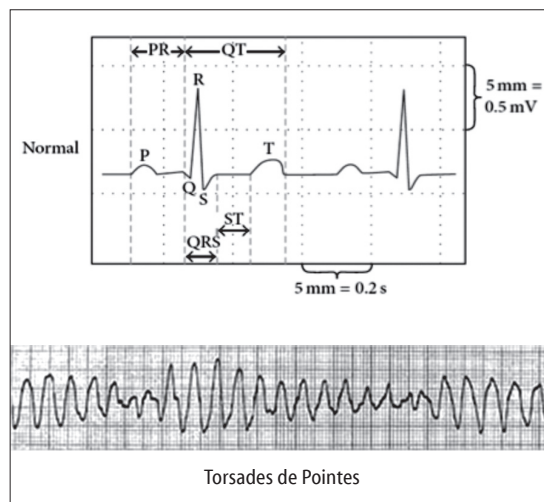


Figura 1: ECG normal versus torsades de pointes.

potasio (Ikr). Si bien la olanzapina, la quetiapina y la risperidona se enlazan al canal Ikr, no es claro si causan o no TdP. Algunos de los medicamentos psicotrópicos que podrían causar TdP están enlistados en la Tabla 5, e incluyen a la clorpromazina, al haloperidol, a la pimozida, a la tioridazina, a la mesoridazina y a la ziprasidona.

La primera generación de antipsicóticos tioridazina, incluso en dosis terapéuticas, es conocida por causar TdP y muerte súbita por el bloqueo que se produce en el canal de potasio Ikr y por la prolongación del intervalo QT (17). Se recomienda suministrar la mínima dosis posible a los pacientes que padecen de problemas cardiovasculares, pues dosis más altas podrían causar anomalías en la repolarización. Este medicamento está contraindicado en pacientes que están en riesgo de TdP.

La ziprasidona tiene ciertos efectos en la repolarización, pero no depende de la dosis. Prolonga el intervalo QT más que el haloperidol, la olanzapina, la quetiapina y la risperidona, pero menos que el sertindole y la tioridazina (18). En experimentos pre-marketing, el aumento del riesgo de arritmia no se asociaba a la ziprasidona; sin embargo esto no garantiza que no cause arritmias (19).

En un estudio, se comparó el efecto cardíaco producido por el haloperidol, la olanzapina, la quetiapina, la risperidona, la tioridazina y la ziprasidona. Los resultados mostraron que la tioridazina producía el intervalo QT más largo, seguido de la ziprasidona, la quetiapina, la risperidona, la olanzapina y el haloperidol (35.6 ms, 20.3 ms, 14.5 ms, 11.6 ms, 6.8 ms, y 4.7 ms, respectivamente) (18). No todas las drogas con intervalos QT

**Tabla 4**  
FACTORES DE RIESGO QUE CONTRIBUYEN A LA PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT Y A TORSADES DE POINTES

Factor de Riesgo	Causas/Implicaciones
Sexo (femenino)	Intervalos QT más largos que en hombres. Intervalos QT más largos durante la primera mitad del ciclo menstrual.
Edad (anciana)	Comorbilidad con enfermedades de las arterias coronarias. Medicación múltiple. Cambios farmacocinéticos / farmacodinámicos.
Desequilibrio electrolítico Hipocalcemia e hipomagnesemia Hipocalcemia	Uso diurético. Vómito o diarrea excesiva. Hipocalcemia posprandial.
Síndrome de QT largo congénito	Asociado con torsades y muerte súbita.
Enfermedad cardíaca asociada a historial agudo y crónico de isquemia de miocardio, CHF, arritmia cardíaca, y bradicardia	Aumento del riesgo de arritmia cardíaca.
Medicamentos que prolongan el intervalo QTc	Podría potenciar la prolongación QT.
Sobredosis de medicación con fármacos que prolongan el intervalo QTc	La prolongación QTc generalmente es dependiente de la dosis.
Medicaciones concomitantes, enfermedades al hígado.	Eventos adversos por inhibición de sistema enzimático citocromo p-450, lo que aumenta los niveles de drogas que a su tiempo podrían aumentar el intervalo QT.
Desórdenes metabólicos/endocrinos Diabetes, obesidad Hipotiroidismo, insuficiencia pituitaria	A través de enfermedades cardiovasculares o de electrolitos.
Daño al sistema nervioso central Derrame cerebral, infección y trauma	A través de la disfunción del sistema nervioso autónomo.

**Tabla 5**  
MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA CON RIESGO POTENCIAL DE PROLONGACIÓN DE INTERVALO QT

Antipsicóticos típicos	Antipsicóticos atípicos
Pimozida (Orap) Clorpromazina (Torazina) Haloperidol (Haldol) Tioridazina (Mellaril) Mesoridazina (Serentil)	Quetiapina (Seroquel) Risperidona (Risperdal) Ziprasidona (Geodon)

largos aumentan el riesgo de torsades. Por ejemplo, la risperidona tiene un intervalo QT más largo comparado con el haloperidol, sin embargo es sabido que el haloperidol causa TdP y muerte súbita con más frecuencia que la risperidona (17). Al medir el intervalo QTc de los pacientes se puede determinar el riesgo de padecer torsades; sin embargo, no debe ser utilizado como el único factor determinante. La Tabla 6 enlista los riesgos relativos del intervalo QT prolongado a consecuencia de los agentes antipsicóticos comunes.

Respecto a esto, ha habido informes de casos que evidencian la asociación de la ziprasidona con torsades de pointes (20, 21). En uno de los casos, un técnico médico de emergencia encontró que una mujer de

**Tabla 6**  
RIESGO RELATIVO AL INTERVALO QTc PROLONGADO CON AGENTES ANTIPSICÓTICOS COMUNES

Nivel de riesgo	Agente
Se requiere ECG o es fuertemente recomendable antes de la prescripción (asociados comúnmente con la prolongación del intervalo QTc y torsades de pointes).	Tioridazina Mesoridazina Droperidol Pimozida Haloperidol en altas dosis IV (comúnmente $\geq 100$ mg/d).
Riesgo leve a moderado de prolongación de intervalo QTc (~20 ms) cuando es prescrito solo o con un inhibidor metabólico.	Quetiapina Ziprasidona Clorpromazina
Poco o ningún riesgo de prolongación de intervalo QTc (~20 ms) cuando es prescrito solo o con un inhibidor metabólico.	Haloperidol (oral) Olanzapina Risperidona Clozapina

30 años, con un historial médico de retraso mental y depresión con características psicóticas no respondía. Luego de la examinación, y dado que su medicación

regular incluía a la ziprasidona, se concluyó que la ziprasidona pudo en parte haber contribuido a su episodio de torsades de pointes (20). En otro estudio de caso, una mujer hispanica de 28 años con un historial de enfermedades mentales y tratada con múltiples medicamentos –incluyendo ziprasidona y litio–, fue internada en la unidad de cuidado intensivo (UCI).

Luego de la evaluación, se encontró una prolongación en el intervalo-QT. Dado que la paciente consumía litio, ziprasidona, y presentaba hipocalcemia –los cuales son todos factores de riesgo para la prolongación del intervalo-QT y para la progresión de torsades de pointes–. El episodio de torsades de pointes fue atribuido sólo en parte a la ziprasidona (21).

La evaluación y el monitoreo de pacientes son necesarios para determinar su bienestar. Para comenzar la terapia medicamentosa es necesario determinar el historial de enfermedades cardíacas del paciente (incluyendo a los miembros familiares), e indagar acerca del consumo de otros psicotrópicos o consumo de medicamentos sin receta. Un monitoreo con ECG y una examinación física exhaustiva son importantes al momento de determinar el ritmo cardíaco y la presión sanguínea. Finalmente, es necesario tomar muestras de sangre periódicamente para determinar los niveles de potasio del paciente. Esto es importante dado que bajos niveles de potasio pueden aumentar el riesgo de TdP. La Tabla 2 resume los puntos claves para la evaluación, el monitoreo y la educación que debe impartírsele al paciente con respecto a la arritmia/torsades de pointes en pacientes tratados con antipsicóticos.

## MUERTE SÚBITA

No existe un mecanismo claro respecto a cómo sucede la muerte súbita, pero sí se sabe que posiblemente puede ser causada por arritmias cardíacas, notable TdP que sigue a una desfibrilación ventricular. La característica más común es el retraso de la repolarización del miocardio, lo que causa una prolongación del intervalo-QT en el ECG. Esto hace al miocardio vulnerable a la taquicardia ventricular y, en algunos casos, a la muerte súbita.

En un estudio realizado por Ray *et al.*, se llevó a cabo un seguimiento a 0,5 millones de inscritos en el Medicaid de Tennessee durante 2,5 años (22), y encontraron 1.482 muertes súbitas causadas por problemas cardíacos, o una incidencia de 11,6/10.000 personas por año. Los pacientes que recibían medicamentos antipsicóticos, en dosis mayores a 100 mg de tioridazina o de su equivalente, tenían 2,39 veces mayor riesgo de padecer muerte súbita comparado con aquellos que

no consumían medicamentos antipsicóticos (95% CI = 1,77-3,22). Se ha demostrado que la risperidona puede prolongar el intervalo QTc, sin embargo los reportes de muerte súbita son poco comunes (23). La muerte súbita puede estar ligada a varios factores físicos y psicológicos: edad, condiciones cardiovasculares preexistentes, largo historial de tabaquismo, desorden genético de los canales de calcio, metabolismo de medicamentos antipsicóticos, la esquizofrenia en sí misma, y el uso de medicamentos como la tioridazina, droperidol, haloperidol, pimozida, y sulpirida. También existe evidencia de que pacientes con esquizofrenia tienen mayor riesgo de muerte súbita independiente de si toman o no medicamentos. Este aumento del riesgo de muerte súbita puede deberse a la esquizofrenia en sí misma o a una combinación de otros factores, como lo es el estilo de vida (e.g., tabaquismo, dieta pobre, y otras negligencias de la salud) y el restringido acceso que se tiene al cuidado médico.

## MIOCARDITIS

La miocarditis –la inflamación del músculo del corazón– es una complicación poco frecuente de la terapia con clozapina. En un estudio, la incidencia estimada fue entre el 0,7% y el 1,2% en pacientes tratados con clozapina (25). El mecanismo es desconocido pero se ha sugerido que resulta de la hipersensibilidad mediada por la IgE debido a la exposición a ciertos químicos y medicamentos. Cuando el músculo del corazón se inflama y se debilita, causa una infiltración linfocítica y otros síntomas similares a la insuficiencia cardíaca, lo que a su vez podría simular un ataque al corazón; sin embargo, raramente causa muerte súbita. Los síntomas de la miocarditis son similares a la insuficiencia cardíaca congestiva; incluyen fiebre, dolor en el pecho, dolor en las articulaciones o hinchazón, latidos cardíacos anormales, fatiga, falta de aliento, desmayo, baja producción de orina, inflamación en las piernas, y la incapacidad de acostarse derecho. A veces hay ausencia de síntomas.

La miocarditis puede detectarse a través de anomalías presentes en un examen físico o a través de irregularidades en los latidos y sonidos del corazón, líquido en los pulmones, piel, y/o piernas. Otros exámenes incluyen al ECG, radiografía torácica, WBC, RBC, y cultivos de sangre para detectar infecciones. El tratamiento incluye una evaluación y el tratamiento del problema subyacente. Esto puede requerir el uso de antibióticos para infecciones y una dieta baja en sal para prevenir retención de líquidos. Los diuréticos también son prescritos para remover agua del cuerpo. Esteroides y medicamentos antiinflamatorios se utilizan

para reducir la inflamación. El ritmo cardiaco anormal puede requerir del uso de medicamentos adicionales, un marcapasos o incluso un desfibrilador. Si un coágulo de sangre está presente en alguna cámara del corazón, también deben suministrarse anticoagulantes. Es importante tratar lo antes posible para prevenir complicaciones como insuficiencia cardiaca, pericarditis, o cardiomiopatía.

La caja del producto clozapina –la única droga indicada para la esquizofrenia refractaria– trae una advertencia de aumento del riesgo de miocarditis-fatal. Un estudio reportó 23 casos (20 hombres, tres mujeres; edad promedio 36 años) de complicaciones cardiovasculares asociadas a la clozapina: 15 miocarditis y 8 cardiomiopatías (26). De los 23 pacientes, seis murieron (de aquellas, 5 muertes fueron causadas por miocarditis). Todos los casos de miocarditis ocurrieron dentro de las tres primeras semanas del consumo de clozapina. Luego, los ocho casos de cardiomiopatía fueron diagnosticados después de 36 meses de iniciado el tratamiento con clozapina. En la necropsia se encontraron principalmente infiltraciones eosinofílicas con miocitólisis (consistente con una reacción aguda al medicamento). Por tanto, la terapia de clozapina podría estar asociada con miocarditis potencialmente fatales y cardiomiopatías en adultos jóvenes con esquizofrenia. La clozapina debiera ser discontinuada si el paciente presenta comienzos de fatiga, disnea, taquipnea, fiebre, dolor torácico, palpitaciones, síntomas de paro cardiaco, arritmias o anormalidades en el ECG. Los pacientes deben estar conscientes de estos efectos adversos para entonces poder comunicarles enseguida a sus médicos la necesidad de discontinuar el medicamento. La Tabla 2 resume los puntos clave para la evaluación, el monitoreo y la educación que debe impartírsele al enfermo con respecto a la miocarditis en pacientes tratados con antipsicóticos.

## CONCLUSIÓN

Los medicamentos antipsicóticos pueden causar complicaciones cardiovasculares variadas (e.g., arritmias, hipertensión, miocarditis, e hipotensión ortostática). Estar al tanto de estas posibles complicaciones permite a los farmacólogos y a los médicos manejar y monitorear de mejor manera a pacientes que se encuentran en riesgo. La evaluación adecuada es muy relevante para evitar que los medicamentos sean suministrados inapropiadamente a los pacientes. En adición, el monitoreo regular de otros a través de exámenes de sangre y de la medición de la presión sanguínea, ritmo cardiaco, ritmo respiratorio, y ECG, también puede ayudar a

pesquisar problemas clínicos y prevenir que ocurran otras complicaciones. Finalmente, la educación de los pacientes, familiares, y cuidadores, respecto a que estar atentos y cómo manejar determinados efectos adversos son de mucha importancia. Llevando a cabo esto, el riesgo de mortalidad en pacientes con desórdenes mentales y de la conducta se reducirá. Los farmacólogos que practican en unidades de salud mental, por virtud de sus funciones laborales y responsabilidades, se encuentran en posición de jugar un rol esencial al momento de minimizar los efectos cardiovasculares adversos de los medicamentos antipsicóticos.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses respecto a la publicación de este artículo.

## AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo se realizó con el apoyo de los fondos proveídos por el College of Pharmacy, Western University of Health Sciences (a Gollapudi S. Shankar).

## REFERENCIAS

1. Buckley NA, Sanders P. "Cardiovascular adverse effects of antipsychotic drugs," *Drug Safety*, vol. 23, no. 3, pp. 215-228, 2000
2. Enger C, Weatherby L, Reynolds RF, Glasser DB, Walker AM. "Serious cardiovascular events and mortality among patients with schizophrenia," *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 192, no. 1, pp. 19-27, 2004
3. Feinstein RE. "Cardiovascular effects of novel antipsychotic medications," *Heart Disease*, vol. 4, no. 3, pp. 184-190, 2002
4. Zimmet P. "Epidemiology of diabetes mellitus and associated cardiovascular risk factors: focus on human immunodeficiency virus and psychiatric disorders," *The American Journal of Medicine*, vol. 118, supplement 2, pp. 3S-8S, 2005
5. Nihalani N, Schwartz TL, Siddiqui UA, Megna JL. "Weight gain, obesity, and psychotropic prescribing," *Journal of Obesity*, vol. 2011, Article ID 893629, 9 pages, 2011
6. Henderson DC, Cagliero E, Gray C *et al.* "Clozapine, diabetes mellitus, weight gain, and lipid abnormalities: a five-year naturalistic study," *American Journal of Psychiatry*, vol. 157, no. 6, pp. 975-981, 2000
7. Parks J, Nicol G, Newcomer J. "Improving metabolic screening for patients on antipsychotic therapy," in *Medscape Education Psychiatry & Mental Health*, 2011
8. Chaggar PS, Shaw SM, Williams SG. "Effect of antipsychotic medications on glucose and lipid levels," *Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 51, no. 5, pp. 631-638, 2010
9. Bushe CJ, Taylor M, Haukka J. "Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint," *Journal of Psychopharmacology*, vol. 24, no. 4, supplement, pp. 17-25, 2010
10. Grasso BC, Rothschild JM, Genest R, Bates DW. "What do we know about medication errors in inpatient psychiatry?" *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, vol. 29, no. 8, pp. 391-400, 2003



11. Johnell K, Fastbom J, Ros'en M, Leimanis A. "Inappropriate drug use in the elderly: a nationwide register-based study," *Annals of Pharmacotherapy*, vol. 41, no. 7-8, pp. 1243-1248, 2007
12. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice*, McGraw-Hill, New York, NY, USA, 1998
13. Schatz JJ, Bannister R, Freeman RL *et al.* "Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, pure autonomic failure, and multiple system atrophy," *Journal of the Neurological Sciences*, vol. 144, no. 1-2, pp. 218-219, 1996
14. Montastruc JL, Laborie I, Bagheri H, Senard JM. "Drug-induced orthostatic hypotension. A five-year experience in a regional pharmacovigilance centre in France," *Clinical Drug Investigation*, vol. 14, no. 1, pp. 61-65, 1997
15. Irvin DJ, White M. "The importance of accurately assessing orthostatic hypotension," *Geriatric Nursing*, vol. 25, no. 2, pp. 99-101, 2004
16. Justo D, Prokhorov V, Heller K, Zeltser D. "Torsade de pointes induced by psychotropic drugs and the prevalence of its risk factors," *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 111, no. 3, pp. 171-176, 2005
17. Reilly JG, Ayis SA, Ferrier IN, Jones SJ, Thomas SHL. "Thioridazine and sudden unexplained death in psychiatric in-patients," *British Journal of Psychiatry*, vol. 180, pp. 515-522, 2002
18. Harrigan EP, Miceli JJ, Anziano R *et al.* "A randomized evaluation of the effects of six antipsychotic agents on QTc, in the absence and presence of metabolic inhibition," *Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 24, no. 1, pp. 62-69, 2004
19. Glassman AH, Bigger JT. "Antipsychotic drugs: prolonged QTc interval, torsade de pointes, and sudden death," *American Journal of Psychiatry*, vol. 158, no. 11, pp. 1774-1782, 2001
20. Manini AF, Raspberry D, Hoffman RS, Nelson LS. "QT prolongation and torsades de pointes following overdose of ziprasidone and amantadine," *Journal of Medical Toxicology*, vol. 3, no. 4, pp. 178-181, 2007
21. Heinrich TW, Biblo LA, Schneider J. "Torsades de pointes associated with ziprasidone," *Psychosomatics*, vol. 47, no. 3, pp. 264-268, 2006
22. Ray WA, Meredith S, Thapa PB, Meador KG, Hall K, Murray KT. "Antipsychotics and the risk of sudden cardiac death," *Archives of General Psychiatry*, vol. 58, no. 12, pp. 1161-1167, 2001
23. Marti V. "Sudden cardiac death due to risperidone therapy in a patient with possible hypertrophic cardiomyopathy," *Annals of Pharmacotherapy*, vol. 39, no. 5, p. 973, 2005
24. Jindal R, MacKenzie EM, Baker GB, Yeragani VK. "Cardiac risk and schizophrenia," *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, vol. 30, no. 6, pp. 393-395, 2005
25. Haas SJ, Hill R, Krumet H *et al.* "Clozapine-associated myocarditis: a review of 116 cases of suspected myocarditis associated with the use of clozapine in Australia during 1993-2003," *Drug Safety*, vol. 30, no. 1, pp. 47-57, 2007
26. Kilian JG, Kerr K, Lawrence C, Celermajor DS. "Myocarditis and cardiomyopathy associated with clozapine," *The Lancet*, vol. 354, no. 9193, pp. 1841-1845, 1999

## PSICOANÁLISIS

# EL PAPEL DE LO INDICIARIO DENTRO DEL MÉTODO DE LA ATENCIÓN FLOTANTE

(Rev GPU 2015; 11; 1: 48-60)

Andrés Correa<sup>1</sup>

“¿Hasta dónde se eleva el rumor de nuestros  
más lejanos pensamientos?”

Jules Supervielle

A través de este artículo pretendo desarrollar un análisis acerca de la estructura indiciaria con la que creo que parte importante del método de la atención flotante parece funcionar. Partiendo del papel heurístico y hermenéutico, que según C. Ginzburg (1986) parece jugar lo indiciario en la técnica psicoanalítica, trataré de situar el papel de la técnica indiciaria dentro de la dimensión fantasmal que rodea el pensamiento flotante del analista. En la primera parte muestro cómo este concepto de Ginzburg (1986) sólo está ligeramente presente en la obra de Freud (1914). Luego, brevemente expondré cómo Leibniz (1714, 1765) haciendo uso de sus conocimientos acerca del cálculo infinitesimal, específicamente del cálculo diferencial, distingue el fenómeno de la percepción del de apercepción abriendo un camino para que Gilles Deleuze (1968), tres siglos después, funde y desarrolle su concepto de “inconsciente diferencial”. Con el objeto de expandir el campo de acción del pensamiento indiciario, sitúo este tipo de pensamiento dentro del territorio de significados que parece comprender el concepto de inconsciente diferencial, usando algunas nociones del cálculo diferencial como coordenadas conceptuales. Finalmente, hago un breve repaso de las ideas desarrolladas a lo largo del artículo para destacar el papel que, creo, puede jugar, en el pensamiento indiciario del analista, la parte psicótica de su personalidad.

---

<sup>1</sup> Psicólogo y Psicoanalista, jacorreano@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

Pienso que el método de la atención flotante, por excelencia el método investigativo que utiliza el psicoanalista dentro de su trabajo clínico, no ha sido, después de Freud (1912), tratado, salvo en pocas excepciones<sup>2</sup>, como un objeto de estudio en sí mismo. Creo que la gran mayoría de los psicoanalistas tendemos, consciente o inconscientemente, a dar por sentada su forma de operar sin nunca haber cuestionado sus implicancias metodológicas. Pareciera que el hecho de sólo pensar lo que significaría llevar a cabo un cuestionamiento de esta naturaleza nos deja lo suficientemente extenuados para inmediatamente abdicar de esta tarea. Dada esta situación, nos excluimos de esta labor prefiriendo que otros pensadores, generalmente epistemólogos, se hagan cargo de esta fatigosa tarea sin siquiera molestarnos en leer, al menos, parte de sus elaboraciones. A través de este artículo no pretendo realizar un estudio epistemológico acerca del método de la atención flotante, sino desarrollar un análisis acerca de la estructura indiciaria sobre la que creo que parte importante de este método parece descansar.

En la primera parte de este trabajo expondré brevemente la definición del concepto de indiciario que desarrolla C. Ginzburg (1986), su fundador, para inmediatamente mostrar cómo el significado de esta definición está sólo implícitamente presente en el pensamiento técnico de Freud (1914), sin llegar a ocupar nunca un lugar destacado dentro de su esquema de trabajo. Luego, pasando por el método paranoide crítico de Dalí (1935) y por la hermenéutica de la sospecha de P. Ricoeur (1965), reviso y redefino el significado de lo indiciario a la luz de alguno de los conceptos que provienen del mundo de la geometría diferencial. Para ello tomaré algunas de las ideas desarrolladas por el filósofo G. Leibniz (1675), quien coincidentemente con Newton (1666), funda, en el siglo XVII, el cálculo diferencial (una de las ramas del cálculo infinitesimal), disciplina de la cual deriva la geometría diferencial. Con el apareamiento de esta clase de cálculo se empieza lentamente a desarrollar, en el mundo científico, un intenso interés por la participación de los elementos

infinitamente pequeños, por tanto, imperceptibles, dentro del comportamiento de la realidad material. Este interés genera un marco conceptual cuya consideración de sus nociones pienso que ayuda a resituar el lugar de lo indiciario dentro del pensamiento flotante del analista. En este punto, el artículo se concentra en el pensamiento que Leibniz (1714-1765) elabora en torno del fenómeno de la percepción, específicamente en la estrecha relación que este fenómeno tiene con lo inconsciente. Esta elaboración abre el camino que lleva a Gilles Deleuze (1968), tres siglos después, a fundar su sugerente concepto de "inconsciente diferencial". Antes de examinar esta noción revisaré, a través de la línea de pensamiento que se inicia en Leibniz (1765), pasa por Fechner (1860) y termina en Deleuze (1968), lo que se entiende por "diferencia". Definida, en este contexto, la idea de diferencia, mostraré cómo Deleuze (1968), mediante su concepto de "inconsciente diferencial" promueve el uso de una lógica asociativa distinta a la dialéctica sintética de los opuestos en la que cae la lógica asociativa que deriva del inconsciente dinámico de Freud (1915). Luego trataré de mostrar cómo este concepto deluzeano, al relacionárselo con el concepto de preconsciente que Freud (1915) define en su primera tópica, amplía y enriquece el significado de este último, específicamente en relación con la función que, pienso, cumplen los contenidos de éste dentro del método de la atención flotante. Una vez hecho este enrevesado y largo rodeo conceptual, intentaré, por medio del concepto geométrico de punto de tangencia, expandir la fuerza funcional que creo puede llegar a tener el concepto de indicio dentro de la dimensión fantasmal que rodea el pensamiento flotante del analista. Finalmente, a modo de conclusión, trataré, a partir del conjunto de las ideas desarrolladas a lo largo de este trabajo, de definir lo indiciario como un débil y disparatado grupo de datos cuya expresión, tangencialmente flotante, se comprime dentro de ese estrecho espacio mental que se produce entremedio de la red que se teje con el espontáneo enlace de las similitudes asociativas.

## EL CONCEPTO DE INDICIARIO

Lo indiciario es un tipo de conocimiento indirecto de la realidad que se inicia a partir de una detenida consideración de los datos pequeños e irrelevantes que secundariamente aparecen dentro del campo de observación del investigador. El investigador que tiende a utilizar esta clase de conocimiento cree firmemente que focalizándose en los detalles intrascendentes de su objeto de estudio podrá tomar contacto con los procesos que, inadvertidamente, se desarrollan dentro de

<sup>2</sup> W. Bion (1963) desarrolla un modelo de pensamiento flotante, en donde haciendo interactuar la posición esquizoparanoide con la depresiva, busca dar con el hecho seleccionado, hecho que cumple la función de juntar (sintetizar) la serie de oscuros elementos que flotan dispersamente por la mente del analista cuando interactúa con un paciente.

éste. Esta clase de conocimiento, elevado a la condición de modelo epistemológico por Carlo Ginzburg (1986)<sup>3</sup>, parece remontarse, según él, a la tradición ancestral del saber cinegenético, ese saber propio del arte del cazador, quien, a través de los pequeños rastros dejados por la presa (una rama rota, una leve huella en el barro, mechones de pelo, plumas, etc.), infiere las características de ésta, tales como su peso, color, sexo y rumbo (en Lorenz, F., 2012). Al respecto, Ginzburg (1986) dice: “Durante milenios el hombre cazador acumuló innumerables actos de persecución de la presa que le permitió aprender a reconstruir las formas y los movimientos de piezas de caza no visibles... Aprendió a olfatear, registrar, interpretar y a clasificar rastros tan infinitesimales, como por ejemplo, los hilillos de baba” (p. 193). Según cuenta el mismo Ginzburg (1986), este patrimonio cognoscitivo que durante muchos siglos se transmitió oralmente de generación en generación, empieza a tomar forma de paradigma a fines del siglo XIX. Inicialmente aparece dentro del campo del arte (específicamente en el análisis estético de la pintura y en el arte de la narración literaria) y después, durante el siglo XX, en el campo de las ciencias sociales.

Creo que esta cualidad de lo irrelevante y fragmentario que parece caracterizar a lo indiciario es, en el contexto del tratamiento psicoanalítico, portadora de lo que permanece disociado del campo interactivo consciente en el que trabaja la dupla analista – paciente (Correa, A., Muñoz, A., *et al.*, 2014). Por tanto, creo que el uso de esta “lógica del rastreo” a la que induce el método indiciario a través de la consideración de esta clase de datos, puede ayudar al analista a inferir la presencia de lo disociado. Si bien se puede decir que esta lógica está implícitamente presente dentro de la consigna freudiana en la que se articula la interacción: asociación libre – atención flotante, pienso que el alcance epistemológico de ésta no se encuentra lo suficientemente desarrollada dentro del marco conceptual psicoanalítico. Esta insuficiencia hace que mi pretenciosa tarea de estudiar la naturaleza de esta lógica tenga que ir necesariamente más allá de los límites conceptuales a los que se ciñe el trabajo de la teoría psicoanalítica. Para intentar cumplir con este objetivo trataré inicialmente de mostrar cómo esta lógica, a pesar de ser mencionada por Freud (1914), no aparece integrada dentro de la sección técnica de su obra. Luego, dado este vacío,

intentaré, a partir de las elaboraciones que ofrecen otros campos del conocimiento, de desarrollar algunas propuestas conceptuales que, creo, me ayudarán a enmarcar el sinuoso curso de esta ambiciosa divagación.

## EL CONCEPTO DE LO INDICIARIO EN FREUD

Carlo Ginzburg (1986) plantea que la elaboración del método psicoanalítico de Freud (1912) se inspira en buena medida en los supuestos epistemológicos en que se sostiene el método del conocimiento indiciario. Se podría decir, a partir de lo que señala este autor, que la construcción de la estructura dialógica: atención flotante (analista) – asociación libre (paciente) se nutre considerablemente del conocimiento intelectual que Freud (1914), tempranamente en su carrera, adquiere acerca de la lógica que parece dar vida a la estrategia de conocimiento indiciario.

Este tipo de conocimiento, planteado y sistematizado por Ginzburg (1986) dentro de su teoría acerca de la historia, es un método interpretativo que se basa en el análisis de los datos secundarios de la realidad percibida, para indirectamente codificar, a través de éstos, las dimensiones imperceptibles de ésta. Según señala Ginzburg (1986), esta metodología lentamente empezó a instalarse dentro de la cultura artística de fines del siglo XIX a partir de los escritos estéticos de Giovanni Morelli (1874, 1876)<sup>4</sup>, un médico y crítico de arte italiano que, para definir la verdadera autoría de una pintura de cuyo creador no se conoce la identidad, concibe la idea de revelar la identidad del artista en cuestión a través de la detenida observación de los detalles minúsculos e intrascendentes que aparecen en la pintura. En concreto, Morelli (1874, 1876) sugiere fijar la atención en esos detalles donde el esfuerzo personal del artista es menos intenso, tales como la nariz, las orejas o las manos del retrato que aparece dentro de la pintura. Él sostiene que en esas minucias se expresan los rasgos originales de la personalidad del artista, ya que esos detalles representan la parte de su creación que menos influencia tiene de la escuela en la que él se formó. Como se puede ver, ya en este comentario de Morelli (1874, 1876), se puede apreciar la sintonía intelectual entre este autor y Freud (1914), ya que ambos autores coinciden en destacar el enorme valor revelador que parece poseer lo espontáneo y accidental de la conducta humana.

<sup>3</sup> Historiador Italiano (Turín, 1939) que sienta las bases de la “microhistoria cultural”, una disciplina que estudia cómo se desarrollan las sociedades a través de hechos cotidianos y aparentemente intrascendentes.

<sup>4</sup> Giovanni Morelli (1816-1891) publicaba sus escritos bajo el pseudónimo ruso Iván Lermolieff o alemán de Johann Schwarze.

La tesis de Ginzburg (1986) de que la elaboración del método psicoanalítico se inspira en el método morelliano reposa simplemente sobre consideraciones cronológicas. Ginzburg (1986) señala que Freud tuvo acceso a los escritos de Morelli entre 1880 y 1885, mucho antes de fundar su método de tratamiento psicoanalítico. Por lo tanto, es altamente probable que estos conocimientos estéticos, que Freud (1914) recoge a partir de estas lecturas, hayan representado para él parte importante de la materia prima que empleó para construir su método de trabajo investigativo. Ginzburg (1986) respalda su tesis citando un pasaje del ensayo de Freud (1914) "El Moisés de Miguel Ángel", donde el mismo Freud (1914) refiere lo siguiente: "Mucho antes de que pudiera enterarme de la existencia del psicoanálisis, supe que un conocedor ruso en materia de arte, Ivan Lermolieff, había provocado una revolución en los museos de Europa revisando la autoría de muchos cuadros, enseñando a distinguir con seguridad las copias de los originales... Consiguió todo esto tras indicar que debía prescindirse de la impresión global y de los grandes rasgos de una pintura y destacar el valor característico de los detalles subordinados, pequeñeces como la forma de las uñas, lóbulos de las orejas, la aureola de los santos y otros detalles inadvertidos cuya imitación el copista omitía y que, sin embargo, cada artista ejecuta de una manera singular. Creo que su procedimiento está muy emparentado con la técnica del psicoanálisis médico..." (p. 227).

Dado lo anterior, se puede decir entonces que Morelli (1874, 1876), a través de esta estrategia interpretativa que busca analizar la obra de arte a partir de sus partes, en apariencia, intrascendentes dentro de la configuración global de ésta, provoca en el pensamiento de Freud una curiosidad por lo pequeño e indiferente que probablemente lo lleva a pensar acerca del estatuto epistemológico que esta cualidad posee dentro del conocimiento interpretativo de la mente. Si bien la importancia de este estatuto aparece indirectamente señalada en la consigna técnica a través de la cual Freud (1912) invita al analista a "prestar a todo cuanto escucha la misma atención parejamente flotante" (p. 111), pienso, de acuerdo con Schenquermann (1999), que en su obra, salvo en su ensayo "El Moisés de Miguel Ángel" (1914), ésta no aparece lo suficientemente destacada. Sostengo que la estrategia desarrollada por Morelli (1874, 1876), en estricto rigor, llama, al marcar la cualidad de lo irrelevante por sobre la de lo relevante, a abandonar la necesidad de "lo parejo" que explícitamente subraya esta consigna freudiana (Correa, A. 2014, Correa *et al.*, 2014). Si bien el valor de lo irrelevante también se puede indirectamente encontrar en

Freud (1900), en su concepto de "resto diurno", éste es entendido por él como un elemento que está para cumplir sólo una función auxiliar dentro del entramado de los procesos oníricos (en Correa, A., 2014). Por tanto, para seguir desarrollando esta intuitiva senda epistemológica que funda Morelli (1874, 1876) propongo relacionar el significado de lo indiciario con conceptos que fueron confeccionados por pensadores cuyo quehacer se desarrolla fuera del ámbito psicoanalítico. Esta revisión sigue por una corriente de reflexión que finalmente desemboca en la oscura profundidad del razonamiento sobre el que navega el proyecto cognoscitivo que impulsó la creación del cálculo diferencial.

### LO INDICIARIO: DE UNA INTUICIÓN PARANOIDE A UNA FRAGMENTARIA

La idea de indiciario deriva del concepto de indicio cuya definición dice lo siguiente: "fenómeno que permite conocer o inferir la existencia de otro no percibido" (en Real Academia Española, 2001). El indicio pareciera actuar como una punta de hebra, donde la punta es lo percibido y la hebra lo inferido<sup>5</sup>.

Esta necesidad de recoger los pequeños pedazos de hebra que accidentalmente va dejando la producción pictórica del artista, presente en el método indiciario de Morelli (1874, 1876), se alinea con el método analítico que meticulosamente desarrolla Sherlock Holmes, otro exponente, según Ginzburg (1986), del método indiciario. Sherlock Holmes, personaje novelesco creado por Arthur Conan Doyle (1887), es un detective que intenta descubrir al oculto autor del delito a partir de un análisis de los aislados e inadvertidos indicios que desperdigadamente aparecen rodeando la escena del crimen. Como se puede ver, el método indiciario parece estar más cerca del anómalo raciocinio que se observa en la lógica del pensamiento paranoide que en la del pensamiento normal. Salvador Dalí (1935), aparentemente sin tener conocimiento del método indiciario, rescata el uso de la percepción paranoide al proponer, como estrategia de conocimiento de la

<sup>5</sup> El concepto de Freud (1915) de "retoños preconcientes" puede representarse a través de esta misma metáfora. Sin embargo, este concepto, al estar íntimamente vinculado al fenómeno de la represión, haría, a través de esta metáfora, alusión a otro tipo de expresión, una que tiene que ver más con el modo del disfraz que con el de la intrascendencia. La idea de indicio se vincula mejor con lo segundo, ya que su valor está justamente en la baratura de su expresión.

realidad, el “método paranoide crítico”<sup>6</sup>. Por medio de este método Dalí (1935) intenta mostrar la intuitiva lucidez que puede desarrollarse a partir del uso de esta tendencia natural del paranoide para armar, a partir de los detalles extraños e insulsos que aparecen dentro de su campo perceptual, una interpretación delirante de la realidad (Correa A., Muñoz A., *et al.*, 2014). Dalí (1935) sostiene que esos fenómenos delirantes se anillan a un proceso asociativo e interpretativo altamente crítico que el paranoide tiende a desarrollar en su contacto con la realidad. Lo valioso para Dalí (1935) parece estar en este particular proceso asociativo, específicamente en su tendencia a eslabonar una cadena de inferencias a partir del examen de estos detalles lógicamente “blandos” que ofrece la realidad percibida.

Este paranoide proceso asociativo que describe el método interpretativo de Dalí (1935) pudiese, a su vez, conectarse con el ingrediente de suspicacia que P. Ricoeur (1965) observa dentro de la lógica operativa de la interpretación psicoanalítica de la realidad. Ahora bien, en Ricoeur (1965) la suspicacia pasa a ser entendida como una conducta puramente epistemológica, por tanto, a diferencia de Dalí (1935), él no desarrolla su análisis a partir de un estudio del raciocinio paranoide, sino que, desde un estudio de la forma con la que Freud (1915) concibe la estructura de la mente. De este modo, para Ricoeur (1965) la actitud suspicaz de la observación psicoanalítica aparece inmediata e ineludiblemente como consecuencia de un modo de entender lo inconsciente, donde éste es pensado en una posición de oculta subverticalidad en relación con lo consciente. Por tanto, el objetivo al que apunta el foco de la suspicacia psicoanalítica, según Ricoeur (1965), es el dato de la conciencia, ya que, para la lógica psicoanalítica este dato está ahí para encubrir otro; uno realmente veraz que habita en la profundidad de lo inconsciente. Ricoeur (1965) sitúa el origen de esta sospecha epistemológica que, según él, el método de Freud comparte con el de Marx y el de Nietzsche, en el pensamiento de R. Descartes (1637), específicamente en su método de la duda. Ahora bien, en Descartes (1637), quien no posee un concepto de inconsciente, los datos de la conciencia no hacen referencia hacia algo que está fuera del campo de lo inmediatamente percibido o sentido. Por tanto, en él, el dato de la conciencia no puede ser entendido como un indicio, ya que éste, al coincidir con

el significado es en sí mismo el sentido. Dada esta razón, se puede decir entonces que la hermenéutica indicitaria, presente en el pensamiento de Freud (1914), no tiene ascendencia en el método de la duda de Descartes (1637). Creo, siguiendo a Deleuze (1968, 1988), que esta ascendencia es posible encontrarla en el pensamiento filosófico de G. Leibniz (1714-1765), filósofo alemán de fines del siglo XVII e inicios del XVIII, quien, entre otras cosas, funda el primer concepto de inconsciente. Pienso que el vínculo con Leibniz (1714-1765) está en su particular comprensión de lo inconsciente a partir de su análisis del fenómeno de la percepción.

Leibniz (1714-1765) plantea, a través de este análisis, una suerte de conciencia sin conciencia. Describe a la percepción como algo distinto de la apercepción (concepto acuñado por él) pero que está incluida en ella. Define a la percepción como “aquellas percepciones de las que uno no se da cuenta” (1714, p. 5) y a la apercepción como una percepción atenta, clara y consciente. Esta diferencia que Leibniz (1714) establece entre la percepción (fenómeno, para él, de naturaleza inconsciente) y la apercepción (fenómeno consciente) es lo que define su distancia en relación al concepto de conciencia de Descartes (1637), ya que, para este último, no es necesario dudar de los datos de la conciencia porque la conciencia es tal como se aparece así misma. Para Leibniz (1714), en cambio, sí es necesaria la duda, ya que para él lo inconsciente está implicado en lo consciente y, por ende, las percepciones conscientes siempre “nadan en un flujo de pequeñas percepciones inconscientes” (en Deleuze, 1968). De esta manera, se puede decir que para Leibniz (1714) lo inconsciente es un conjunto de infinitas y diminutas percepciones que vibran desapercibidamente dentro de lo percibido. Esta visión que desarrolla él acerca de un inconsciente en relación inmanente con la conciencia, lo deja inscrito dentro de una hermenéutica de lo fragmentario más que en una de la sospecha. Este conjunto de fragmentos, que según él forma lo inconsciente, aparece entreverado con lo consciente dentro de una misma superficie mental. Por tanto, a diferencia de Freud (1915), quien entiende lo inconsciente en una posición verticalmente trascendente<sup>7</sup> a la conciencia, Leibniz (1714) parece entender lo inconsciente in-manando entre medio de una horizontalidad relacional con la conciencia. En un primera parte de su obra Leibniz señala que esta relación horizontal está representada por la lógica del todo y la parte, es decir, por la cualidad de lo pequeño

<sup>6</sup> Los surrealistas, entre ellos Dalí, en su necesidad de subvertir creativamente la realidad, se inspiraron en estados psicológicos tales como el sueño, el ensueño y la locura (en Paz, O., 1994).

<sup>7</sup> Con el concepto de trascendencia quiero hacer referencia a un “detrás de”, en este caso, de la conciencia.



(lo inconsciente) y lo grande (lo consciente), pero después, en la etapa madura de su obra, va a pensar que esta diferencia está marcada más bien por la cualidad de lo irrelevante (lo inconsciente) y de lo relevante (lo consciente) (en Deleuze, 1988).

Leibniz (1714) desarrolla este concepto de percepción inconsciente sobre la base de un modelo óptico que construye a partir de su creencia en la existencia de un espacio "diferencial" que escapa al de la geometría euclidiana. Este espacio pareciera ser un espacio oscuro y confuso que está compuesto de pequeñas percepciones a las que él denomina Mónadas, sustancias que representan la multitud en la unidad compuesta; en otras palabras, la percepción en la apercepción. Leibniz (1714) plantea que cada mónada expresa, aunque oscura y confusamente, el mundo entero, ya que, según él, éste no existe fuera de las mónadas sino que está incluido en cada una de ellas bajo forma de percepciones infinitamente pequeñas, y que éstas, al no existir el mundo fuera de ellas, se dan sin objeto como si fuesen micropercepciones alucinatorias (en Deleuze, 1988). Se puede decir entonces que, a través de su concepto de mónada, Leibniz (1714) pareciera estar planteando la existencia de un conocimiento intuitivo del mundo que habita comprimidamente dentro de cada percepción. En este punto parece haber una conexión entre el método paranoico crítico de Dalí (1935) y la teoría de la monadología de Leibniz (1714). Sin embargo, Leibniz (1714) al definir las mónadas como cuerpos que no tienen "ventanas ni puertas", se distancia de la concepción de Dalí (1935), planteando, a través de esta definición, la imposibilidad de que este comprimido conocimiento intuitivo pueda desplegarse completamente y que, por tanto, sólo una parte de éste es posible de ser revelada. En consecuencia, se puede decir que este conocimiento intuitivo, para Leibniz (1714), siempre, a diferencia del que tiene el paranoico, conlleva una conciencia de que su naturaleza posee algo de alucinación.

Leibniz (1714) desarrolla su idea de mónada parándose sobre un concepto de geometría perceptual distinta de la que sostiene el pensamiento cartesiano. Descartes, interesado en el logro de la percepción clara y distinta, construye su concepción sobre una base geométrica apta para representar la extensión (en Deleuze, 1988). La geometría de Leibniz es la geometría proyectiva<sup>8</sup>, donde la visión unilateral del cono visual

euclidiano es reemplazada por la visión plurilateral del haz de rayos geométricos (en Cardona, C., 2006). A partir de este relevo Leibniz lo que hace, al usar la geometría proyectiva, es sustituir la importancia de la noción de centro por la de vértice visual, en otras palabras, por la de punto de vista (en Deleuze, 1988). De esta manera, la geometría proyectiva, a diferencia de la cartesiana, busca abarcar todas las direcciones visuales del espacio y adjudicarles el mismo valor (Cardona, C., 2006).

Pienso que el uso de la geometría proyectiva, cuya concepción origina que la noción de punto de vista desplace a la de percepción de centro, hace posible, por un lado, la mirada descentrada, necesaria para captar la presencia disgregada que tiende a mostrar el cuerpo de lo indiciario y, por otro, la incorporación del fenómeno de la subjetividad en la percepción. Los artistas del renacimiento, liderados por Da Vinci, Durero y Sanzio, fueron los que le dieron el primer impulso al desarrollo de la geometría proyectiva. Estos artistas se lanzan a estudiar la teoría de la perspectiva con el objeto de representar pictóricamente la realidad con la profundidad con que es percibida por el ojo humano. Gracias a estos estudios los artistas de este tiempo logran, por primera vez, producir, dentro de su creación pictórica, la sensación de un espacio profundo. Esta sensación de profundidad se construye a través de la intersección de un plano con un imaginario cono visual cuyo vértice es el ojo del observador. Pienso que este significativo giro en la historia del arte da inicio al resistido estudio, dentro del campo de la ciencia, del fenómeno que constituye la participación del observador en la observación. Creo que en Leibniz (1714-1765) esta participación siempre atesorará una proporción de oscuridad que permanecerá inaccesible para el entendimiento humano. Esta proporción está, para él, representada por lo inconsciente. De acuerdo con esta concepción, se puede decir que el indicio, dentro de la interacción analista-paciente, siempre es un elemento intersubjetivo de naturaleza opaca, que siempre conservará ante el ojo investigativo del analista, independiente de la agudeza de éste, una impenetrable porción de oscuridad. Ahora bien, esta declaración de principio, como se tendería a

---

paralelas se unen en un punto determinado. Este cuadrí-culado cerrado permite describir el cambio de tamaño y de forma que se genera en una figura cuando ésta es proyectada desde el punto en que se mira. Las rectas que salen del ojo del observador se proyectan sobre puntos y los planos definidos por cada par de ellas se proyectan sobre rectas (en wikipedia).

<sup>8</sup> Desargues (1639), matemático francés que funda la geometría proyectiva. Contradiendo uno de los principios de la geometría euclidiana, propone interpretar el espacio como un cuadrí-culado cerrado donde las rectas

creer, no significa para Leibniz (1714, 1765) un impedimento que lo lleve a deponer su interés por entender el fenómeno de la oscuridad en la percepción, ya que, para él, lo oscuro, si bien es diferente de lo claro, no es lo opuesto. Probablemente, diría él, es algo con lo cual todo investigador de lo inconsciente tiene que aprender a convivir<sup>9</sup>. Para entender esta conceptualización acerca de lo oscuro creo necesario revisar el concepto de “diferencia” que, partiendo por Leibniz (1765) y pasando por Fechner (1860), parece desarrollar Deleuze (1968, 1969, 1988).

## EL INCONSCIENTE DIFERENCIAL

Leibniz (1675), en simultaneidad con Newton (1666), al fundar el cálculo diferencial, abre nuevas posibilidades conceptuales dentro del mundo de la ciencia moderna. Una de estas posibilidades la abre con el concepto de lo diferencial que, obviamente, se desprende de la esfera de significados que dentro de sí entraña la aplicación de esta clase de cálculo. Dentro de esta clase de cálculo el concepto de lo diferencial hace alusión a un tipo de valor cuyo tamaño es infinitesimal. Los infinitesimales o infinitésimos (como también se los llama) son valores límites, es decir, casi iguales a cero. Como se puede ver, dentro de este cálculo, el concepto de límite está estrechamente vinculado al de diferencial, tanto así, que ambos tienden a ser utilizados de manera indiferenciada. Estos valores límite o diferenciales se usan para calcular el valor de las mínimas variaciones que presenta una determinada situación real (el curso que sigue la órbita de un planeta, las diferencias de velocidad que muestra el movimiento de un auto entre un segundo y otro, etc). Con esta clase de valores, lo pequeño e intrascendente cobra una enorme importancia dentro del desarrollo del mundo científico.

Leibniz (1765) parece desarrollar el concepto de valor diferencial a partir de una noción de diferencia que se distancia del concepto de diferencia que, desde Aristóteles, domina dentro de la lógica occidental (en Cangi A., 2011). El significado de la diferencia aristotélica está sujeto a vivir bajo la sombra del significado de lo idéntico; por tanto, su presencia está, ahí, sólo para cumplir una función auxiliar destinada a mantener en

alto la potencia lógica de este significado. Bajo esta postestad, el sentido de la diferencia queda, entonces, reducido a jugar un rol “de oposición o de contrariedad” (en Cangi, 2011, p. 50), rol que no permite dar cuenta de todas las singularidades y giros que, según Deleuze, puede llegar a aportar, al desarrollo del conocimiento, el concepto de diferencia (en Martínez M.A., 2007, p. 167). Para poder recoger las singularidades de este concepto Deleuze (1968) propone debilitar la fuerza del modelo de reconocimiento, modelo epistemológico que, según él, está implícita y soberanamente presente en el proceso operativo del conocimiento. Dentro de este modelo es imposible que la diferencia pueda ser acogida como tal, ya que, a través de éste, todo elemento potencialmente cognoscible pasa por el cedazo de la semejanza. En este esquema el conocimiento no avanza, ya que éste, cuando actúa en lo desconocido, no produce más que reconocimiento, reconocimiento de elementos que, por similitud a otros ya conocidos, le son familiares al sujeto cognoscente. El germen de un modelo que puede resultar adecuado para pensar la diferencia por sí misma Deleuze (1968) lo encuentra en Leibniz (1714, 1765). Según él, este pensador, al acuñar el valor de lo diferencial, provoca una merma dentro la tradicional hegemonía lógica que posee la semejanza por sobre la diferencia, haciendo que “la semejanza se juzgue por lo semejante y no por lo semejado” (Deleuze, 1968, p. 124). De acuerdo con este modelo, se podría concebir a un psicoanalista pensando la oscuridad natural del indicio intersubjetivo, al mismo tiempo que intenta liberarla de la imperiosa atracción asimilativa que ejerce, dentro de su pensamiento asociativo, la irradiación de luz que produce lo ya conocido. Para Freud, quien probablemente en esto adhiere a la teoría asociacionista de D. Hume (1748), los principios que implícitamente regulan la lógica asociativa que sigue el método de la atención flotante son la semejanza y la contigüidad espacio-temporal<sup>10</sup>. Estos principios, aunque especialmente el primero, representan para Freud las “fuerzas suaves” (como diría Hume (1748)) que llevan a que un contenido mental cualquiera se una, en apariencia, aleatoriamente a otro.

A través de su lectura de Leibniz, Deleuze (1968), intenta sustituir la necesidad de concatenar la lógica asociativa del pensamiento a través de los enlaces de la semejanza por las desviaciones de la diferencia.

<sup>9</sup> Cabe recordar aquí el cuestionamiento que Heidegger hace de la ensalzada función que cumple la imagen del rayo dentro de la idea de verdad. Según él, la idea de la verdad está más cerca de la oscuridad circundante de la noche que de la potencia iluminadora del rayo (en Vattimo G., 1985, p. 124).

<sup>10</sup> Si bien es cierto que en Hume (1748) aparece la ley de causa-efecto como un tercer principio regulatorio de la asociación de ideas, Freud (1900), en su obra, parece destacar sólo los dos primeros.

Si bien esta tarea es sumamente difícil de desarrollar, ya que la necesidad de lo semejante está fuertemente adherida a la estructura de nuestra lógica, creo que al menos intentarlo permite abrir un marco conceptual tentativo donde se puede despojar a la diferencia de su envoltura de negatividad y examinársela en su inocente desnudez.

Gracias al concepto de los valores diferenciales, se puede pensar que la diferencia habita en lo indiferenciado de la *gestalt* perceptual, es decir, en el espacio que se da entre dos cosas idénticas. En este espacio las singularidades de lo diferente no alcanzan a ser perceptualmente captadas, tanto por su tamaño (ínfimo) como por su naturaleza (no familiar). Por tanto, es fácil que el paso de éstas tienda, ante la mirada del observador, a perderse por entremedio de las estrechas ranuras que invisiblemente se forman en este espacio perceptual. Estas ranuras se pueden pensar a través del concepto de “umbral diferencial” que acuña Fechner (1860)<sup>11</sup>, ya que, para él, este umbral es el espacio que ocupa la mínima diferencia perceptible entre dos estímulos similares.

En el contexto de la interacción analítica, yo concibo que esta mínima diferencia se manifiesta en aquellas experiencias del analista cuyo valor afectivo es bajo o casi igual a cero. Por tanto, considero que un trabajo hermenéutico de tipo indiciario debiese tomar como punto de partida esta clase de valores. Pienso que tomar, dentro de la interacción analítica, a esta clase de valores como punto de partida es tomar una vivencia diferencial por su punta. Estas vivencias diferenciales, por muy marginal que sean sus valores afectivos, albergan dentro de sí infinitas tendencias e insinuaciones inconscientes<sup>12</sup>.

Deleuze (1968), recogiendo este concepto de Fechner (1860), formula y elabora el concepto de “inconsciente diferencial”. Con este concepto plantea que lo inconsciente es ese evanescente universo de diferencias mínimas que murmuran entremedio de dos o más estímulos similares (ideas, imágenes, etc.). Si bien esta idea de lo evanescente es una idea que parece igualar la definición de inconsciente diferencial con la de preconscious que Freud (1915) desarrolla en su primera tópica, haciendo innecesario el uso de su conceptualización, creo que la primera incluye dentro de sí matices que permiten llevar la forma de entender lo inconsciente por un camino distinto por el que nos lleva la definición de preconscious. La definición de esta última se ramifica en dos acepciones; una, que lo define como aquello que, dependiendo del grado de intensidad de sus contenidos, puede ser “susceptible de conciencia” (Freud, 1915, p. 169) y la otra, que lo especifica como un límite que filtra, por acción de una segunda censura, el paso de los retoños preconscious del inconsciente a la conciencia. En Freud (1915) esta noción de límite parece concebirse como una línea que se traza sobre una supuesta sustancia mental divisible y, por tanto, apta para ser cortada en partes; una parte comprendería los contenidos psíquicos que pasan a la conciencia y la otra los que no. En el caso de Deleuze (1988) el concepto de límite es absorbido por el de pliegue, concepto que, inspirándose en el concepto de mónada de Leibniz (1714), hace referencia a una sustancia mental que no posee extensión y que, por tanto, es indivisible. Dentro del espacio conceptual que se forma con la idea de pliegue, el inconsciente diferencial, más que entenderse como una parte que ha sido separada de otra, se entiende como una composición mental formada por una serie infinita de contenidos irrelevantes que, sin necesidad de separarse, envuelven

<sup>11</sup> Gustav Fechner (1801-1887), físico alemán considerado el padre de la psicofísica que impulsó el desarrollo de la psicología experimental contemporánea. La psicofísica es la “Rama de la psicología que estudia la magnitud de un estímulo físico y la intensidad con la que éste es percibido por parte de un observador. Su objetivo es poder hallar un escalamiento en donde pueda colocarse esta relación” (en Wikipedia).

<sup>12</sup> Ese análisis del fenómeno perceptual evoca el giro conceptual que Marcel Duchamp (1961) realiza, a través de su concepto de *Ready made* (objeto ya hecho), dentro del campo de la estética. Partiendo de la idea de lo estético “como algo que llama a ser contemplado”, Duchamp (1961) propone alterar la lógica de este llamado, determinada según él por la experiencia del buen o mal gusto, al introducir la categoría de lo an-estético; lo que no tiene gusto (en Correa A., Muñoz A., et al., 2014). Duchamp

(1961) plantea que la experiencia del buen o mal gusto se basa siempre en una repetición de lo conocido, por tanto, lo que carece de gusto actuaría como un umbral que se abre hacia lo desconocido (en Oyarzún P., 2000). El valor de lo an-estético, para Duchamp (1961), no está en una negatividad ni en una positividad afectiva, sino que, en la nulidad numérica del grado cero. En este sentido se puede decir que el foco de la atención flotante parece involuntariamente quedar capturado por el movimiento de las intensidades afectivas que contienen la experiencia de placer o de dolor. Por tanto, tener en consideración esta categoría de Duchamp (1961) implicaría prestar atención a aquellos elementos flotantes que caen fuera de la lógica dialéctica de lo placentero (estético) y displacentero (antiestético).

o atraviesan los relevantes<sup>13</sup>. Esta manera de concebir el funcionamiento de lo inconsciente parece armonizar más con el mecanismo de la disociación que con el de la escisión, ya que el primero, a diferencia del segundo, permite concebir el fenómeno de la discontinuidad vivencial dentro de la idea de la continuidad. Si se piensa el concepto de pliegue a través de una concepción geométrica de la mente se podría decir que el pliegue sustituye al concepto de punto, ya que este último, al estar inscrito dentro de la lógica cartesiana del todo y la parte, está estrechamente vinculado a la imagen del grano de arena, imagen que marca la necesidad de la discontinuidad (en Deleuze, 1988). El concepto de pliegue, en cambio, remite a una imagen distinta: a la plegadura de la tela o a la estría de la piel (Deleuze, 1988), imagen que, si bien representa la discontinuidad, no hace que ésta rompa o corte con la continuidad. Pienso que el concepto de límite al quedar absorbido por el de pliegue permite una mayor elasticidad y movilidad en la manera de significar y utilizar el concepto de pre-consciente de Freud (1915), ya que a través de esta imagen se puede pensar a la disociación psíquica (límite) como una suerte de deslizamiento que, sin separar o fragmentar, pliega formando rugosidades en la continuidad de la vivencia asociativa<sup>14</sup>. Dentro de este marco de comprensibilidad los indicios pasarían a ser entendidos como movimientos vivenciales que al momento de experimentarse inmediatamente se comprimen y almacenan en pequeñas rugosidades asociativas.

Estas pequeñas rugosidades que naturalmente se disocian del movimiento intersubjetivo que se desarrolla en la interacción analítica, pasan a ser las marcas indiciarias en las que pienso debiera focalizarse el trabajo asociativo de la atención flotante del analista. Siguiendo a Deleuze (1968, 1988), diría que estas rugosidades representan el universo de “diferencias evanescentes”

que rápidamente, evaporándose, se separa del flujo de los pensamientos flotantes que se forman en la mente del analista. Pienso que para lograr que este universo diferencial pueda ser reflexivamente atendido por el analista es necesario que éste genere una ralentización en el curso de su movimiento asociativo, especialmente sobre las leves sinuosidades que se forman en la superficie de la conciencia a través de este movimiento. Esta ralentización llama a sustituir dentro de la lógica analítica la necesidad de metaforizar (de buscar la semejanza entre lo distinto) por la de diaforizar (de buscar la diferencia en lo mismo). Esta alteración, a su vez, exige al analista un mayor respeto por la vivencia de la oscuridad evitando que ésta sea indebidamente iluminada por la apremiante necesidad de reconocer, en lo no conocido, lo ya conocido.

Para Deleuze (1968) lo inconsciente, al estar en lo diferencial de la experiencia, no significa que esté en la posición de lo antitético, sino que en la de la orfandad. Por lo tanto, diría que, para él, la manera de tratarlo no es a través de un movimiento conciliativo que invite a armonizar las diferencias dentro de la unidad igualitaria a la que aspira el funcionamiento sintético de la conciencia<sup>15</sup>. Según Deleuze (1968), esta dialéctica conciliadora característica del tratamiento psicoanalítico es sólo aparente, ya que, detrás de ésta, en realidad lo que manda es la necesidad de que el funcionamiento de lo inconsciente se asemeje al consciente, aprisionando sus posibilidades inocentemente productivas dentro del esquema de funcionamiento previamente domesticado por éste. Esta necesidad está presente en los albores del psicoanálisis y se puede inferir claramente a partir de la célebre frase de Freud (1923) que dice: “donde haya ello tiene que haber yo”.

Es interesante la sintonía de pensamiento que parece darse aquí entre Deleuze (1968) y Morelli (1874, 1876). El dato pictográfico relevante para la hermenéutica indiciaria de Morelli (1874, 1876) es ese detalle que cumple una función insustancial dentro de la configuración global de la pintura, ya que, según él, ese detalle revela aspectos de la personalidad del artista que no han sido domesticados por la escuela de pintura en la que se formó. Por tanto, lo in-esencial debiese ser el dato que contiene el fenómeno realmente singular, fenómeno al que, pienso, todo psicoanalista, a través de su procedimiento, aspira llegar.

<sup>13</sup> La imagen que Deleuze (1988) ocuparía aquí para representar esta manera de entender la composición mental es la de una superficie marmoleada.

<sup>14</sup> Pienso que el pliegue es una imagen que tiene una vinculación de mayor intimidad semántica con el concepto de “barrera de contacto” que acuña y desarrolla Bion (1962). Este concepto, que Bion (1962) rescata del “Proyecto de Psicología” de Freud (1985), es utilizado por él para representar el funcionamiento de una memoria que, como una suerte de membrana mental semipermeable y en continuo proceso de formación (por acción de la función alfa) trabaja para promover el contacto entre los contenidos conscientes e inconscientes. Como se puede ver, esta idea de membrana también remite a la imagen de la tela en que se apoya el concepto de pliegue.

<sup>15</sup> El modelo de conciencia que emplea Deleuze (1972) acá, en conjunto con Guatari, es el de la globalización geopolítica; de fusionar o integrar en una zona distintas culturas y etnias.

Deleuze (1968), a través de un movimiento que él denomina vice-dicción<sup>16</sup>, intenta comprender la esencia a partir de lo in-esencial; en otras palabras, lo diferente (lo singular) a partir de lo indiferente (en Martínez M. A, 2007). De este modo, Deleuze (1968) distanciándose de Fechner (1860), plantea que la mínima relación diferencial entre dos estímulos similares no atañe fundamentalmente a lo pequeño, sino más bien a lo irrelevante. Apoyándose en Leibniz (1714, 1765), Deleuze (1988) dice que “la relación de la pequeña percepción a la percepción consciente no es de parte a todo, sino de ordinario a relevante...”; ya que, “el todo puede ser tan insensible como las partes, como cuando no capto el ruido del molino de agua al que estoy demasiado acostumbrado” (p. 114). Esta relación diferencial, que Deleuze llama “la diferencia indiferente” (1968, p. 42), deja de ser indiferente cuando “es ‘distinguida’ en el sentido de relevante, de notable...” (1988, p. 118). ¿Cómo hacer relevante algo que a primera vista es ordinario? Creo que la respuesta a esta pregunta demanda el uso de otro tipo de coordenadas conceptuales. Estas coordenadas, pienso, pueden encontrarse en el marco de significados que se desarrolla dentro de la geometría que deriva de la concepción matemática en que se funda el cálculo diferencial.

## EL PUNTO DE CONTACTO TANGENCIAL

Entendiendo la geometría como un cuerpo metafórico que ayuda a visualizar el comportamiento que supuestamente presenta el espacio flotante de la mente del analista, estos valores diferenciales de los que habla Deleuze (1968) se podrían utilizar para hallar la tangente<sup>17</sup>, es decir, esa línea de sensaciones cuyo borde se abre hacia un espacio que cursa en lo colindante, en lo fronterizo de nuestra órbita perceptual. Si se piensa que el indicio es una punta que parece señalar la presencia

de una fina hebra vivencial que, disociándose, se enrosca y contrae por fuera de la experiencia reflexiva que forman analista y paciente, entonces se podría decir que lo indiciario está representado por esos valores diferenciales que tienden fácilmente a neutralizarse dentro de la vivencia intersubjetiva.

Una de las principales funciones que ofrece el cálculo diferencial es el cálculo de la derivada de la tangente. En el caso de la geometría, la derivada de la tangente se da cuando una recta roza a una curva en un solo punto, que recibe el nombre de punto de tangencia. Apoyándome en este concepto pienso que el indicio analítico pudiese pensarse como el punto donde una tangencial línea de sensaciones toca por fuera el centralizado círculo asociativo que mantiene focalizado el pensamiento afectivo de la interacción analítica. Pienso que este punto es un umbral o ventana que se abre en dirección hacia esas dimensiones vivenciales que por su fugacidad no alcanzan a articularse dentro de la experiencia intersubjetiva que se desarrolla dentro de la pareja analítica. La dirección asociativa que sigue el movimiento de esas dimensiones está señalada por el punto de contacto tangencial (el indicio) que se forma entre la tangente y la línea que sigue el movimiento asociativo central. Si bien dejarse ir por la tangente supone una disociación, situación que rompe con la recta linealidad que tiende a seguir comúnmente el curso del pensamiento, creo que esta disociación parece ser un camino que, reflexión a posteriori, permite establecer un contacto asociativo con esas efímeras dimensiones vivenciales que no logran eslabonar su desarrollo dentro de la cadena del pensamiento asociativo central.

Quizás lo más cercano a esta experiencia de disociación asociativa la encontramos en el pensamiento esquizofrénico, específicamente en su propensión patológica al pensamiento tangencial<sup>18</sup>. Deleuze (1968, 1969), intentando rescatar la cualidad productiva de lo “esquizo”, propone pensar la esquizofrenia como una posibilidad de pensamiento. Empujado por esta inquietud emprende un análisis del concepto de “Posición esquizo-paranoide” de M. Klein (1946). Si bien, inicialmente queda fascinado con el mundo terrorífico y fragmentario que esta autora describe de esta posición mental, su estudio poco a poco empieza a concentrarse

<sup>16</sup> La vice-dicción es un procedimiento que abarca lo in-esencial de esos atributos que no relacionan a la sustancia con lo esencial dentro de ella (Montenegro G. 2010). Este procedimiento permite que la diferencia se manifieste como una diferencia más radical que la propia contradicción y que tenga una resonancia secreta más íntima que la de la analogía (Montenegro G., 2010).

<sup>17</sup> En este campo, los valores infinitesimales pasan a llamarse diferenciales de longitud. Para hacerse una idea de lo infinitamente pequeños que son los diferenciales de longitud, se dice que éstas son medidas tan pequeñas que su valor es menor al de un nanómetro, unidad de medida que corresponde a la milésima parte de un micrón y, por tanto, a la millonésima parte de un milímetro.

<sup>18</sup> El pensamiento tangencial, dentro del mundo de la psicopatología, es entendido como un trastorno de la forma del pensamiento que hace referencia a pensamientos irrelevantes que no se relacionan con la centralidad de lo que se desea comunicar.



en lo esquizo perdiendo interés por el elemento específicamente paranoide que Klein (1946) le adjudica a esta posición. Como se puede ver, en este punto, su teoría epistemológica se distancia de la que formulara anteriormente Dalí (1935), quien, por el contrario, apuntala su método interpretativo de la realidad sobre la lógica suspicaz del paranoide.

Inspirándose, entonces, en la locura esquizofrénica, Deleuze (1969) plantea que en ciertas condiciones de desorganización de la conciencia este leve hormigueo de las mínimas diferencias vivenciales que, deslizándose por la tangente, habitualmente tiende a caer fuera del foco de la conciencia parece lograr que parte de la luz de este foco recaiga sobre su tránsito. Esta condición, dice él, se puede obtener a través de la provocación de un estado mental cuyo modo vivencial está en contigüidad a la laxitud psíquica del “sueño, del aturdimiento o desvanecimiento...” (p. 320). Si bien es cierto que este estado que describe Deleuze (1968) evoca el estado que también busca provocar el método de la atención flotante de Freud (1912), se podría decir que Deleuze (1968), a través de su método, busca que estas mínimas diferencias (pequeños resplandores e irrelevantes singularidades que rodean el foco de la conciencia) puedan ser debidamente incorporadas dentro del marco analítico que forma la atención flotante.

Para Deleuze (1968) estas mínimas diferencias vivenciales albergan dentro de sí significados cuya vida sólo ha alcanzado una condición larvaria. En este sentido para él el “teatro” que se puede percibir en lo inconsciente diferencial es un teatro pululante de sustancias puramente embrionarias (Montenegro G., 2010). A través de esta idea Deleuze (1968) pareciera estar proponiendo analizar el campo de lo vivencial a partir del borde fantasmal que débilmente rodea a éste. Este borde hace que el indicio adopte una apariencia descabellada e irracional cuya verosimilitud dentro del tejido asociativo que se construye dentro de la mente del analista sea casi igual a cero.

## COMENTARIOS FINALES

A través de la corriente conceptual que, por un lado, hago fluir entre Morelli (1874, 1876), Freud (1914) y Dalí (1935) y por otro, entre Leibniz (1714, 1765), Fechner (1860) y Deleuze (1968, 1969, 1988), planteo entonces que la estrategia indiciaria, dentro de la dispersa pluralidad que el método de la atención flotante promueve en el uso de los datos de la conciencia, llama al analista a prestarle mayor atención a esa opaca nube de asociaciones que sombrea en el borde de su conciencia. Pienso que esta nube da cuenta de una presencia

vivencial disociada cuya forma aparece deshilachada en finos e insignificantes filamentos emocionales que, enroscados en sí mismos, dejan levemente a la vista sólo una de sus puntas. Creo que una de las funciones del analista está en saber considerar estas puntas para, agarrándolas, hacer aparecer el resto de la hebra vivencial que se eclipsa en el borde de su conciencia.

Para poder prestarle verdadera atención a estas puntas el analista debe luchar, dentro de sí, contra lo ya conocido, ya que lo conocido ejerce en él una función de selectividad atencional cuyo campo de interés acoge sólo aquellos elementos asociativos en que el significado de lo ya conocido pueda reconocerse. Esta selectividad atencional opera como un proyector de luz cuyos rayos caen sobre aquellos elementos que son inmediatamente sentidos, por el analista, como familiares. Por tanto, si el analista desea hacer contacto con lo verdaderamente extraño de sí mismo, debe intentar mantener su práctica asociativa moviéndose pacientemente alrededor de la disociada oscuridad de su vivencia, sin necesidad de encontrar rápidamente dentro de ésta la calma que produce lo semejado. Pienso que esta actitud de resignada incertidumbre es la que traza la línea que deja al método de Leibniz (1714, 1765) y de Deleuze (1968) a un lado y al de Dalí (1935) y de Freud (1914) en otro.

Tanto en Dalí (1935) como en Freud (1914) el método parece adherir a la lógica rastreadora del cazador, que, según Ginzburg (1989), aparece sistematizada inicialmente en Morelli (1874, 1876) y Conan Doyle (1887). En este contexto lógico, el indicio pasa a ser percibido como una huella, de apariencia irrelevante que, por error, parece haber dejado tras de sí el paso sigiloso de la identidad investigada. Esta lógica, al aplicársela dentro del campo de lo psicoanalítico, lleva a que esta huella sea percibida como una pista, una pista que el analista debe examinar para hallar la ruta que lo llevará a desenmascarar la verdadera identidad, supuestamente oculta, tras una falsa fachada. Por el contrario, se puede decir que en el esquema de pensamiento de Leibniz (1714, 1765) y de Deleuze (1968, 1969, 1988) el indicio psicoanalítico pasaría a ser entendido como un dato cuyo valor parece estar dentro más que fuera de sí mismo. En este sentido el indicio es en sí mismo un cuerpo de significados que está infinitamente comprimido dentro de sí y que, por tanto, nunca puede revelarse enteramente. La compresión hace que la forma de este cuerpo tome la figura de un agujero, una hendidura por la cual el conocimiento parece hundirse en la oscuridad de lo desconocido. Como se puede ver, dentro del marco conceptual que se produce entre Leibniz (1714, 1765) y Deleuze (1968, 1969, 1988), lo disociado



pasa a entenderse como una compresión más que como una separación, es decir, como un contenido inmanente más que independiente de la conciencia. En términos visuales, se puede decir que esta prensada inmanencia que representa lo disociado son los puntos ciegos que participan de la vivencia intersubjetiva analista-paciente.

En sintonía con esta visión, pienso que el trabajo asocio-interpretativo que puede desarrollarse en torno a esta comprimida oscuridad que yo le atribuyo a lo indiciario tiende, impotentemente, a articularse dentro de una especie de baluceo reflexivo que rodea y rodea el concepto, sin nunca llegar a él. Este impedimento no debiese desalentar la actividad serpenteante que genera el rodeo asociativo, ya que esta actividad al crear los puntos en que se une el tejido asociativo también crea los espacios en que éste se separa. Pienso que dentro de la red de asociaciones los espacios son tan o más importantes que los puntos, ya que éstos representan los umbrales diferenciales de los que habla Fechner (1860). Pareciera que la neblinosa conceptualidad que arrastra consigo lo indiciario tiende, como pequeñas gotas de agua, a quedar por momentos suspendida dentro de estos umbrales, abriéndosele una oportunidad al analista para poder sorber parte de su escurridiza sustancia. De acuerdo con esta imagen, planteo que el papel de la red asociativa del analista parece funcionar, en relación con lo indicial, como una especie de "atrapanieblas"<sup>19</sup>, cuyos finos umbrales trabajan transformando la gaseosidad de la niebla vivencial en agua. Pienso que esta gaseosidad es un ingrediente importante dentro de la atmósfera emocional que se forma en una interacción de intimidad psicológica, tipo de interacción donde el psicoanalista pretende hacer destacar su pericia como hermeneuta.

Creo que esta gaseosidad vivencial contiene los elementos singulares del funcionamiento intersubjetivo analista-paciente. Apoyándome en el método paranoide crítico de Dalí (1935), pienso que esta gaseosidad se expresa a través de las extrañas e insólitas fantasías que giran en torno de la vivencia del analista cuando interactúa con el paciente. Por tanto, para desarrollar un conocimiento acerca de ésta, pienso que el analista debe, dándole crédito a esta clase de fantasías, dejar que el disparatado trabajo de la parte psicótica de su personalidad se ponga en contacto con el que,

simultáneamente, desarrolla su parte no psicótica de la personalidad. Esta inusitada compatibilidad operacional aparece descrita dentro del modelo epistemológico Ps-D que desarrolla W. Bion (1963)<sup>20</sup>. Este autor muestra el extraño vínculo que parece existir entre la accidental y oscura inmediatez cognoscente que muestran las producciones de la intuición y la irracionalidad en la que flota la fantástica elucubración de la parte psicótica de la personalidad. Yo diría que este extraño vínculo deja a la producción intuitiva de la atención flotante más cerca de la experiencia de la videncia que de la evidencia, es decir, adherida a la forma del pensamiento esotérico más que a la del científico.

Usualmente, una persona en una interacción común y corriente, sin darse cuenta, deja que la producción asociativa de la parte psicótica de su personalidad se deslice, por el efecto aplastante que tiene el mandato de la evidencia proveniente de la parte no psicótica de su personalidad, rápida y automáticamente en dirección hacia la oscuridad que tangencialmente corre por fuera de su pensamiento consciente. En una interacción psicoanalítica, pienso que el analista, en su función como tal, debe evitar justamente este efecto contrarrestante que comúnmente la parte no psicótica tiene sobre la parte psicótica de su personalidad. Creo que considerar la concepción que, acerca de lo inconsciente, propone Deleuze (1968, 1969, 1972, 1988) puede ayudar a paliar este efecto.

Deleuze (1972), a través de su concepto de "inconsciente diferencial", también intenta rescatar el valor del pensamiento psicótico, aunque específicamente en la relación que éste, en su versión esquizofrénica, tiene con lo fragmentario (no con lo paranoide). Propone al pensamiento esquizofrénico como un modo de pensamiento acerca de los fragmentos, sin la necesidad de la integración a la que aspira el modelo Ps-D de Bion (1963). La unidad a la que aspira este último modelo exige, para el éxito de su operación ensambladora, que las rugosidades presentadas por los objetos parciales hayan sido previamente limadas. Los residuos que deja este proceso de pulimentado son los que se oscurecen en ese estrecho umbral diferencial que parece formarse entremedio de las articulaciones de la ensambladura asociativa.

En definitiva, creo que Deleuze (1972), a través de esta sugerente pero perturbadora propuesta de una lógica esquizofrénica, invita al psicoanalista a analizar las

<sup>19</sup> Los atrapanieblas son un invento para atrapar las microscópicas gotas de agua que contiene la neblina. Se usan en regiones desérticas con presencia de niebla (wikipedia).

<sup>20</sup> La sigla Ps-D hace referencia a la interacción entre la posición esquizo-paranoide y la depresiva, interacción que Bion (1963) utiliza para desarrollar su modelo de atención flotante.

relaciones que entre sí mantienen con su propia diferencia los descentrados y descabellados fragmentos de pensamiento que gaseosamente rodean su conciencia flotante, sin necesidad de remitirlos a una totalidad original de la cual supuestamente se desmembraron ni a una totalidad resultante a la que debiesen incorporarse.

## REFERENCIAS

1. Bion W (1962) "Volviendo a pensar", Ed. Hormé, Buenos Aires
2. — (1962) "Aprendiendo de la experiencia", Ed. Paidós, Buenos Aires
3. — (1963) "Elementos de Psicoanálisis", Ed. Hormé, Buenos Aires
4. Cangi A (2011) "Deleuze, una introducción", Ed. Quadrata, Buenos Aires
5. Cardona C (2006) "La geometría de Alberto Durero", Ed. Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, Bogotá
6. Conan Doyle A (1887) "Las aventuras de Sherlock Holmes", Amazon digital services
7. Correa A (2014) "Trabajando a la sombra del objeto de la conciencia", en *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, Vol. 10, N° 2
8. Correa A, et al. (2014) "Lo disociado; una leve vibración en el borde de la experiencia", en *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, Vol. 10, N° 3
9. Dalí S (1935) "Psychologie non-euclidienne d' une photographie", en *Minotaure*, N° 7, 10/VI/1935
10. Deleuze G (1968) "Diferencia y Repetición", Ed. Amorrortu, Buenos Aires
12. — (1969) "La lógica del sentido", Paidós Ediciones, Buenos Aires
13. — (1988) "El pliegue: Leibniz y el Barroco", Ed. Paidós, Buenos Aires
14. Deleuze G, Guatarri F (1972) "EL Antiedipo: Capitalismo y esquizofrenia", Paidós, Buenos Aires
15. Descartes R (1637) "El Discurso del método", Ed. Aguilar, Buenos Aires
16. Duchamp M (1961) "A propósito de los ready mades", en *Ramona*, Rev. de Artes Visuales, p. 8-9. Buenos Aires
17. Fechner G (1860) "Elemente Der Psychophysik", Breitkopf and Härtel, Leipzig
18. Freud S (1985) "Proyecto de Psicología", tomo I, Amorrortu editores, Buenos Aires
19. — (1900) "La interpretación de los sueños", en *Obras completas*, tomo V. Amorrortu editores, Buenos Aires
20. — (1912) "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico", en *Obras Completas* tomo XII. Amorrortu Editores, Buenos Aires
21. — (1914) "El Moisés de Miguel Ángel" en *Obras Completas*, tomo XIII. Amorrortu Editores, Buenos Aires
22. — (1915) "Lo Inconsciente" en *Obras completas*, tomo XIV. Amorrortu editores, Buenos Aires
23. — (1923) "El Yo y el ello", en *Obras completas*, tomo XIX. Amorrortu editores, Buenos Aires
24. Ginzburg C (1986) "Mitos, emblemas, indicios", Ed. Gedisa, Barcelona, España
25. Hume D (1748) "Investigación sobre el entendimiento humano", Ed. Istmo, Madrid
26. Klein M (1946) "Posición Esquizo-paranoide", en *Obras Completas*, Tomo III. Paidós Ediciones, Buenos Aires
27. Leibniz G (1714) "La monadología". Ed. Electrónica Escuela de Filosofía Universidad ARCIS, Santiago de Chile
28. — (1765) "Nuevos ensayos sobre el entendimiento humano". Ed. Alianza, Madrid
29. Lorenz F (2012) "Sobre indicios y resistencias. En torno al paradigma indiciario de Carlo Ginzburg", en *Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales*
30. Martínez MA (2007) "La filosofía de Gilles Deleuze del empirismo trascendental al constructivismo pragmático". Tesis de Filosofía, Universidad Santiago de Compostela
31. Montenegro G (2010) "Deleuze y Ponty, la carne del mundo", en *Rev. Polisemia* N° 9
32. Oyarzún P (2000) "Anestésica del Ready Made", LOM ediciones, Santiago de Chile
33. Paz O (1994) "Obras completas", Tomo II. Ed. Fondo Cultura Económica. México
34. Real Academia Española (2001) *Diccionario de la lengua española*, Tomo II Ed. Espasa Calpe, Madrid
35. Ricoeur P (1969) "Freud, una interpretación de la cultura", Ed. Siglo XXI, México
36. Schenquermann C (1999) "Freud y la cuestión del paradigma indiciario", en *Aperturas Psicoanalíticas*, Rev. de Psicoanálisis, N° 2
37. Vattimo G (1985) "El fin de la modernidad", Ed. Gedisa, Barcelona, España

## PSICOTERAPIA

# ANÁLISIS SOBRE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL USO DEL TIEMPO FUERA COMO TÉCNICA DE MANEJO CONDUCTUAL EN NIÑOS PREESCOLARES

(Rev GPU 2015; 11; 1: 61-66)

Mariavictoria Benavente<sup>1</sup>, Félix Cova<sup>2</sup>

**El Tiempo Fuera es una técnica que ha sido ampliamente utilizada y sugerida tanto en programas de entrenamiento para padres como también en el ámbito escolar. Sus beneficios han sido respaldados a través de múltiples trabajos de investigación, sobre todo para el manejo de problemas conductuales de tipo externalizantes en niños y niñas.**

**Sin embargo han surgido detractores al uso de esta técnica, quienes consideran que podría constituirse en una forma sistemática de abandono emocional, sobre todo cuando es utilizada en niños pequeños. Éstos abogan por el uso de otras formas de intervención para manejar los problemas conductuales en niños y niñas, considerando que las conductas externalizantes constituyen una oportunidad de aprendizaje y acercamiento afectivo entre padres, cuidadores, educadores y niños. El presente artículo intenta abordar esta controversia y exponer los planteamientos de ambas posturas con el objetivo de que el lector pueda construir una opinión informada sobre las ventajas y desventajas de esta técnica.**

## CONCEPTO E HISTORIA DE LA TÉCNICA

**E**l *time out* (tiempo fuera) es una técnica que tiene su origen en el marco del modelo conductista. Su nombre es una abreviación de “time out from positive reinforcement” (Dunlap, Fox, Hemmeter y Strain, 2004) y está basada en el trabajo del psicólogo B. F. Skinner.

La teoría del condicionamiento operante de Skinner destaca el rol de las consecuencias en el desarrollo y mantención de comportamientos, indicando que los comportamientos no deseados pueden ser reducidos retirando refuerzos o agregando consecuencias negativas. El Tiempo Fuera está referido a la primera categoría y corresponde a una estrategia utilizada especialmente

<sup>1</sup> Psicóloga, Magister en Psicología de la Adolescencia, Docente Universidad del Desarrollo, Becaria CONICYT del Programa de Doctorado en Salud Mental, Universidad de Concepción. Email: mbenavented@udd.cl

<sup>2</sup> Psicólogo, Doctor en Psicología, Magíster en Salud Mental. Académico Departamento de Psicología Universidad de Concepción. Email: fecova@udec.cl

con niños y niñas para modificar conductas desadaptativas (Solter, 2000).

Su origen data desde mediados de 1960, cuando Wolf, Risley y Mees publican en 1964 su uso en el ámbito clínico, en particular en el caso de un niño de 3 años y medio con características autistas, que se agredía a sí mismo, tenía problemas para dormir, para alimentarse y se negaba a recibir tratamiento médico. Estos autores detallan los efectos del uso sistemático del Tiempo Fuera, usado en conjunto con el aprendizaje de conductas sociales y de autocuidado, en un programa de 2 años con efectos positivos sobre el paciente estudiado. Los autores realizan un seguimiento posterior en la adolescencia del niño intervenido, detallando características típicas a las de cualquier adolescente. No sólo se documentó la efectividad de la técnica para remitir las conductas no deseadas, sino también para mantener sus efectos en el tiempo (Wolf, Risley y Mees, 1964).

El *time out* se ha incluido ampliamente en programas de entrenamiento parental evaluados exitosamente como Triple P - Positive Parenting Program, The Incredible Years, Parent-Child Interaction Therapy y Parent-Management Traininig Oregon, contando con un amplio respaldo para ser utilizado como técnica de manejo conductual en niños (Morawska y Sanders, 2011; Fabiano, Pelham, Manos, Gnagy, Chronis, Onyango, López-Williams, Burrows, Coles, Meichenbaum, Caserta y Swain 2004).

## USO DEL TIEMPO FUERA COMO TÉCNICA DE MANEJO CONDUCTUAL

De manera frecuente se ha entendido al tiempo fuera, erróneamente, como cualquier práctica de aislamiento; sin embargo difiere ampliamente de esto. Los autores que lo utilizan y recomiendan definen una serie de condiciones para que sea efectivo.

La conducta que se quiere modificar debe describirse claramente tanto al niño como a los adultos que interactúan con él para que cada vez que aparezca sea abordada a través de la técnica. Una vez producida la conducta el adulto debe dar una breve explicación al niño (por ejemplo: "recuerda que no puedes morder a tu hermano, así que deberás permanecer en tiempo de espera hasta que te calmes"). La actitud del adulto debe ser tranquila, respetuosa y no estigmatizante. Luego se le debe dar la oportunidad al niño de reintegrarse a la actividad, sin recriminaciones. Los autores mencionan que se debe dar al niño la oportunidad de intentar nuevamente desarrollar conductas más adaptativas y prosociales (Dunlap, Fox, Hemmeter y Strain, 2004).

Anderson y King (1974) caracterizan tres situaciones en las que es apropiado el uso del tiempo fuera: cuando el niño agrede físicamente a otros, en situaciones en las que pone en riesgo su seguridad y cuando el uso de refuerzos por parte de los padres para manejar la conducta no ha sido efectivo. Los autores no recomiendan su uso en situaciones en las que el niño se siente asustado o angustiado debido a un accidente (citado por Morawska y Sanders, 2011).

En los programas de entrenamiento en habilidades parentales se recomienda su uso en el contexto de una relación paterno-filial positiva y como parte de un conjunto de estrategias para promover el desarrollo de los niños, como enseñar nuevas habilidades, fomentar un comportamiento apropiado, evitar problemas y gestionar eventuales dificultades (Sanders, 1999).

Los autores no siempre coinciden en cómo debe ser utilizada la técnica y esto ha contribuido a los errores respecto de cómo debe ser empleada. En general, se señala que el tiempo de espera debe durar entre 1 y 5 minutos; hay quienes plantean que debe asignarse un minuto por año de vida del niño con un máximo de 10 minutos (Skiba y Raison, 1990).

Sobre el lugar donde se debe desarrollar, ésta no implica necesariamente que se deba enviar a los niños a un lugar específico (por ejemplo una silla u otra habitación) aunque puede utilizarse también como parte de la técnica; lo fundamental tiene que ver con generar un quiebre en la actividad que el niño está desarrollando que le permita darse cuenta de su conducta, luego tenga un tiempo para calmarse, para posteriormente reintegrarse a la actividad (Brantner y Doherty 1983, citado en Skiba y Raison, 1990).

Otro aspecto relevante a considerar es la edad hasta la cual podría ser efectivo el uso del Tiempo Fuera. Algunos autores señalan que su efectividad tendría un límite situado en los 9 años de edad; posterior a esto no tendría efectos en eliminar la conducta y por el contrario podría favorecer el conflicto en la relación entre padres e hijos (Skiba y Raison, 1990).

## CRÍTICAS AL USO DEL TIEMPO FUERA

A pesar del respaldo con que cuenta esta estrategia a partir de la abundante evidencia científica y de su amplio uso en programas evaluados exitosamente en diferentes contextos, han surgido críticos a su utilización. Los detractores de su uso no desconocen los efectos que a corto plazo pueda tener, sino más bien instalan la discusión y sus críticas sobre los efectos de su uso a largo plazo tanto en la salud emocional de los niños como en la relación padre-hijo, y se preguntan cuáles son los

reales beneficios en términos del aprendizaje que los niños pueden tener sobre su conducta problemática. Estas críticas se instalan sobre todo en relación a su aplicación en niños menores de 7 años.

Respecto de su empleo en el contexto escolar, se ha buscado que sea prohibido por la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, y que se reserve su utilización sólo a personal calificado (psicólogos, consejeros escolares o profesores con especialización en problemas de conducta, entre otros), por considerar que favorece la discriminación en el aula, que el aislamiento se constituye en una forma de violencia hacia los niños, y su mala utilización por parte de personas con baja calificación en problemas conductuales y emocionales puede constituir un riesgo para la salud mental de los niños (Morawska y Sanders, 2001; UNDOC, 2009).

La Asociación Americana para la Educación en la Infancia (National Association for the Education of Young Children) en su código de ética considera el uso del *Time Out* como una medida disciplinaria perjudicial y desaconseja su uso. Esta asociación equipara el Tiempo Fuera a medidas como el castigo físico, criticar, culpar y avergonzar, considerándola dañina para el desarrollo socioemocional sobre todo en niños pequeños; se insta a los profesores a involucrarse en el problema y a través del acompañamiento y guía positiva enfrentar los problemas de conducta en el aula, favoreciendo la vinculación y no el aislamiento (NAEYC, 1998; Solter, 2000; Gatrell, 2001, 2002).

Otras organizaciones, ligadas a la educación, han intentado prevenir sobre los efectos negativos del uso indebido del Tiempo Fuera y sus posibles consecuencias en el desarrollo de los niños y han desarrollado guías detalladas para profesores con ejemplos sobre cómo y en qué casos esta estrategia podría ser útil, pero destacando sobre todo los beneficios de un enfoque comprensivo, basado en una relación positiva con los niños (Dunlap, Fox, Hemmeter y Strain, 2004).

Recientemente el Gobierno de Chile a través del sistema de protección integral a la infancia ("Chile crece contigo"), propone el manejo respetuoso de reacciones emocionales de los niños pequeños secundarios a la vivencia de frustración. Específicamente se menciona que dejar a los niños solos o enviarlos a su habitación constituyen técnicas poco efectivas, ya que el niño no aprende a manejar la frustración y que pueden resultar perjudiciales a largo plazo. Por el contrario, recomiendan utilizar esos momentos para ayudarle a expresar sus emociones de manera adecuada y enseñarle que puede recurrir a los adultos siempre que lo necesite, estableciendo una serie de pasos a seguir basados en la

contención afectiva, en la cual el adulto interactúa con el niño para ayudarle a manejar sus emociones (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

Quienes defienden el uso del Tiempo Fuera refieren que, además de ser efectivo, reduce los castigos físicos hacia los niños y se considera una estrategia de manejo conductual no punitiva; sin embargo, para los críticos es insostenible pensar que la retirada del afecto, ignorar al niño y aislarlo no sea un tipo de violencia, vinculándolo a la vivencia de abandono. Es así como plantean que es importante preguntarse cuáles pueden ser las consecuencias de este tipo de castigo tanto en el niño como en su relación con el adulto que lo impone, ya sea padres, cuidadores o profesores (Solter, 2000; Gatrell, 2001, 2002).

El uso del Tiempo Fuera puede crear la ilusión de que un problema ha sido solucionado; sin embargo, al centrarse en la reducción de las manifestaciones conductuales, pero no en la comprensión del origen de las mismas, el problema puede persistir y convertirse en una situación más grave (Solter, 2000).

Ucci plantea que cualquier método disciplinario debe incluir mantener el control de la situación y expresar sentimientos adecuadamente y nunca debe ser visto como un castigo; los críticos del Tiempo Fuera plantean que los fundamentos de la técnica es precisamente lo opuesto, la pérdida de control de la situación por parte del adulto, que lo lleva a aislar al niño por no saber cómo manejar la conducta desadaptativa o para evitar el uso de castigo físico (en Gatrell, 2001).

Muchos niños que presentan comportamientos agresivos habitualmente son más agredidos por parte de padres, profesores y cuidadores, ya sea a través del rechazo activo o del abandono emocional y afectivo; desde esta perspectiva no es difícil pensar en las consecuencias que puede tener para el niño y para el vínculo entre padres e hijos la utilización de técnicas que promueven ignorar a los niños. Dejarlos solos con sus sentimientos y su frustración puede constituirse en un factor de riesgo para incrementar las conductas de tipo antisocial en el futuro (Dolto, 1996).

En un estudio Readdick y Chapman (2000) exploraron las percepciones de niños preescolares sobre la técnica encontrando que ellos se sentían tristes y asustados mientras estaban en el Tiempo Fuera. Además muchos niños no comprendieron por qué estaban en esta situación, por lo tanto no lograron un aprendizaje efectivo de los errores que cometieron o cómo modificar su conducta para no volver a equivocarse. También observaron que muchos niños recibieron el Tiempo Fuera por razones triviales que están muy lejos de los problemas conductuales para los cuales la técnica fue

creada, convirtiéndose en un recurso fácil para padres y educadores.

Otros autores han asociado el uso del tiempo fuera a sentimientos que incluyen tristeza, temor, humillación, confusión, rabia, resentimiento y ansiedad. Y se ha asociado a un aumento de la resistencia por parte del niño y a una mayor tendencia a revelarse contra la autoridad (Gartrell, 2001; 2002, Morawska y Sanders, 2011, Readdick y Chapman, 2000).

Otros críticos han señalado preocupación sobre qué enseña respecto de la expresión de sentimientos el Tiempo Fuera, ya que, como es sabido, en la base de las manifestaciones conductuales desadaptativas como morder, golpear o autoagredirse hay emociones que no han encontrado canales efectivos y adaptativos de expresión. Al suprimir la conducta desafiante no se abordan los sentimientos que estarían en la base ni tampoco se enseña la manera adaptativa de expresarlos. En relación con lo anterior, también los autores señalan que la estrategia envía el mensaje al niño de manera sistemática que cada vez que sienta rabia, frustración o tristeza suprima estos sentimientos y los viva en soledad, a largo plazo este entrenamiento bloquearía los canales de comunicación entre padres e hijos (Miller, 2002; Solter, 2000).

Además no se puede perder de vista que estos estados emocionales pueden ser señales de trastornos más severos o situaciones de riesgo vividas por el niño, como por ejemplo abuso sexual, *bullying*, o trastornos emocionales graves, como la depresión infantil, en los cuales la irritabilidad y los problemas conductuales constituyen la forma en que se expresa la situación vivida; en este sentido suprimir estos comportamientos y no buscar comprenderlos puede representar un factor de riesgo para la salud mental, sobre todo en niños pequeños (Valdivia, 2002, Barudy, 1998).

## ALTERNATIVAS AL USO DEL TIEMPO FUERA

El manejo de los problemas conductuales en niños pequeños es un desafío para padres y educadores, y los críticos del Tiempo Fuera han ido delineando propuestas basadas en la contención afectiva, la crianza respetuosa, la guía del adulto en cómo expresar la frustración, la perspectiva comprensiva sobre la conducta del niño y el cuidado de los vínculos entre padres e hijos.

Una de estas corrientes es la denominada "time in", que proponen intervenciones basadas en el apego e intentan modificar el comportamiento del niño a través de aumentar la comprensión de los padres de la conducta de sus hijos, y la capacidad de respuesta sensible a sus necesidades emocionales. En este sentido los

hijos se acercan a los padres para buscar protección, seguridad y también ayuda para organizar su experiencia emocional. En vez de tiempo fuera, las intervenciones basadas en el apego abogan por la participación del padre y el niño en el procedimiento de 'time-in' (tiempo dentro) cuando se produce una ruptura en su relación o el niño se siente angustiado (Johns y Levy, 2013).

Es un acercamiento que busca comprender más que extinguir la conducta desadaptada y que prefiere acoger la rabia y la frustración del niño en vez de ignorarla. Este tipo de iniciativas plantea que cuando el niño se enfrenta a sus emociones y no logra manejarlas es el momento en el que más necesita de la guía positiva de padres y educadores, quienes deben estar ahí para ellos (Johns y Levy, 2013).

Desde esta perspectiva las situaciones de estrés de los niños no son necesariamente situaciones "problemáticas" o "psicopatológicas", sino más bien se postula que son reacciones y expresiones de estados de malestar, los que tienen siempre una función interna (regulación y expresión) o vincular (maximización del apego). Además las expresiones de estrés necesitan ser legitimadas, aceptadas, comprendidas y valoradas; más que aplicar una serie de consejos de cuidado, los adultos deben, ante todo, desarrollar una actitud mental/emocional de "tener en mente la mente" de los niños. Esta actitud debe estar basada en un estado mental de comprensión de la función de la conducta y reacciones de los niños, más que el control de las mismas (Lecannelier, Silva y Hoffmann, 2014).

Uno de los aspectos más relevantes, desde esta perspectiva, se relaciona con el hecho de que las situaciones de estrés son vistas como el momento apropiado para establecer un cuidado respetuoso, en un sentido doble: por un lado, permiten regular de un modo apropiado las reacciones y conductas de los niños, y al mismo tiempo permiten modelar diversas estrategias de aprendizaje socioemocional (autorregulación, comprensión y expresión emocional, comunicación hacia los adultos, manejo de conflictos interpersonales, y otros). Es decir, que las situaciones de estrés parecen ser momentos emocionalmente salientes para un aprendizaje significativo de estrategias socioemocionales, más que la instrucción verbal y cognitiva (Lecannelier, Silva y Hoffmann, 2014).

Dentro de las estrategias que tienen como base estos postulados se encuentra "el círculo de la seguridad" procedimiento en que se enseña a reconocer cuándo se produce una ruptura en la relación de padres e hijos; observar y luego interpretar la necesidad emocional que es expresada directa o indirectamente por el niño en ese momento; responder a los sentimientos y



la conducta predominante del niño al hacerse cargo de una manera firme y amable, y de actuar para organizar los sentimientos del niño, y llevar al niño a un lugar en el que el padre le ayude a calmarse. Este tipo de estrategia favorece la expresión de sentimientos genuinos (a través del llanto y la rabietta) mientras se asegura al niño de la indestructibilidad del vínculo padre-hijo (Johns y Levy, 2013).

En la misma línea que las estrategias mencionadas previamente se encuentran las recomendaciones dadas por el Programa de Protección Integral a la Infancia, a través del programa Chile Crece Contigo, en el cual describen paso a paso cómo intervenir frente a las conductas desafiantes u opositoras en niños preescolares. Sugieren agacharse a la altura del niño para que no se sienta intimidado y ayudarlo a poner en palabras lo que le pasa; para esto se debe usar un tono de voz tranquilo y acogedor, ofrecer una alternativa a la conducta que está realizando el niño y, si es necesario, contener a través de un abrazo u otro tipo de contacto físico (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

Esta mirada en la regulación afectiva en niños pequeños tiene un sentido evolutivo toda vez que los niños que aprenden a regular, expresar y comprender mejor sus emociones en la primera infancia suelen tener más y mejores amigos, son más queridos por las educadoras y presentan mejor rendimiento en la edad escolar (Saarni, 1999).

## CONCLUSIONES

El presente artículo buscó poner bajo análisis el uso de la técnica de manejo conductual Tiempo Fuera sobre todo en niños pequeños, tanto en el ámbito familiar como escolar. Es innegable que esta técnica resulta efectiva para el manejo de problemas conductuales de tipo externalizante, tiene un amplio respaldo científico que la avala; sin embargo, da la impresión de que no existe un conocimiento claro sobre cómo debe ser utilizada y en que contextos.

La masificación de su uso y la exposición a través de libros o programas de televisión de sus beneficios como un recurso aislado y en una amplia gama de situaciones puede llevar a una mala utilización de la misma que se traduzca en una experiencia que puede conducir al daño emocional, sobre todo en niños pequeños, al quiebre en las relaciones padres-hijos, profesores-alumnos y al riesgo de invisibilizar situaciones graves que pueden estar viviendo niños pequeños.

Todo lo anterior está muy lejos de cómo se aconseja su uso por parte de los expertos, es decir, no debería utilizarse como una técnica aislada sino en el contexto

de una serie de estrategias que favorezcan el aprendizaje por parte de los niños de maneras de expresar su frustración o su ira. Tanto padres como educadores podrían hacer uso de la técnica en el marco de una relación afectiva, de cercanía y comunicación, donde el quiebre es lo que alertaría al niño sobre lo que está realizando y la base emocional de la relación positiva lo que lo motivaría a cambiar su conducta para mantener la cercanía con el adulto.

Los críticos del Tiempo Fuera lo visualizan como una vía de escape para el adulto que no tiene cómo controlarse y que a través del distanciamiento del niño buscaría evitar el castigo físico; sin embargo, según lo que plantean los expertos, la utilización del Tiempo Fuera requiere de una alta capacidad de autocontrol por parte del adulto ya que se debe seguir un procedimiento que implica estar en calma y que dista mucho de la fantasía del grito descontrolado "¡a tu pieza!".

Considerando que el uso de la técnica no es inocua y efectivamente en personas inexpertas puede conducir a consecuencias negativas en niños, sobre todo cuando son pequeños, quizás sería deseable que se reserve su uso a personas expertas y que se enseñe a padres, cuidadores y profesores en el marco de los programas de entrenamiento, donde el aprendizaje de la técnica es un componente dentro de muchos otros que permiten cumplir con los requerimientos que los autores han propuesto para que su uso sea exitoso.

Las aproximaciones alternativas al uso del Tiempo Fuera resultan muy interesantes y atractivas ya que presentan nuevos enfoques en la crianza y la relación padres e hijos que permiten tener en consideración la capacidad que pueden tener los padres de descubrir a sus hijos, conocerlos y comprenderlos, lo cual puede resultar en una apuesta interesante de largo plazo.

La capacidad de conectarse afectivamente, validar y reconocer la realidad interna del niño es un desafío, porque implica que tanto padres como educadores se impliquen, se vinculen con los niños y consideren su realidad y sus frustraciones como válidas, significa entender cuál es el lugar que se le da a los niños y su realidad, si el adulto se posicionará como autoridad por decreto o porque es capaz de acoger y contener las experiencias de los niños y ayudarlo a integrarlas de una manera que le haga sentido.

Luego de esta revisión, al parecer los problemas no tienen que ver con las técnicas en sí mismas; seguramente incluso si se llegaran a masificar las técnicas propuestas por los críticos del Tiempo Fuera, probablemente podrían distanciarse mucho de lo que ellos habían propuesto inicialmente. Los autores que proponen las técnicas habitualmente lo hacen basados en

protocolos bastante estrictos que se pierden cuando comienzan a masificarse y a ofrecerse como una solución breve y sencilla a los problemas, cuando es sabido que en las relaciones humanas no existen tales soluciones.

Entonces, quizás se debería apostar por la regulación y utilización responsable y razonada de éstas para evitar que en manos inexpertas terminen generando daño y dolor en los niños, cuando precisamente han sido creadas para evitarlo.

## REFERENCIAS

1. Barudy J (1998). El dolor invisible de la infancia. Paidós Ibérica
2. Dolto F. ¿Niños agresivos o niños agredidos?: Una cálida respuesta a las angustias más comunes en los niños. (1996). Bs. Aires: Paidós
3. Dunlap G, Fox L, Hemmeter, ML, Strain P. The role of Time-Out in a comprehensive approach for addressing challenging behaviors of preschool children. (en línea) Washington: Center on the Social and Emotional Foundations for Early Learning, 2004. [Fecha de consulta: 07 agosto 2014]. Disponible en: <http://csefel.vanderbilt.edu/briefs/www14.pdf>
4. Fabiano A, Pelham W, Manos M, Gnagy E, Chronis A, Onyago A, López-Williams A, Burrows L, Coles E, Meichenbaum D, Caserta D, Swain S (2004) An Evaluation of Three Time-Out Procedures for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Behavior Therapy* 35, 449- 469
5. Gartrell D (2001). Replacing Time Out: Part one, Using guidance to build an encouraging classroom. *Young Children* 56(6), 8- 16
6. Gartrell D (2002). Replacing Time Out: Part Two, Using guidance to maintain an encouraging classroom. *Young Children*, 57, 36-39
7. Johns A, Levy F (2013). Time in and Time out for severe emotional dysregulation children. *Australasian Psychiatry* 21: 281. DOI 10.1177/1039856212475327
8. Lecannelier F, Silva J, Hoffmann M (2014). Effects of an intervention to promote socioemotional development in terms of attachment security: A study in early institutionalization in Chile. *Infant Mental Journal* 35(2), 151-159: Michigan. DOI 10.1002/imhj.21436
9. Miller A (2002). Por tu propio bien: Raíces de la violencia en la educación del niño. Bs. Aires: Ed. Tusquet
10. Ministerio de Desarrollo Social (2013), Manejo respetuoso de las pataletas. Sistema de Protección Integral a la Infancia. Programa Chile Crece Contigo. Disponible en <http://www.crececontigo.gob.cl/2013/recursos-audiovisuales/video/manejo-respetuoso-de-pataletas/>
11. Morawska A, Sanders M (2010). Parental Use of Time Out Revisited: A useful or Harmful Parenting Strategy? Parenting and Family Support Centre, School of Psychology, University of Queensland
12. National Association for the Education of Young Children (1998). Disponible en <http://www.naeyc.org>
13. Readdick C, Chapman P (2000). Young Children's Perceptions of Time Out. *Journal of Research in Childhood Education* 15(1)
14. Saarn C (1999). The development of emotional competence. New York Guilford Press
15. Sanders MR (1999). Triple P-positive parenting program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child & Family Psychology Review* 2(2), 71-90
16. Skiba R, Raison J (1990). Relationship between the use of time out and academic achievement. *Exceptional Children* 57, 1
17. Solter A (2000). The disadvantages of Time-Out. *Mothering Magazine*. Disponible en <http://www.awareparenting.com/tiempofuera.htm>
18. UNDOC (2009). Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention. Disponible en <https://www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-E.pdf>
19. Valdivia M (2002). Manual de Psiquiatría Infantil. Santiago: Mediterráneo
20. Wolf M, Risley T, Mees H (1964). Application of operant conditioning procedures to the behaviour problems of an autistic child. *Behaviour Research Therapy* 1: 305-12. Seattle and Western State Hospital: University Washington

## PSICOTERAPIA

# MODELO CCHS PARA TERAPIA SEXUAL DE PAREJA (BASADO EN HELEN SINGER KAPLAN)

(Rev GPU 2015; 11; 1: 67-71)

Carmen Gloria Fenieux<sup>1</sup>, Alex Oksenberg<sup>2</sup>

**El presente plantea el modelo de trabajo de terapia sexual para parejas que hemos ido desarrollando en el Centro Chileno de Sexualidad. Este modelo integra técnicas conductuales dentro de una comprensión psicoanalítica del ser humano.**

**Entendemos que la sexualidad es piedra angular en la vida del ser humano. Ésta irradia sus efectos hacia otras áreas de la personalidad tales como el sentido de género, la autoestima, el sentido del propio valor, la seguridad, sentimientos relacionados con la potencia/omnipotencia y/o castración, sólo por mencionar algunos. La sexualidad implica la experiencia de “ser en”, ser en el mundo, estar dentro del mundo más que relacionarse con el mundo. Así, entendemos que “ser en” significa estar insertos en una experiencia que nos toma, nos define, nos delinea, nos transforma sin siquiera tener cabal conciencia de esa inserción. Es en el cuerpo donde encontramos la mayor posibilidad de ser, de sentir que “yo soy”. Así la mayor evidencia de mi existencia concreta es cuando me topo con mi cuerpo, cuando me enfermo o cuando aparece el orgasmo o el cosquilleo de la excitación, o simplemente cuando siento el palpar de mi corazón en la emoción. Se es en el cuerpo y en la vida cotidiana. Ahí “brota” el sujeto. Es en el cuerpo y en la sexualidad donde brota el sujeto como alguien individual y por ende único.**

## INTRODUCCIÓN

La experiencia sexual no sólo irradia en el ser, sino que también “pone en juego en el escenario de la intimidad sexual las dinámicas más centrales de la historia individual. Recurriendo a Freud, entendemos la sexualidad como un lugar donde se plasman conflictivas primarias, siendo la relación sexual una experiencia actual a la que se asocian aspectos de la vida infantil

como la angustia, la defensa y las fantasías asociadas. En este sentido, en casos donde un trauma ha tenido lugar, allí en la escena sexual queda plasmada y de alguna manera congelada la experiencia traumática obstaculizando el desarrollo de una sexualidad plena” (Fenieux, 2010).

Sabemos que parte del tratamiento específico de las disfunciones sexuales involucra ejercicios en la línea de la terapia conductual cuya efectividad está

<sup>1</sup> Psicóloga Clínica, psicoanalista .cgfenieux@gmail.com

<sup>2</sup> Psicoanalista APCH.

altamente comprobada (Beck, 1995). Sin embargo, tal como lo planteábamos, los conflictos en la sexualidad ineludiblemente involucran otros aspectos de las relaciones afectivas y suele suceder con alta frecuencia que la conducta disfuncional sexual es extrapolable a otras áreas de la vida, siendo habitual que sea un patrón que se repite.

Desde esta mirada, planteamos un modelo de terapia sexual utilizando técnicas conductuales insertas en una mirada psicoanalítica del ser humano. Pensamos que este tipo de trabajo fortalece los logros alcanzados y consolida la resolución terapéutica de una manera más completa. Sin lugar a dudas, el trabajo práctico se complejiza y no logra tener la regularidad y orden propio de las técnicas conductuales. Sin embargo, a pesar de esta dificultad, creemos que esta integración le entrega al paciente un mayor y más profundo entendimiento de su disfunción sexual, lo que facilita su desarrollo en otras áreas así como reduce las posibilidades de conversión del síntoma. También pensamos que el entendimiento psicoanalítico disminuye las resistencias al trabajo puramente conductual y en consecuencia aumenta las posibilidades de éxito del tratamiento sexual.

## TRABAJO TERAPÉUTICO

En la realización de este tipo de terapias combinadas evaluamos en el transcurso de las entrevistas diagnósticas y a veces propósito de la evolución de la terapia, qué líneas de trabajo debemos seguir o dónde debemos focalizarnos para hacer más eficiente el tratamiento. Es decir evaluamos cómo combinamos estas técnicas de acuerdo con las características y necesidades de cada pareja.

Según este planteamiento y de un modo esquemático que no se condice con la realidad en tanto ésta es más compleja, podemos decir que trabajamos en tres niveles distintos de intervenciones en función de nuestro objetivo de eficiencia. Los tres niveles de intervención serían los siguientes.

- a) Intervenciones de técnicas sexuales básicas
- b) Intervenciones de técnicas sexuales e intervenciones de carácter dinámico
- c) Intervención psicoanalítica más profunda

Cabe aclarar que éste no es un modelo de intervención progresivo, sino que los tipos de intervenciones surgen en el contexto de las características de las parejas consultantes y su necesidad.

## Tipos de tratamiento

- a) Intervenciones de técnicas sexuales básicas

En este grupo ubicamos a aquellos pacientes que logran resolver su problema de disfunción con la aplicación de técnicas sexuales básicas. En general estos pacientes presentan cierta falta de experiencia, conocimiento y/o dificultad en el ámbito de la sexualidad que los lleva a fallar en el "presente" de la relación. En este grupo las técnicas de terapia sexual descritas originalmente por Masters y Johnson (1966), tales como la focalización sensorial I y focalización sensorial II, con prohibición de coito, son de enorme eficacia. Le damos especial importancia a esta prohibición. Sabemos que ésta cumple un rol fundamental al propiciar un espacio menos amenazante y exigente, lo que facilita el arriesgarse a descubrir nuevas modalidades de encuentro sexual en la pareja. Estas indicaciones se realizan junto a intervenciones psicoeducativas en el tema sexual todo dentro de una atmósfera de calidez terapéutica.

Utilizamos luego las técnicas descritas por Singer Kaplan (1978) para tratamiento específico de cada disfunción sexual. Solemos además incorporar la revisión de películas que explican las técnicas sugeridas y que ayudan en la psicoeducación. Somos flexibles en utilizar distintos ejercicios, tales como, por ejemplo, el menú sexual, el que consiste en invitar a la pareja a que escriban de manera individual sus deseos sexuales o sensuales, tal como si fueran a un restaurante y eligieran distintos tipos de comida. No es necesario que desarrollen una fantasía muy elaborada, puede ser sólo la idea de sexo rápido, sexo de degustación lenta o puede ser tal vez sólo una experiencia agradable tal como una puesta de sol. Importante es la revelación en estos escritos frente al otro y cómo ayudar a los pacientes a abrirse a la experiencia del otro de una manera receptiva y respetuosa. Otros ejercicios que realizamos con nuestros pacientes son dibujos acerca del cuerpo propio y sus zonas más erógenas, así como técnicas para el desarrollo del imaginario erótico con la libertad que implica que los pacientes puedan comprender que dicho imaginario se caracteriza por ser privado, personal y transgresor. Entregamos conceptos tales como los tipos de cerebro descrito por Ledoux (1999): El cerebro reptil asociado a respuestas de supervivencia, el cerebro del hipotálamo relacionado con la afectividad básica y el sofisticado cerebro de la corteza cerebral propiamente humano. Esto ayuda a que los pacientes comprendan que la sexualidad se distancia de la respuesta sexual básica. Enfatizamos la idea de la sexualidad como una potencialidad humana

factible de desarrollo transmitiendo la noción de que estos tipos de aprendizaje son los caminos desplegados por un (a) buen(a) amante.

En general, las pequeñas intervenciones educativas o de esclarecimiento emocional pueden aliviar mucho a este tipo de parejas permitiendo nuevas miradas y oportunidades. Por ejemplo, Pamela tenía el prejuicio de debería sentirse muy excitada con Pablo. Al entender que el amor es distinto a la excitación típica de las relaciones ocasionales e incorporar la idea que la sexualidad implica voluntad, riesgos y dificultades, bajó en ella su nivel de expectativas, aliviando bastante la situación. En otra paciente –que se reprochaba por tener fantasías sexuales con otros hombres pese a ser una mujer muy liberal– observamos que pudo destrabar su experiencia sexual al comprender que era libre en su imaginario erótico.

Nos parece importante aclarar que los pacientes que responden a este tipo de intervenciones no necesariamente tienen una estructura más sana o neurótica, sino que son personas que por historia de vida y/o experiencias presentan una mayor facilitación en lo sexual.

b) Intervenciones de técnicas sexuales sumado a intervenciones de carácter dinámico

Con este tipo de pacientes se integra el trabajo conductual con intervenciones de carácter analítico con el objetivo de trabajar algún patrón de conflicto recurrente en la relación de pareja. Esta dinámica suele infiltrar la vida sexual lenta y progresivamente, o actuar gatillado por el nacimiento de un hijo, algún episodio que despertó desconfianza o celos, distanciamientos transitorios por motivos laborales u otros. Frecuentemente en estas parejas se experimenta el problema como culpa o responsabilidad del otro con el cual se repite inconscientemente un patrón de relación objetal arcaica. Esto suele complementarse con el mismo fenómeno en el otro que calza para crear un “ensamblaje inconsciente” que traba la fluidez y espontaneidad de la relación íntima (Spivacow, 2008).

En estas parejas las indicaciones de las primeras etapas de la Terapia sexual suelen traer mucho alivio y a la vez la experiencia de que ellos pueden relacionarse de otras formas aparentemente “olvidadas”. Sin embargo, con el surgimiento de las primeras resistencias aparece el patrón disfuncional inconsciente ya descrito que se presta para ser resuelto a través de intervenciones “interpretativas” alternadamente en uno y otro miembro de la pareja, lo que ocurre de un modo análogo a la “elaboración psicoanalítica”.

La intervención psicoanalítica cumple la función de otorgarle significado al conflicto para el propio paciente y para su pareja con lo cual se logra desarticular el conflicto estéril ligado al pasado. Cuando se consigue interpretar este *impasse* y dar un significado histórico al síntoma la pareja suele dar un giro que permite un nuevo contexto caracterizado por corrientes de afectos amorosos que movilizan activamente a la pareja. Esto resulta importante de destacar en tanto es un efecto muy distinto al que se observa en el proceso psicoanalítico individual. En este último el trabajo tiene un efecto acumulativo, que evidencia un desarrollo que sólo al cabo de un tiempo aparece en toda su expresión. Podemos pensar en el trabajo analítico individual como la pequeña o gran abertura de un ángulo, abertura que en lo inmediato no es evidente, pero que al proyectarse en el espacio muestra una ampliación importante. Es decir, en el tiempo y en el espacio y en la multiplicación de la experiencia la posibilidad de pensamiento y entendimiento de la propia conducta amplía las perspectivas de acción y desarrollo.

A diferencia de la cadencia del proceso de la terapia individual, la intervención sexual en terapia de pareja sexual puede ser un gatillante que cambia el contexto de la pareja, dando paso a un movimiento más inmediato y evidente. Creemos que esto ocurre a propósito del efecto multiplicador de la mirada del otro. Un importante factor que potencia el cambio es el involucramiento de la corporalidad como parte integral del *self*, lo que permite entrar en una nueva dimensión de la experiencia, ello al ser satisfecha la necesidad corporal. Winnicott plantea que el verdadero *self* –aquello más constitutivo de cada uno de nosotros que nos permite la experiencia de sentirnos reales–, se nutre de lo corporal y, más aún, postula que el cuerpo es su sede. Siguiendo al autor, pensamos que la satisfacción sexual amorosa con un otro, como una necesidad humana corporal y psíquica a la vez, genera movimientos hacia la experiencia de integración del *self* que da cabida a sentimientos de mismidad y seguridad. Esto repetido en el tiempo implica la experiencia concreta de sentirse un alguien más real y corpóreo, permitiendo bajar las defensas y mirar el mundo desde un lugar menos amenazante y más seguro.

A modo de ejemplo de este tipo de intervención, podemos pensar en Alberto y Beatriz. Están casados hace 7 años. Durante este periodo han experimentado un progresivo alejamiento mediado principalmente por una falta de iniciativa de Alberto y una constante sensación de inconformidad de Beatriz, como si nada pudiera agradaarla o satisfacerla. En este paradigma surgen interpretaciones tales como que la pasividad

de Alberto con respecto a su mujer tiene relación con la sensación de ser alguien no digno de amor o deseo. Por esta razón no se “anima” a buscarla. Esto a su vez se ve reforzado por Beatriz quien en su sensación de insatisfacción crónica desprecia a Alberto, reforzando en él la sensación de poco valor. Sin embargo, detrás de esta actitud de Beatriz, está el desprecio a lo masculino en venganza a la ausencia histórica del padre. Estas dificultades históricas y personales de Alberto y Beatriz se refuerzan entre sí generando un círculo vicioso, un ensamblaje inconsciente donde cada uno repite su historia sin lograr cambiarla.

Cuando no hay psicopatología grave en general se produce un cambio evidente que permite la baja en las defensas en relación al otro, la comprensión y la compasión por sí mismo y por la pareja. Los movimientos de la pareja en esta ola amorosa se potencian entre sí dando lugar a un nuevo escenario donde tiene más cabida lo lúdico y amoroso.

#### c) Intervención psicoanalítica más profunda

En general los pacientes que requieren de este tipo de intervención, se caracterizan por haber sufrido una falla ambiental temprana que debilitó al yo al punto de inhabilitarlo para soportar los vaivenes de un trabajo reparatorio como lo señalado en las secciones a y b. El trabajo reparatorio ocasionalmente desata tormentas emocionales gigantes que hacen necesario la derivación de uno o de ambos pacientes a terapia individual.

En el caso de Karina y Samuel, quienes llevan 10 años de matrimonio y tienen dos hijas, impacta la apariencia de normalidad cuando son evaluados por separado. Sin embargo, el patrón relacional ha sido de un creciente torbellino emocional que ha dejado poco espacio a momentos de tranquilidad y en consecuencia momentos de intimidad. El trabajo terapéutico partió con intervenciones del tipo A que fueron rápidamente boicoteadas por el clima bélico de la pareja. Las intervenciones del nivel B resultaron útiles sólo en un miembro de la pareja. Aún así, se logró breves momentos de calma e intimidad en estas fases del tratamiento, cuya caída desató tormentas emocionales aun más catastróficas que las anteriores. Esto nos ha llevado a la evidencia compartida de que uno de los miembros, en este caso ella, siente que tiene una herida infantil que no logra reparar en la pareja.

Pensamos que acá aparece una falla en la relación temprana con la madre que tiene un efecto de atracción del mundo interno. Desde la mirada de Bion, ciertas áreas de la personalidad no integradas impiden cualquier intento de desarrollo. Estas dificultades

ameritarían una atención especial más cercana a una psicoterapia psicoanalítica, lo que involucra mayor tiempo y trabajo. En este caso, el beneficio de la terapia consiste en que el miembro de la pareja que requiere de tratamiento individual se haga cargo de sí mismo y con ello permitir más tarde facilitar el trabajo en terapia sexual de pareja.

### REFLEXIONES TEÓRICAS EN TORNO A LA METODOLOGÍA DE TRABAJO

Entendemos el trabajo en la sexualidad como el espacio de ser, el espacio donde es posible sentirse insustituible y no intercambiable, en el sentido como lo plantea el filósofo Levinas (1991). Es el espacio de la responsabilidad por la vulnerabilidad del otro que me involucra, pero también involucra lo más íntimo y personal del propio ser. Podría ser el espacio donde se articula el ser con el estar con, y en dicha integración es posible un encuentro más sustancial con el otro, un encuentro más real y ficticio a la vez. Podríamos pensarlo como un espacio de encuentro irreplicable e inmanejable, paradójicamente siempre nuevo y siempre igual. Este encuentro se arma desde lo potencial, desde los propios fantasmas, sin que éstos sofoquen la experiencia. Pero también surge desde la potencialidad de cada uno de los miembros de la pareja para poner en acción la creatividad entendida como la posibilidad de crear y recrear cada vez un escenario distinto e igual a la vez, logrado o no logrado (Winnicott). Desde esta mirada es de donde surge el trabajo que buscamos realizar. Estableciendo los ritos necesarios (focalización I y focalización II) que enmarcan artificialmente la relación, para generar un espacio concreto en el tiempo que a la vez permite establecer lo privado, lo íntimo, lo propio, lo nuevo en lo repetido, lo nuevo que hay en la experiencia cotidiana. Así, en la sexualidad, tal vez más que en otros ámbitos de la vida, se expresa la dimensión dialógica de la existencia humana; al mismo tiempo somos y no somos, al mismo tiempo somos pasado y presente, inconsciente-consciente, real y fantaseado, yo - no yo. Sumergidos en la sexualidad, todo vivo y en permanente movimiento, estamos en el mundo de los fenómenos complejos. Allí se articula toda la complejidad de la existencia del ser y del estar con.

Para que este ser dialógico ocurra, para que la pareja logre articular el deseo con la experiencia, el ser con el estar con, consideramos esencial fomentar la necesaria separación e individualidad de los miembros de ésta, tal como lo plantea Esther Perel (2007). Esta separación con el otro, como otro incognoscible, permite el desarrollo del deseo, para que no se vea sofocado por la



sensación de apego, dominio o fantasía de conocimiento total del otro. Fortalecemos en este sentido la idea de individuos distintos que pueden ir en busca del encuentro. Encuentro que transita entre dos polaridades: el apego con la amenaza de fusión y la individualidad que permite el deseo pero que merodea en torno a la posibilidad de abandono. ¿Cómo transitar entre estas angustias básicas y arcaicas, cómo transitar entre el miedo al sofoco del otro y el miedo a ser abandonados? Creemos que la idea es generar un juego entre estas dos orillas. En este "entre" puede ocurrir la intimidad para crear y jugar con las ideas y sensaciones así como para contactarse con las necesidades. Ahí aparece la necesidad de ser tomados, tocados, mirados, usados de cierta manera. Sabemos que la relación sexual se monta en la pulsión pero definitivamente la excede. Hay una necesidad que sobrepasa lo biológico puramente tal. Los pacientes que sufren disfunciones sexuales parecen haber olvidado o querer olvidar esa necesidad. Ese es el entre que necesitamos recuperar.

Por otra parte, como psicoanalistas que trabajamos con parejas no podemos desconocer el triángulo edípico que es posible reeditar en el trabajo terapéutico. El analista tiene la oportunidad de ocupar el lugar del tercero excluido, aquel que prohíbe el coito con el objetivo de facilitar el deseo. En ese lugar tercero, estando la prohibición a cargo del terapeuta, los pacientes, debido a este límite, pueden dejar de lado sus temores, culpas y ansiedades, quedando más libres y protegidos para sentir. Recurriendo a Winnicott, podríamos pensar que en la prohibición los pacientes depositan la función protectora del falso self en el terapeuta, lo que permite una mayor conexión con el verdadero self.

A su vez, en este lugar de investimento del saber, el analista o terapeuta se convierte en un interlocutor válido que ayuda a desarrollar la función psicoanalítica

del superyó de cada uno de los miembros de la pareja a través de re-significar la experiencia. Así, cuando un analista hace una interpretación de la transferencia lo que hace es decir "esto que es"; a la vez no es, instalando la holgura del pensamiento. Esto no es menor en un área de trabajo donde la rigidez de las ideas se manifiesta en un superyó exigente y atacante que no permite el movimiento.

De esta manera, como terapeutas sexuales psicoanalíticos intentamos navegar entre dos aguas. Una, aquella que tiene como fundamento la atención flotante que implica atención a los emergentes del inconsciente, y otra, aquella que tiene relación con lo concreto y específico de la conducta sexual, donde los detalles pequeños y cotidianos tienen mucha importancia.

Creemos que la disfunción sexual es una encarnación de la prohibición de los pacientes a desear. Lo que hace el terapeuta es generar la instancia para dialogar con aquel carcelero e ir así transformando la moral del desalojo del deseo en una ética de lo privado e íntimo.

## REFERENCIAS

1. Beck J (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. Guilford Press. U.S.A.
2. Fenieux CG (2010). Sexualidad, creatividad y conflicto estético: análisis de dos casos. Presentado en Congreso de Pensamiento Winnicottino 202, Argentina. Publicado en *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 2013
3. Kaplan HS (1978). *La nueva Terapia Sexual*. Alianza Editorial, S.A.
4. Levinas, Emanuel (1991). *Ética e Infinito*. Gráficas Róger, S.A., España
5. Master y Jonhson (1966). *La respuesta sexual humana*. Boston
6. Perel E (2007). *Inteligencia erótica*. Grupo Editorial planeta, Buenos Aires
7. Spivacour M (2008). *Clínica Psicoanalítica con parejas: entre la teoría y la intervención*. Lugar Editorial. Buenos Aires
8. Winnicott D (1971). *La creatividad y sus orígenes en Realidad y Juego*. Gedisa Editorial. Barcelona, España

## PRÁCTICA CLÍNICA

# ¿QUÉ DEBEMOS EVALUAR EN CONSULTANTES DE SALUD MENTAL CON RIESGO SUICIDA?<sup>1</sup>

(Rev GPU 2015; 11; 1: 72-79)

Orietta Echávarri<sup>2</sup>, Ronit Fischman<sup>3</sup>, Susana Morales<sup>4</sup>, Camila Murillo<sup>5</sup>, Jorge Barros<sup>6</sup>

En la mayoría de los países del mundo se ha observado un aumento preocupante del suicidio, ocupando Chile el segundo lugar en sus tasas de crecimiento. Queda en evidencia la gravedad de este problema y que la forma en que se está enfrentando no está dando los resultados esperados. El Ministerio de Salud (2011) en Chile se ha propuesto reducir las tasas de crecimiento del suicidio en adolescentes en un 15% para el año 2020. Sin embargo, actualmente no se están realizando las acciones preventivas y terapéuticas que permitan lograr estos resultados. Por lo tanto, es de crucial relevancia contar con instrumentos eficaces de evaluación del riesgo suicida. Se revisan algunos instrumentos, llegando a la conclusión que, dada la compleja multicausalidad del suicidio, cada uno de ellos se refiere a una o ciertas variables particulares y no considera otros factores relevantes. En este contexto, en el presente artículo se propone una pauta de cotejo (si/no) con indicadores específicos de riesgo suicida, de aplicación complementaria a una evaluación psiquiátrica o psicológica habitual. El objetivo de la pauta propuesta es optimizar la detección y evaluación de los consultantes en riesgo suicida, con aplicación tanto clínica como en investigación

## ANTECEDENTES

El suicidio es un fenómeno multifactorial y universal (OPS, 2002). Hoy en día es uno de los problemas más serios y prioritarios de la salud pública mundial (OCDE, 2011). Según cifras de la Organización para la

Cooperación y el Desarrollo (OCDE, 2011), en Chile mueren por suicidio aproximadamente 2.000 personas al año, es decir, seis personas al día. Nuestro país ocupó el segundo lugar en las tasas de crecimiento del suicidio, alcanzando un crecimiento de 90% entre los años 1990-2011 (OCDE, 2014) y el lugar 13 entre los

<sup>1</sup> La elaboración de este artículo contó con financiamiento parcial otorgado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico FONDECYT N° 11121390.

<sup>2</sup> Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. oechava@med.puc.cl

<sup>3</sup> Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>4</sup> Psicóloga PH.D Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>5</sup> Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>6</sup> Psiquiatra Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

países de la OCDE con una tasa de 13,3 por 100.000 habitantes (OCDE, 2013). En relación con las muertes no naturales más frecuentes, el suicidio es comparable con las muertes por accidentes de tránsito. Al respecto, la OMS reporta, para el año 2009 en Chile, 2.148 muertes por suicidio y 2.220 muertes por accidentes de tránsito (OMS, 2013).

En población de 10 a 19 años, en el año 2008 la tasa fue de 7,7 suicidios por cada 100.000 habitantes y se espera que para 2020 llegue a un 12 por cada 100.000 habitantes (MINSAL, 2011). Chile duplica la tasa de mortalidad juvenil por suicidio de Latinoamérica y el Caribe (Silva, Vicente, Saldivia y Kohn, 2013). En el grupo de adolescentes de 15 a 19 años el suicidio es la segunda causa de muerte (Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2000) y entre 2005 y 2008 presentó un aumento de 8,9 a 12,9 x 100.000 habitantes. Otro estudio concluye que la tasa de suicidio en jóvenes entre 15 y 24 años aumentó entre 1990 y 2005 a 9,2 por 100.000 habitantes (Ventura *et al.*, 2010). Estos datos han llevado a observar el crecimiento mantenido y progresivo de las tasas de suicidio en Chile, especialmente entre personas de 15 a 34 años (Moyano y Barría, 2006). Tal es la prevalencia y gravedad del suicidio que el Ministerio de Salud ha considerado “de abordaje prioritario” en sus políticas para la década 2011-2020, proponiéndose disminuir en un 15% el aumento de la tasa de suicidios en los adolescentes (MINSAL, 2011).

En este problema Chile no es una excepción de la tendencia mundial donde cada 40 segundos una persona se suicida (OMS, 2000), dejando un millón de personas fallecidas al año (OMS, 2009). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) reporta que el suicidio es la decimotercera causa de muerte en todas las edades y, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), durante el año 2000 el suicidio se encontraba entre las cinco principales causas de muerte en 25 países de la región, en el grupo entre los 15 y 24 años (OPS, 2006). Además, resulta alarmante que para el año 2020 se espera que la cifra de suicidios llegue a 1,5 millones al año en el mundo (OMS, 2009).

Este problema se amplifica si consideramos que por cada suicidio consumado se estima que existen hasta 20 intentos de suicidio en adultos (OMS, 2014), lo que nos habla del sufrimiento de muchas personas. Más aún considerando que por cada persona que intenta suicidio, o se suicida, se ven afectadas directamente muchas personas y aún más si ocurre en un lugar de trabajo o institución.

Según la OMS (2009) y la OPS (2010), más del 90% de los suicidios consumados se asocian a desórdenes mentales como depresión y abuso de sustancias. La

depresión y el intento de suicidio previo se consideran como los predictores más robustos asociados al suicidio (Beautrais, 2009; OMS, 2014). Sin embargo, el suicidio se relaciona con múltiples y complejos factores socio-culturales, sobre todo, ligados a situaciones críticas de ámbitos socioeconómicos, familiares e individuales. Por lo tanto, existe consenso que en la conducta suicida participan factores de diversa índole: neurobiológicos, biográficos, caracterológicos, vulnerabilidades psicológicas, trastornos psiquiátricos y de la personalidad, estresores psicosociales, desesperanza y acceso a medios de autodestrucción, entre otros (American Psychiatric Association, 2003).

También se cuenta con el antecedente que hasta el 80% de las personas que mueren por suicidio dan algún tipo de aviso (Bobes, Giner y Saiz, 2011) y la mayoría de ellas ha visitado a un médico entre 3 meses a 1 año antes de su muerte (Horowitz *et al.*, 2012). En nuestro país el riesgo suicida es motivo de consulta cada vez más frecuente en hospitales generales (Florenzano, *et al.*, 2007).

Con estos antecedentes resulta insoslayable la magnitud y gravedad del problema del suicidio y al mismo tiempo queda en evidencia que la forma en que se está enfrentando, y los intentos de prevenirlo, no están dando los resultados esperados. Si consideramos que la enorme mayoría de las personas que mueren por suicidio presentan algún diagnóstico psiquiátrico y han consultado a un especialista, resulta evidente que existe un espacio-oportunidad para optimizar los métodos de prevención, evaluación e intervención con las personas en riesgo. En este artículo nos centraremos en la evaluación del riesgo suicida, para lo cual, primero se definen los conceptos centrales, luego se presentan algunos instrumentos existentes y finalmente presentamos una propuesta de pauta de tamizaje complementaria a la evaluación clínica psiquiátrica o psicológica habitual.

## DISTINCIÓN DE CONCEPTOS SOBRE SUICIDIO

La palabra suicidio proviene del latín *sui* y *occidere*, que significa matarse a sí mismo (Real Academia Española, 1992). Shneidman (1985; 1994) lo definió como el acto humano de causar el término de la propia vida. La OMS define el suicidio como el acto deliberado, iniciado y desarrollado para terminar con la propia vida, en conocimiento de la fatalidad del resultado (OCDE, 2011). La ideación suicida se entiende como el acto de pensar en atentar contra la propia integridad, o como el sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del

**Tabla 1**  
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS  
AL RIESGO SUICIDA

<p><b>Eje I</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastornos del ánimo: episodios depresivos, mixtos y maníacos</li> <li>- Trastorno por uso de alcohol u otras sustancias</li> <li>- Psicosis: Esquizofrenia</li> <li>- Trastornos de ansiedad</li> <li>- Trastorno de la conducta alimentaria</li> <li>- Trastorno mental orgánico</li> <li>- Trastorno conductual (niños y adolescentes)</li> </ul> <p><b>Eje II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastornos de la personalidad, especialmente Cluster B</li> <li>- Trastorno del desarrollo de la personalidad (niños y adolescentes)</li> </ul> <p><b>Eje III:</b> Afecciones dolorosas, crónicas e invalidantes</p> <p><b>Eje IV:</b> Disfunciones familiares, sociales</p>
--

Fuentes: American Psychiatric Association, 2003; Bertolote, Fleischmann, De Leo y Wasserman, 2004; Florenzano, *et al.*, 2010; Florenzano, *et al.*, 2008; Harvaky-Friedman, Nelson, Venarde y Mann, 2004; Kaplan y Sadocks, 2005; OMS, 2001; OMS, 2000b; OMS, 2014; Tapia, Vohringer y Ornstein, 2010.

sueño (Kessler, Borges & Walters, 1999). Según Shneidman (1985), el intento de suicidio se define como una acción o comportamiento suicida no mortal. El término parasuicidio alude al acto de autoagresión con una baja intención de conseguir la muerte (Bille-Brahe, *et al.*, 1995). El comportamiento de autoagresión se entiende como un acto en contra de la propia integridad física, sin la intención suicida (Favazza, 1999). Entonces, para que una autoagresión sea considerada un intento suicida, se requiere que exista intención suicida (Beck, Kovacs y Weisman, 1979).

## EVALUACIÓN DE RIESGO SUICIDA

En relación con la evaluación del riesgo suicida, en Chile existen diferentes propuestas de evaluación o tamizaje. Dado que existe una alta asociación entre el suicidio y la presencia de algún trastorno psiquiátrico diagnosticado, estas propuestas consideran fundamental evaluar la presencia de esta sintomatología. Al respecto, el programa piloto de la Alianza Chilena contra la Depresión y el Suicidio (ACHID) sugiere la aplicación de un conjunto de instrumentos que evalúan síntomas anímicos (depresión y bipolaridad, PHQ-9; Depresión de Beck; AUDIT acoh; MDQ-bipolar) (Baader, 2012). Por su parte, Benjamín Vicente (2002) propone un Inventario

**Tabla 2**  
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y BIOGRÁFICOS  
ASOCIADOS AL RIESGO SUICIDA

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Género: Varones cometen más suicidio, mujeres realizan más intentos de suicidio</li> <li>- Edades: Adolescente y edad avanzada</li> <li>- Estado civil: Separación, divorcio, viudez o soltero</li> <li>- Inmigrante</li> <li>- Escasa red de apoyo y dinámicas familiares disfuncionales</li> <li>- Intentos de suicidio previos</li> <li>- Historia familiar de suicidio y/o intento de suicidio. Intento de suicidio reciente de familiar o conocido. Exposición al suicidio</li> <li>- Historia familiar de enfermedades psiquiátricas</li> <li>- Hospitalización psiquiátrica. Semanas, meses y primeros años luego del alta</li> <li>- Eventos Traumáticos: Víctima de maltrato o abuso en la infancia</li> <li>- Acontecimientos estresantes: Problemas interpersonales, rechazo, pérdidas, problemas laborales y financieros, cambios en el rol social</li> <li>- Aislamiento social y falta de apoyo social</li> </ul>
--

Fuentes: American Psychiatric Association, 2003; Antón, *et al.*, 2013; Beghi, Rosenbaum, Cerrl y Cornaggia, 2013; OMS, 2006; OMS, 2000b; OMS, 2000; OMS, 2014; Tapia, Vohringer y Ornstein, 2010.

Multifactorial de Riesgo de Depresión, y la doctora Lilian Salvo validó para Chile en el año 2009 (Salvo, Melipillán y Castro, 2009) una escala de suicidalidad, en relación con la presencia autorreportada de pensamientos e intentos de suicidio previo. Esta escala fue diseñada por Okasha, Lotaif y Sadek (1981) y se incorporó desde el 2014 al "Control Joven Sano" (MINSAL, 2013).

Estos instrumentos, en conjunto, abarcan la evaluación de síntomas depresivos, de bipolaridad, ideación suicida e intento suicida previo. Estos aspectos son fundamentales como factores de riesgo, sin embargo no son suficientes para conformar una evaluación más incluyente de otros factores del riesgo suicida. En la Tabla 1 se presentan aquellos trastornos psiquiátricos que muestran una mayor asociación con el suicidio y cuya sintomatología debe confirmarse o descartarse. Complementariamente, en la Tabla 2 se presentan los factores sociodemográficos y biográficos asociados al riesgo suicida que es fundamental explorar y considerar en la evaluación de este riesgo.

Junto con la evaluación de la presencia o ausencia de sintomatología de trastornos psiquiátricos y los antecedentes biográficos y socio demográficos de cada

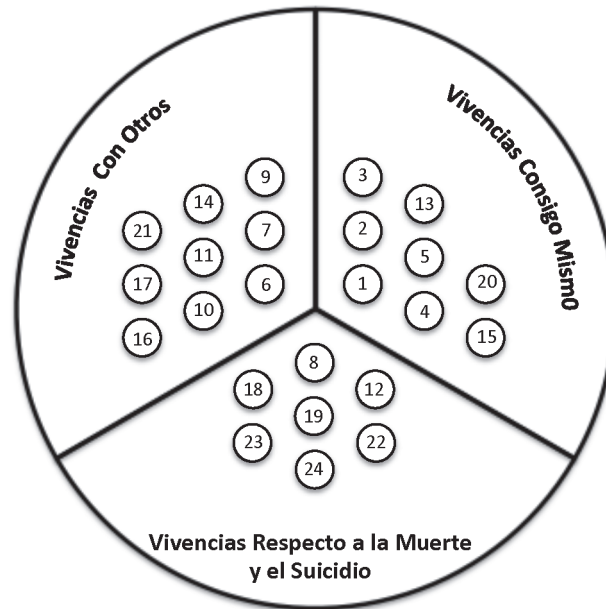
**Tabla 3**  
PAUTA DE INDICADORES DE RIESGO SUICIDA

Indicadores de Riesgo Suicida	SÍ	NO
1. Siento que algo anda mal conmigo		
2. Me siento solo		
3. No le veo salida a mis problemas		
4. Nada me resulta como quisiera		
5. Me siento sobrepasado, agobiado por mis problemas		
6. Me guardo mis problemas para no molestar o preocupar a los otros		
7. Siento que a nadie le importo o no me quieren lo suficiente		
8. Ojalá pasara algo y me muriera		
9. Siento que nadie me puede ayudar		
10. Siento que no encajo en mi grupo de amigos y/o en mi familia		
11. Me siento una carga para mis seres queridos		
12. La muerte puede ser una solución o salida a los problemas		
13. A veces me enojo o altero tanto que puedo hacer cosas que después me arrepiento		
14. Recientemente he tenido un quiebre con alguien importante para mí (relación familiar, social, de trabajo o estudios)		
15. No soy capaz de encontrar solución a mis problemas		
16. Mis seres queridos estarían mejor sin mí		
17. Cuando me siento mal no tengo a quién recurrir para apoyarme		
18. Siento que así es mejor no vivir		
19. He buscado métodos que me conducirían a la muerte		
20. En ocasiones siento tanta rabia o desesperación que me puedo descontrolar		
21. Si yo muero, mi familia sufriría un tiempo, pero después estarían mejor		
22. He pensado en hacer algo para quitarme la vida		
23. Tengo un familiar que se suicidó		
24. He atentado contra mi vida antes		

caso, para realizar una evaluación más completa del riesgo suicida es necesario incorporar otros factores. Revisando la literatura internacional, existen diversos instrumentos que se utilizan para evaluar suicidalidad, que miden depresión, desesperanza, pensamientos suicidas, impulsividad, autoestima, sistema familiar, apoyo social y conducta suicida. El problema es que cada instrumento evalúa un aspecto en particular, excluyendo los otros. Por ejemplo: a) Evaluación de Depresión: Beck, Guth, Steer y Ball, 1997. (Beck Depression Inventory for Primary Care); Beck, Steer y Brown, 1996 (Inventario de Depresión de Beck); Blatt, D’Afflitti, y Quinlan, 1976. (Cuestionario de Experiencias Depresivas); Hamilton, 1960. (Rating scale for depression); Metalsky y Joiner, 1997. (The Hopelessness Depression Symptom Questionnaire); b) Evaluación de la impulsividad y el enojo: Oquendo *et al.*, 2001 (adaptación al español de la escala de Impulsividad de Barratt); Plutchik y Van Praag, 1989 (Escala de impulsividad de Plutchik); Spielberger,

1988 (State-Trait Anger Expression Inventory); c) Evaluación de ideas suicidas: Beck, Kovacs y Weissman, 1979 (Escala de Ideación Suicida); Shaffer *et al.*, 2004. (The Columbia Suicide Screen); d) Evaluación del intento de suicidio y su letalidad: Pierce, 1977 (Escala de Letalidad); Weisman y Worden, 1972 (Risk-Rescue Rating in Suicide Assessment). e) Evaluación de desesperanza: Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974 (The measurement of pessimism: the hopelessness scale); f) Evaluación de autoestima: Rojas-Barahona, Zegers y Förster, 2009. (Escala de autoestima de Rosenberg, Validación en Chile); g) Evaluación del sistema familiar, apoyo percibido y relaciones interpersonales: Van Orden, Witte, Gordon, Bender y Joiner, 2008 (Interpersonal Needs Questionnaire-12); Zegers, Larrain, Polaino-Lorente, Aquilino, Trapp y Diez, 2003 (Cohesión y Adaptabilidad Familiar); Smilkstein, 1978 (Family APGAR).

Existen algunas escalas que integran diversos factores, como la SAC checklist (Rogers, Alexander y



Esquema 1: Tres Ámbitos de Factores de Riesgo Suicida

Subich, 1994) que incluye indicadores demográficos, históricos, psicosociales y clínicos, y la Escala de Estimación del Riesgo Suicida (Motto y Bostrom, 1985), acerca de variables demográficas, antecedentes psiquiátricos, factores estresantes y factores de la reacción del entrevistador frente al paciente. Sin embargo, cada una de estas escalas no incluye algunos aspectos que nos parecen claves en la evaluación del riesgo suicida.

#### Propuesta de Pauta de Indicadores de Riesgo Suicida

En este contexto, surge la necesidad de contar con un instrumento de evaluación del riesgo suicida que incorpore una visión comprensiva del suicidio e integre la multicausalidad de este fenómeno (Gaynes *et al.*, 2004). A partir del conocimiento disponible y tomando en cuenta nuestra experiencia clínica, hemos diseñado una propuesta para la evaluación dirigida del riesgo suicida en consultantes de salud mental. Esta propuesta consiste en una pauta de cotejo (sí/no), con 24 indicadores específicos de riesgo suicida, de diversa índole, de aplicación complementaria a una evaluación diagnóstica habitual psiquiátrica o psicológica. Una vez detectado que el/la consultante presenta cierto riesgo suicida, o se sospecha, la aplicación de esta pauta permitirá el chequeo de la presencia o ausencia de factores más precisos relacionados con este riesgo. Por lo tanto, es una pauta orientada a consultantes en

salud mental, adolescentes y adultos, autoaplicable con la supervisión de profesionales como psicólogos, psiquiatras, enfermeras, asistentes sociales y otros médicos. Cabe recalcar que, como cualquier escala de evaluación de riesgo, no sustituye una evaluación clínica exhaustiva y supone la exploración previa de los antecedentes psiquiátricos, psicosociales y biográficos ya mencionados. Ver Pauta de Indicadores de Riesgo Suicida en Tabla 3.

#### ANÁLISIS DE LA PAUTA DE INDICADORES DE RIESGO SUICIDA

Esta pauta de evaluación del riesgo suicida implica una forma de comprender y conceptualizar este riesgo y la podemos analizar tanto desde el punto de vista del contenido de los indicadores como desde el punto de vista de la forma en que están planteadas las afirmaciones. En cuanto al contenido, los indicadores incluyen diversos factores asociados al riesgo suicida, que al presentarse en mayor cantidad, y de manera conjunta, este riesgo aumenta. Los indicadores se refieren a tres grandes ámbitos: a) vivencias con respecto a sí mismo (indicadores 1, 2, 3, 4, 5, 13, 15, y 20), b) vivencias con respecto a la relación con otros (indicadores 6, 7, 9, 10, 11, 14, 16, 17 y 21), y c) vivencias con respecto a la muerte y el suicidio (indicadores 8, 12, 18, 19, 22, 23, y 24). Ver Esquema 1.



Este esquema representa gráficamente la agrupación de los indicadores de riesgo suicida en los tres ámbitos mencionados, lo que permite una conceptualización didáctica y facilita su aplicación. Se puede marcar cada respuesta afirmativa en el ítem correspondiente del esquema y visualizar la distribución de los indicadores de riesgo. Esto también puede aportar a una retroalimentación e intervención con el paciente.

En relación con las vivencias respecto a sí mismo, se incluyen el malestar subjetivo, la soledad, agobio, sentimientos de que nada resulta y estar sobrepasado por los problemas. Ante esto domina el sentimiento de incompetencia para encontrar una solución, no ver la salida, la vivencia de “no encajar” o no haber encontrado un lugar en el mundo y la sensación de poder llegar a descontrolarse.

Al mismo tiempo, respecto de las otras personas, estos problemas y malestares no son compartidos, no se comunican, ya sea porque no se percibe a quién recurrir, y/o se cree que nadie puede ayudar y/o porque no se quiere perturbar a otros (preocupar, molestar). También gravitan de manera crucial para acrecentar este riesgo el sentimiento de no ser querido o importante para otro, y más aún, el sentirse una carga para los seres queridos y, por lo tanto, creer que estarían mejor sin él/ella.

El riesgo se agrava de manera crítica si se agregan deseos de no vivir, considerar la muerte como una salida, ideas suicidas con planificación, antecedentes familiares de suicidio y de intentos de suicidio previo. Los intentos suicidas previos, la presencia de ideas suicidas y los antecedentes familiares de suicidio deben estar incluidos en una evaluación psiquiátrica o psicológica habitual; sin embargo son tan relevantes para la evaluación del riesgo suicida, que decidimos incluirlos en esta pauta. Al respecto, si se responde afirmativamente a la presencia de ideas suicidas, corresponde evaluar cuáles son estas ideas, su contenido, intensidad, trayectoria y en qué medida incluyen una planificación y qué métodos se están considerando. Si existe intento suicida previo, se requiere evaluar cuántos y cuándo fue cada uno, sus circunstancias, letalidad del método en cada ocasión, el grado de intencionalidad suicida y la reacción ante la sobrevivencia. Así también es muy importante indagar el evento desencadenante de esta conducta (“la gota que rebalsó el vaso”) y la reacción de los familiares y personas significativas ante la conducta suicida.

Desde el punto de vista de la forma en que están planteados los indicadores, éstos son afirmaciones en primera persona y tiempo presente, lo que permite por un lado la identificación con las vivencias referidas y, por otro, evaluar el riesgo en el momento actual. Todos

los indicadores apuntan a la experiencia subjetiva, principalmente en términos de sentimientos, deseos y creencias, incluyendo cuatro indicadores referidos a hechos. Cada afirmación involucra tanto los aspectos emocionales como cognitivos de la experiencia. Se emplea un lenguaje que incluye términos y expresiones propios de nuestra cultura (chilena), lo que también aporta a una mayor identificación con las afirmaciones. Es una pauta de reconocimiento de factores de riesgo suicida, breve y de fácil aplicación, por lo que es suficientemente sencilla y eficiente como para su eventual aplicación masiva (Lang, Uttaro, Caine, Carpinello y Felton, 2009; 2009b).

El perfil de respuestas particular de cada consultante permite identificar tanto su riesgo como orientar el manejo clínico (Gaynes *et al.*, 2004). Es así como puede constituir un aporte muy significativo a su tratamiento, ya que permite discriminar cuáles son los aspectos que aportan más al riesgo suicida actual en cada caso. Así también, cada respuesta negativa, o ausencia del indicador, representa un aspecto protector y, por lo tanto, un recurso en el cual es posible apoyarse en la intervención. Como señala Florenzano (1998), conocer los factores que llevan a las conductas de riesgo contribuye a su prevención y tratamiento.

Esta pauta tiene una clara aplicación clínica para dimensionar el riesgo suicida y orientar la intervención en cada caso. Sin embargo resultaría muy útil que se obtuviera un puntaje que cuantificara el nivel de riesgo y que se pudiera aplicar con fines de investigación. Para esto último se requiere su utilización y análisis estadísticos, de manera que pueda llegar a constituir un instrumento cuantitativo de evaluación de riesgo suicida.

## REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. (2003). Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. Recuperado el Julio 2013, de: [http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc\\_14.aspx](http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx)
2. Antón-San-Martín J, Sánchez-Guerrero E, Pérez-Costilla L, Labajos-Manzanares M, De-Diego-Otero Y, Benítez-Parejo N, Comino-Ballesteros R, Perea-Milla E, Ramos-Medina V, López-Calvo A (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología* 29(3), 810-815. doi: 10.6018/analesps.29.3.175701
3. Baader T (2012). Alianza Chilena contra la Depresión (ACHID): Implementación de una Estrategia de Intervención y Prevención en Depresión y Suicidio: Presentación en XVII Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Valdivia, 1-4 Diciembre 2012)
4. Beautrais A (2009). Suicidio: Estado actual de la ciencia. Presented on IV Jornadas de Psiquiatría, Suicidio: Prevención, evaluación y Tratamiento

5. Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R (1997). Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behav Res Thera* 35: 785-91
6. Beck A, Kovacs, M, Weissman A (1979). Assessment of suicidal ideation: The scale for suicidal ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (2), 343-352
7. Beck AT, Steer RA, Brown GK (1996). BDI-II, Beck depression inventory: Manual. 2a ed. San Antonio, Texas: Harcourt
8. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol* 42: 861-65
9. Beghi M, Rosenbaum JF, Cornaggia CM (2013). Risk factors for fatal and non fatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 9: 1725-1736
10. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis* 25, 147-155
11. Bille-Brahe U, Schmidtke A, Kerkhof A, De Leo D, Lönnqvist J, Platt S (1995). Background and introduction to the WHO/Euro Multicenter Study on Parasuicide *Crisis* 16, 72-84
12. Blatt S, D'Afflitti J, Quinlan D (1976). *Depressive Experiences Questionnaire*. New Haven: Yale University
13. Bobes, Giner y Saiz (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. J. Ed. Triacastela. Madrid
14. Favazza A (1999). *Self-mutilation. The Harvard medical school guide to suicide assessment and intervention* San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 125-145
15. Florenzano R (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile
16. Florenzano R, Cáceres E, Valdés M, Calderón S, Santander S, Cassasus M, Aspillaga C (2010). Comparación de frecuencia de conductas de riesgo, problemas juveniles y estilos de crianza, en estudiantes adolescentes de tres ciudades chilenas. *Cuadernos Médico Sociales* 50(2): 115-123
17. Florenzano R, Labra JF, Fasani R, San Juan K, Reynal J, Quevedo Y (2007). Los pacientes suicidas y para-suicidas pueden ser adecuadamente diagnosticados y tratados en una red pública de atención en salud mental. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 3: 331-9
18. Florenzano R, Leighton C, Retamal P, Osorio C, Gillibrand R, Toloza P (2008). Factores psicosociales asociados con suicidalidad, severidad y resultados del tratamiento en el trastorno afectivo bipolar. *Trastornos del Ánimo* 4: 88-94
19. Gaynes B, West S, Ford C, Frame P, Klein J, Lohr K (2004). Screening for Suicide Risk in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 140(10): 822-835
20. Hamilton MA (1960). Rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23: 56-62
21. Harvaky-Friedman Nelson EA, Venarde DF, Mann J (2004). Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: examining the role of depression. *Suicide Life Threat Behav* 34(1): 66-76,
22. Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, Wharff EA, Ginnis K, Cannon E, Joshi P, Pao M (2012). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ). A Brief Instrument for the Pediatric Emergency Department. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 166(12): 1170-1176
23. International Association for Suicide Prevention (IASP). Guidelines for suicide prevention. Extraído en [http://www.iasp.info/es/suicide\\_guidelines.php](http://www.iasp.info/es/suicide_guidelines.php)
24. Kandel DB, Raveis VH, Davies M (2008). Suicidal ideation in adolescence: depression, substance use, and other risk factors. *J Youth Adolesc* 20, 289-308
25. Kaplan & Sadock's (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
26. Kessler R, Borges G, Walters E (1999). Prevalence and risk factors for life time suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 56, 617-626
27. Lang M, Uttaro T, Caine E, Carpinello S, Felton C (2009). Implementing routine suicide risk screening for psychiatric outpatients with serious mental disorders: I. *Archives of Suicide Research* 13: 160-168
28. Lang M, Uttaro T, Caine E, Carpinello S, Felton C (2009b). Implementing routine suicide risk screening for psychiatric outpatients with serious mental disorders: II. *Archives of Suicide Research* 13: 169-177
29. Larraguibel M, González P, Martínez V, Valenzuela R (2000). Factores de riesgo de conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría* 71, 183-191
30. Metalsky G, Joiner T (1997). The Hopelessness Depression Symptom Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research* 21(3): 359-384
31. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2011). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020
32. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2013). Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes
33. Motto JA, Bostrom AG (1985). Preliminary field testing of risk estimator for suicide. *Suicide Life Threat Behav* 15: 139-50
34. Moyano E, Barria R (2006). Suicidio y Producto Interno Bruto (PIB) en Chile: hacia un modelo predictivo. *Revista Latinoamericana Psicología* 38(2): 343-59
35. Okasha, Lotaif & Sadek (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Act Psychiat Scand* 63: 409-15
36. Oquendo M, Baca-García E, Graver R, Morales M, Montalván V, Mann J (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS- 11). *Eur J Psychiatry* 15: 147-55
37. Organización Cooperación Desarrollo Económico (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing
38. Organización Cooperación Desarrollo Económico (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing
39. Organización Cooperación Desarrollo Económico (2014). "Suicidios": *OECD Factbook 2014: Economic, Environmental and Social Statistics*
40. Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*. Ginebra. Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías
41. Organización Mundial de la Salud (2000b). *Prevención del suicidio. Un instrumento para médicos generales*. Ginebra Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías
42. Organización Mundial de la Salud (2001). *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y personal institucional*
43. Organización Mundial de la Salud (2006). *Prevención del suicidio. Recursos para consejeros*. Ginebra Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Trastornos Mentales y Cerebrales
44. Organización Mundial de la Salud (2009). "Suicide rates (per 100,000), by gender, Chile, 1950-2005". Recuperado el Julio 2013, de [http://www.who.int/mental\\_health/media/chil.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/chil.pdf)
45. Organización Mundial de la Salud. Base de datos de mortalidad. Recuperado el Julio 2013, de <http://www.who.int/topics/mortality/en/>
46. Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global*

47. Organización Panamericana de la Salud (2002). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: La Violencia Autoinfligida. Washington DC: OPS 7: 201-231
48. Organización Panamericana de la Salud (2006). Estadísticas de Salud de las Américas. Washington DC Estados Unidos
49. Organización Panamericana de la Salud. (2010). Mortalidad por Suicidio en las Américas: Informe Regional. Proyecto de Salud Mental, Discapacidad y Rehabilitación (THR/MH) Información y Análisis de la Salud (HSD/HA). Washington DC Estados Unidos
50. Pierce DW (1977). Suicidal intent in self-injury. *Br J Psychiatry* 130: 377-85
51. Plutchik R, Van Praag HM (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatr (Suppl)* 23-4
52. Real Academia Española (1992). Diccionario de la Lengua Española. Madrid: 21 ed: Real Academia Española
53. Rogers JR, Alexander RA, Subich LM (1994). Development and psychometric analysis of the Suicide Assessment Checklist. *Journal of Mental Health Counseling* 16: 352-68
54. Rojas-Barahona CA, Zegers P, Beatriz y Förster M, Carla E (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista Médica de Chile* 137(6), 791-800. Recuperado en 16 de diciembre de 2014, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000600009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600009&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0034-98872009000600009
55. Salvo L, Melipillán R, Castro A (2009). Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 47(1): 16-23
56. Shaffer D, Scott M, Wicox H, Maslow C, Hicks R, Lucas Ch (2004). The Columbia Suicide Screen: Validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43(1): 71-9
57. Shneidman E (1985). *Definition of suicide*. New York: John Wiley & Sons
58. Shneidman E (1994). *Definition of Suicide*. Jason Aronson INC: Northvale, New Jersey
59. Silva D, Vicente B, Saldivia S, Kohn R (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista Médica de Chile [en línea]* 141(10), 1275-1282
60. Smilkstein G (1978). The Family APGAR. A proposal for family function test and its use by physicians. *Journal FamPract* 6: 1231-1239
61. Spielberger D, Charles D, Sydeman S, Sumner J, Owen A, Marsh E, Brian J (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory: Research Edition*. Odessa: Psychological assessment resources
62. Tapia P, Vohringer P, Ornstein C (2010). Conducta suicida en el hospital general. *Rev Hosp Clín Univ Chile* 21: 187-96
63. Van Orden KA, Witte TK, Gordon KH, Bender TW, Joiner TE (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76, 72-83
64. Ventura-Juncá R, Carvajal C, Undurraga S, Vicuña P, Egaña J, Garib MJ (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile* 138(3), 309-315. (ISI)
65. Vicente B (2002). *Inventario Multifactorial de Riesgo: Un instrumento para una mejor predicción de futuros episodios de depresión en el nivel primario de atención*. Proyecto FONDEF-CONICYT-2002
66. Weisman AD, Worden JW (1972). Risk-Rescue Rating in Suicide Assessment. *Arch Gen Psychiatry* 26(6): 553-60
67. Zegers B, Larraín ME, Polaino-Lorente A, Trapp A, Diez I (2003). Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell y Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 41(1), 39-54

## PRÁCTICA CLÍNICA

# PROCESO PSICOTERAPÉUTICO EN UN PROGRAMA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD: SÍNTOMA Y SIGNIFICADO

(Rev GPU 2015; 11; 1: 80-89)

Francisca Melis<sup>1,2</sup>, Luz María González<sup>1,2</sup>, Rodrigo Ubilla<sup>1</sup>, Tomás León<sup>1</sup>

¿Cómo se construye un caso en el Programa de Trastornos por Ansiedad (PTA) del Centro de Salud Mental San Joaquín de la Universidad Católica de Chile? El presente texto intentará exponer el proceso por el cual un paciente ingresa al PTA, recibe tratamiento e idealmente termina con un alta. Este programa puede ser considerado un híbrido entre dos enfoques aparentemente distintos e incluso discrepantes: El Racionalismo del Modelo Cognitivo Conductual y el Constructivismo. Probablemente el mayor logro del PTA radica precisamente en la osadía de esa mezcla. Por una parte recibimos pacientes con un trastorno de ansiedad diagnosticado, los evaluamos con medidas objetivas con tests validados para población chilena, todos deben tener a lo menos evaluación médica especializada y usamos técnicas cognitivo-conductuales cuando están indicadas. Por otro lado, recibimos una persona con una historia única, con un desencadenante que ha desequilibrado su forma de funcionar y con el desafío de construir un vínculo y una comprensión psicoterapéutica del problema que lo(a) aqueja.

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de la presente investigación es dar cuenta del uso de evidencia científica en el trabajo terapéutico y con el fin de utilizar dicha información para todo aquello que pueda aliviar al paciente. Sin embargo, queda una parte importante del proceso que siempre será más arte que ciencia, aun cuando pueda y deba ser evaluado. Los seres humanos somos

buscadores de sentido innatos, es parte de pertenecer a la especie y es la construcción de un significado lo que permite contextualizar los síntomas (Guidano, 1994). Cualquier síntoma que deja de ser un extraño y es posible trabajarlo en un espacio terapéutico, baja su peligrosidad y dejará al paciente mejor preparado para prevenir recaídas frente a situaciones y/o exigencias similares a las que contribuyeron a desencadenar el episodio ansioso.

<sup>1</sup> Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>2</sup> Clínica Las Condes. luzmariagv@gmail.com

**Tabla 1**  
PROCESO DE EVALUACIÓN EN EL PTA

Evaluación			
Nº de sesión	Temáticas a abordar	Tests a aplicar	Categorías de tests
1	- Contrato - Motivo de Consulta - Expectativas - Tratamientos anteriores - Motivación	No hay	
2	- Historia actual - Circuitos relacionales - Familia origen / Redes - Historia del síntoma - Recursos / Estructura - Hipótesis síntoma	Test de Hamilton	0 - 5: No ansiedad. 6 - 14: Ansiedad leve. ≥ - 15: Ansiedad moderada/grave.
		Test de Sheehan	<i>Escala Discapacidad:</i> Se obtiene sumando las puntuaciones en los 3 ítems que la componen. No existen puntos de corte. A mayor puntuación, mayor discapacidad. Puede ir de 0 a 100 <i>Escala Estrés percibido:</i> Se evalúa de 0% a 100% <i>Escala Apoyo social percibido</i> 1-3: Leve 3-6: Moderado 7-10: Marcado
3	Tests específicos (si aplican):	TOC: Y-BOCS	0-7: Subclínico. 8-15: Leve. 16-23: Moderado. 24-31: Severo. 32-40: Extremo.
		Agorafobia: IA	Si bien la estandarización no tiene puntos de cortes definitivos, se sugiere utilizar como punto de corte provisorio el criterio ampliamente utilizado que establece que: Una desviación estándar por encima de la media (percentil 83): moderadamente significativo Dos desviaciones estándar por encima de la media (percentil 97): altamente significativo de que el sujeto padece el trastorno.
		Fobia Social: Escala de Liebowitz	≤ - 51: Ansiedad social leve. 52 - 81: Ansiedad social moderada. ≥ - 82: Ansiedad social grave.
4	Profundizar en: circuitos relacionales y síntoma	Test de la Rejilla	
5	Se realiza la devolución de lo observado durante el proceso de evaluación y se define el foco sobre el cual se trabajará a lo largo de la terapia.		

El desarrollo de la Neurociencia ha permitido aportar mucha información sobre cómo quedan instalados en nuestra arquitectura y funcionamiento cerebral tanto los vínculos como las situaciones traumáticas. Diversos estudios promueven la relación entre la psicoterapia y los cambios en la estructura cerebral y su plasticidad; ya desde Kandel (1999) se

plantea que la psicoterapia es eficiente en generar cambios estables en la conducta a través del aprendizaje comprobable en modificaciones en el patrón anatómico de conexiones neuronales, resultados que podrían aportar a la evaluación cuantitativa de la psicoterapia. Asimismo, a través de la psicoterapia es posible lograr la activación de regiones cerebrales

relacionadas con funciones cognitivas como la memoria, los procesos de autoconciencia y la introspección (Bernardi y Goldstein, 2007).

El objetivo general de esta publicación es dar a conocer el funcionamiento de un grupo de trabajo psicoterapéutico que considera las dos premisas previas, tanto el manejo de la evidencia científica como un aporte en el resultado terapéutico, como el efecto psicoterapéutico del vínculo entre paciente y terapeuta en el tratamiento de trastornos por ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo. A partir de dicha formulación, invitamos a conocer cómo trabaja el Programa de Trastornos por Ansiedad (PTA) que actualmente funciona en el departamento de Psiquiatría Adultos de Clínica Las Condes.

## INGRESO Y EVALUACIÓN: EL INICIO

La mayoría de los pacientes derivados al PTA ya tienen un diagnóstico médico realizado con anterioridad a la derivación a psicoterapia, tales como Trastorno de Pánico con y sin Agorafobia, Fobia Social o Trastorno Obsesivo Compulsivo, como cualquier síndrome con altos niveles de ansiedad o pérdida de la conducta autónoma. Muchos se sitúan en lugares más inespecíficos del espectro ansioso. Sin embargo todos tienen algo en común, el miedo. El miedo interpretado como ansiedad, característicamente menos específica que el miedo, más ambigua e inmanejable, manifestada a su vez en angustia, dolores físicos, conductas que molestan, actividades que no pueden realizar. Así, lo que tienen en común los pacientes es la ansiedad como síntoma principal. Es decir, todos los síntomas de tener miedo, pero sin saber a qué y, por lo tanto, con reducidos recursos para disminuirlo (ver Tabla 1).

Cuantificaremos la ansiedad a través de medidas objetivas. En caso de existir una patología ansiosa determinada se aplicarán pruebas específicas para cuantificar las características y la gravedad del trastorno, pues ambas influyen en el proceso terapéutico. Hemos documentado que pacientes con excesiva ansiedad desertarán con mayor probabilidad que aquellos que padecen una ansiedad moderada (Krebs, González, Rivera, Herrera y Melis, 2012). Así, esas medidas implican tratamientos distintos. Si las pruebas generales arrojan altos puntajes, entonces la evaluación se suspende, se construye vínculo y se hace Psicoeducación respecto de los costos de no tratarse (ver Tabla 1).

Si las medidas son moderadas se continúa la evaluación completa, que suma la Técnica de la Rejilla (TR). Este instrumento fue creado por Kelly (1955) y es una herramienta de gran ayuda en el conocimiento y la

detección de focos de conflicto implicados en la construcción del sí mismo y los otros. A diferencia de otros instrumentos psicológicos, la TR evalúa los aspectos cognitivos y relacionales desde la propia construcción del sujeto; es decir, no pretende estudiar la personalidad según constructos teóricos del investigador, sino que se sitúa en una perspectiva centrada en la persona, y más específicamente en el estudio de sus teorías implícitas (Feixas, González, Krebs, Melis, Montesano, Varlotta y Ventosa, 2011).

A medida que el proceso de evaluación de las primeras cuatro sesiones avanza, comienza a generarse el vínculo terapéutico. A la evaluación general de los tests el terapeuta va sumando la singularidad de cada paciente y va acordando con él cuáles son las expectativas respecto del tratamiento iniciado.

La singularidad del paciente se complementa y retroalimenta con el conocimiento obtenido por las bases de datos del PTA: sabemos que un paciente que no avisa su inasistencia tiene una altísima posibilidad de abandonar el tratamiento (Krebs, *et al.*, 2012). En relación con la motivación y compromiso del consultante, se ha encontrado que el ausentarse a una citación sin cancelarla previamente predice una mayor tasa de abandono (Killaspy, *et al.*, 2000) y que aproximadamente el 50% de los pacientes que presentan inasistencias sin avisar terminan abandonando el tratamiento (Mitchell y Selmes, 2007). Un paciente que no llega y no avisa probablemente tenga mayores dificultades para construir un vínculo con otro: desconfianza, baja capacidad de empatía y dificultades en la constancia objetal son sólo algunas posibilidades.

En el contexto de las investigaciones generadas en PTA, fue posible evaluar la severidad de la sintomatología ansiosa en relación con la adherencia a psicoterapia. Se observó una relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad al inicio de la psicoterapia y la adherencia a psicoterapia,  $\chi^2(2, N = 65) = 15,18, p < 0,001$ . Del grupo de pacientes sin ansiedad o con ansiedad leve, el 85% presenta buena adherencia, mientras que del grupo de ansiedad moderada sólo adhiere el 39%, y de quienes tienen ansiedad grave solamente lo hace el 16% (Krebs, *et al.*, 2012).

Al final de la evaluación contamos con los resultados de los tests que nos permiten objetivar tanto el diagnóstico como su gravedad y algunas características relevantes para el tratamiento. Por ejemplo: el tipo de obsesiones de un paciente con un Trastorno Obsesivo Compulsivo, el grado de limitación de la conducta autónoma en un Trastorno de Pánico con Agorafobia o el tipo de situaciones temidas por una persona con una Fobia Social.



Asimismo tenemos información inicial sobre sus patrones relaciones, comprender estos patrones relacionales; disfuncionales nos ayudará en la construcción del foco terapéutico. También ha sido un aporte el Diagnóstico Psicoanalítico Operacionalizado (OPD) que entrega un diagnóstico psicodinámico multiaxial de 5 ejes: I: Experiencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento; II: El diagnóstico de la conducta relacional disfuncional habitual; III: Los conflictos crónicos; IV: La estructura psíquica del paciente; V: El diagnóstico sindromático. Se entiende la conducta relacional disfuncional como la constelación específica producida en la interacción de la conducta relacional habitual del paciente y las formas habituales de reaccionar de los demás (Cierpka, *et al.*, 2006).

Por otro lado, se negociarán los cambios esperados para interpretar el tratamiento como exitoso. Esta negociación termina con un acuerdo entre paciente y terapeuta respecto de ciertas características del paciente que pueden haberse descompensado luego de alguna situación o proceso desencadenante, asociación que muchas veces inicialmente no está disponible para el paciente y es parte de la devolución, así como la operacionalización de las expectativas de tratamiento.

### El Caso de J

J tiene 50 años, trabaja como funcionario municipal, convive con su pareja, 2 hijos. Ingresa al PTA con el diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo en agosto de 2008. Es dado de alta luego de 29 sesiones.

**MOTIVO DE CONSULTA:** “Soy maniático con cosas que se suponía antes controlaba y ahora no puedo. Mi problema va por la limpieza, la basura, el contagio, no puedo tocar a la gente... todo esto exageré mucho a fin del año pasado, antes no era así”. Actualmente se siente sobrepasado por la intensidad y cantidad de rituales y conductas de evitación.

Las ideas obsesivas y rituales de J comenzaron de manera más notoria a los 30 años. Así, la formación de su propia familia y la paternidad fueron un gatillante importante en el aumento de la ansiedad debido al aumento en la intimidad expresado sintomáticamente en utilizar compulsivamente un paño húmedo con algún producto de limpieza para limpiar infinidad de cosas, la evitación del contacto con otras personas y el lavado de manos.

**EXPECTATIVAS DE TRATAMIENTO:** En primer lugar se propuso la reducción sintomática de obsesiones y compulsiones, debido a que han comenzado a inhabilitarlo de manera

considerable: tarda mucho tiempo en salir de su casa, pierde tiempo en el trabajo y en sus labores personales. Por otro lado, el TOC ha generado una crisis familiar importante, lo que ocasionó que su pareja e hijos abandonaran la casa que compartían con J.

**METAS TERAPÉUTICAS:** Se acordó planificar un Tratamiento Intensivo de Exposición y Prevención de Respuesta para lograr la reducción sintomática deseada. En paralelo, se propone trabajar sobre los patrones relacionales disfuncionales que aparecen en su relación de pareja, relaciones laborales y en la relación con su madre. Frente al temor al contacto con otros, J se retrae y evita, lo que es interpretado por su familia como un gesto de rechazo y hostilidad

### Resultados tests

Sheehan Inicial: 22 / 80% / 7

Sheehan Final: 5 / 90% / 1

Y-BOCS Inicial: 33 (Severo)

Y-BOCS Final: 15 (Leve)

**TEST DE LA REJILLA:** J se describe como algo introvertido, tranquilo, preocupado por su familia y cordial, sin embargo lo anterior genera un conflicto al desear ser más “busca vida”, sociable y auténtico.

### El Caso de M

M tiene 43 años, es educadora de párvulos pero hace dos años que no ejerce. Vive con su marido e hijo de 6 años. Ingresa al PTA con el diagnóstico de Fobia social en mayo de 2009. Es dada de alta luego de 22 sesiones.

**MOTIVO DE CONSULTA:** “Sentía la necesidad de venir porque me pongo muy nerviosa. Tengo susto que algo malo le pueda pasar a mi hijo, a mi marido o a mí. Me cuesta relacionarme con otros, en el colegio no podía disertar (...) En situaciones importantes como salir a una comida con mi marido, al estar con personas que no conozco me pongo muy nerviosa. Lo paso pésimo”.

**EXPECTATIVAS AL INICIO DE TRATAMIENTO:** “Lo que quiero es bajar la ansiedad. He vivido tanto tiempo con esto que espero mejorarme. Yo quiero estar mejor por mí y por mi familia. Quiero estar tranquila...”.

M nació en un pueblo en el sur de Chile. A los 18 años se vino a vivir a Santiago para alejarse de su familia. Comenta que tiene mucha rabia todavía porque su padre era alcohólico y discutía con su madre. “Preferiría

reconciliarme con ellos pero de otra forma, mi miedo es a ser muy agresiva y decir lo que no debo". Explica que sobreprotege a su hijo porque no quiere que sufra como ella en el colegio. La molestaban mucho por ser morena y delgada. Comenta que constantemente se siente evaluada y que no está haciendo bien las cosas. Dos años antes comete un error en el trabajo, se desespera y no puede volver. Desde ahí no ha buscado trabajo.

**METAS TERAPÉUTICAS:** Se acuerda trabajar en dos niveles, uno para disminuir la sintomatología ansiosa y otro para comprender su forma de relacionarse con otros, y qué de su historia podría estar contribuyendo a aquello. En este sentido, se propuso trabajar el patrón relacional disfuncional en el cual la paciente se siente evaluada por otros exigentemente, ella se retira y confirma que no lo hace bien. Evita las situaciones temidas y los otros la perciben distante y fría. Como meta específica se propone que la paciente pueda asistir a eventos sociales, que deje de evitar y que no se vea limitada a conseguir trabajo debido a la fobia social para así poder pensar en las razones de esta evitación y del temor a la evaluación agresiva de los otros.

#### *Resultados tests*

Hamilton Inicial: Total 30  
Hamilton Final: Total 0

Sheehan Inicial: 19 / 100% / 4  
Sheehan Final: 0 / 100% / 0

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz Inicial: Total 65  
Escala de Liebowitz Final: Total 13

**REJILLA:** La paciente impresiona como trabajadora, luchadora y sensible. A su vez, quisiera ser extrovertida, conversadora y atrevida. Para ser más abierta pondría en riesgo su seriedad y sensibilidad, por lo que entra en un conflicto.

#### **El caso de R**

R tiene 34 años, es Ingeniero Agropecuario, no ejerce, vive con su madre. Ingresó al PTA con el diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo con poca conciencia de enfermedad en noviembre de 2010. Es dado de alta luego de 26 sesiones.

**MOTIVO DE CONSULTA:** Miedo a contagiarse de alguna enfermedad, en especial de SIDA a través de la sangre. Cualquier estímulo rojo lo desencadena. Nunca ha ejercido

su profesión debido a que optó por quedarse en su casa para evitar posible contacto con personas que pudieran contagiarlo de SIDA. Su TOC se manifestó cuando él tenía 18 años, luego de ver un capítulo de un programa de televisión en el que hacían un reportaje sobre el SIDA. En ese minuto empezó a preguntarse si él pudiera ser portador, debido a una relación sexual única que tuvo con una vecina.

Al momento de consultar, el paciente presenta rituales de limpieza como lavado de manos, desinfección de distintos elementos de la casa con alcohol, desechar objetos que tienen manchas de color rojo, evitación de situaciones que impliquen contacto con personas, evitar personas con heridas, evitar salir si él tiene una herida, etc. Asimismo se ve motivado a emprender el tratamiento debido a que su polola de 10 años termina con él, debido a sus síntomas, sumado a que él no trabaja y es mantenido por su madre. Esta separación es interpretada como evento desencadenante.

**EXPECTATIVAS DE TRATAMIENTO:** Interés de alivio sintomático exclusivamente: "Poder estar tranquilo mentalmente para poder iniciar un rumbo laboral que se ha impedido por la misma enfermedad". Sin embargo, la fragilidad estructural del paciente, manifestada en un débil enjuiciamiento de sus ideas y rituales obsesivos, alteración del sentido de realidad, distorsión de la percepción de sí mismo y de otros y algunos síntomas negativos hicieron necesario analizar la indicación de un tratamiento intensivo de exposición y prevención de respuesta. Se optó por una desensibilización sistemática, considerando las limitaciones del trastorno, pero sin exigir su estructura ni aumentar la posibilidad de aparición de síntomas psicóticos y/o anímicos.

**METAS TERAPÉUTICAS:** Lograr la reducción sintomática de manera de aumentar a funcionalidad de R.

#### *Resultados tests*

Hamilton Inicial: 20  
Hamilton Final: 6

Sheehan Inicial: 22 / 100% / 5  
Sheehan Final: 3 / 100% / 0

Y-BOCS Inicial: 27 (Severo)  
Y-BOCS Final: 8 (Leve)

**REJILLA:** El paciente se percibe a sí mismo como alguien noble, caritativo, bondadoso, cauteloso y comprensivo. Pero le gustaría ser más activo, constante y perseverante.

Hacer las tareas ayudará a reforzar esas características sin sobreexigir su estructura.

## EL PROCESO TERAPÉUTICO

El PTA ofrece psicoterapia constructivista de tiempo limitado y con foco en patrones relacionales disfuncionales. Al mismo tiempo se trabajan los síntomas que limitan la autonomía, refuerzan el miedo y disminuyen la autoestima y la voluntad.

El modelo teórico es el Constructivismo en psicoterapia cuyo principal supuesto dice relación con la construcción que hace la persona de la realidad y el sentido que le otorga como un hecho idiosincrático (Guidano, 1994). Existe la visión de los seres humanos como seres activos en la creación de significado, que se mantienen debido a redes de relaciones y de los vínculos (Mahoney, 2005). Este proceso de conocimiento está determinado por las características estructurales, la historia vincular y sus recurrencias y las eventuales situaciones traumáticas. Estos elementos configuran la identidad como una forma de ordenar la información y mantener su continuidad (Guidano, 1994; Feixas y Villegas, 2000).

Las Técnicas Cognitivo-Conductuales tradicionales son utilizadas cuando existe indicación como catalizador del proceso terapéutico. Está ampliamente validado cómo la exposición disminuye la respuesta ansiosa y toda conducta de evitación que se mantenga la refuerza (Rothbaum, *et al.*, 2012). La esencia de la exposición terapéutica consiste en confrontar al paciente con la situación temida de una forma repetida, gradual y sistemática, hasta que la ansiedad se reduce. Foa y Kozak, (1986) aluden al concepto de procesamiento emocional para referirse a la disminución del miedo debido a la exposición: al exponerse a los estímulos ansiógenos se activaría la estructura del temor y la posterior reducción de la ansiedad entregaría información correctora que no es compatible con aspectos patológicos de dicha estructura.

El proceso terapéutico tendrá un número limitado de sesiones que van desde las 8 a las 30. En este proceso se trabajará con el paciente sobre su forma de establecer vínculos con otras personas y sobre los roles que construyen la imagen de sí mismo. En la medida que se trabajará en un formato de psicoterapia breve, y con un número de sesiones determinadas, es fundamental lograr crear un foco terapéutico que pueda abordar las recurrencias y los aspectos no conocidos por el paciente, el por qué repite las respuestas y vínculos que precisamente quiere evitar y cómo trabajar para generar un cambio estable y promover su bienestar.

También se resignifica la angustia como fuente de conocimiento y no sólo como alarma de urgencia inmediata. Este punto es extremadamente importante pues regula expectativas relativas a no sentir ansiedad nunca más y, por lo tanto, sentir más cerca el alivio.

El rol del terapeuta es activo en traer el material relativo a esos patrones, interpretar aquellos que se repiten dentro de la sesión y psicoeducar respecto de la respuesta ansiosa. Al mismo tiempo, si existió indicación, usará parte de la sesión en la evaluación de las tareas o aspectos técnicos cognitivo-conductuales que se puedan estar aplicando.

La dialéctica entre estos dos niveles es profundamente fecunda: permite conectar síntoma/conflicto/historia de origen/ciclo vital. Las tareas refuerzan la autoestima y el locus de control interno, lo que necesariamente aumenta la motivación de comprensión cuando existe capacidad de introspección. El avance en las tareas suele acompañarse de instalar vínculos más autónomos y activos. Muchas veces la dependencia para evitar una pérdida ha aumentado la sumisión en estos vínculos de una forma rígida, hostil y poco sana.

Por último, las tareas y la comprensión permiten que exista avances objetivables para el paciente.

## El Caso de J

**EL TRABAJO SINTOMÁTICO:** Se planificó el Intensivo de Exposición y Prevención de Respuesta. Se resume de la siguiente forma: Se realizó un listado de las ideas obsesivas y las compulsiones. Cada idea y ritual fue jerarquizado en una escala de porcentaje de mayor a menor intensidad. Luego se planificaron las tareas diarias durante las tres semanas de tratamiento intensivo. La idea de realizar este tratamiento aumenta la ansiedad de J, por lo que el trabajo vincular previo al comienzo fue muy importante. En la medida que pudo confiar que podría ser capaz de cumplir con sus metas y a la vez de manejar el malestar que pudieran provocar las tareas, fue posible iniciar el tratamiento. Además, la coterapia farmacológica fue de gran ayuda en el control de la ansiedad.

Durante las tres semanas de intensivo, J estuvo comprometido con las tareas, dentro de las cuales las que implicaron un mayor esfuerzo fueron las de exponerse al contacto físico con otras personas (dar la mano a desconocidos, a compañeros de trabajo, saludar de beso a sus hijos) y no usar más el paño ni otro artículo de aseo para limpiar diversos lugares y objetos. J termina el intensivo exitosamente.

**EL TRABAJO COMPRENSIVO:** J logró visualizar algunos conflictos que refiere como “centrales” en el desarrollo de su

trastorno. En primer lugar, el TOC es de inicio tardío y coincide con el deterioro y posterior fallecimiento de su padre, quien tenía diabetes, por lo que sufrió diversas heridas y lesiones en la piel que le producían mucho rechazo. El cuidado de éste lo realizaba su madre, quien luego de la muerte del padre también comienza un proceso de deterioro producto de la edad y deja de realizar los cuidados de la casa. El tema del aseo cobra importancia psicológica para él y se relaciona con la pérdida de vínculos significativos.

Aparecen importantes sentimientos de tristeza y rabia propios del duelo que no es posible de elaborar y poner en palabras, por lo que elaborar esas emociones es de gran importancia en el trabajo con J.

Por otro lado, defensivamente se comprometió tardíamente con su pareja, aspecto que también influyó en su capacidad de relacionarse y convivir con otros, sobre todo con sus hijos y la cotidianidad que eso implica, por lo que su necesidad de tener momentos en soledad quedaba oculta tras los síntomas y la evitación del contacto físico, pudiendo ver los costos afectivos que esto le estaba trayendo. Sin embargo, el logro en vincularse es interpretado como un recurso.

### El Caso de M

En esta paciente la retroalimentación entre ambos niveles es especialmente ejemplificadora, pues en muchas ocasiones una tarea que apuntaba a lo sintomático la hacía reflexionar sobre algo que después profundizaba en sesión.

**EL TRABAJO SINTOMÁTICO:** Se diseñaron tareas de exposición a distintas situaciones temidas: la primera fue caminar erguida. “Me di cuenta que la gente no me miraba ni estaba pendiente de mí. Además antes yo veía solo mis pies, ahora podía mirar hacia adelante. Me sentí distinta, me gustó”. En otra ocasión M llega tarde a la sesión. Comenta que se angustió por el atraso y el terapeuta le indica que llegue tarde a la siguiente sesión. M se sorprende, pero lo hace. Comenta que le dio risa la situación y que en la semana se atrasó 15 minutos a una reunión de apoderados y cuando llegó la reunión todavía no había comenzado. También se enseñaron técnicas de respiración y formas de contrastar sus pensamientos sobre lo que otros pudieran pensar sobre ella. La coterapia psiquiátrica contribuyó significativamente a aliviar el malestar de la paciente.

Luego M empieza a motivarse por explorar áreas de mayor dificultad. Se siente con mayor capacidad y se inscribe en un taller de defensa personal. Al principio se angustia pues siente que hace mal los ejercicios, pero

decide continuar. El malestar va cediendo y empieza a disfrutarlo. Se le solicita equivocarse y hacer los ejercicios mal. M lo hace y el profesor la corrige con mucha delicadeza, nadie se ríe de ella. Hace amigos y conversa con gente nueva sin angustiarse. También podría defenderse si realmente estuviera amenazada, lo cual simbólicamente es muy importante.

**EL TRABAJO COMPRENSIVO:** M fue testigo de severa violencia entre sus padres, incluida una amenaza de suicidio de su padre con un arma. A medida que profundiza en la historia aparecen sentimientos de rabia hacia la madre por la sensación de desprotección, y de vergüenza y rabia hacia el padre por su alcoholismo. En su adolescencia, cansada de la situación, presenta ideación suicida. Si bien no lo lleva a cabo refiere que esa desazón es la que siente cuando se equivoca o la evalúan, el anhelo de no estar ahí y presenciar la agresión o la crítica subjetiva.

Un momento importante del proceso es cuando conecta su sintomatología actual con su historia vital. Esto se aprecia cuando profundiza en el alcoholismo del padre. “Yo prefería que mi papá llegara de noche curado a que una amiga me viera de día con él. Prefería pasar desapercibida”. Recuerda un episodio en el cual ella y sus hermanos debieron ir a buscar al padre ebrio fuera de la casa. Era de día y la gente los miraba. M relata que su papá tropezó y cayó. Sus hermanos lo recogieron. Ella prefirió caminar varios metros atrás, con la cabeza gacha debido a la vergüenza que sentía. En ese minuto se le señala que esa sensación es similar a la vergüenza y agachar la cabeza que la trae a consultar. La paciente se sorprende como si acaso hubiera encontrado la pieza que faltaba para comprender.

### El Caso de R

**EL TRABAJO SINTOMÁTICO (EXCLUSIVO):** Se realizó una jerarquía de ideas obsesivas y rituales que fueron evaluados en porcentaje. Luego se comenzó por exponer al paciente desde la idea menos ansiógena a la que le generaba mayor ansiedad, con la abstención de realizar el ritual relacionado. Se daba una misma tarea para toda la semana, la que R debía repetir todos los días.

Se comenzó con las tareas relacionadas con la limpieza, luego con las relacionadas con el contacto físico con personas e intervenciones y, finalmente, las relacionadas con sangre. A medida que las tareas se acercaban a lo que él más temía aumentó su ansiedad, por lo que se repitieron algunas tareas por más tiempo, hasta que lograra pasar a la siguiente. Avanzó a tomarse la glicemia con una lanceta esterilizada con la prohibición de ponerse un parche sobre la herida. Acompañado por su

terapeuta tuvo un progresivo contacto con zonas de tomas de muestras y cercanía a tubos sellados con sangre.

A medida que avanzaba en el proceso su angustia frente a esos estímulos bajó significativamente. La coterapia psiquiátrica fue importante para manejar los niveles de angustia de R durante el tratamiento.

## CIERRE DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Desde nuestra experiencia, las personas que padecen algún Trastorno por Ansiedad pueden tener dificultades en las separaciones. En el PTA el proceso de cierre es muy importante debido a que la forma en que el paciente viva esta separación será un aprendizaje de futuras separaciones y aumentará la percepción de éxito terapéutico. Esto no significa que no pueda haber aumento de síntomas e incluso recaídas, fenómenos ampliamente descritos en estos pacientes. Estos fenómenos son incorporados en el proceso y elaborados en conjunto, lo cual puede disminuir mucho la expectativa ansiosa en relación con la reaparición de síntomas, como podría ocurrir en el futuro.

Alrededor de la mitad del proceso, que dura en promedio 6 meses, se comienza a explicitar la separación para ser integrada en el material de las sesiones y en el vínculo terapéutico.

### El Caso de J

El primer objetivo terapéutico cumplido fue la disminución de la sintomatología obsesiva de manera significativa con el tratamiento intensivo. Durante el tiempo restante de la psicoterapia se hicieron tareas de mantención de los cambios obtenidos, incluyendo como objetivo de cierre la prevención de recaídas sintomáticas.

Por otro lado, el objetivo relativo a la evitación de los vínculos, se trabajó en base a su relación de pareja y con sus hijos. Aun cuando durante el proceso no vivían juntos, la relación de pareja se restableció "puertas afuera" así como el contacto con sus hijos. J los visitaba diariamente y se fue sintiendo más cómodo en el rol de padre, aspecto que fue un gran aporte en el alivio de la angustia y de los síntomas debido al manejo de la sensación de sentirse "succionado". J no ha vuelto a consultar desde el alta de psicoterapia.

### El Caso de M

La paciente bajó drásticamente sus niveles de ansiedad en los tests aplicados, participaba activamente en un grupo de artes marciales y también comenzó a

organizar actividades en el colegio de su hijo junto a otros apoderados.

Respecto a la historia familiar, la elaboración de su pasado le permite disminuir su hostilidad hacia sus padres. Vuelve a visitarlos en su ciudad. En la última sesión dice "Me voy bien, tranquila. Siento que crecí, que soy una persona más renovada, más segura, más tranquila, con ganas de hacer cosas. Tengo ganas de buscar trabajo. También me relajé, ya no siento que me evalúan". Al momento del término de la terapia M había comenzado a buscar trabajo. No ha vuelto a consultar después del alta.

### El Caso de R

R redujo considerablemente sus síntomas obsesivo-compulsivos. De acuerdo al Y-BOCS, disminuyó de un TOC severo a leve. Comenzó a salir, asistir a reuniones familiares y a invitar a gente a su casa. Asimismo comenzó a buscar trabajo para independizarse de su madre. Adquirió mayor autonomía y confianza en sí mismo. Señala que sabe que muchas veces tendrá temor de contagio de SIDA pero que no tiene que evitar esas situaciones para no recaer. No ha vuelto a consultar después del alta.

## CONCLUSIONES

A través de la presente publicación hemos intentado graficar el fundamental quehacer del PTA, el trabajo clínico. Toda la estructura del programa está al servicio de la psicoterapia en pacientes con ansiedad como síntoma principal.

El PTA tiene una metodología constructivista en psicoterapia y utiliza técnicas cognitivo-conductuales cuando están indicadas. Se plantea que esta opción no es integración en psicoterapia. En el contexto del constructivismo nos ha hecho sentido proveer a los pacientes herramientas que estimulen la autonomía y renueven su percepción de recursos, condiciones profundamente dañadas en muchos de ellos.

Los pacientes comienzan un proceso en el que se evalúa el tipo y gravedad del trastorno, así como la forma de otorgar sentido y significado a la realidad. Estos significados se manifiestan en patrones relacionales recurrentes, descritos como las formas características que tiene una persona de relacionarse con otros producto de patrones muy arraigados de relación con personas significativas y en base a sus experiencias vitales desde la primera infancia (Barber, Foltz y Weinryb, 1998; Luborsky y Crits-Christoph, 1990). La mayoría de las veces el desencadenante del malestar sintomático es el



desbalance de un vínculo afectivo, es por ello que se propone un proceso terapéutico que intervenga tanto a nivel comprensivo como sintomático. No considerar los síntomas de los pacientes con un Trastorno por Ansiedad podría desregular expectativas entre paciente y terapeuta y en ese sentido podría ser un factor que influya en la relación terapéutica por un lado y además disminuya la posibilidad de éxito terapéutico. Lo anterior se asocia al concepto de abandono terapéutico, estudiado como el riesgo de una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos. Esto nos lleva a pensar que al integrar aspectos tanto sintomáticos como afectivos y relacionales de los pacientes, sería posible fomentar la adherencia al tratamiento, que correspondería a la participación del tratamiento hasta alcanzar los objetivos terapéuticos (Gavino y Godoy, 1993) y a potenciar un cambio asociado no sólo a la disminución sintomática sino que a la elaboración de conflictos afectivos que pudieran afectar la calidad de vida de las personas.

En la medida que el objetivo sea no sólo el alivio sintomático sino también la elaboración de conflictos afectivos y revisión de los patrones relacionales recurrentes y conflictivos, es fundamental darle importancia al concepto de Alianza Terapéutica (Bordin, 1979) como factor de cambio terapéutico y que resulta fundamental estudiar sistemáticamente a lo largo del tratamiento. Por otro lado, la interacción entre paciente y terapeuta, es decir, al vínculo que se genera en dicha relación y las expectativas del tratamiento son fundamentales en la alianza terapéutica, y funcionan como predictores de los resultados terapéuticos. Lo anterior implica que una conexión emocional por un lado y una cognitiva por otro con el terapeuta, da esperanza en el tratamiento y disposición para involucrarse en el mismo, fomentando un vínculo de colaboración mutua, confianza, cuidado y respeto (Karver, Handelsman, Fields y Bickman, 2006; DeRubeis, Brotman y Gibbons, 2005; Horvath y Bedi 2002).

Finalmente, tomando en cuenta la importancia de la relación terapéutica como parte de la psicoterapia, el proceso de cierre comienza a trabajarse tempranamente dado que la presencia de ansiedad de separación es altamente probable. Ejemplificamos este proceso con tres casos clínicos es sus diferentes etapas.

Considerando que el trabajo clínico es primordial para el PTA, es importante compartir los otros componentes que configuran el programa y que intentan retroalimentar ese objetivo principal: la recepción de terapeutas en formación o recién egresados nos permite una renovación permanente y mantener una motivación y expectativas de avance muy altas; los seminarios

y actualizaciones bibliográficas nos permiten estar atentos al avance del conocimiento en distintos enfoques; la mantención de una base de datos nos ha permitido conocer a nuestros pacientes y ponernos como firme propósito mejorar los procesos terapéuticos y disminuir las deserciones; la investigación en psicoterapia nos obliga a estar poniendo a prueba permanentemente lo que estamos haciendo y poder compartirlo con otros equipos. Al mismo tiempo, ha sido una oportunidad de trabajo en equipo interdisciplinario con psiquiatría y otras especialidades médicas en coterapia.

Este objetivo de integrar síntoma y conflicto explícitamente en el trabajo terapéutico ha sido el sello del PTA y también nos obliga a evaluar si aporta más que cada intervención por separado o no. Las investigaciones realizadas en trastornos por ansiedad y psicoterapia apoyan esta integración terapéutica, sumadas a las investigaciones internas que también intentan dar cuenta de la influencia del tipo de tratamiento en el alivio de nuestros pacientes.

## REFERENCIAS

1. Barber JP, Foltz C, Weinryb RM (1998). The Central Relationship Questionnaire: Initial report. *Journal of Counseling Psychology*, 45(2), 131-142
2. Bernardi R, Goldstein S (2007). La relación terapéutica vista desde el campo de la psicoterapia y desde las neurociencias. Extraído desde [http://www.adisamef.com/fondo%20documental/psicoterapia/la\\_relacion\\_terapeutica\\_vista\\_desde\\_el\\_campo\\_de\\_la\\_psicoterapia\\_y\\_de\\_las\\_neurociencias.pdf](http://www.adisamef.com/fondo%20documental/psicoterapia/la_relacion_terapeutica_vista_desde_el_campo_de_la_psicoterapia_y_de_las_neurociencias.pdf) el 13 de diciembre de 2011
3. Bordin E (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 16(3), 252-260
4. Cierpka M, Stasch M, Dahlbender R (2006). El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): Concepto, confiabilidad y validez. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 44(2): 105-125
5. DeRubeis RJ, Brotman MA, Gibbons CJ (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecific argument. *Clinical Psychology: Science and Practice* 12, 174-183
6. Feixas G, González L, Krebs M, Melis F, Montesano A, Varlotta N, Ventosa A (2011). Conflictos cognitivos (dilemas) en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* XX, 41-48
7. Feixas G, Villegas M (2000). *Constructivismo y Psicoterapia* (3ª ed. rev.). Bilbao: Desclée de Brouwer
8. Foa EB, Kozak MJ (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychol Bull*, 99: 20-35
9. Guidano V (1994). *El sí mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Barcelona: Paidós
10. Horvath AO, Bedi RP (2002). The Alliance. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relations that work* (pp. 37-69). Oxford: University Press
11. Kandel ER (1999). Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal Psychiatry* 156, 505-524



12. Karver MS, Handelsman JB, Fields S, Bickman L (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review* 26, 50-65
13. Kelly GA (1955). *The psychology of personal constructs*. Nueva York: Norton
14. Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M (2000). Prospective controlled study of psychiatric outpatient non-attendance: Characteristics and outcome. *British Journal of Psychiatry* 176, 160-165
15. Krebs M, González LM, Rivera A, Herrera P, Melis F (2012). "Adherencia a Psicoterapia en pacientes con Trastornos de Ansiedad". *Revista Psike* 21(2), 133-147
16. Luborsky L, Crits Christoph P (1990). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method*. New York, NY: Basic Books, Inc
17. Mahoney M (2005) *Psicoterapia Constructiva: Una guía práctica*. Barcelona: Paidós Ibérica. España
18. Mitchell AJ, Selmes T (2007). Why don't patients attend their appointments? *Maintaining engagement with psychiatric services*. *Advances in Psychiatric Treatment* 13, 423-434
19. Rothbaum BO, García-Palacios A, Rothbaum AO (2012). Tratamiento de los trastornos de ansiedad con terapia de exposición a realidad virtual. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 5(2), 67-70. doi: 10.1016/j.rpsm.2011.05.003

## PRÁCTICA CLÍNICA

# DEPRESIÓN POST ICTAL (DPI)

(Rev GPU 2015; 11; 1: 90-93)

Fernando Ramírez<sup>1</sup>, Maritza Bocic<sup>2</sup>

Tradicionalmente el estudio de los accidentes cerebrovasculares se enfoca principalmente en las repercusiones motoras, estableciendo el énfasis en cuanto a rehabilitación y seguimiento, prácticamente de forma exclusiva en esta área. Sin embargo, recientemente se ha comprobado que aspectos tales como la cognición, el comportamiento y la afectividad son primordiales en la evaluación y el seguimiento de pacientes con antecedente de accidente cerebrovascular reciente. En el presente trabajo se define el cuadro de depresión post ictal, mencionando aspectos fisiopatológicos relevantes, clínica y tratamiento, destacando el rol de la prevención de la depresión post ictal como un polo de investigación futura, que debe ser considerado en la evaluación de individuos que sufrieron un accidente cerebrovascular, considerando esta patología especialmente trascendente en lo que respecta a rehabilitación neuropsiquiátrica de estos pacientes.

## INTRODUCCIÓN

Conceptualmente la depresión post ictal (DPI) es la que se produce tras un accidente cerebrovascular, asumiendo que es consecutiva a éste y no solo por la comprobación de la secuencia temporal, sino por la existencia de mecanismos fisiopatológicos que conducen al trastorno del ánimo (6).

Considerando esto, actualmente se ha descrito que la depresión post ictal es la complicación neuropsiquiátrica más frecuente tras un ACV (2, 3):

Es importante considerar también que además de la depresión post ACV pueden aparecer otros síntomas neuropsiquiátricos tales como: ansiedad, irritabilidad, agitación, incontinencia emocional, modificación de la experiencia emocional, alteraciones del sueño,

alteraciones del comportamiento, apatía, fatiga y síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones (1) que no deben ser olvidados al momento de la evaluación neuropsiquiátrica de un paciente que cursó con un accidente cerebrovascular y que pueden dificultar el diagnóstico de DPI y su manejo.

El DSM-IV cataloga la depresión post ictal como un trastorno del ánimo debido a una enfermedad médica que en su presentación es similar a la depresión no debida a ACV (4). En cuanto a datos epidemiológicos, éstos varían de acuerdo con la población estudiada y los instrumentos utilizados para su evaluación, variando su incidencia entre 15-70%.

También se conocen datos respecto al tiempo posterior al ACV, siendo la prevalencia de 25% al momento del alta, 30% a los 3 meses, 16% al año y 29% a los 3

<sup>1</sup> Interno séptimo año Medicina USACH, framireznieto@gmail.com

<sup>2</sup> Docente pre y posgrado USACH.

años del seguimiento. Y según el grado de depresión, de 5-11% de los casos se diagnosticaron como depresión mayor y 11-40% de los casos con depresión menor, con una edad media de presentación de 73 años (4).

## MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS Y LOCALIZACIÓN DEL ICTUS

Los mecanismos fisiopatológicos de la depresión post ictal no están totalmente clarificados, aunque se cree que se trata de un proceso multifactorial en que están implicados tanto factores biológicos, conductuales y sociales (1). En cuanto a estudios sobre la génesis de la depresión post ictal (DPI), Robinson *et al.* (10) fueron los primeros en sugerir una relación entre DPI y lesión de hemisferio cerebral izquierdo, localizando lesiones causales en regiones corticales frontal y dorsolateral izquierdas, así como en ganglios basales izquierdos, asociación que otros investigadores inicialmente habrían corroborado.

Sin embargo, posterior a estos hallazgos se realizaron numerosos estudios en los que se analizaba la potencial relación entre la lateralización del ictus y el riesgo de presentar DPI, encontrándose hallazgos contradictorios debido a algunos sesgos metodológicos, en los que por ejemplo las lesiones frontales y de ganglios basales relacionadas con el desarrollo de DPI variaban dependiendo de si la muestra examinada correspondía a pacientes ingresados o no, siendo esta asociación mayor en estudios de base hospitalaria que en aquellos de base comunitaria (1) o diferencias en cuanto a criterios de selección según hallazgos obtenidos en neuroimágenes, por lo que la evidencia aún no es suficiente como para establecer una relación causal entre lateralización del ictus y riesgo de presentar DPI.

Ante los cuestionamientos recibidos para estas hipótesis predominantemente de "localización" de la DPI, el propio grupo de Robinson planteó una hipótesis eminentemente integradora, considerando que en la fase aguda tras el ictus (primeros 3 meses), la aparición de depresión estaría condicionada por factores biológicos, principalmente en los ictus de localización anterior, por depleción de neurotransmisores y desafrentación de los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico. Posterior a este tiempo de evolución, tendrían mayor influencia otros factores principalmente psicosociales (tales como sexo femenino, discapacidad física, incapacidad laboral, situación de aislamiento social, carencia de red de apoyo, bajo nivel socioeconómico o existencia de antecedentes personales de depresión), los cuales tenderían a cronificar la DPI (6).

## INFLAMACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA DPI

Se ha descrito que la isquemia cerebral provoca aumento de la producción de citoquinas proinflamatorias (IL-beta), factor de necrosis tumoral alfa (TNF) o IL 18, que pueden explicar una depleción de serotonina en ciertas áreas cerebrales, favoreciendo la aparición de depresión. Además, los niveles periféricos de IL-18 parecen relacionarse con la gravedad de la depresión. Existen estudios que corroboran que tanto la depresión como la isquemia están relacionadas con un incremento de citoquinas proinflamatorias en pacientes post ictus. Estableciendo que es altamente probable que la inflamación isquémica contribuya al desarrollo de DPI. Un reciente estudio ha encontrado un incremento de los niveles de citoquinas IL-6, IL-10, TNF alfa, Interferón Gamma y de los ratios de IL-6/IL 10 y TNF- $\alpha$ /IL-10 en pacientes con DPI comparado con pacientes post ictus que no se encuentran deprimidos (1, 7).

A pesar de que otros estudios no establecen una relación tan clara entre la DPI y marcadores de inflamación, es interesante que existan trabajos efectuados en base a modelos animales, en los que se evidencian efectos antiinflamatorios de los antidepresivos, los cuales pueden reducir los síntomas depresivos actuando sobre marcadores inflamatorios implicados en la regulación del ánimo (1).

## CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN POST ICTUS

Aunque la DPI puede iniciarse poco después del evento cerebrovascular, generalmente ocurre en los primeros meses tras el ictus. En el estudio de Berg *et al.* (11) se utilizó una muestra de 100 pacientes que habían tenido un ACV, realizándose un seguimiento de 18 meses posterior al evento; en este estudio se identificaron síntomas de DPI en el 46% de los pacientes durante los primeros 2 meses y sólo un 12% experimentó los primeros síntomas 12 meses después del ictus. Se propone DPI "precoz" a la que aparece los primeros tres meses tras el ictus, y DPI "tardía" a la que aparece posterior a este plazo. Aparentemente los pacientes con DPI precoz tienden a presentar más signos depresivos somáticos que síntomas psicológicos (1).

Si bien, en general, los síntomas depresivos son similares respecto a los pacientes que no han padecido un ictus cerebral, existen algunas diferencias que pueden ser significativas para el estudio y manejo de estos pacientes. Se ha observado que en pacientes con DPI, especialmente en los que el daño cerebral se produce en el hemisferio derecho, tienen menor probabilidad de presentar disforia y más probabilidad de presentar

signos y síntomas vegetativos (1). Se describe también mayor tendencia al aislamiento social y trastornos del sueño en pacientes con depresión e ictus previo que en sujetos con depresión que tienen otras comorbilidades médicas (1, 2).

Es importante destacar que debe realizarse el diagnóstico diferencial con una serie de síndromes cognitivo-conductuales que cursan con cambios afectivos tras un ictus, que pueden confundirse con una depresión post ictus. Destacan síndromes de labilidad emocional, pérdida de autoactivación psíquica, abulia y apatía, la aprosodia afectiva y los síndromes disejecutivos frontales, entre otros cuadros que deben considerarse en la evaluación de un paciente con sospecha de DPI (1, 2).

### PRONÓSTICO E IMPORTANCIA DE LA DPI

Se ha encontrado que la presencia de depresión en la fase temprana de recuperación del ictus se correlaciona de modo independiente con los déficits funcionales y la mortalidad en el seguimiento (1, 2). Además, el tratamiento de la DPI mejora el pronóstico de la rehabilitación considerando variables tales como: recuperación cognitiva, recuperación de actividades de la vida diaria y mortalidad (6).

Es relevante considerar que la DPI es una patología subdiagnosticada y subtratada, a pesar de su conocida elevada prevalencia, posiblemente por dificultades en cuanto a su evaluación y los posibles reparos en cuanto al manejo farmacológico y sus eventuales efectos adversos. Sin embargo es importante señalar que existe consenso en cuanto a la importancia del tratamiento de la depresión en adultos mayores con enfermedades médicas concomitantes (1, 6).

### TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POST ICTAL

Existen estudios aleatorizados, a doble ciego y controlado con placebo, sobre el tratamiento de la DPI, la mayoría con fármacos antidepresivos. La interpretación de estos estudios no está exenta de críticas debido a evidentes limitaciones metodológicas tales como: muestras muy pequeñas, el tipo de sujetos incluidos en los estudios, el tiempo de tratamiento empleado y la valoración de la respuesta terapéutica de forma dispar. Sin embargo, un dato interesante es que existe recuperación espontánea frecuente durante las primeras semanas tras el ictus, lo que podría constituir un argumento a favor del mecanismo biológico de la DPI aguda (6).

El primer estudio sobre tratamiento de la DPI fue llevado a cabo por Lipsey *et al.*, demostrando una mejoría en la escala de Hamilton en 11 pacientes tratados

con nortriptilina a dosis de 25-100 mg/ día por 6 semanas, frente a placebo. Luego, el primer estudio en que se utilizó ISRS mostró que los pacientes tratados con citalopram presentaban una mayor mejoría sintomática, medida con escala de Hamilton, que aquellos tratados con fluoxetina, aunque ambos se mostraron eficaces en dos estudios doble ciego controlados con placebo, de seis semanas de duración.

Trabajos más recientes se centran en el estudio de la efectividad de los ISRS. Ried *et al.* (8) realizaron un estudio retrospectivo evaluando mortalidad, donde obtuvieron que el tratamiento con ISRS, tanto antes como después de presentar un ictus, previene la mortalidad durante el año siguiente al ACV (HR = 0,31; IC de 95%, 0,11-0,86). En este estudio se concluyó que el tratamiento con ISRS está asociado a mayor supervivencia, por lo que recomiendan iniciar o reanudar el tratamiento con ISRS tras un ictus, en especial en pacientes con historia depresiva o que tomaban ISRS previo al evento isquémico cerebral (1, 8).

Considerando esto, aunque no existen evidencias claras de un fármaco antidepresivo comparado con otros en cuanto a efectividad, los datos disponibles permiten afirmar que los individuos con depresión posterior a un ACV responden al tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o antidepresivos tricíclicos, ambas familias de antidepresivos las más estudiadas en estos pacientes. La administración de psicoestimulantes resultó eficaz, segura y adecuadamente tolerada a corto plazo. No obstante, aún son necesarios estudios adicionales para lograr conclusiones definitivas (9).

### PREVENCIÓN DE DEPRESIÓN POST ICTAL, LINEAMIENTOS PARA EL FUTURO

Existen ensayos clínicos en que se comparó el efecto del tratamiento antidepresivo frente al efecto del placebo respecto a la disminución de la mortalidad en caso de ACV.

De acuerdo con lo observado, una vez transcurridos nueve años del ACV, el 68% de los pacientes tratados con antidepresivos seguía vivo en contraste con el 36% asignado a placebo. El efecto de los antidepresivos resultó significativo independientemente de la presencia o no de depresión al inicio del estudio (9).

Existen estudios comparativos entre antidepresivos tricíclicos (nortriptilina) frente a fluoxetina para prevenir la aparición de depresión posterior a un ACV (7, 9) resultando ambas drogas eficaces y observándose que la interrupción del tratamiento se asoció con aumento de la frecuencia y gravedad de los síntomas

depresivos, especialmente en pacientes que habían recibido nortriptilina (9). En otro estudio se comprobó que la sertralina tiene un efecto preventivo significativamente superior que el placebo respecto de la aparición de depresión posterior a un ACV (9).

Considerando estos resultados, se recomienda como tratamiento farmacológico de la DPI inhibidores selectivos de serotonina (ISRS), aunque es importante señalar que, de acuerdo con la evidencia estudiada, no existen estudios categóricos que demuestren superioridad de un fármaco antidepressivo específico sobre otro.

Sin embargo es importante considerar que los ISRS son más seguros, con menos efectos adversos, un inicio de acción relativamente rápido y además poseen efecto ansiolítico, por lo que parecen ser el fármaco de elección de primera línea en pacientes con accidente cerebrovascular reciente (1), quienes con frecuencia son ancianos, polimedcados, con el conocido problema de las interacciones farmacológicas y otras comorbilidades cardiovasculares de base, donde el perfil de seguridad del fármaco a elegir adquiere una importancia determinante al momento de iniciar algún tipo de tratamiento.

## CONCLUSIÓN

Es habitual, en la práctica médica, que pacientes que sufren un accidente cerebrovascular son evaluados con un énfasis absoluto respecto a las repercusiones motoras de la enfermedad, focalizando prácticamente todos los esfuerzos terapéuticos en esa área. De acuerdo con lo descrito previamente, es sabido que la depresión post ictal es un problema de alta frecuencia en la práctica clínica diaria, siendo un factor principal en lo que respecta a la rehabilitación, además de tener implicancias en la morbimortalidad a mediano y largo plazo. Así y todo, en un porcentaje elevado de pacientes no

se diagnostica ni se inicia tratamiento. Es por esto que parece necesario establecer protocolos de detección y tratamiento precoz, además de familiarizar con esta patología a todos los equipos de salud implicados en el tratamiento y rehabilitación de estos pacientes.

Respecto al tratamiento profiláctico con antidepressivos, si bien aún faltan ensayos adicionales que permitan obtener resultados concluyentes, es interesante destacar el posible papel neuroprotector de los fármacos antidepressivos respecto al daño celular inducido por el ACV, destacando como un posible polo de desarrollo en cuanto al tratamiento y prevención de esta patología.

## REFERENCIAS

1. Espárrago Llorca G, *et al.* Depresión post ictus: una actualización. *Rev Neurol* 2012
2. Carod-Artal FJ. Depresión post ictus (i). Epidemiología, criterios diagnósticos y factores de riesgo. *Rev Neurol* 2006; 42: 169-75
3. Dafer RM, Rao M, Shareef A, Sharma A. Poststroke depression. *Top Stroke Rehabil* 2008; 15: 13-21
4. Luna-Matos M, Mcgrath H, Gaviria M. Manifestaciones neuro-psiquiátricas en accidentes cerebrovasculares. *Rev Chil Neuro-psiquiatría* 2007; 45 (2): 129-140
5. Sachdev PS, Chen X, Joscelyne A, Wen W, Brodaty H. Amygdala In stroke/transient ischemic attack patients and its relationship to cognitive impairment and psychopathology: the Sydney Stroke Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15: 487-96
6. Ramos-Ríos R, *et al.* Depresión y enfermedad cerebrovascular. *Psiquiatría Biol* 2008; 15 (3): 80-9
7. Su JA, Chou SY, Tsai CS, Hung TH. Cytokine changes in the pathophysiology of poststroke depression. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 34: 35-9
8. Ried LD, Jia H, Feng H, Cameon R, Wang X, Tueth M, *et al.* Selective serotonin reuptake inhibitor treatment and depression are associated with poststroke mortality. *Ann Pharmacother* 2011; 45: 888-97
9. Starkstein SE, Mzrahi R, Power BD. Tratamiento antidepressivo posterior a un ACV, ISRS, Revista *Intramed* año 2009
10. Robinson RG, Kubos KL, Starr LB, Price TR. Mood changes in stroke patients: relation to lesion location. *Brain* 1984; 107: 81-93

## PRÁCTICA CLÍNICA

# PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y DISFUNCIÓN TIROIDEA

(Rev GPU 2015; 11; 1: 94-97)

Gabriela Tapia<sup>1</sup>, Maritza Bocic<sup>2</sup>

**El funcionamiento adecuado del organismo depende de la función normal del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides. La alteración en la liberación de las hormonas tiroideas puede producir una serie de síntomas similares a los que se presentan en múltiples patologías psiquiátricas. Es ampliamente aceptado que el proceso diagnóstico de un paciente con síntomas depresivos o ansiosos requiere una evaluación tiroidea sistemática con el fin de realizar el diagnóstico diferencial con los trastornos del ánimo cuya presentación clínica muchas veces no puede diferenciarse de un trastorno endocrino (1). En esta revisión se exponen los mecanismos de funcionamiento fisiológico para la síntesis de las hormonas tiroideas, las implicancias que conlleva el uso de determinados psicofármacos y cuáles pueden alterar irreversiblemente su funcionalidad, así como sugerencias acerca del manejo y tratamiento del hipotiroidismo subclínico y clínico respectivamente.**

## INTRODUCCIÓN

En Chile las enfermedades psiquiátricas pueden afectar hasta a 36% de la población total. Por su parte, la prevalencia de patología tiroidea abarca entre el 5 a 12% de la población general. También se ha descrito una prevalencia de 7,5% de trastornos tiroideos en pacientes que concurrían a un control sano de salud. Existe estrecha relación entre el hipotiroidismo y depresión, con una prevalencia de 12% en pacientes controlados en un centro de psiquiatría ambulatoria y de 23% en pacientes con depresión refractaria.

Estudios en el extranjero revelan una prevalencia de trastornos tiroideos en pacientes psiquiátricos hospitalizados que va desde un 6% a 49%. En Chile,

Valdivieso *et al.* fueron los primeros en realizar un artículo que describiera esta asociación. El estudio retrospectivo se efectuó entre los años 2001-2004 en pacientes hospitalizados en un servicio de psiquiatría de una clínica privada. Uno de los hallazgos más encontrados fue el Síndrome de enfermedad eutiroidea o enfermedad no tiroidea que se caracteriza por niveles de hormonas tiroideas alterados que no son consecuencia de una patología de la glándula tiroides subyacente, sino que es una respuesta a enfermedades sistémicas o psiquiátricas agudas, y que suele normalizar espontáneamente. Los estudios revelan la importancia del antecedente de patología tiroidea, puesto que se ha observado una mayor frecuencia de depresión mayor en pacientes con hipotiroidismo subclínico que en

<sup>1</sup> Interna / año USACH, gabriela.med2014@gmail.com

<sup>2</sup> Docente USACH.



aquellos que mantienen su funcionamiento normal. El hipotiroidismo subclínico se caracteriza por niveles normales de hormonas tiroideas con Hormona estimulante de la tiroides (TSH) inmediatamente sobre el límite superior, con ausencia o pocos signos de hipofunción. La mayor parte de los cuadros depresivos corresponden a hipotiroidismo subclínico. Así, se ha visto que de los pacientes con trastornos afectivos, entre un 4% a 40% presentan un hipotiroidismo subclínico, y entre un 1% a 4% de los pacientes presentan un hipotiroidismo clínico.

Respecto al tratamiento de pacientes con depresión mayor refractaria a tratamiento se ha destacado la alta frecuencia de disfunción tiroidea. Por otra parte, en cuanto al trastorno afectivo bipolar se ha encontrado una estrecha relación entre el hipotiroidismo y el cicladador rápido, lo cual motivó la utilización de T4 en bipolares refractarios a tratamiento con resultados exitosos (2).

## REGULACIÓN DEL EJE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISIS-TIROIDES

El principal regulador de la función tiroidea es la Hormona estimulante de la tiroides (TSH), la cual es una glucoproteína producida por la adenohipófisis que actúa estimulando la síntesis y secreción de hormonas tiroideas, además de tener una acción trófica sobre la misma glándula. Su liberación depende de la Hormona liberadora de tirotrópina (TRH) producida por el núcleo periventricular del hipotálamo. La secreción de TSH está regulada por catecolaminas, principalmente por dopamina, la cual actúa directamente sobre las células tirotrópicas a través de receptores D2 inhibiendo la secreción y síntesis de TSH.

El eje hipotálamo-hipófisis-tiroides está regulado por un sistema de retroalimentación negativa ejercida por las hormonas tiroideas, así la TSH estimula la síntesis de T3 y T4, las cuales actúan sobre la hipófisis y el hipotálamo para inhibir la liberación de TSH y TRH respectivamente.

El hipotálamo por su parte regula la función hipofisiaria mediante TRH, y esta hormona a su vez es inhibida por la somatostatina y dopamina.

Si bien la glándula tiroides libera cantidades mucho mayores de T4 que T3, esta última es la que presenta un rol más importante desde el punto de vista funcional, ya que es la única capaz de unirse al receptor y, por lo tanto, metabólicamente activa. La mayor parte de la T3 circulante se origina de la transformación de T4 a T3 catalizada por la deiodinasa tipo I a nivel periférico.

A nivel del SNC es de vital importancia la generación de T3 por la deiodinasa tipo II que se encuentra en la corteza cerebral y la hipófisis.

La mayor parte de las hormonas tiroideas circulan unidas a proteínas plasmáticas, y solo 0,3% de T3 y 0,02% de T4 circulan en forma libre. Las proteínas a las que se unen son la TBG (Thyroxin Binding Globulin), TBPA (Thyroxin Binding Pre Albumin) y la albúmina. Algunas drogas pueden competir con las hormonas tiroideas en la unión a las proteínas séricas, elevando así la concentración de hormona tiroidea libre y haciendo que los mecanismos de control produzcan una disminución en la concentración hormonal total para volver al equilibrio anterior.

El rango normal de la TSH es de 0,3 a 4,7 mU/L, la T4 y T3 libre están en el rango de 5-11 ug/dl y 75-175 ug/dl, respectivamente. La secreción de TSH se produce a un ritmo circadiano con un peak nocturno (3).

## IMPLICANCIAS DE LAS HORMONAS TIROIDAS EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Los elementos que permiten explicar la influencia de las hormonas tiroideas en la psicopatología depresiva o ansiosa aún es materia de estudio.

Los receptores de triyodotironina (T3) interactúan con las regiones génicas reguladoras denominadas TRE (Thyroid Receptor Elements) para dar paso a las diferentes acciones ejercidas por la hormona activa. Estos se encuentran de forma extendida por el hipocampo y amígdala, con menor densidad de estos a nivel de tronco y cerebelo.

Se ha observado que las hormonas tiroideas poseen la capacidad de modificar el número de receptores alfa y beta adrenérgicos post sinápticos, tanto en corteza cerebral como cerebelo, lo cual puede tener un rol relevante en la fisiopatología de la depresión. La hipótesis de Whybrow y Prange propone que las hormonas tiroideas, al promover un aumento en la función del receptor betaadrenérgico se produce una mayor transmisión en las vías noradrenérgicas centrales, con la consecuente *down regulation* producto de la estimulación persistente. De esta forma, en el hipotiroidismo el descenso de receptores adrenérgicos podría explicar la hipoactividad neuronal, y con ello los efectos en la esfera anímica asociados a esta enfermedad.

Otro mecanismo involucrado sería la concentración de serotonina intracerebral. Estudios en animales demostraron un aumento de la concentración de serotonina intracerebral tanto en la administración aguda como crónica de T3, disminuyendo la sensibilidad

de los autorreceptores 5-HT<sub>1A</sub> en el área del rafe, e incrementando la sensibilidad del receptor 5-HT<sub>2</sub>. En humanos se ha establecido una correlación positiva entre los niveles plasmáticos de serotonina y la concentración circulante de T<sub>3</sub>. Por otra parte, se ha demostrado que la serotonina cerebral disminuye en el hipotiroidismo y aumenta en el hipertiroidismo. De esta forma, los cambios en la concentración de serotonina intracerebral podrían explicar la sintomatología anímica de pacientes afectados por disfunción tiroidea y en particular por hipotiroidismo (2).

## PATOLOGÍA TIROIDEA Y PSICOFÁRMACOS

Otro de los elementos que se deben considerar son los efectos de los psicofármacos. Es muy frecuente la asociación de más de un medicamento en el tratamiento de diversas patologías psiquiátricas, los cuales pueden alterar de forma transitoria o permanente los niveles de hormonas tiroideas circulantes.

Dentro de los efectos del carbonato de litio se encuentran la inhibición de la conversión de T<sub>4</sub> a T<sub>3</sub>, captación de yodo, síntesis y secreción de hormona tiroidea. A su vez, es capaz de gatillar la elevación de los niveles de anticuerpos antitiroideos, así como el desarrollo de una tiroiditis crónica que puede llevar a un hipotiroidismo. Hasta un 30% de los casos puede presentar la enfermedad clínica, lo cual muestra una mayor frecuencia durante los dos primeros años de terapia.

Con respecto a los antidepresivos, se ha reportado aumento de TSH y disminución de la T<sub>4</sub> total y de su fracción libre con fluoxetina, desipramina, fluvoxamina e inhibidores de la MAO, así como un aumento del clearance de T<sub>4</sub> con el uso de sertralina. Uno de los efectos que se ha visto en la fluoxetina, desipramina, litio y carbamazepina es una potenciación en la acción de la enzima deionidasa tipo II, cuyo rol es transformar T<sub>4</sub> en T<sub>3</sub>. A esto se suma otro resultado del uso de litio, carbamazepina y fluoxetina, esto es, la actividad disminuida de la deiodinasa tipo III, que metaboliza de T<sub>3</sub> a T<sub>2</sub>, lo que aumenta más los niveles de T<sub>3</sub>, con un efecto sinérgico.

Respecto a abuso de alcohol, se ha descrito que los pacientes alcohólicos con daño hepático tienen bajos niveles de T<sub>3</sub> (probablemente por una baja conversión de T<sub>4</sub> a T<sub>3</sub>) y aumento de TSH basal. Por otra parte, es frecuente una baja respuesta de TSH a la estimulación con TRH en pacientes sin daño hepático crónico, sugiriéndose que podría ser un marcador de rasgo, ya que es una alteración que persiste durante la abstinencia (2).

Es importante destacar que de todos los fármacos mencionados se deben identificar dos que pueden

producir alteraciones verdaderas de la función tiroidea, éstos son el litio y la carbamazepina (5).

## Cuadros psiquiátricos y asociación a hipotiroidismo subclínico

Reporte de estudios realizados en animales sometidos a condiciones de hipotiroidismo muestran cambios en el hipocampo. Experimentos de neurogénesis en ratas revelaron que a mayor comportamiento depresivo, menor número de neuronas nuevas en el hipocampo; en cambio, al normalizar la función tiroidea el comportamiento de la rata se restablece, recuperando el número de células.

En Chile, Fardella *et al.* estudiaron la relación entre patología psiquiátrica y anomalías tiroideas en un trabajo prospectivo efectuado en 268 pacientes ambulatorios que consultaron por trastornos del ánimo; en ellos se midió niveles de TSH, T<sub>4</sub>, T<sub>4</sub> libre y anticuerpos antimicrosomales (AMA). Estos encontraron 3,8% de hipotiroidismo clínico y 5,9% de hipotiroidismo subclínico. La tasa de AMA positivos (dilución mayor de 1:100) fue 10,4%. Estos elementos les permitieron concluir que los trastornos de la función tiroidea son frecuentes en el medio ambulatorio y sugieren evaluar la función tiroidea en forma rutinaria en estos casos (6).

De todos los trastornos del ánimo, los pacientes con trastornos depresivos mayores y los llamados cicladores rápidos son los que más se benefician con la administración de hormona tiroidea (4).

La recomendación es, en el contexto de un paciente con hipotiroidismo subclínico hospitalizado por enfermedad médica o episodio psiquiátrico agudo y en ausencia de evidencia de enfermedad tiroidea, diferir el tratamiento hormonal supletorio hasta que se haya estabilizado la función tiroidea y se repitan las pruebas de laboratorio. Si el paciente, en cambio, muestra síntomas de enfermedad tiroidea, puede iniciar tratamiento de reemplazo hormonal (5).

## Uso de hormona tiroidea en pacientes con patología psiquiátrica

Uso en pacientes con hipotiroidismo: se debe administrar T<sub>4</sub> en dosis suficientes para normalizar la TSH, pero con criterios más estrictos que para aquellos que no presenten patología psiquiátrica como comorbilidad, de manera que, en estos casos, se debe esperar un nivel de TSH por debajo de 3,0 U/ml (no bajo 5,0 U/ml como en la población general). Se ha sugerido que la terapia asociada (T<sub>3</sub> + T<sub>4</sub>) no presenta mayor beneficio que el uso de monoterapia con T<sub>4</sub>.

### Uso de hormona tiroidea en pacientes sin enfermedad tiroidea

En estos casos la hormona se utiliza como acelerador de la respuesta a los psicofármacos, que consiste en el uso asociado con un antidepresivo para promover una repuesta más rápida, o bien como potenciador, es decir, añadir hormona tiroidea a un paciente en tratamiento que no ha respondido o lo ha hecho de forma parcial.

La eficacia de la administración de T3 en pacientes deprimidos sin enfermedad tiroidea subyacente está apoyada por diversos estudios controlados, potenciando la utilización de antidepresivos tricíclicos. Para su uso se recomienda dosis de 23 a 50 µg/día por plazos de prueba de 2 a 4 semanas. No está claramente establecido el periodo de mantención necesario una vez obtenida la respuesta deseada, sin embargo se sugiere no suspender mientras se mantenga el antidepresivo. Otro uso interesante de mencionar es la combinación de T3 con terapia electroconvulsivante (TEC), con resultados alentadores en la respuesta antidepresiva y en menores efectos cognitivos de la TEC (4).

### CONCLUSIONES

La detección de trastornos afectivos en la población general requiere, en gran parte de los casos, una alta sospecha por parte del clínico. La atención de pacientes demanda no solo poner énfasis en una historia clínica completa, sino que además el apoyo con pruebas de laboratorio que puedan orientar el proceso diagnóstico. Es fundamental considerar, dentro del diagnóstico diferencial de un trastorno del estado de ánimo, la disfunción de la glándula tiroidea, puesto que se pueden dar dos escenarios: uno en el que no existan síntomas ni signos clínicos que orienten a una endocrinopatía; dos, que los síntomas se solapen con los que se presentan en el curso de una depresión mayor. Se recomienda

realizar TSH y hormonas tiroideas a todo paciente que consulte por trastornos del ánimo en el medio ambulatorio, dada la dificultad para establecer clínicamente el diagnóstico.

El uso de exámenes requiere que se haga una interpretación con precaución, considerando en primer lugar el contexto clínico, es decir, si se solicita en el ámbito hospitalario o ambulatorio, y, en segundo lugar, si se solicitan en presencia de una enfermedad médica o episodio psiquiátrico agudo que pueda alterar transitoriamente los niveles hormonales.

Por otra parte, otro elemento a considerar es la necesidad de mantener un estrecho control, aun en ausencia de antecedente de disfunción tiroidea, en todos aquellos pacientes que permanezcan en tratamiento con carbonato de litio o carbamazepina, puesto que en el curso del tratamiento pueden desarrollar un hipotiroidismo verdadero que requiera suplementación hormonal. Asimismo, es importante realizar un seguimiento de aquellos pacientes con antecedentes que pueden gatillar en algún momento alguna alteración, tales como la presencia de bocio o niveles elevados de anticuerpos antitiroideos.

### REFERENCIAS

1. Valdivieso S, *et al.* Alta prevalencia de disfunción tiroidea en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Revista Médica de Chile* 2006; 623-628
2. Quiroz D, *et al.* Trastornos del ánimo, psicofármacos y tiroides. *Revista Médica de Chile* 2004; 1413-1424
3. Ortiz L, Espriella M. Hormonas tiroideas y trastornos afectivos. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2004; 98-107
4. Liberman C. Disfunción tiroidea subclínica. *Revista Biomédica Medwave* 2009
5. Dickerman A, Barnhil J. Abnormal Thyroid Function Tests in Psychiatric Patients: A Red Herring. *The American Journal of Psychiatry* 2011; 127-133
6. Fardella C. Función tiroidea y patología psiquiátrica. *Boletín Escuela de Medicina*, 2000

## INVESTIGACIÓN

# EL FENÓMENO DE LA PERVERSIÓN EN LA CLÍNICA<sup>1</sup>

(Rev GPU 2015; 11; 1: 98-106)

Constanza Baladrón<sup>2</sup>, Valeria Fernández<sup>3</sup>, Ety Rapaport<sup>4</sup>, Alemka Tomicic<sup>5</sup>

**Este estudio se orienta a comprender la clínica actual de la perversión a través del discurso de psicoterapeutas psicoanalíticos. Se aplicó una entrevista semiestructurada a 4 psicoterapeutas psicoanalíticos, los cuales cuentan con una vasta experiencia en el ámbito clínico. Los discursos se analizaron por medio de procedimientos cualitativo-descriptivos que permitieron integrar diferentes perspectivas en torno a la conceptualización, diagnóstico y tratamiento del fenómeno de la perversión. Emergieron dos categorías centrales: “Experiencia personal con la perversión” y “Clínica de la perversión”. En este texto se abordarán los elementos principales de cada una de ellas. Se discuten las implicancias, limitaciones y alcances de estos resultados y se presentan futuras líneas de investigación relacionadas con el estudio de la clínica de la perversión.**

## INTRODUCCIÓN

En el campo de la psiquiatría, la psicología clínica y el psicoanálisis, se evidencia cierta dificultad para precisar la perversión como una psicopatología y delimitar sus rasgos esenciales y características definitorias, en cuanto a condiciones necesarias para su diagnóstico (Etchegoyen, 1977).

Desde el psicoanálisis, si bien existen distintas conceptualizaciones acerca de la perversión (Freud,

1978; Kernberg, 2004; Meltzer, 1998; Mc. Dougall, 1998; Chasseguet Smirgel, 1987), no hay un consenso respecto de qué significa e involucra esta patología, así como tampoco de su tratamiento. Se considera que esta dificultad pudiese verse incrementada por el hecho de que la experiencia analítica permite estudiar sólo algunas perversiones con mayor frecuencia y otras excepcionalmente o nunca (Baranger *et al.*, 2009).

Si bien existen terapeutas que usan su experiencia clínica para intentar entender la complejidad de este

<sup>1</sup> Trabajo basado en la tesis “Estudio de los discursos de psicoterapeutas psicoanalíticos acerca de la clínica de la perversión” para optar al grado de magíster “Clínica psicoanalítica en los trastornos de personalidad”, Universidad del Desarrollo (2012).

<sup>2</sup> Psicóloga clínica, psicoterapeuta de adolescentes y adultos. Instituto Chileno de Trastornos de Personalidad. Servicio de Salud Metropolitano Oriente (PRAIS). constanzabaladron@gmail.com

<sup>3</sup> Psicóloga clínica, psicoterapeuta de adolescentes y adultos. Instituto Chileno de Trastornos de Personalidad. Instituto Neuro-psiquiátrico de Chile.

<sup>4</sup> Psicóloga, psicoterapeuta psicoanalítica. Universidad del Desarrollo, Facultad de Psicología, Unidad de Investigación en Psicodiagnóstico y Psicoterapia (UIPP).

<sup>5</sup> Psicóloga, doctora en psicología, Pontificia Universidad Católica. Universidad Diego Portales.

fenómeno, cabe mencionar que es escasa la información respecto a la práctica de los terapeutas psicodinámicos en el tratamiento de estos pacientes, así como también la comparación de éstas (Moguillansky, 2005).

Se constata que no sólo el psicoanálisis ha presentado dificultades a la hora de definir y tratar este fenómeno de la perversión. El DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana), ha situado a lo largo de sus distintas versiones a la perversión en diferentes categorías diagnósticas, adquiriendo recién en el año 1980 una categoría propia: Parafilia (Duhalde, Rider, 1997).

Considerando entonces que no se ha llegado a un acuerdo respecto al entendimiento teórico y clínico de este fenómeno, resulta de interés indagar la presentación de la perversión en el ámbito de la clínica y observar ahí el desarrollo de ésta, en circunstancias de que no existen aún claras conclusiones respecto a su comprensión y abordaje.

Dado lo anterior es que este estudio se focalizó en la figura del psicoterapeuta psicoanalítico y su discurso acerca de su experiencia clínica con el fenómeno de la perversión.

Teniendo en consideración lo planteado, se buscó dar respuesta a la interrogante acerca de cómo los psicoterapeutas conceptualizan, diagnostican y tratan la perversión en la clínica psicoanalítica.

## MÉTODO

El diseño del estudio fue exploratorio-descriptivo. Utilizando una metodología cualitativa, se indagó el discurso de psicoterapeutas psicoanalíticos en torno a la conceptualización, diagnóstico y tratamiento del fenómeno de la perversión.

Los participantes fueron cuatro psicoterapeutas psicoanalíticos, dos mujeres y dos hombres, con un promedio de 48 años de edad. Estos entrevistados fueron elegidos de manera intencionada, basándose en los siguientes criterios: Contar con más de 10 años de experiencia clínica (el promedio de experiencia fue de 19,5 años) y en permanente revisión de su quehacer. Cabe destacar que los profesionales entrevistados poseen experiencia en tratamientos psicoterapéuticos realizados a pacientes de alta complejidad.

Para la recolección de datos se utilizó una entrevista semiestructurada, basada en una pauta que contó con 18 preguntas y una consigna previa de presentación. Se solicitó a cada entrevistado firmar un consentimiento informado, en el que se comprometió resguardo de su anonimato y confidencialidad en el manejo de la información otorgada. Una vez realizada

la primera entrevista se revisó la pertinencia de las preguntas, agregándose dos más con el objeto de abordar de forma más específica ciertas temáticas.

Las preguntas de la entrevista se organizaron en tres ejes temáticos; conceptualización, diagnóstico y tratamiento (transferencia-contratransferencia, encuadre y objetivos terapéuticos). Se diseñó la entrevista con el propósito de estimular la reflexión de los terapeutas en torno a su experiencia en la clínica de la perversión. Las primeras preguntas fueron abiertas, orientadas a que pudiesen relatar su acercamiento a esta temática. Así también, se les solicitó el relato de casos clínicos que pudiesen dar cuenta de su experiencia. Posteriormente se realizaron preguntas que abordaban el uso de la teoría en el campo clínico. En un segundo momento, las preguntas se enfocaron en aspectos más específicos del diagnóstico y el tratamiento. Asimismo, las preguntas se dirigieron a indagar lo que ocurre en la interacción paciente-terapeuta, y a pesquisar las condiciones mínimas necesarias que los terapeutas establecen para poder trabajar con este fenómeno. Finalmente se emplearon otras preguntas que se enfocaron en conocer las directrices que guían la intervención y la viabilidad de éstas en la clínica.

Las entrevistas se realizaron de manera individual, participando dos de las autoras en cada una de ellas. Respecto al tiempo destinado a la realización de éstas, en el caso de dos entrevistas se requirió de una segunda reunión y las otras dos se extendieron por más de 60 minutos. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio y luego transcritas.

A la información obtenida en las entrevistas se le aplicó un análisis cualitativo-descriptivo. Se realizó un procedimiento de codificación abierta, guiado por el método Consensual Qualitative Research (CQR) (Hill, Knox, Thompson, Williams, Hess, Ladany, 2005).

El propósito de este análisis fue generar conceptos y categorías respecto del discurso de los terapeutas psicoanalíticos acerca de la conceptualización, diagnóstico y tratamiento de la perversión.

El trabajo analítico se realizó a través de tres pasos; se comenzó desarrollando y codificando los dominios, luego se construyeron las ideas centrales o conceptos, y por último se establecieron categorías para describir los temas comunes a través de los participantes (Hill, *et al.*, 2005).

Para asegurar la calidad de los resultados, en el proceso de análisis de los datos recolectados participaron las investigadoras (las dos primeras autoras) junto a la profesora guía y asesora metodológica (las dos últimas autoras), quienes actuaron como juezas expertas,

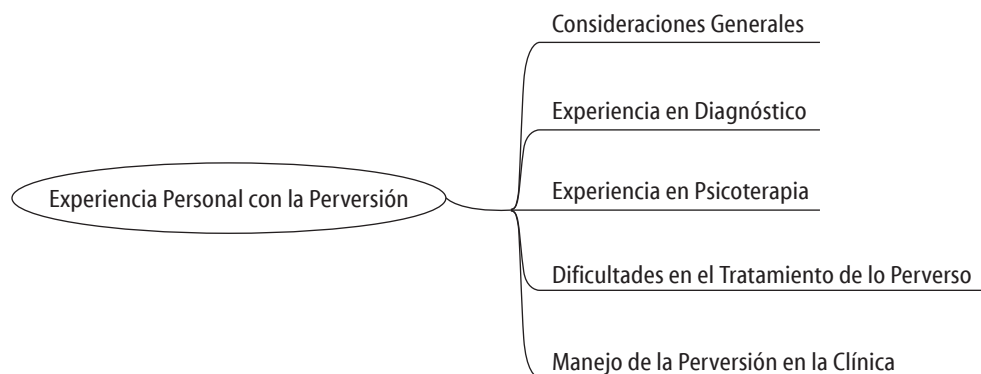


Figura 1. Esquema de Clasificación Jerárquico de la Categoría "Experiencia Personal con la Perversión".

con el fin de que la información generada fuera validada a través de un acuerdo intersubjetivo.

En la primera etapa del proceso de análisis cada una de las investigadoras procedió a codificar el material de manera individual y luego de manera conjunta. En un segundo momento se construyeron las ideas centrales, actuando como guía las que surgieron de la codificación de la primera entrevista, y a partir de esto se fueron anexando las ideas que surgieron de las siguientes entrevistas. En un tercer momento se generaron dos categorías principales, en las que se organizaron jerárquicamente las ideas centrales.

## RESULTADOS

Del análisis descriptivo de las respuestas dadas por los cuatro entrevistados emergen dos categorías centrales: Experiencia personal con la perversión y Clínica de la perversión. Se abordará sólo una parte de los resultados, considerando los elementos más relevantes de ambas categorías (ver Figuras 1 y 2).

A continuación se expone en detalle cada categoría con los conceptos y propiedades que la conforman.

### Experiencia personal con la perversión

La categoría central, Experiencia personal con la perversión, hace referencia a las menciones de los entrevistados respecto de lo que les ha ocurrido en su práctica clínica con este fenómeno. La experiencia personal con la perversión considera cinco subcategorías centrales: consideraciones generales, experiencia en diagnóstico y psicoterapia, dificultades en el tratamiento de lo perverso y manejo de la perversión en la clínica (ver Figura 1).

Al aludir a las consideraciones generales los entrevistados refieren que el fenómeno de la perversión tiene dos formas de presentarse. La primera dice relación con un fenómeno estructurado dentro de la personalidad, con manifestaciones conductuales estables y, la segunda, con un fenómeno no estructurado, que tiene una aparición transitoria.

En términos generales, los participantes señalan que el fenómeno de la perversión tiene una escasa aparición en la clínica, por lo que consideran que cuentan con poca experiencia, principalmente con el fenómeno perverso estructurado. Aparecen dos maneras de entender esta escasa aparición del fenómeno en la clínica: por un lado, aluden al hecho que los pacientes con perversión no consultan y, por otro, consideran que es un fenómeno difícil de pesquisar, reconocer y entender por parte del terapeuta.

Con respecto a la experiencia tanto en evaluación diagnóstica como en psicoterapia con la perversión, los entrevistados reconocen que han recibido pacientes perversos para ser evaluados por motivos distintos de la perversión, y con aquellos pacientes que han comenzado el tratamiento han tenido dificultades para poder llevarlo a cabo hasta su término.

Con respecto a las dificultades en el tratamiento de lo perverso, los entrevistados plantean la existencia de técnicas poco específicas para lidiar con este tipo de fenómeno. Distinguen como particularmente complejo el tratamiento de la perversidad, modalidad de lo perverso que se expresa en el vínculo terapéutico como una tendencia a experimentar como algo malo lo bueno que el terapeuta intenta darle al paciente. La perversidad se asocia generalmente a pacientes con estructura de personalidad limítrofe de tipo narcisista. Así también, los terapeutas evidencian una mayor



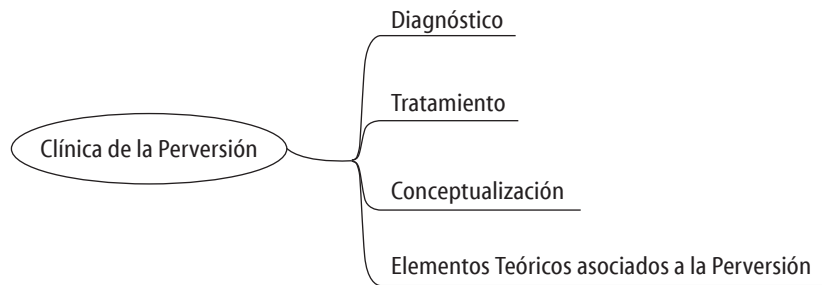


Figura 2. Esquema de Clasificación Jerárquico de la Categoría "Clínica de la Perversión".

dificultad en el manejo de la perversión cuando es estable que cuando es un elemento de la personalidad no estructurado. Otra dificultad que detectan en relación con la perversión sexual es el placer asociado a dicha conducta, ya que la existencia de placer físico real (excitación y orgasmo) haría más difícil su extinción.

Los entrevistados plantean, en cuanto al manejo de la perversión en la clínica, cuatro aspectos: indicación de tratamiento, estrategias de abordaje, evaluación de los logros conseguidos en el tratamiento y descripción de los elementos que apoyan al terapeuta. Respecto de la indicación de tratamiento los terapeutas, plantean que es importante evaluar la motivación real del paciente para tratarse, con el fin de descartar motivaciones asociadas a una ganancia secundaria. Así también, la indicación de tratamiento depende, según los entrevistados, de la estructura de personalidad de base, considerando las tres organizaciones planteadas por O. Kernberg, neurótico, limítrofe y psicótico. Señalan que en el caso de pacientes que tienen una estructura de personalidad borderline o cuando el fenómeno perverso se encuentra inserto en una dinámica narcisista, el tratamiento indicado sería una psicoterapia interpretativa y no psicoanálisis.

Con respecto a las estrategias de abordaje los participantes plantean las actitudes que sería deseable que desarrolle el terapeuta. Una de las entrevistadas sugiere que es conveniente no actuar inmediatamente y aumentar la suspicacia frente a las conductas perversas del paciente. Lo anterior es planteado por la entrevistada a raíz del alto riesgo de que el terapeuta lleve a cabo alguna conducta movilizadora desde la patología del paciente. En cuanto a la técnica, uno de los elementos que los terapeutas describen haber utilizado son los parámetros, límites mediante los cuales se intenta un manejo de conductas que ponen en riesgo al paciente, otros o el tratamiento. Otro elemento de la técnica que consideran es la confrontación y la interpretación:

señalan que su uso debe ser permanente y dirigido a la esencia misma del fenómeno. Uno de los entrevistados plantea que la manifestación de la perversión en el vínculo terapéutico debería ser abordada directamente en cuanto se detecta, pues, a su juicio, si no se aborda directamente una transferencia negativa, lo que se pone en riesgo es el tratamiento. La evaluación por parte de los terapeutas de los logros conseguidos en el tratamiento de la perversión, en términos generales, no es positiva. Dudan acerca de la efectividad de la terapia en el logro de cambios en el funcionamiento perverso y se cuestionan el modo de abordar el fenómeno. No obstante, plantean que la terapia puede ser efectiva en el cambio de aspectos puntuales en el paciente. Por último, los terapeutas destacan como elementos de apoyo en el tratamiento de estos pacientes la supervisión y revisión constante de los casos.

## CLÍNICA DE LA PERVERSIÓN

La segunda categoría que emerge de las entrevistas alude a la Clínica de la perversión: diagnóstico, tratamiento, conceptualización y elementos teóricos asociados a la perversión (ver Figura 2).

Al referirse al diagnóstico los entrevistados distinguen: lugar de lo perverso en el proceso diagnóstico, procedimiento en el proceso diagnóstico cuando hay sospechas de perversión, diagnóstico diferencial y elementos que le hacen pensar al terapeuta que está frente al fenómeno de la perversión (perversidad-perversión sexual).

Los terapeutas entrevistados consideran, en relación con el lugar de lo perverso en el proceso diagnóstico, que el funcionamiento perverso estable no puede buscarse intencional ni activamente, ya que va más allá de la conducta observable. A partir de esto, habría que esperar que el funcionamiento del paciente se desplegara para que pueda ser pesquisado.

Con respecto al procedimiento en el proceso diagnóstico cuando hay sospechas de perversión, en consideraciones generales, los participantes señalan que frente a este fenómeno se procede como se haría con cualquier síntoma, sin que exista algún elemento especial asociado. Los entrevistados relevan la necesidad de evaluar la personalidad que subyace a este síntoma y además determinar cuán estructurado está en la personalidad.

Frente al fenómeno perverso, los entrevistados proponen distintos diagnósticos diferenciales, trastorno depresivo masoquista, narcisismo, narcisismo maligno, psicopatía y psicosis. Uno de los entrevistados plantea que frente a una conducta aparentemente perversa, es importante corroborar que ésta no sea considerada normal en el contexto cultural del paciente; señala:

“.....por ejemplo si a alguien le gusta mirar o le gustan estas cuestiones con cueros puede ser algo cultural, puede ser de la época, entonces exploro mucho el hecho de si además tiene relaciones sexuales normales y si puede tener relaciones sexuales vaginales, etc.” (E.3, p.132).

Sobre los elementos que hacen pensar al terapeuta que están frente al fenómeno de la perversión, se distinguen dos subcategorías: perversión sexual y perversidad.

En relación con la perversidad, una de las entrevistadas postula que considera que está frente a este fenómeno cuando algo que no es aceptado social o moralmente el paciente lo plantea como normal. Es decir, una parte del paciente piensa que no hay reglas. Otra situación que la hace pensar que está frente a este fenómeno es cuando el paciente transforma una interpretación, que procura el entendimiento, en una comunicación de otro tipo, perdiendo finalmente su sentido. Dos de los entrevistados señalan que sospechan que están frente a la perversión sexual cuando se observa que hay una alteración en la meta (orgasmo) u objeto (hombre/mujer) sexual.

Con respecto al tratamiento se evidencian tres categorías; objetivos del tratamiento, encuadre y elementos particulares de la técnica asociados a lo perverso.

En cuanto a los objetivos del tratamiento no hay consenso en los entrevistados: uno de los terapeutas plantea revertir la conducta perversa sexual; sobre la base de esta concepción estaría la idea de que se debe restablecer la meta y el objeto considerado saludable. Otro terapeuta menciona que el objetivo del tratamiento tiene que ver principalmente con lo que el paciente

quiere obtener de él. Destacando como fundamental el fortalecimiento de la función yoica (integración de la escisión) más que el tratamiento de la perversión sexual en sí. Señala que al mejorar el funcionamiento estructural puede permanecer la perversión sexual pero con una menor gravedad.

Los entrevistados señalan otros objetivos de tratamiento, como la detección de las dinámicas perversas, el abordaje del fenómeno perverso en el vínculo terapéutico, desentramando lo bueno (amoroso) de lo malo (agresivo), y la contención de la angustia asociada al síntoma.

En la categoría de encuadre surgen cuatro subcategorías: condiciones mínimas para el tratamiento, dificultades en el encuadre, parámetros y modificación de la técnica o encuadre.

En relación con las condiciones mínimas necesarias para el tratamiento, dos terapeutas coinciden en la idea de que una condición mínima para tratar a un paciente con perversión es que no haya riesgo de que el terapeuta resulte dañado. Así también, otros dos entrevistados concuerdan en que no exista daño por parte del paciente a terceros y que no exista transgresión a la ley. Uno de los terapeutas menciona que una condición mínima para tratar a un paciente es pensar que podrá ayudarlo. Surgen otras condiciones, como que exista algo amoroso en el paciente y que haya en él suficiente área no perversa para “rescatar”.

Con respecto a las dificultades en el encuadre, un entrevistado menciona que es esperable que el paciente perverso lo ataque continuamente y que el terapeuta pase por alto, sin trabajar y sin darse cuenta, aspectos que no se están respetando de éste. Los terapeutas mencionan la importancia de instalar parámetros en el tratamiento cuando la vida del paciente corre peligro (por ejemplo, al presentar conductas que impliquen un riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual), exista posibilidad de daño o riesgo de vida para terceras personas, y cuando existan mentiras y conductas criminales o ilegales.

De la categoría emergente dinámica paciente-terapeuta surgen las siguientes subcategorías: transferencia y sus características particulares, contratransferencia (emoción, pensamiento, conducta e identificaciones proyectivas).

Los entrevistados respecto a la transferencia y sus características particulares concuerdan en que si existen predisposiciones perversas en el paciente éstas deberán manifestarse en este ámbito. Reconocen que existe una dinámica transferencial que es particular, distinta de la que se observa con pacientes neuróticos y limítrofes. Uno de los entrevistados plantea que en

el caso de la perversión sexual, la transferencia puede expresarse como: homosexual, sádica, masoquista, exhibicionista y voyerista.

Respecto a la contratransferencia, los entrevistados caracterizan la emoción como intensa, ambivalente, que impacta y “engancha” al terapeuta, pudiendo movilizarlo de diversas maneras. En los entrevistados aparecen descripciones de emociones negativas y positivas hacia lo perverso. En relación con las emociones positivas, reconocen: placer, entretención, atracción, seducción, interés y sorpresa, siendo posible para el terapeuta empatizar con el paciente y comprenderlo. Con respecto a las emociones negativas, reconocen: impotencia, repulsión, molestia, asco, rabia, miedo, sensación de ataque por parte del paciente y sensación de “infertilidad absoluta”. Por momentos, señalan que se transforma en una contratransferencia desagradable y perturbadora.

En cuanto a los pensamientos asociados a la contratransferencia que surgirían en los terapeutas, uno de ellos piensa que el tratamiento de la perversión implicaría sufrimiento para el terapeuta por lo difícil de la tarea, sin embargo está más presente para él lo atractivo y estimulante que le resulta tratar a dichos pacientes. Otro de los entrevistados piensa que se puede tender a relativizar o normalizar lo que le ocurre al paciente, por lo difícil que resulta pensar en los aspectos más destructivos de éste, tendiendo a encontrar una explicación del fenómeno más vinculada a lo amoroso. La mayoría de los entrevistados piensa que el uso de la contratransferencia es fundamental para detectar y tratar el fenómeno, ya que aporta elementos difíciles de pesquisar a un nivel consciente.

Las identificaciones proyectivas que surgen como contratransferencia, según los entrevistados, pueden ir en la línea de la colusión, cuando el terapeuta se identifica con la conflictiva perversa del paciente o puede ocurrir lo contrario cuando el terapeuta se identifica con el polo opuesto en la dinámica perversa. Uno de los entrevistados señala que tiene mayor facilidad para identificarse con una posición masoquista, sádica, voyerista, exhibicionista y homosexual, que con una contratransferencia pedófila, ya que se movilizan en él, frente a este tipo de perversión sexual, importantes barreras represivas. Del mismo modo, la contratransferencia frente a una perversión sexual de tipo zoofílica y necrofílica le resulta más conflictiva por la dificultad para identificar en sí mismo dichas tendencias.

Otro tipo de identificación proyectiva que describen los entrevistados es aquella que ocurre cuando los terapeutas sienten que son embaucados por el paciente

sin poder percibir bien dicha situación, refieren quedar seducidos por el fenómeno perverso, lo cual consideran particularmente riesgoso. Una de las entrevistadas en relación con esto refiere:

“El esfuerzo que hacen los pacientes por envolverte y enredarte es parte de su dificultad y su patología, es muy intenso. O sea, esto que hacen con otros lo empiezan a hacer con uno, y uno es una persona común y corriente, y por lo tanto, está en peligro de ser seducido y pervertido, si uno realmente se atreve a tener un contacto suficientemente verdadero honesto y cercano con la patología y el paciente” (E.4, p.38).

Otra categoría que emerge es pronóstico, con las siguientes subcategorías: pronóstico según estructura de personalidad, elementos predictores de un pronóstico desfavorable y expectativas del tratamiento.

Los entrevistados plantean que el pronóstico del tratamiento varía según la estructura de personalidad de base del paciente; cuando se está frente a un paciente que presenta una estructura de personalidad neurótica los terapeutas consideran que el pronóstico es bueno, no así al instalarse el funcionamiento perverso en una estructura de personalidad limítrofe o psicótica; consideran que en dicho caso el pronóstico es más desfavorable.

Además de las estructuras de personalidad existen otros elementos predictores de un pronóstico desfavorable, como un funcionamiento perverso estable o un funcionamiento perverso que abarque varias áreas de la vida (estudios o trabajo, pareja y sexualidad, vida social), lo que también determina la indicación de tratamiento.

En relación con las expectativas del tratamiento la mayoría de los terapeutas coincide en que no es posible tener aspiraciones muy ambiciosas con los pacientes perversos, teniendo poca certeza que pueda ocurrir un cambio profundo. Sin embargo, consideran que es posible lograr disminuir la actuación de los impulsos perversos (cuando hay daño a sí mismo u otros), pudiendo desarrollar la capacidad de pensar antes de actuar dichos impulsos.

En el plano de la conceptualización de lo perverso surgen tres grandes subcategorías: formas de entender lo perverso, aclaraciones conceptuales y conceptualización propia acerca del fenómeno perverso.

Respecto a las formas de entender lo perverso surgen las siguientes subcategorías: consideraciones generales, perversión sexual, perversidad, perversión en el vínculo terapéutico.

En la subcategoría de consideraciones generales surgen los planteamientos de dos terapeutas que reconocen que existen varias y distintas conceptualizaciones de lo perverso. Los terapeutas señalan que el fenómeno perverso puede presentarse como conducta, fantasía, o en el vínculo terapéutico.

Uno de ellos considera que un elemento necesario en el concepto de perversión es el componente sexual. Dos de los entrevistados afirman que la perversión sexual está claramente definida, configurada y acotada. La mayoría de los terapeutas la definen como una alteración en la meta u objeto sexual, lo cual se traduce en una fijeza en la actividad no genital que permite llegar al orgasmo.

Por otra parte, la perversidad es nombrada como otra posible manera de manifestación de lo perverso, siendo conceptualizada por los entrevistados como la transformación de lo bueno en malo. Esta transformación alude principalmente al cambio en el sentido que procura tener la entrega de elementos amorosos siendo convertidos en elementos destructivos. Uno de ellos plantea que la perversidad sería una extensión del concepto de perversión al ámbito moral.

Una de las entrevistadas plantea a su vez que la perversión también puede presentarse en el ámbito terapéutico, particularmente en el vínculo, lo que se manifestaría cuando el paciente destruye lo que el terapeuta le entrega; de este modo el sentido del vínculo terapéutico se transforma en otra cosa, se deforma.

De la categoría emergente aclaraciones conceptuales, se desprenden las siguientes subcategorías: consideraciones generales, relación entre perversión y estructura de personalidad, distinción entre sexualidad normal y perversión, distinción entre funcionamiento limítrofe y perversión, y distinción entre perversión y psicopatía.

En cuanto a la relación entre perversión y estructura de personalidad, uno de los entrevistados refiere que no está de acuerdo con el concepto de estructura de personalidad perversa y aclara que la perversión estructurada no sería lo mismo que ésta. Más bien, entiende la perversión como un síntoma ligado a un trastorno de personalidad: neurótico, limítrofe o psicótico.

Al momento de establecer una distinción entre sexualidad normal y perversión sexual los terapeutas plantean que la sexualidad se desarrolla de manera normal cuando las pulsiones sexuales parciales están integradas y subordinadas al objeto y meta sexual normal. En la perversión sexual se reactivarían las pulsiones parciales experimentadas en la infancia como placenteras pero sin estar integradas, sino escindidas.

La distinción entre funcionamiento limítrofe y perversión está planteada por dos de los entrevistados:

uno de ellos refiere que en la estructura limítrofe de personalidad los aspectos buenos y malos están separados por medio de la escisión, a diferencia de lo perverso, en que la distinción no es clara, lo que provoca confusión en el terapeuta. Asimismo, consideran que la agresión en el funcionamiento perverso está más camuflada que en lo limítrofe y no aparece directamente, lo que dificulta su detección. Por lo anteriormente planteado, los entrevistados piensan que los pacientes perversos pueden hacer sentir al terapeuta más vulnerable que los pacientes limítrofes, exceptuando aquellos que presentan conductas antisociales severas.

Surge también en tres de los entrevistados la distinción entre perversión y psicopatía; como una de las diferencias plantean que la perversión está más cerca de la confusión y la psicopatía de la mentira. Refieren que en la psicopatía la destrucción es más directa que en la perversión: la mentira y el engaño aparecen de forma más clara, en la perversión los límites están más difusos.

A partir de la clínica de la perversión emerge una cuarta categoría central: elementos teóricos asociados a la perversión, la cual no se describirá en este artículo.

## DISCUSIÓN

Los terapeutas que participaron en esta investigación, proveyeron una sólida fuente de información sobre la clínica de la perversión, su conceptualización, diagnóstico y tratamiento. En relación con la conceptualización del fenómeno de la perversión, lo primero que señalan los entrevistados es que existen variadas formas de entender lo perverso, describiendo aquellas que les hacen más sentido de acuerdo con la línea teórica a la cual adscriben.

Dentro de las conceptualizaciones que surgen de los entrevistados se encuentran perversión sexual, perversidad y perversión en el vínculo terapéutico.

Los entrevistados en un intento por describir y darle sentido a este fenómeno, a partir de su experiencia, concuerdan en situarlo en un lugar más allá del concepto de estructura de personalidad. Sin embargo, surgen nociones divergentes respecto de la forma de entender lo perverso, lo conciben como un síntoma, como un funcionamiento mental o como una dinámica relacional en el espacio terapéutico.

La mayoría de los participantes coinciden en que existen manifestaciones perversas más estables y otras que pueden ser más transitorias. Dan a entender que lo que determina la estabilidad de la manifestación perversa pareciera estar más relacionado con el nivel de anclaje que tiene lo perverso en la personalidad del paciente, que por variables contextuales. Los participantes

constatan que al parecer habría una correlación entre una perversión más estructurada en la personalidad y manifestaciones conductuales más estables.

Los terapeutas, en la tarea de conceptualizar el fenómeno intentan establecer distinciones en relación con otros diagnósticos. Si bien identifican en el funcionamiento limítrofe y en la psicopatía la presencia de importantes montos de agresión al igual que en la perversión, la manera en que ésta se expresa sería distinta, en la perversión los impulsos agresivos se manifestarían de manera más confusa o difícil de identificar por ellos mismos.

En términos generales, los terapeutas entrevistados reconocen que su conocimiento en torno a la perversión es insuficiente.

Con respecto al diagnóstico de la perversión, en los resultados aparece la explicitación de los participantes que no es un tema que tengan presente al momento de indagar el funcionamiento de un paciente en el proceso diagnóstico. Específicamente en relación a la perversión sexual, no existe claridad sobre si esto implica que existen ciertas dificultad en los terapeutas para indagar en detalle lo que ocurre en el ámbito de la sexualidad con los pacientes o más bien se explora poco las variaciones o específicamente las parafilias.

En relación con el tratamiento de la perversión, un elemento de la situación clínica que los entrevistados consideran relevante es la transferencia y la contra-transferencia asociada al fenómeno perverso, destacan la intensidad y lo perturbadora que les resulta. Con respecto a lo anterior, los terapeutas explicitan que surge en algunos de ellos una mayor necesidad de supervisarse. Así también, emerge en los entrevistados el tema de los límites personales en el tratamiento psicoterapéutico de estos pacientes, a raíz de los sentimientos que este fenómeno les genera, los cuales en ocasiones pueden ser utilizados al servicio del tratamiento y en otras superan la capacidad de ser tolerados y mentalizados. Aluden, por ejemplo, a la dificultad para tratar a un paciente pedófilo.

Otro elemento constituyente del tratamiento psicoterapéutico es el encuadre: los terapeutas refieren que su uso en el tratamiento de esta patología no tiene gran diferencia del planteado en el tratamiento de pacientes limítrofes, ya que en ambos se establecen parámetros.

A pesar de que los terapeutas utilizan estas medidas de resguardo, es posible plantear que existiría en ellos cierto temor a tratar a estos pacientes por la posibilidad de sufrir algún tipo de daño, sea agresión física, perturbación del psiquismo a modo de contaminación con elementos agresivos y/o perjuicio a la ética profesional.

Los participantes aluden a ciertas condiciones mínimas para tratar a los pacientes perversos, las que se relacionan con la motivación y el sentido que adquiere el tratamiento tanto para el paciente como para el terapeuta.

Un tercer elemento del tratamiento psicoterapéutico que fue abordado son los objetivos terapéuticos. Éstos son diferenciados en relación con las tres formas en que los entrevistados conceptualizaron el fenómeno perverso. De acuerdo con esto, se distinguen en los terapeutas dos posturas respecto a los objetivos que se plantean en el tratamiento de la perversión sexual: por un lado está la idea de enfocarse en el síntoma, restableciendo la meta y el objeto considerados saludables. Por otro lado está la postura que enfatiza el trabajo de la estructura de personalidad, pudiendo lograr indirectamente una reducción de las manifestaciones sintomáticas.

En cuanto al objetivo que plantean los entrevistados para el tratamiento de la perversidad y perversión en el vínculo terapéutico, en ambos casos se alude a un anudamiento patológico entre lo agresivo y lo amoroso, por lo que plantean que debiese interpretarse dicha dinámica que necesariamente se presentará en la relación con el terapeuta.

En términos generales, los terapeutas no son optimistas respecto de los logros que puedan alcanzar en el tratamiento con los pacientes perversos. Señalan que si bien es posible disminuir las actuaciones conductuales, tienen poca certeza respecto a la obtención de cambios profundos.

Si bien en cada una de las áreas en que se indagó el fenómeno perverso, conceptualización, diagnóstico y tratamiento, surgió material novedoso, consideramos que esta investigación se constituye en un primer acercamiento a la temática, teniendo como limitación el que no se logra profundizar a cabalidad en cada una de estas áreas. Otra limitación de este estudio pudiese ser que la muestra es reducida y homogénea, se piensa que una muestra más amplia, que involucre un mayor número de terapeutas y de diversas líneas teóricas, no sólo psicoanalíticas, aportaría mayor riqueza en la información obtenida.

La información que se desprende de este estudio se constituye en un aporte para la disciplina en la medida que permite una problematización empírica del fenómeno de la perversión. Quedan en evidencia tareas que la disciplina tiene pendiente abordar, como la búsqueda de mayor universalidad en las conceptualizaciones, claridad respecto de criterios diagnósticos y técnicas de tratamiento específicas para esta patología.

## REFERENCIAS

1. Baranger W, De Bisi R, De Goldstein N, Goldstein G, Rozenthal N (2009). Acerca de la estructura perversa. *Revista de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid* 57, 13-30
2. Chasseguet Smirgel J (1987). *Ética y estética de la perversión*. Barcelona: Editorial Laia
3. Duhalde M, Rider C (1997). *Perversión femenina y maternidad*. Tesis para optar al título de Psicóloga, Escuela de Psicología, Universidad Gabriela Mistral, Santiago, Chile
4. DSM IV - TR (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Asociación Psiquiátrica Americana. Barcelona: Editorial Masson
5. Etchegoyen H (1997). *Perversión en la transferencia, aspectos teóricos y técnicos*. En Grimberg L, *Prácticas psicoanalíticas comparadas en la psicosis* (pp. 58-83). Buenos Aires: Editorial Paidós
6. Freud S (1978). *Tres ensayos de teoría sexual* (1905). En *Obras Completas*, vol. 7. Buenos Aires: Editorial Amorrortu
7. Hill C, Knox S, Thompson B, Williams E, Hess S, Ladany N (2005). *Consensual Qualitative Research: An update*. Extraído el 5 de Agosto, 2010 del sitio web de Marquette university: <http://publications.marquette.edu>
8. Jiménez JP (2004). *A Psychoanalytical phenomenology of perversion [Fenomenología psicoanalítica de la perversión]*. *International Journal of Psychoanalysis* 85, 65-82
9. Kernberg O (1994). *La agresión en las perversiones y los desórdenes de personalidad*. Buenos Aires: Editorial Paidós
10. Mc. Dougall J (1998). *Las mil y una caras de eros, la sexualidad humana en busca de soluciones*. Buenos Aires: Editorial Paidós
11. Meltzer D y Harris M (1998). *Adolescentes*. Buenos Aires: Patia Editorial
12. Moguillansky R (2005). *Indicadores de evolución en el psicoanálisis de la perversión*. *Aperturas Psicoanalíticas*, 18. Extraído el 25 de Junio, 2010 de <http://www.aperturas.org/autores>



## INVESTIGACIÓN

# ESTUDIO DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CHILE. ESTADO ACTUAL<sup>1</sup>

(Rev GPU 2015; 11; 1: 107-115)

Flora de la Barra<sup>2</sup>, Benjamín Vicente<sup>3</sup>, Sandra Saldivia B<sup>3</sup>, Roberto Melipillán<sup>4</sup>

Se destaca el rol de la epidemiología psiquiátrica evolutiva científica para ayudar a la comprensión de las causas y factores de riesgo para trastornos psiquiátricos, evaluar las trayectorias evolutivas y proponer estrategias preventivas y terapéuticas. Se resumen los estudios sobre edades de comienzo, factores de riesgo y protectores, prevalencia de trastornos psiquiátricos y uso de servicios tanto en Latinoamérica como en otros países. Se informa sobre el primer estudio de prevalencia en niños y adolescentes chilenos, su metodología y resultados. Se aplicó en los hogares la versión computarizada de la entrevista DISC-IV. La prevalencia total fue de 22,5%, siendo los trastornos de comportamiento disruptivo los más frecuentes, seguidos por los trastornos ansiosos. Se detallan los factores asociados a cada grupo de trastornos y la comorbilidad entre ellos. 41,6% de los niños y adolescentes con Trastorno psiquiátrico asociado a discapacidad social consultó en algún tipo de servicio en el último año. La información derivada de esta investigación prestará utilidad para el desarrollo y perfeccionamiento de programas de salud mental en el país.

## INTRODUCCIÓN

### La importancia de estudiar la salud mental de niños y adolescentes

Los primeros estudios psiquiátricos comunitarios fueron efectuados en adultos en los años 80. Al pedirles que recordaran sus primeros síntomas los sujetos relataban

edades de comienzo más tempranas de lo que se pensaba clínicamente. Cerca del 80% de los sujetos que sufría de T. depresivos, ansiosos o abuso de drogas, informó haber comenzado antes de los 20 años. Por otra parte, el riesgo para iniciar depresión mayor, manía, T obsesivo-compulsivo, fobias y T. de abuso de alcohol y drogas se observó en la niñez y adolescencia (1, 2). Los estudios clínicos y epidemiológicos recientes muestran dos grupos de trastornos:

<sup>1</sup> Artículo publicado originalmente en Rev Med Clin Condes 2012; 23(5): 521-529. Reproducido con autorización.

<sup>2</sup> Profesor adjunto. Universidad de Chile y Depto. Psiquiatría. Clínica Las Condes.

<sup>3</sup> Profesor Depto. Psiquiatría Universidad de Concepción.

<sup>4</sup> Estadístico Depto. Psiquiatría Universidad de Concepción.

Email: torbarra@gmail.com

Los que empiezan en la niñez (T. Déficit atencional, autismo y otros T. penetrantes del desarrollo, angustia de separación, fobias específicas, T. opositorista desafiante) y un grupo diferente que comienza en la adolescencia (fobia social, T. pánico, abuso de sustancias, depresión, anorexia nervosa, bulimia nervosa). La mayoría de los trastornos que comienzan en la niñez son más prevalentes en hombres que en mujeres, mientras que los que comienzan en la adolescencia más en mujeres que en hombres (3, 4).

El proyecto Atlas (O.M.S. 2005) registró los recursos de salud mental infantojuvenil en 66 países, y señaló que los trastornos psiquiátricos de comienzo en la niñez y adolescencia deberían ser un tema de interés para la salud pública (5).

La epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes cumple varios objetivos en salud pública: conocer la magnitud y la distribución de los trastornos psiquiátricos, calcular la carga de enfermedad, medir el uso de servicios y monitorear si aquellos niños que los necesitan los están recibiendo (6). Los estudios demuestran una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos (1 de cada 5 niños; si se agrega criterio de discapacidad 1 de cada 10). Sólo 16% de ellos recibía atención y muchos que eran atendidos no tenían trastornos psiquiátricos. Esta realidad contrasta con las evidencias que están disponibles de tratamientos efectivos para tratar a los niños y adolescentes.

Aún persiste la controversia acerca de si los síntomas de los trastornos mentales y sus agrupaciones en diagnósticos son universales a todas las culturas o son moldeados por éstas. Se concluyó que este dilema debe resolverse mediante investigación empírica que establezca la validez diagnóstica en distintas culturas (7-11).

### Magnitud del problema: estudios de prevalencia

Las revisiones de múltiples estudios en diferentes países del mundo, mostraron gran variabilidad en las cifras de prevalencia, que se explicaba por diferencias en los instrumentos de medición utilizados, las muestras, definición de caso, análisis y presentación de los datos (12-15).

A pesar de la necesidad de información sobre prevalencia de problemas de salud mental en niños y adolescentes en Latinoamérica, los estudios son escasos. Los que han utilizado instrumentos diagnósticos estandarizados para trastornos psiquiátricos están limitados a Brasil (16-18) y México (19). Los estudios realizados en Brasil evalúan sólo niños y la investigación mexicana sólo adolescentes. En Chile, un estudio de niños escolares utilizó una entrevista semiestructurada

clínica aplicada por becados de psiquiatría (20). En Montevideo, Uruguay, se utilizaron cuestionarios de tamizaje para evaluar problemas de salud mental (21). El estudio nacional de Puerto Rico utilizó la entrevista DISC-IV y la tradujo al español (22). En Estados Unidos existen varios estudios de ciudades y regiones. El estudio longitudinal de Great Smoky Mountains en Carolina del Norte reevaluó a niños de 9 a 16 años anualmente, mostrando la evolución a largo plazo, las continuidades y discontinuidades de los trastornos psiquiátricos (23, 24). El primer estudio nacional de prevalencia en adolescentes norteamericanos (25) reveló una prevalencia global de 22%. También se hicieron estudios a nivel nacional en Israel (26) y Gran Bretaña (27).

Otro dilema que plantean los sistemas de clasificación internacional de enfermedades psiquiátricas son los hallazgos de alta tasa de comorbilidad, es decir, niños y adolescentes que cumplen los criterios diagnósticos para dos o más trastornos psiquiátricos y que alcanzan entre 24 y 29% (28-31).

La epidemiología ayuda a monitorear el grado en que los niños y adolescentes que necesitan tratamiento lo están recibiendo y apoya la compleja tarea de medir la efectividad de los programas de tratamiento y prevención en "el mundo real". Numerosos estudios han mostrado que una gran proporción de niños con T. mentales no recibe atención especializada, muchos de ellos son atendidos en otro tipo de servicios y una proporción importante no recibe ninguna atención. Para planificar los servicios es importante diferenciar cuáles problemas pueden ser atendidos en el nivel primario y cuáles necesitan atención por especialistas altamente entrenados.

Existe suficiente evidencia de la eficacia a corto plazo de tratamientos farmacológicos y psicológicos para enfermedades psiquiátricas en los niños. Sin embargo, los estudios epidemiológicos han demostrado que esta eficacia es alta en manos de especialistas, siendo menor en el resto de los sistemas de salud. Por otra parte, la investigación en niños está gravemente desfinanciada (32-37).

### Epidemiología del desarrollo

Esta rama de la epidemiología tiene por objetivo comprender los mecanismos por los cuales los procesos de desarrollo afectan el riesgo para trastornos psiquiátricos específicos y proponer estrategias preventivas en las distintas etapas. Contribuye a dilucidar cómo las trayectorias de síntomas, ambiente y desarrollo individual se combinan para producir adaptación, resiliencia o psicopatología. La meta es crear un ambiente en el cual los niños, incluso los genéticamente vulnerables

no sean expuestos a factores de riesgo o sean protegidos de sus efectos (38, 39).

### **Estudios sobre factores de riesgo, factores protectores para trastornos psiquiátricos y factores promotores de bienestar psicosocial**

Se pueden agrupar en factores que surgen del individuo, de la familia y del ambiente social comunitario. Estos factores operan en conjunto e interactúan. Existe consenso que el bajo nivel socioeconómico, la desintegración y psicopatología familiar, el daño temprano físico y psicológico, un temperamento difícil en la niñez, la violencia y el impedimento intelectual constituyen factores de riesgo. Por otra parte, una crianza sensible con autoridad de los padres, las oportunidades educacionales, autonomía psicológica y buena salud física son factores protectores. No se han encontrado grandes diferencias en los factores de riesgo presentes en distintas culturas: p. ej. Puerto Rico, India y EE.UU. Un análisis de estas influencias en países de nivel socioeconómico bajo y medio, señala que, a pesar que existe mayor cantidad de factores de riesgo que en los países ricos, también pueden estar presentes más factores protectores (40-44).

### **Interrelaciones entre factores de riesgo médicos y psiquiátricos**

El estudio de las cohortes seguidas desde los 60 y 70 han servido para buscar los orígenes psicosociales de las enfermedades "médicas" crónicas de la adultez (45, 46) y el rol de los problemas fisiológicos tempranos en el desarrollo de Trastornos psiquiátricos. Hay evidencia que un grupo nuclear de factores de riesgo y protectores evolutivos y socioeconómicos predicen e influyen sobre el curso de enfermedades físicas y mentales: pobreza, falta de apego a figura primaria, malas relaciones familiares, depresión materna, mal rendimiento escolar y estructura familiar alterada (47, 48).

Se ha comprobado la heterogeneidad de los trastornos mentales y la importancia de los procesos del desarrollo para elucidar las vías de adaptación y desadaptación. Se han integrado los avances en biología del desarrollo y su interacción mutua con la experiencia, la neuroplasticidad cerebral, la biología molecular y la genética molecular. Finalmente, se ha contribuido al desarrollo de iniciativas clínicas dirigidas a la prevención y tratamiento de las enfermedades mentales. Para continuar progresando es necesario que se incorporen en mayor medida un nivel múltiple de análisis y una perspectiva interdisciplinaria. Debería usarse la información obtenida para los esfuerzos preventivos y

terapéuticos y continuar incorporando contextos culturales en los diseños de investigación. Finalmente, los hallazgos que emanen de la psicopatología evolutiva deben ser traducidos a aplicaciones prácticas.

En Chile existen algunos programas de tratamiento de trastornos conductuales y emocionales de niños y adolescentes en el nivel primario de salud, efectuados por profesionales de educación y salud, derivando al nivel secundario especializado en salud mental solo un porcentaje de los niños. Para optimizar la efectividad de estos programas y asignar los recursos necesarios, es necesario tener información sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos a nivel de la comunidad. A continuación, se informa sobre el primer estudio de este tipo efectuado en nuestro país.

### **Estudio comunitario de prevalencia de trastornos psiquiátricos en población infanto-juvenil en Chile (Benjamín Vicente, Sandra Saldivia, Pedro Rioseco, Flora de la Barra y Roberto Melipillán)**

Investigación colaborativa de las Universidades de Chile y de Concepción, financiada por FONDECYT (Proyecto 1070519) (49-51).

#### *Objetivos*

1. Determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos DSM-IV en una muestra representativa de niños y adolescentes de 4-18 años en Chile.
2. Identificar algunas variables asociadas con los trastornos psiquiátricos.
3. Estudiar la utilización de servicios en los niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos.

#### *Método*

La investigación se llevó a cabo en cuatro provincias: Santiago, Iquique, Concepción y Cautín, donde se había realizado el estudio de la población mayor de 18 años anteriormente. Se procuró que estuvieran representados todos los niveles socioeconómicos, grupos étnicos y población urbana / rural.

Las muestras fueron seleccionadas en forma aleatoria, estratificada y multi-etápica: 1° comunas, luego manzanas, casas, y finalmente el niño o adolescente a entrevistar. La muestra fue pesada para la probabilidad de selección en cada etapa.

Estudiantes egresados de Psicología entrenados visitaron a las familias en sus hogares y aplicaron la versión computarizada española de la entrevista DISC-IV (52, 53), un cuestionario de factores de riesgo

familiares, índice socioeconómico (54) y un cuestionario de uso de servicios (55). Entrevistaron a los padres o cuidadores de los niños de 4-11 años y a los adolescentes de 12-18 directamente.

Se registraron los diagnósticos y cuatro algoritmos de impedimento contenidos en el DISC-IV. Los datos del instrumento de lápiz/papel fueron ingresados a una base de datos SSPS. Las estimaciones fueron efectuadas en el programa STATA 10.0, usando comandos para muestras complejas. Los errores estándar se calcularon usando métodos de series lineales de Taylor para obtener intervalos de confianza de 95% y valores *p*.

El adulto responsable o el adolescente firmaron consentimiento informado. Se aseguró la confidencialidad, ya que los entrevistadores no supieron los resultados. Los casos identificados fueron referidos a la red de salud mental local. Se obtuvo una participación de 82,4%.

La muestra total fue de 1.558 niños y adolescentes, 158 en Iquique, 354 en Concepción, 254 en Cautín y 792 en Santiago.

Para estudiar factores de riesgo se efectuaron dos tipos de análisis:

1. Análisis bi-variado entre cada uno de los predictores y los diagnósticos, seleccionando aquellos predictores que presenten un nivel de significación estadística. En el caso de un predictor categórico, el análisis bi-variado se realizó empleando el test de asociación *F* de Rao-Scott, mientras que para un predictor numérico se empleó un análisis de regresión logística.
2. Análisis de regresión logística multivariada empleando sólo aquellos predictores seleccionados en el paso anterior.

## Resultados

TABLA 1

La prevalencia total para cualquier trastorno psiquiátrico + discapacidad psicosocial fue de 22,5%. Los grupos de Trastornos que mostraron más alta prevalencia fueron los Disruptivos, con 14,6%, seguidos de los T. Ansiosos, con un 8,3%.

TABLA 2

El diagnóstico disruptivo más prevalente fue el T. de Déficit Atencional/Hiperactividad. Las diferencias de género no son significativas. Las prevalencias de TDAH son más bajas en Concepción y Cautín que en Santiago (O.R.: 0,35 y 0,30 respectivamente, *p*<0,01). En

Santiago y Cautín, la prevalencia es mayor en niños que en adolescentes (O.R. 0,10 y 0,26; *p*<0,05 y 0,26; *p*<0,01 respectivamente).

TABLA 3

El trastorno ansioso más prevalente fue la angustia de separación, que disminuyó en la adolescencia. Todos los T. ansiosos fueron más frecuentes en mujeres.

Respecto a los trastornos afectivos, la gran mayoría estuvo constituida por Depresión Mayor (5,1%), siendo la distimia sólo el 0,1%. No se incluyó el trastorno Bipolar dentro de los diagnósticos evaluados.

TABLA 4

La comorbilidad (cumplir los criterios para dos o más diagnósticos) estuvo presente en el 39,3% de los casos, mientras que 10,3% tenían tres o más diagnósticos. La más frecuente fue la comorbilidad T. Afectivo + ansioso, seguido de T. afectivo + disruptivo. Los T. de abuso de sustancias se asociaron más frecuentemente a los T. disruptivos. Las niñas tuvieron significativamente más comorbilidad que los niños.

TABLA 5

Las variables que tenían asociación significativa con algún trastorno psiquiátrico fueron las siguientes:

- Pertenecer al género femenino aumentó en 1,8 veces el riesgo de tener trastornos ansiosos.
- Ser un adolescente vs. un niño disminuyó el riesgo de presentar T. disruptivos.
- Tener un nivel socioeconómico alto disminuyó el riesgo para T. ansiosos y T. de uso de sustancias
- La psicopatología presente en la familia aumentó casi tres veces el riesgo de presentar un T ansioso y 5½ veces un T. afectivo.
- Vivir con un solo padre aumentó el riesgo para los T. afectivos y disruptivos. Vivir con otras personas lo aumentó para los T. afectivos.
- Haber desertado de la escuela disminuyó el riesgo de ser diagnosticado con T. disruptivos y aumentó el riesgo de T. de Uso de sustancias en casi siete veces.
- La percepción de un buen funcionamiento familiar disminuyó el riesgo de presentar cualquier trastorno psiquiátrico.
- El antecedente de maltrato aumentó en 4½ veces el riesgo de presentar T. disruptivos.
- Haber sufrido abuso sexual aumentó el riesgo para T. ansiosos, afectivos y disruptivos.

**Tabla 1**  
PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS (DSM-IV) EN EL ÚLTIMO AÑO + IMPEDIMENTO EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL  
(N = 1558)

Trastorno psiquiátrico + impedimento	Total		Masculino		Femenino		4-11 años		12-18 años	
	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.
T. Ansiosos	8,3	0,9	5,8	0,9	11,0	1,7	9,2	1,1	7,4	1,4
T. Afectivos	5,1	0,9	3,2	0,9	7,1	1,8	3,5	1,1	7,0	1,5
T. de comportamiento disruptivo	14,6	1,1	13,5	1,3	15,8	2,3	20,6	2,1	8,0	1,7
Uso drogas	1,2	0,4	1,4	0,5	1,1	0,5	0	0	2,6	0,8
T. Alimentación	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3
Esquizofrenia	0,1	0,1	0	0	0,3	0,3	0	0	0,3	0,3
Cualquier trastorno	22,5	1,6	19,3	1,8	25,8	2,8	27,8	2,2	16,5	2,0

**Tabla 2**  
PREVALENCIA DE TRASTORNOS DISRUPTIVOS + IMPEDIMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL  
(N= 1558)

Trastorno psiquiátrico + impedimento	Total		Masculino		Femenino		4-11 años		12-18 años	
	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.
Cualquier T. Disruptivo	14,6	1,1	13,5	1,3	15,8	2,3	20,6	2,1	8,0	1,7
T. Déficit Atencional/ Hiperactividad	10,3	0,9	9,7	1,2	10,9	2,0	15,5	1,6	4,5	1,4
T. Oposicionista Desafiante	5,2	0,5	4,5	0,7	5,9	0,9	7,8	0,9	2,3	0,7
T. de Conducta	1,9	0,4	2,7	0,8	1,0	0,4	0,9	0,3	2,9	0,9

**Tabla 3**  
PREVALENCIA DE TRASTORNOS ANSIOSOS + IMPEDIMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO + IMPEDIMENTO EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL  
(N= 1558)

Trastorno psiquiátrico + impedimento	Total		Masculino		Femenino		4-11 años		12-18 años	
	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.
Cualquier T. Ansioso	8,3	0,9	5,8	0,9	11,0	1,7	9,2	1,1	7,4	1,4
Fobia social	3,7	0,8	1,8	0,7	5,7	1,5	3,5	0,9	3,9	1,2
Ansiedad generalizada	3,2	0,5	1,2	0,5	5,3	0,9	3,8	1,0	2,6	1,0
Ansiedad de separación	4,8	0,6	4,0	0,8	5,7	0,9	6,1	0,9	3,4	1,0

**Tabla 4**  
COMORBILIDAD ENTRE GRUPOS DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS CON IMPEDIMENTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CHILENOS  
(N=1558)

Muestra Total	T. Ansiosos %	T. Afectivos %	T. Disruptivos %	T. Uso Sustancias %
T. Ansioso	-	19,5	35,6	4,4
T. Afectivos	59,2	-	43,4	14,8
T. Disruptivos	30,7	12,2	-	6,1
T. Uso sustancias	17,0	18,9	28,0	-

**Tabla 5**

VARIABLES ASOCIADAS A LOS GRUPOS DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS CON IMPEDIMENTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CHILENOS

T. Psiquiátrico + impedimento	T. Ansiosos O.R (I.C)	T. Afectivos O.R (I.C)	T. Disruptivos O.R (I.C)	T. Uso de sustancias O.R (I.C)	Cualquier trastorno O.R (I.C)
Masculino	1,80*	1,74	-	-	1,35
Femenino	(1,09-2,99)	(0,70-4,31)	-	-	(0,93-1,95)
4-11 años	-	1,63	0,21***	+	0,38***
12-18 años	-	(0,76-3,50)	(0,11-0,41)	-	(0,25-0,57)
Línea pobreza ≤ 2	0,56	-	-	0,07**	-
> 2	(0,29-1,10)	-	-	(0,01-0,38)	-
> 5	0,37**	-	-	0,57	-
> 8	(0,18-0,76)	-	-	(0,13-2,54)	-
> 8	0,35*	-	-	0,63	-
	(0,15-0,83)	-	-	(0,15-2,57)	-
Psicopatología familiar Sí/No	2,93*	5,54**	2,54	1,53	2,48***
	(1,29-6,65)	(1,70-18,04)	(0,96-6,72)	(0,36-6,44)	(1,80-3,42)
Vive con ambos padres					
Un solo padre	1,65	2,91**	1,87*	-	2,20***
	(0,92-2,97)	(1,39-6,11)	(1,06-3,32)	-	(0,81-3,10)
Otras personas	2,01	3,51**	1,03	-	
	(0,86-4,70)	(1,57-7,48)	(0,38-2,84)	-	
Deserción escolar Sí/No	-	-	0,29*	6,78*	-
	-	-	(0,11-0,79)	(1,08-42,58)	-
Percepción de buen funcionamiento familiar Sí/No	0,67	0,46	0,56	0,55	0,67*
	(0,38-1,20)	(0,14-1,48)	(0,24-1,28)	(0,23-1,31)	(0,49-0,93)
Maltrato Sí/No	1,29	0,93	4,46**	4,21	3,71**
	(0,57-2,89)	(0,28-3,11)	(1,73-11,45)	(0,85-20-79)	(1,36-7,49)
Abuso sexual Sí/No	2,21*	5,45***	2,95*	1,25	2,54**
	(1,18-4,13)	(2,54-11,72)	(1,14-7,58)	(0,14-11,56)	(1,49-4,34)

\* p&lt;0,05 \*\* p&lt;0,01 \*\*\* p&lt;0,001

- n.s. en análisis bivariado

+ No se estimó por separación perfecta entre los grupos

**Tabla 6**

USO DE SERVICIOS

Tipo de servicio	Sin diagnóstico psiquiátrico o con diagnóstico sin impedimento n= 1229			Cualquier diagnóstico + impedimento n=329		
	n	%	E.E.	n	%	E.E.
En escuela	109	9,0	1,6	72	21,2	4,3
Salud mental	86	6,4	0,8	58	19,1	3,8
Otros médicos	23	2,2	0,7	21	5,9	2,0
Sociales	2	0,3	0,2	4	0,6	0,4
Otros	19	1,23	0,4	15	5,3	2,9
Cualquier servicio	225	17,8	1,8	133	41,6	2,2

Más de 1 servicio puede ser usado por caso. Datos pesados por censo 2002.



TABLA 6

358 personas habían utilizado servicios, de las cuales 329 (41,6% del la muestra) presentaban trastorno psiquiátrico acompañado de impedimento social. Por otra parte, 17,8% de las personas sin diagnóstico o con diagnóstico sin discapacidad agregada, había consultado en algún servicio. Los servicios más utilizados fueron los disponibles en la escuela, seguidos de los servicios formales de salud mental.

## CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Algunas de las fortalezas de este estudio están constituidas por el uso de metodología e instrumentos de uso internacional actual, previamente validados para Chile; lo que hace posible comparar con las publicaciones de otros países. El tamaño y cobertura de la muestra, el proceso de selección y pesaje, hacen que los resultados representen al 57% de los niños y adolescentes que viven en Chile. La tasa de participación de 82,4% fue muy satisfactoria respecto a otros estudios. El rango de edades incluidas en el estudio fue más amplio que la mayoría de las investigaciones en otros países. Al entrevistar directamente en los hogares, se descartó el sesgo presente en los estudios de poblaciones consultante. Además, se incluyó a los niños que no están en la escuela, los que no se evalúan en los estudios de población escolar.

También debemos señalar algunas debilidades: el hecho de no haber agregado una segunda medida de discapacidad aparte de la que está incluida dentro de la entrevista diagnóstica, puede haber aumentado nuestras prevalencias. Utilizamos solamente un informante: padres de niños, y el adolescente mismo, lo que nos impide eliminar el sesgo derivado del informante. Finalmente, la entrevista DISC, al igual que las demás entrevistas estructuradas y semiestructuradas, evaluó una serie de trastornos psiquiátricos nucleares, pero excluye otros, por ejemplo los trastornos del desarrollo, que requieren de otros instrumentos diagnósticos. Cada tipo de entrevista tiene características comunes y algunas diferencias específicas. Se eligió este instrumento, de validez comprobada en muchos países, que fue traducido al español por el equipo de Puerto Rico y validado para Chile en Concepción. Por ser una entrevista totalmente estructurada, basada en el informante, se elimina el sesgo clínico.

Nuestras cifras de prevalencia globales fueron más altas que en la mayoría de los países, al igual que lo encontrado en estudios de población adulta en Chile. Sin embargo, el estudio nacional de adolescentes norteamericanos tiene la misma tasa que el nuestro. Las cifras

de trastornos disruptivos son más altas que la mayoría de los estudios en otros países con entrevistas psiquiátricas. La prevalencia igual en hombres y mujeres del T. de Déficit Atencional/Hiperactividad, es distinto a la mayoría de las cifras de otros países. Sin embargo, los estudios específicos de las diferencias de género muestran que las mujeres con este trastorno son subdiagnosticadas y tiene peor evolución que los hombres.

Finalmente, esperamos que nuestros resultados y análisis entreguen información relevante para aumentar y perfeccionar los programas de salud mental infantojuvenil en nuestro país. Las altas cifras de trastornos ansiosos y T. de déficit atencional en nuestro niños y adolescentes, deberían ser motivo de preocupación de las autoridades del nivel central que planifican y diseñan programas de atención. El hecho que el T. de déficit atencional sea un trastorno tan prevalente en hombres como mujeres debe ser considerado en los planes de salud. Sería importante repetir éstos y otros estudios periódicamente para evaluar el impacto de los programas.

Igualmente, creemos aportar nuevos datos a la epidemiología infantojuvenil transcultural, especialmente en Latinoamérica, región sobre la cual escasean los datos objetivos.

Los autores declaran no tener conflictos de interés con relación a este artículo.

## REFERENCIAS

1. Costello J. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44(10): 972-986
2. Szatmari P. Editorial. More than counting milestones in child and adolescent psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48(4): 353-355
3. Christie KA, Burke JD, Regier DA, *et al.* Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 971-5
4. Burke KC, Burke JD, Regier DA, *et al.* Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 511-8
5. WHO (2005). Atlas child and adolescent mental health resources and global concerns: Implications for the future. <http://www.who.int/mentalhealth/resources/Child-ad-atlas.pdf>
6. Belfer M. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49(3): 226-236
7. Canino y Alegría M. Psychiatric diagnosis – is it universal or relative to culture? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49(3): 237-25
8. Achenbach T, *et al.* Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008, 49(3): 251-275

9. Rescorla LA, Achenbach TM, Ivanova MY, *et al.* Behavioural and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders* 2007; 15: 130-142
10. Rutter M, Nikapota A. Sociocultural/ethnic groups and psychopathology. En *Rutter's Child & Adolescent Psychiatry, Fifth Edition*, Blackwell Publishing 2008, Ch.15, pp. 199-211
11. Mohler B. Cross-cultural issues in research on child mental health. En *Cultural and societal influences in child and adolescent Psychiatry*. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2001; 10 (4): 763-776
12. Roberts RE, Attkinson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 715-725
13. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, *et al.* Mental health of young people: a global public health challenge. *Lancet* 2007; 369: 1302-1313
14. Costello EJ. Preventing child and adolescent mental illness: the size of the task. In *reducing risks child and adolescent mental disorders*. Institute of Medicine of the national academies. The National Academies Press, Washington DC, 2008
15. De la Barra F. Epidemiología de Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 2009; 47(4): 303-314
16. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. The prevalence of Child psychiatric disorders in South East Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 727-734
17. Goodman R, Neves Dos Santos N, Robatto Nunez A, *et al.* The Ila da Mare study: a survey of child mental health problems in a predominantly African- Brazilian rural community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 11-17
18. Anselmi L, Fleitlich-Bilyk B, Menezes AM, Araújo CL, Rohde LA. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2010; 45: 135-142
19. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, *et al.* Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican adolescent mental health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009; 50(44): 386-395
20. De la Barra F, Toledo V, Rodríguez J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. IV: desórdenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 2004; 42(4): 259-272
21. Viola L, Garrido G, Varela A. Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevideanos. *Rev Psiquiatr Urug* 2008; 72: 1, 9-20
22. Canino G, Shrout P, Rubio-Stipec M, *et al.* The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 85-93
23. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, *et al.* Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 837-844
24. Copeland W, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50: 252-261
25. Merikangas K, He J, Burstein M, Swanson S, Shelli Avenevoli S, Cui, Benjet C, Georgiades K Swendsen J. Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement (NCS-A). *J Child Adolesc Acad Psychiat* 2010; 49(10): 980-989
26. Farbstein I, Mansbach-Kleinfeld I, Levinson D, Goodman R, Levav I, Vograft I, Kanaaneh R, *et al.* A Prevalence and correlates of mental disorders in Israeli adolescents: results from a national mental health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010; 51: 630-639
27. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003; 42(10): 1203-1211
28. Merikangas K, Nakamura E, Kessler R. State of the art. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2009; 11: 7-20
29. Maj M. The Aftermath of the Concept of 'Psychiatric Comorbidity'. *Psychother. Psychosom.* 2005; 74: 67-68
30. Angold A, Costello J, Erkanli A. Comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 40(1): 57-87
31. Angold A, Costello J. Nosology and measurement in child and adolescent psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009; 50(1-2): 9-15
32. Rutter M, Stevenson J. Using epidemiology to plan services: a conceptual approach. In *Rutter's Child & Adolescent Psychiatry, Fifth Edition*, Blackwell Publishing 2008, pp. 71- 80
33. Ford T. Practitioner review: how can epidemiology help us plan and deliver effective child and adolescent mental health services? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49(9): 900-914
34. Jensen P, Hoagwood K, Petti T. Outcomes of mental health care for children and adolescents. II: Literature review and application of a comprehensive model. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35 (8): 1064-1077
35. Ford T, Hamilton H, Seltzer H, *et al.* Predictors of service use for mental health problems among British schoolchildren. *Child & Adolescent Mental Health* 2008; 13(1): 32-40
36. Sourander A, Niemela S, Santalahti P, *et al.* Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children: a 16-year population-based timetrend study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47(3): 317-327
37. Angold A, Costello EJ, Burns BJ, *et al.* Effectiveness of non-residential specialty mental health services for children and adolescents in the "real world". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 154-160
38. De la Barra F. Epidemiología evolutiva en niños y adolescentes. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 2010; 48(2): 152-159
39. Cicchetti D, Toth S. The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009; 50 (1-2): 16-25
40. Moffit T E, Caspi A, Harrington H, *et al.* Males on the life-course persistent and adolescent-limited antisocial pathways: follow up at age 26. *Dev. Psychopathol* 2002; 179-207
41. Stouthamer-Loeber, Drinkwater M, Loeber R. Family functioning profiles, early onset of offending and disadvantaged neighbourhoods. *Int J Child Fam Welfare* 1999; 3: 247-56
42. Goodman A, Fleitlich-Bilyk B, Patel V, *et al.* Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 448-56
43. Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A, *et al.* Maternal depression and children's antisocial behaviour: nature and nurture effects. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62: 173-81
44. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, *et al.* The world report on violence and health. *Lancet* 2002; 1083-1088
45. Mantaymaa M, Puura K, Luoma I, *et al.* Infant-mother interaction as a predictor of child's chronic health problems. *Child Care Health Dev* 2003; 29: 181-91
46. Wright LB, Treiber F, Davis H, *et al.* The role of maternal hostility and family environment upon cardiovascular functioning

- among youth two years later: socioeconomic and ethnic differences. *Ethn Dis* 1998; 8: 367-76
47. Goodman R, Ford T, Gatward R, *et al.* Using the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15: 166-172
  48. Centers for Disease Control and Prevention. National Health and Nutrition Examination Survey. <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm>, 2007
  49. Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, De la Barra F, Valdivia M, Melipillan R, *et al.* Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles en la Provincia de Cautín. *Rev Med Chile* 2010; 138: 965-974
  50. Vicente B, De la Barra F, Saldivia S, Kohn R, Rioseco P, Melipillan R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Santiago, Chile: a community epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011. DOI 10.1007/s00127-011-0415-3
  51. Vicente B, Saldivia S, De la Barra F, Melipillan R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infantojuvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev Med Chile* 2012; 140: 447-457
  52. Shaffer D, Fisher P, Lucas C, Dulcan M, Schwab-Stone M. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, Differences From Previous Versions, and Reliability of Some Common Diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39: 28-38
  53. Canino G, Bird H. The Spanish Diagnostic Interview Schedule: Reliability and Concordance with Clinical Diagnosis in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 720-726
  54. Weissman MM, Wickramaratne P, Adams P, Wolk S, Verdell H, Olsson M. Brief screening for family psychiatric history: the Family History Screen. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57: 675-682
  55. Canino G, Shrout PE, Alegria M, Rubio-Stipec M, Chavez LM, Ribera JC, *et al.* A Methodological challenges in assessing children's mental health services utilization. *Mental Health Services Research* 2002; 4: 97-107

