

**V**ERTEX  
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA  
116



DEBATES EN PSIQUIATRÍA INFANTOJUVENIL  
DIAGNÓSTICO, ETIQUETAMIENTO,  
USO DE PSICOFÁRMACOS, OTROS TRATAMIENTOS

*Armus / Costa / Feinmann / Kunst / Rattazzi / Rivera*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XXV – N° 116 Julio – Agosto 2014 – ISSN 0327-6139

Director:  
**Juan Carlos Stagnaro**  
Director Asociado para Europa:  
**Dominique Wintrebert**  
Secretario:  
**Martín Nemirovsky**

#### Comité Científico

**ARGENTINA:** F. Álvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablon Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst.

#### Comité Editorial

Martín Agrest, Patricio Alba, Norberto Aldo Conti, Juan Costa, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Hugo Pisa, Fabián Triskier, Daniel Vigo, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

#### Corresponsales

**CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES:** S. B. Carpintero (Hosp. C. T. García); N. Conti (Hosp. J. T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

#### Corresponsales en el exterior

**ALEMANIA Y AUSTRIA:** A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

#### Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXV Nro. 116 JULIO - AGOSTO 2014

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

\* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

#### Informes y correspondencia:

VERTEX, Moreno 1785, piso 5  
(1093), Buenos Aires, Argentina  
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181  
E-mail: editorial@polemos.com.ar  
www.editorialpolemos.com.ar

#### Corrección técnica de textos:

Laura Carosella

#### Diseño

Marisa G. Henry  
marisaghenry@gmail.com

Impreso en:  
Sol Print SRL,  
Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

## SUMARIO

VERTEX  
*Revista Argentina de  
Psiquiatría*

Aparición  
Bimestral

Indizada en el  
acopio bibliográfico  
*"Literatura  
Latinoamericana en  
Ciencias de la  
Salud"* (LILACS) y  
MEDLINE.

Para consultar  
listado completo  
de números anteriores:  
[www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)

*Ilustración de tapa  
Artista: Viviana Brass  
Ilustradora infantil*

*Título: ilustración para cuento  
infantil inédito*

*Técnica: témpera  
30 x 30 cm  
Año 2009*

[www.vivibrass.blogspot.com](http://www.vivibrass.blogspot.com)

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Confiabilidad de la versión chilena de la Hare PCL-R y validez convergente con otros instrumentos de evaluación de psicopatía**  
Elizabeth León Mayer, Jorge Folino, Robert Hare pág. 245
- **Teoría de la mente en los trastornos alimentarios: ¿endofenotipo de la enfermedad?**  
Fernanda Tapajóz, Natalia Catoira, Ricardo Francisco Allegri pág. 253
- **El concepto de "comprensión" (*Verstehen*) en Karl Jaspers**  
Helena Villarreal, Massimiliano Aragona pág. 262
- **Crisis no epilépticas de origen psicógeno. Diagnóstico diferencial con la epilepsia, presentación clínica y abordaje terapéutico**  
Laura Scévola, Guido Korman, Silvia Oddo, Silvia Kochen, Luciana D'Alessio pág. 266

### DOSSIER

- **DEBATES EN PSIQUIATRÍA INFANTOJUVENIL** pág. 274
  - **Entre la clínica exagerada y la clínica exasperada. Puentes, diferencias y rupturas en Salud Mental Infantojuvenil**  
Marcela Armus, Juan José Costa pág. 279
  - **La importancia de la detección precoz y de la intervención temprana en niños con condiciones del espectro autista**  
Alexia Rattazzi pág. 290
  - **Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista**  
Consejo Ejecutivo de la OMS pág. 295
  - **Entrevista a Débora Feinmann**  
Ernesto Whalberg, Juan Costa pág. 299
  - **¿Estamos (los psiquiatras infantiles) patologizando la infancia?**  
Gabriel Kunst pág. 304
  - **Abordajes reduccionistas de problemáticas complejas: una reflexión epistemológica y ética**  
Silvia Rivera pág. 308

### EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Contribución a la Psicopatología Sexual Infantil**  
Lanfranco Ciampi pág. 315

### LECTURAS Y SEÑALES

- **El DSM en cuestión. Una crítica de la categoría de stress postraumático**  
Daniel Matusevich pág. 319

**EDITORIAL**



*En mayo del año pasado se publicó, en ocasión del congreso anual de la American Psychiatric Association, celebrado en San Francisco, EE. UU., la quinta versión de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5).*

*Los lectores de Vertex recibieron un análisis de sus contenidos en el Dossier "DSM-5: Luces y sombras" del número 113 de nuestra revista, aparecido a principios de este año. En sus páginas se dio cuenta de las novedades y discontinuidades conceptuales que*

*presentó la nueva versión de esa clasificación. No está de más volver sobre el tema para puntualizar algunas de las consecuencias que se pudieron observar en el lapso que corrió entre la aparición del DSM-5 y la actualidad; en la que ya está disponible la versión castellana del breviario de los criterios diagnósticos del DSM-5, desde octubre de 2013, y su versión completa de reciente aparición.*

*Una inmediata reacción al evento de marras fue la crítica emanada desde la dirección del Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH) de los EE. UU. considerada la mayor proveedora de fondos de investigación en salud mental de todo el mundo, por su presidente, Thomas Insel, al enfoque conceptual del Manual de la APA, quien anunció que el NIMH dejará de hacer uso de la clasificación del Manual para impulsar el desarrollo de un nuevo sistema de clasificación de los trastornos mentales, que no se base en la agrupación de síntomas por consenso de expertos -tal y como se hace en el DSM- poniendo en marcha el proyecto Research Domain Criteria, RdoC, que pretende recopilar información procedente de la genética, las pruebas de neuroimágenes, las ciencias cognitivas y otros datos fisiológicos, para identificar e integrar los componentes vinculados a los síntomas de enfermedad mental. Si bien este enfoque también ha sido criticado por su carácter reduccionista y por no tener en cuenta otros factores decisivos de tipo ambiental, conductual y social, la ruptura del NIMH con el DSM supone un importante desautorización de la clasificación de la APA como canon de la nosografía psiquiátrica. En el otro extremo llovieron críticas desde el mundo de la psicología: tras el anuncio de Insel la División de Psicología Clínica de la Asociación Británica de Psicología (British Psychological Society, BPS) avivó aún más la polémica el año pasado mostrando su oposición a la aplicación del modelo biomédico para la comprensión de los trastornos mentales (ver Position Statement on the Classification of Behaviour and Experience in relation to Functional Psychiatric diagnosis, Time for a Paradigm Shift). En el mismo sentido se manifestó el Consejo General de Psicología de España y otras entidades del sector, incluso norteamericanas como puede verificarse en la literatura especializada a nivel mundial.*

*En ese escenario controvertido se desarrolla el trabajo de elaboración de la revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) con vistas a la publicación de su versión CIE 11, prevista para su aprobación oficial en 2017. Un interesante mecanismo de participación sobre los contenidos de la futura clasificación se puede consultar en <http://www.who.int/classifications/icd/revision>.*

*En ese marco, también cabe informarse sobre los aportes regionales que ha hecho y puede continuar haciéndose a través de la reflexión que aporta la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP).*

*Como hemos señalado en muchas oportunidades, y a nadie escapa, la psiquiatría no puede prescindir de una nosografía que organice sus diagnósticos y oriente su terapéutica y la investigación. Pero, también, como siempre enfatizamos, la clave de su elaboración es basarla en la clínica y la psicopatología: no sería osado pronosticar que el tiempo del "a-teoricismo" puede durar un poco más en escena, pero, conceptualmente, terminó ■*

## **REGLAMENTO DE PUBLICACIONES**

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio [www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)

## **MÉTODO DE ARBITRAJE**

Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

## **TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2014**

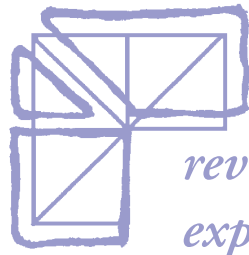
---

**Vertex 113 / Enero - Febrero**  
**DMS-5: LUCES Y SOMBRAS**

**Vertex 114 / Marzo - Abril**  
**CULTURA Y PSIQUIATRÍA**

**Vertex 115 / Mayo - Junio**  
**SUICIDIO Y PSIQUIATRÍA**

**Vertex 116 / Julio - Agosto**  
**DEBATES EN PSIQUIATRÍA**  
**INFANTOJUVENIL**



*revista de  
experiencias  
clínicas y neurociencias*



# **Confiabilidad de la versión chilena de la Hare PCL-R y validez convergente con otros instrumentos de evaluación de psicopatía**

**Elizabeth León Mayer**

*Psicóloga.  
Dra. en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de La Plata.  
E-mail: ely\_psi@vtr.net*

**Jorge Folino**

*Doctor en Medicina.  
Profesor de Psiquiatría, Universidad Nacional de La Plata.*

**Robert Hare**

*Profesor Emérito de Psicología, Universidad de British Columbia.*

## Introducción

La evaluación de la personalidad con características psicopáticas en el ámbito forense es un procedimiento trascendente y complejo que requiere sistematización y utilización de instrumentos válidos y confiables.

En los últimos años, en Argentina, Brasil y Chile se produjeron estudios que avanzaron hacia la satisfacción de esas necesidades (1, 2, 3). Los estudios chilenos permitieron sostener aspectos de la validez del *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R) y generar normas para la población masculina carcelaria local (4). En el presente artículo se extienden esos estudios, poniendo a prueba la validez convergente del PCL-R y explorando la utilidad del *Psychopathy Checklist: Screening Version* (PCL: SV) (4) como instrumento de cribado.

La imprecisión diagnóstica puede tener efectos muy perjudiciales sea en la persona o en la sociedad (5), entre los que se destacan los riesgos de etiquetamiento y la reiteración de la violencia (6). Por otra parte, se sabe que la psicopatía y el trastorno de personalidad antisocial (TPAS) no son lo mismo, y que resulta imprescindible el diagnóstico diferencial para elaborar apropiados planes de reinserción social y de beneficios intra y extra-penitenciarios (2, 4, 7, 8). La conceptualización del TPAS está especificada en el DSM-IV (10) con neto predominio de indicadores de conducta antisocial. La psicopatía, a su vez, involucra una perspectiva más integral de la personalidad que focaliza no sólo en lo conductual sino también en lo interpersonal y lo emocional. La confusión diagnóstica con el énfasis en lo conductual, y particu-

larmente en lo antisocial, descuida presentaciones como las del psicópata de cuello blanco, cuyas características nucleares se encuentran en los aspectos interaccionales y emocionales de la personalidad a los que no alude el TPAS. De esta manera el proceso diagnóstico es esencial, pero puede tornarse deficitario por problemas con el instrumento, por su mal uso (9) y por no contar con el tiempo que consume. El tiempo es un recurso escaso para quienes trabajan en áreas forenses, por plazos y por falta de personal. En esas condiciones se hace necesario contar con instrumentos que ahorre tiempo y que detecten eficientemente los casos psicopáticos como el PCL: SV, por ejemplo.

Todo ello motivó que en este estudio se buscaran dos objetivos principales: poner a prueba la validez convergente del PCL-R (4) con instrumentos que se basen en información de fuentes independientes del entrevistador y explorar la utilidad del PCL: SV (4) como instrumento de cribado.

## Constructo e instrumentos de evaluación

Si bien el concepto de psicopatía cuenta con una gran difusión, en ocasiones es erróneamente utilizado como sinónimo del TPAS. Es innegable que ambos constructos, comparten ciertas características pero tienen diferencias importantes (10, 11). Para el diagnóstico de psicopatía es imprescindible verificar la presencia no sólo de indicadores conductuales sino también de patrones relacionales y afectivos como, por ejemplo, la afectividad superficial. La confusión de estos diagnósticos lleva al sobre-diagnósti-

---

### Resumen

**Introducción:** La evaluación de salud mental en el ámbito forense es relevante por ser indispensable para planificar intervenciones y minimizar riesgos institucionales. El procedimiento incluye evaluar de características psicopáticas de la personalidad. Para ello, es valioso contar con instrumentos confiables y válidos. **Objetivos:** Evaluar la congruencia interna de la versión chilena del PCL-R, la validez convergente con el PCL: SV, el SRP-III-SF y el IM-P. Explorar la utilidad de del PCL: SV como instrumento de cribado. **Material y Método:** En un estudio de corte transversal se evaluaron sujetos condenados y alojados en el Centro de Cumplimiento Penitenciario de la ciudad de Los Andes, Chile (N=209 sujetos de un universo de 235 sujetos elegibles), obteniéndose datos de múltiples fuentes y video-registrándose las entrevistas. Se utilizaron los siguientes instrumentos: PCL-R; PCL: SV; IM-P; SRP: SF. **Resultados:** El Alfa de Cronbach para el puntaje total del PCL-R fue 0.97. La correlación del puntaje total del PCL-R con el del PCL: SV fue 0.87 ( $p < 0.001$ ); con el SRP-III-SF fue 0.37 y con el IM-P fue 0.75. La sensibilidad del PCL: SV fue de 1 y la especificidad de 0.90 por lo que se muestra como un excelente test de cribado.

**Palabras clave:** Psicopatía - Evaluación - Confiabilidad - Validez convergente.

RELIABILITY OF THE CHILEAN VERSION OF THE HARE PCL-R AND CONVERGENT VALIDITY WITH OTHER ASSESSMENT TOOLS PSYCHOPATHY

### Abstract

**Introduction:** Evaluation of mental health in forensic field is relevant in order to plan interventions and diminish institutional risks. The procedure includes the evaluation of psychopathic traits, which should be assessed by reliable and valid instruments. **Objectives:** To evaluate the internal congruence of the Chilean version of the PCL-R, and the convergent validity with the PCL: SV, the SRP-III-SF and the IM-P. To explore the utility of the PCL: SV as screening tool. **Material and Method:** The population of sentenced inmates of the Jail of Los Andes, Chile, was evaluated in a cross sectional study (N=209 inmates of a universe of 235 eligible subjects). Data was obtained from different sources and the interviews were video-recorded. The PCL-R, PCL: SV, IM-P and SRP-III-SF were used. **Results:** Cronbach Alpha for the PCL-R total score was 0.97. The correlation of the total PCL-R score with the PCL: SV was 0.87 ( $p < 0.001$ ); 0.37 with the SRP-III-SF and 0.75 with the IM-P. Sensibility of the PCL: SV was 1 and specificity 0.90 thus concluding that it is an excellent screening test.

**Key words:** Psychopathy - Assessment - Reliability - Convergent validity.

co de psicopatía lo que tiene importantes consecuencias en la estigmatización y en la limitación de acciones terapéuticas que podrían tener éxito en pacientes con TPAS y sin psicopatía. Numerosas investigaciones mostraron que en la población carcelaria existe una prevalencia de psicopatía que excede a la prevalencia encontrada en la comunidad (12, 13) pero mucho menor a la del TPAS (4, 7, 14, 15, 16). La adecuada diferenciación de estos trastornos es fundamental pues el psicópata se caracteriza por la gran capacidad de manipulación del sistema y la alta tasa de reincidencia violenta (3, 17, 18, 19).

El PCL-R es un instrumento con alta validez y confiabilidad (3, 5) y es considerado la "regla de oro" en la evaluación de psicopatía adulta (20), pero su aplicación consume un tiempo considerable pues requiere de la entrevista y de la obtención de información colateral. El PCL: SV, en cambio, se propone como instrumento de cribado que, sin reemplazar el uso del instrumento madre, puede constituirse en el primer paso de la evaluación más integral (21). Éste puede puntuarse sin necesidad de contar con la gran cantidad de información adicional que demandada para el PCL-R y, además, resultó útil en los fueros civil y de familia, en estudios en comunidad y en la selección de personal (21).

El *Self Reported Psychopathy - Short Form* (SRP-III-SF) es una versión abreviada del *Self Reported Psychopathy Inventory* (SRP-III) que sigue el modelo factorial del PCL-R de Hare (12, 22, 23). La versión actual del instrumento fue precedida por estudios que pusieron de manifiesto buena convergencia del PCL-R con algunos inventarios autorreportados, como el *Self Report Psychopathy Scale* (SRP) (24), el *Psychopathic Personality Inventory* (PPI) (25) y, especialmente, el SRP-II (23, 26, 27). Del SRP-III-SF hay evidencias de buena convergencia con el PCL-R, si bien con una tendencia de los evaluados a mostrarse favorablemente, tal como resulta esperable en un cuestionario autoinformado (28). El cuestionario explora la imagen que la persona tiene de sí mismo sobre la base de las mismas dimensiones que se exploran con el PCL-R. Esa información resulta valiosa en la investigación pues proviene directamente del sujeto, sin mediar el juicio clínico. Por otra parte, puede resultar valiosa para complementar el adecuado análisis clínico del caso.

Los ítems están distribuidos en cuatro factores y las alternativas de respuestas se movilizan en una escala de 5 puntos que va desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 5 (muy de acuerdo).

El *Interpersonal Psychopathy Inventory* (IM-P) está diseñado para ser aplicado por un observador externo durante el transcurso de la entrevista del PCL-R. Está conformado por 21 ítems en una escala de 4 puntos, que va desde el 0 cuando el sujeto no presenta la conducta, hasta el 3 cuando la presenta constantemente durante la entrevista (29). El IM-P debe ser usado como medición complementaria al PCL-R y no como un sustituto.

Los ítems se formularon a partir de revisión bibliográfica, de la experiencia clínica y de una encuesta realizada a investigadores (29). El test se basa en el principio de que la observación de aspectos específicos de la conducta en una situación dada reduce la necesidad de juicios

subjetivos en la evaluación y hace posible detectar las peculiaridades de los sujetos psicopáticos en lo interaccional (29, 30, 31, 32, 33).

La validez convergente se pone a prueba en este estudio con la utilización de los instrumentos mencionados arriba que están diseñados para medir el mismo constructo pero con aportes de información provenientes de diversas perspectivas (PCL-R y PCL: SV) y que suministran la perspectiva del evaluador que contempla múltiples fuentes de información y ejerce su juicio profesional; el SRP-III-SF que provee información directa del sujeto y el IM-P que aporta la perspectiva de un tercero, el profesional observador de la interacción. El hallazgo de altas correlaciones positivas entre PCL-R, PCL: SV e IM-P por una parte, y de una positiva correlación aunque de menor magnitud que las anteriores, con el SRP-III-SF, hablaría en favor de la validez convergente.

## Material y método

La muestra estuvo constituida por 209 sujetos de un total de 235 sujetos elegibles, que estaban condenados y alojados en el Centro de Cumplimiento Penitenciario de Los Andes entre los meses de octubre de 2009 y diciembre de 2010.

Se contó con la autorización de las autoridades de Gendarmería de Chile y del centro penitenciario. Asimismo, se contó con el consentimiento informado de los entrevistados en forma escrita y video-registrada.

Para la colección de datos se diseñó un formulario *ad hoc* que incluía ítems de las dimensiones sociodemográfica, criminológica y clínica. Los instrumentos utilizados fueron el PCL-R, el PCL: SV; el SRP-III-SF y el IM-P (8, 21, 27, 29). Se obtuvo información de múltiples fuentes: a) informe psicosocial, informes psicológicos y psiquiátricos e información legal obrante en expediente penitenciario; b) entrevista personal video registrada; y c) instrumentos autoreportados y de observación por tercero. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 1 hora y se realizó posteriormente a la recolección de datos provenientes de informes psicológicos previos, informes sociales y registros de Gendarmería de Chile, como por ejemplo, registros médicos, ficha de la persona penada y copia de sentencia. Asimismo se llevaron a cabo entrevistas con el personal de Gendarmería y con familiares de los internos en los casos en que se consideró necesario.

Para estimar la validez convergente del PCL-R y el PCL: SV 2 evaluadores independientes evaluaron un subgrupo de 54 casos procedentes de la muestra total de 209 sujetos, aportando uno de ellos los ítems del PCL-R y el otro los del PCL: SV.

Si bien en la sección de resultados se incorpora un resumen descriptivo, una descripción más amplia de la muestra puede ser consultada en León Mayer, Cortés y Folino (16).

## Resultados

### *Descriptivos y congruencia interna del PCL-R*

La media de edad al momento del estudio fue de 34 años (DT 9). El 70% de los sujetos tenía sólo educación



básica y el 46.7% estaba casado o conviviendo en pareja al momento de ingresar al penal. El 48.3% estaba condenado por delitos contra la propiedad, el 17% por delitos sexuales, e igual cantidad por delitos relacionados con el tráfico ilegal de estupefacientes.

La distribución de los valores totales del PCL-R fue normal ( $K-S=1.07$ ;  $p=0.2$ ). Se verificó una excelente con-

gruencia interna tanto del puntaje total como de cada uno de los factores (Tabla 1).

La media de correlación inter-ítem fue de 0.21, lo que permite sostener que la escala es homogénea. La amplia mayoría de las correlaciones ítem-total fue mayor de 0.35 lo que implica una contribución significativa al puntaje total (Tabla 2).

**Tabla 1.** Estadísticas descriptivas del PCL-R.

PCL-R	Mínimo	Máximo	Media	Desvío Estándar	Alfa de Cronbach
Factor 1	0.00	8.00	3.63	2.14	0.93
Factor 2	0.00	8.00	4.74	1.79	0.90
Factor 3	1.00	10.00	6.34	1.99	0.89
Factor 4	0.00	10.00	4.91	2.70	0.96
Puntaje Total	4.00	35.00	20.92	6.83	0.97

Nota: N=209

**Tabla 2.** Correlación ítem - puntaje total prorrateado PCL-R.

Ítem	r	n
Locuacidad y encanto superficial	0.504**	208
Grandiosidad	0.588**	209
Excitación	0.612**	208
Mentira patológica	0.558**	208
Manipulación	0.630**	209
Falta de culpa	0.620**	208
Superficialidad afectiva	0.624**	209
Falta de empatía y crueldad	0.648**	209
Parasitismo	0.438**	207
Falta de control conductual	0.563**	208
Promiscuidad sexual	0.280**	201
Problemas conductuales precoces	0.592**	205
Falta de metas realistas	0.391**	208
Impulsividad	0.281**	209
Irresponsabilidad	0.585**	208
No acepta la responsabilidad propia	0.424**	208
Múltiples relaciones maritales	0.237**	207
Delincuencia juvenil	0.598**	207
Quebrantamiento de beneficios	0.563**	144
Versatilidad criminal	0.499**	209

Notas: r: Correlación de Pearson. \*\* Correlación altamente significativa  $<0.001$  (2-colas). Las diferencias en n se producen por la omisión de ítem.

*Validez convergente con el PCL: SV: sensibilidad y especificidad del PCL: SV*

La correlación entre el PCL-R y el PCL: SV fue alta y significativa, tanto para el total como para las suma-

torias de los factores relacionados conceptualmente (Tabla 3).

El PCL: SV tiene dos puntajes de corte que dividen los valores obtenidos en bajo, medio y alto (21). De esta manera se recomienda contemplar el puntaje  $\geq 18$ , que

**Tabla 3.** Validez Convergente con PCL-R.

PCL: SV (Evaluador 1)	PCL-R (Evaluador 2)		
	Total	Sumatoria F1 y F2	Sumatoria F3 y F4
Total	0.87**	0.81**	0.69**
Parte 1	0.64**	0.85**	0.30*
Parte 2	0.80**	0.44**	0.88**

Notas: N=54; r de Pearson; \*\*  $p < 0.001$ ; \*  $p < 0.05$ .

tiene en la versión canadiense una sensibilidad de 100% y una especificidad de 82%; y el puntaje de 12, que corresponde a una especificidad cercana al 100%. Entonces, el puntaje inferior a 12 indicaría que el sujeto puede ser considerado no psicópata; el puntaje de 13 a 17 estaría indicando la posibilidad de una psicopatía por lo que sería recomendable evaluar con el PCL-R completo; el puntaje superior a 18 estaría dando fuertes indicadores de una psicopatía por ende sería mandatorio evaluar con el PCL-R. En el presente estudio se calculó la sensibilidad y la especificidad del PCL: SV teniendo en cuenta un punto de corte de 18 y considerando que el diagnóstico preciso fue el obtenido por el PCL-R. Los resultados pusieron de manifiesto el óptimo desempeño del PCL: SV como instrumento de cribado: la sensibilidad fue 1 y la especificidad 0.90. Por otra parte, al considerar la distribución con rango 0 a 12, es decir el rango en que el manual plantea que es seguro para la exclusión de psicopatía, se obtuvo un poder predictivo negativo para el diagnóstico de psicopatía del 100%.

*Validez convergente con el SRP-III-SF*

La media del puntaje total del SRP-III-SF fue 12.5 (DE 8.2) y la distribución de los puntajes totales fue normal ( $K-S=0.812$ ;  $p=0.525$ ).

Se evaluó la correlación de Pearson entre el PCL-R y el SRP-III-SF. De acuerdo a lo esperable por su condición de cuestionario auto-informado, los puntajes totales del SRP-III-SF correlacionaron positiva y moderadamente (Tabla 4). Es destacable que los valores más altos de las correlaciones entre los factores se obtuvieron con los factores 3 y 4, que son los que dan cuenta de las exteriorizaciones conductuales de la psicopatía. El hallazgo orienta a interpretaciones consistentes con la clínica y la experiencia: por una parte, los evaluados pueden tener menos registro y predisposición a informar de sus características de personalidad propiamente dichas que de las exteriorizaciones conductuales; por la otra, los penados suelen tener en claro que buena parte de las exteriorizaciones conductuales transgresoras constan en los registros y que, de ocultarlas, quedaría en evidencia una actitud mendaz.

**Tabla 4.** Correlación PCL-R - SRP-III-SF.

	Total SRP-III-SF	Factor 1 SRP-III-SF	Factor 2 SRP-III-SF	Factor 3 SRP-III-SF	Factor 4 SRP-III-SF
Total PCL-R	0.373**	0.270**	0.301**	0.335**	0.271**
Factor 1 PCL-R	0.141*	0.071	0.155*	0.122	0.095
Factor 2 PCL-R	0.104	0.050	0.153*	0.103	0.060
Factor 3 PCL-R	0.445**	0.345**	0.295**	0.397**	0.360**
Factor 4 PCL-R	0.417**	0.333**	0.284**	0.350**	0.331**

Notas: r de Pearson. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.001$ . N=208.

Al desagregar a los sujetos con altos y bajos puntajes en el PCL-R, se verificó que mientras en el subgrupo con puntajes altos ( $\geq 30$ ) no se obtuvo correlación entre ambos instrumentos, en el subgrupo de puntajes bajos ( $< 30$ ) la correlación resultó nuevamente moderada y significativa, especialmente para los Factores 3 y 4 (0.42 y 0.40, respectivamente). De acuerdo a lo esperable, los resultados indican que los sujetos con más alto perfil psicopático serían, en general, los que detentan más predisposición a la mentira y a la información deshonestas. El hallazgo, en línea con lo teóricamente esperado, también orienta a sostener la validez convergente entre los instrumentos.

#### Validez convergente con el IM-P

La media del puntaje total del IM-P fue 12.46 (DS=8.1). Las correlaciones del IM-P con el PCL-R fueron altas (Tabla 5). La puntuación de este test es realizada por un observador independiente del evaluador del PCL-R y se basa en el desempeño observable del sujeto, por lo que resulta una prueba rigurosa de la validez convergente. La alta correlación obtenida contribuye a sostener la validez convergente de los instrumentos.

**Tabla 5.** Correlaciones PCL-R e IM-P.

	<b>PCL-R Total</b>	<b>PCL-R Factor 1</b>	<b>PCL-R Factor 2</b>	<b>PCL-R Factor 3</b>	<b>PCL-R Factor 4</b>
<i>r</i>	0.75**	0.75**	0.79**	0.66**	0.73**
<i>n</i>	205	209	209	209	209

Notas: *r*: Rho de Spearman. \*\* La correlación es significativa al nivel 0.001 (bilateral)

## Discusión

El estudio se propuso evaluar la congruencia interna del PCL-R, la validez convergente con el PCL: SV, el SRP-III-SF y el IM-P. Asimismo, explorar la utilidad de la versión chilena del PCL: SV como instrumento de cribado. Los objetivos se alcanzaron mediante la evaluación con información de múltiples fuentes de la población de prisioneros en una cárcel chilena típica. El estudio es uno de los pocos en el mundo realizado con entrevistas completamente video-registradas. Todas estas condiciones y la detección de una distribución normal de los puntajes PCL-R dan cuenta de fortalezas que permiten sostener la validez del estudio.

Respecto a los resultados específicos de los instrumentos, lo verificado permite sostener la excelente congruencia interna y homogeneidad del PCL-R. Estos hallazgos son similares a los informados a partir de muestras norteamericanas, europeas (8) y de la Argentina (34). Más allá de lo que los resultados aportan a la discusión de la universalidad del constructo, se destaca que sostienen la alta confiabilidad del instrumento. Esa confiabilidad adquiere particular importancia en las estrategias de intervención penitenciaria y en la planificación de prevención de reiteración de violencia, entre otras materias. Por otra parte, los jueces y otros operadores del sistema forense necesitan que los informes periciales transmitan la máxima seguridad posible. La verificación de la confiabilidad del instrumento ofrece información valiosa para que los profesionales puedan asesorar con mayor seguridad y

para mejor solventar la toma de decisiones judiciales y de intervención.

Esta evidencia que sostiene la confiabilidad del instrumento no obsta a advertir que la administración del mismo debe estar restringida a los profesionales de la salud mental con la adecuada capacitación.

Los hallazgos permiten también sostener la validez convergente del PCL-R con el PCL: SV. Este instrumento completado por un evaluador independiente, correlacionó positiva y fuertemente con el PCL-R tanto en la puntuación total como entre los factores; la sumatoria de los factores 1 y 2 del PCL-R correlacionó más fuertemente con la Parte I, y la sumatoria de los factores 2 y 3 con la Parte II del PCL: SV, todo ello concordantemente con lo hallado por Hart, Cox y Hare (21). Ese patrón de correlación apoya la validez convergente, pues resulta esperable en tanto la sumatoria de factores 1 y 2 del PCL-R y la parte 1 del PCL: SV están diseñados para evaluar el estilo interpersonal y afectivo del sujeto y, por otro lado, la sumatoria de los factores 3 y 4 del PCL-R y la parte II del PCL: SV buscan evaluar los estilos conductuales y antisociales de los sujetos.

Al analizar el constructo de manera categórica según el puntaje de corte recomendado (8), se pudo verificar también el comportamiento del PCL: SV en lo relacionado a su sensibilidad y especificidad. En coincidencia con otros estudios (21, 35), el instrumento se comportó con una sensibilidad máxima, con muy buena especificidad y óptimo poder predictivo quedando de manifiesto su valor como instrumento de cribado.

Los resultados con la versión chilena del PCL: SV

abren una importante avenida de acción profesional en el ámbito latinoamericano. Por una parte, suman evidencias al consenso científico respecto a cómo evaluar la psicopatía; por la otra, facilitan la utilización de Guías de Evaluación de Riesgo, como la HCR-20 y la S.A.R.A. (36, 37) entre otras, que requieren el diagnóstico apropiado. Asimismo, en tanto permiten aumentar la efectividad del proceso diagnóstico, aportan ampliar la efectividad de éste, resultando beneficiosos para el quehacer institucional cuyos recursos suelen ser escasos.

En lo concerniente a la validez convergente del PCL-R con el SRP-III-SF, los resultados coincidieron con la expectativa que se tenía desde el punto de vista teórico y con otros estudios similares (27, 23). La persona que está cumpliendo pena por haber cometido un delito tiene muchas motivaciones para no brindar una completa y ajustada versión de aspectos vinculados a su personalidad y al estilo de vida transgresor que eventualmente pueda tener. La versión que ofrece al completar un cuestionario suele estar en alguna medida afectada por su propia posición interesada y matizada con sesgos de deseabilidad social e, incluso, por un subregistro judicial de diversas características del modo de ser y actuar que son egosintónicas y que pueden haber sido normalizadas o autojustificadas. Ello no obsta a que también estén predispuestos a ofrecer información con parcial veracidad y que respondan honestamente a reactivos que ponen de manifiesto algunas características de la dimensión psicopática. Por todo ello, resultaba esperable que para la muestra total, la correlación entre un cuestionario auto-informado, como el SRP-III-SF, con los puntajes de un instrumento que se basa en el juicio profesional informado por múltiples fuentes, como es el PCL-R, fuera moderada. Además, es congruente que las correlaciones hayan resultado mayores en el subgru-

po no psicopático. Estas evidencias, entonces, no sólo orientan a sostener la validez convergente del PCL-R, sino también, a tener en consideración que el SRP-III-SF puede aportar valiosamente al proceso diagnóstico en determinadas circunstancias.

Párrafos aparte merece el procedimiento llevado a cabo para contrastar las puntuaciones del PCL-R con las del IM-P. En primer lugar, cabe destacar la originalidad de la investigación. El IM-P, a pesar del coherente respaldo teórico y validez de constructo con el que se lo puede presentar (38), hasta el momento había sido puesto a prueba en muy pocas ocasiones (y ninguna vez en Latinoamérica) (4). Ocurre que los requerimientos de su implementación compiten con su amplia difusión; a la necesidad de entrenamiento sobre psicopatía que tiene en común con el PCL-R, se suma la necesaria intervención de por lo menos dos profesionales y de la alta conveniencia, cuando no imprescindible, de la videograbación de la entrevista. Estas condiciones complejizaron notablemente la investigación, pero la posicionan como un aporte original a la comunidad científica, especialmente si se tiene en cuenta que el procedimiento fue aplicado a una muestra de 209 penados.

En segundo lugar, resulta una dura prueba a la validez del PCL-R pues los indicadores del constructo se manifiestan en la interacción y se miden desde la perspectiva de un observador externo que no cuenta con la demás información necesaria para completar el PCL-R. Las conclusiones con el PCL-R se contrastan con la conclusión de un tercero que sólo observa las facetas del comportamiento actual del evaluado.

La alta correlación entre los resultados con ambos instrumentos permite sostener la validez convergente e inicia una novedosa avenida para transitar investigando ■

## Referencias bibliográficas

1. Folino JO, Castillo JL, Cáceres MS, Campos ML, Silveri M, Ucin S. Confiabilidad de la versión argentina de la HCR 20. *Medicina Forense Argentina - Boletín de la Asociación de Médicos Forenses de la República Argentina* 2004; 27(54):2-5.
2. Folino JO, Castillo JL. Las facetas de la psicopatía según la Hare Psychopathy Checklist Revised y su confiabilidad. *Vertex* 2006; XVII (69): 325-30.
3. León Mayer E, Asún D, Folino J. Confiabilidad y validez de la versión chilena de la Hare PCL-R. *Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia* 2010; 58 (2): 3-13.
4. Leon E. La psicopatía en prisioneros chilenos: prevalencia y método de evaluación [Tesis]. La Plata: Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata; 2012.
5. Hare RD. The Hare Psychopathy Checklist - Revised. Toronto: Multi-Health Systems; 1990.
6. Hare RD. Psychopathy as a risk for violence. *Psychiatr Q*

- 1999; (70): 181-97.
7. Hare RD, Hart SD, Harpur TJ. Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *J Abnorm Psychol* 1991; 100 (3): 391-8.
  8. Hare R. The Hare Psychopathy Checklist - Revised Manual. 2<sup>nd</sup> edition. Toronto: Multi-Health Systems; 2003.
  9. Hare RD. The Hare PCL-R: some issues concerning its use and misuse. *Legal and Criminological Psychology* 1998; 3 (1): 99-119.
  10. American Psychiatric Association. DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
  11. Folino JO. Trastorno Antisocial de la Personalidad en prisioneros [Internet]. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata 2003; Disponible en: <http://revistamedicinaport5com/articulos/100404pdf>.
  12. Hart SD, Hare RD. Psychopathy and antisocial personality disorder. *Curr Opin Psychiatry* 1996; 9 (2): 129-32.
  13. Hare R, Neuman S C. Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annu Rev Clin Psychol* 2008; 1 (4): 4-30.
  14. Hare RD. Diagnosis of antisocial personality disorder in two prison populations. *Am J Psychiatry* 1983 (140): 887-90.
  15. Cooke DJ. Cross cultural aspects of psychopathy. In: Cooke DJ, Forth A, Hare R, editors. Psychopathy across cultures. The Netherlands: Dordrecht, Kluwer; 1998. p. 261-76.
  16. Leon E, Cortez MS, Folino J. Descripción multidimensional de la población carcelaria chilena. *Psicoperspectivas* - en prensa. 2013.
  17. Hare RD, Clark D, Grann M, Thornton D. Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behav Sci Law* 2000; 18 (5): 623-45.
  18. León M E. Determinación del nivel de fiabilidad y validez del PCL-R en población forense masculina chilena [Tesis]. Valparaíso: Departamento de Postgrado Escuela de Psicología. Universidad de Valparaíso; 2009.
  19. Cleckley H. The mask of sanity. St. Louis, MO: Mosby; 1976.
  20. Folino J, Astorga C, Sifuentes M, Ranze S, Tenaglia D. Confiabilidad de la Hare Psychopatya Checklist-Revised en población psiquiátrico forense argentina. *Alcmeon* 2003; XIV 11(1): 5-11.
  21. Hart SD, Cox DN, Hare RD. The Hare PCL: SV Psychopathy Checklist: Screening Version. Toronto: M.H.S; 2003.
  22. Neumann S C, Kosson DS, Salekin R. Exploratory and confirmatory factor analysis of the psychopathy construct: methodological and conceptual issues. In: Hervé H, Yuille J, editors. The psychopath: theory, research, and practice. New York: Lawrence Erlbaum and Associates; 2006.
  23. Williams K, Paulhus D. Factor structure of the Self-Report Psychopathy scale (SRP-II) in non-forensic samples. *Pers Individ Dif* 2004; (37): 765-78.
  24. Hare R. A comparison of procedures for the assessment of psychopathy. *J Consult Clin Psychol* 1985; (53): 7-16.
  25. Lilienfeld SO, Andrews BP. Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal populations. *J Pers Assess* 1996; 66 (3): 488-524.
  26. Hare R. The Hare Psychopathy Checklist-Revised. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems; 1991.
  27. Neumann C, Declercq F. Latent variable models of the Self-report of Psychopathy-III (SRP-III) across three large diverse samples and replication in an offender sample. In: III SSSP Conference. LA, New Orleans; 2009.
  28. Strand S, Belfrage H, Fransson G, Levander S. Clinical and risk management factors in risk prediction of mentally disordered offenders - more important than historical data? *Legal and Criminological Psychology* 1999; 4 (1): 67-76.
  29. Kosson DS, Forth AE, Steuerwald BL, Kirkhart KJ. A new method for assessing the interpersonal behavior of psychopathic individuals: Preliminary validation studies. *Psychol Assess* 1997; 9 (2): 89-101.
  30. Blackburn R. Criminal behaviour, personality disorder, and mental illness: The origins of confusion. *Crim Behav Ment Health* 1992; 2 (2): 66-77.
  31. Hare R, Schalling D. Psychopathic behaviour: approaches to research. New York: John Wiley & Sons; 1978.
  32. Hare R. A Checklist for the assessment of psychopathy in criminal population. In: Ben-Aron M, Hucker S, Webster C, editors. Clinical criminology, the assessment and treatment of criminal behaviour. Toronto: Clarke Institute of Psychiatry - University of Toronto; 1985. p. 157-67.
  33. Hare RD. Manual for the Hare Psychopathy Checklist - Revised. Toronto: Multi-Health Systems; 1990.
  34. Folino J, Hare R. Listado revisado para verificación de la psicopatía: su estandarización y validación en la Argentina. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 2005; 51 (2): 94-104.
  35. Hart SD, Hare RD, Forth AE, Monahan J, Steadman HJ. Psychopathy as a risk marker for violence: development and validation of a screening version of the Revised Psychopathy Checklist. Chicago: The University of Chicago Press; 1994. p. 81-98.
  36. Folino JO. Evaluación de Riesgo de Violencia -HCR - 20- Versión en español, adaptada y comentada. La Plata: Interfase Forense; 2003.
  37. Folino JO. Guía para la evaluación del riesgo de violencia conyugal -SARA- Versión en español adaptada y comentada. La Plata: Editorial Interfase Forense; 2004.
  38. Zolondek S, Lilienfeld S, Patrick C, Fowler K. The interpersonal measure of psychopathy: construct and incremental validity in male prisoners. *Assessment* 2006; 13 (4): 470-82.

# Teoría de la mente en los trastornos alimentarios: ¿endofenotipo de la enfermedad?

**Fernanda Tapajóz**

*CONICET, Buenos Aires, Argentina.  
Sección de Neurología Cognitiva, Neuropsicología y Neuropsiquiatría,  
Instituto de Investigaciones Neurológicas Raúl Carrea - FLENI, Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: fetapajoz@hotmail.com*

**Natalia Catoira**

*Residencia de Investigación Médica del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires,  
Hospital Dr. A. Zubizarreta, Buenos Aires, Argentina.*

**Ricardo Francisco Allegri**

*CONICET, Buenos Aires, Argentina.  
Sección de Neurología Cognitiva, Neuropsicología y Neuropsiquiatría,  
Instituto de Investigaciones Neurológicas Raúl Carrea - FLENI, Buenos Aires, Argentina.*

---

## Resumen

Considerando la evidencia clínica y empírica de dificultades socio-cognitivas en pacientes con trastornos alimentarios, el presente trabajo tiene como objetivo revisar de forma crítica el estado actual de las investigaciones sobre la teoría de la mente en la anorexia y bulimia, evaluar si hay una afectación de la misma en estas patologías y analizar si hay indicadores de que pueda ser considerada un endofenotipo. *Método:* Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed utilizando palabras llave relacionadas con el tema. Los trabajos fueron analizados según criterios de inclusión/exclusión. *Resultados:* Fueron identificados siete trabajos sobre pacientes con anorexia, uno sobre pacientes con bulimia y cuatro acerca de ambas patologías. La mayoría de los estudios reportaron que los pacientes con anorexia presentan alteraciones en la teoría de la mente. Los estudios en la bulimia son más escasos y con resultados contradictorios. *Conclusiones:* La investigación sobre la teoría de la mente en los trastornos alimentarios se encuentra en un nivel inicial, siendo la mayoría de los trabajos realizados sobre anorexia. Hay indicadores de la presencia de déficits en ToM en esta patología y de que los mismos puedan ser considerados un endofenotipo aunque faltan trabajos que evalúen a los familiares de primer grado no afectados.

**Palabras clave:** Trastornos alimentarios - Anorexia nerviosa - Bulimia nerviosa - Teoría de la mente - Cognición social.

THEORY OF MIND IN EATING DISORDERS: ENDOPHENOTYPE OF THE DISEASE?

## Abstract

Considering the clinical and empirical evidence of socio-cognitive difficulties in patients with eating disorders, this paper aims to critically review the current state of research on theory of mind in anorexia and bulimia, to evaluate if there is any alteration of it in these pathologies and to determine whether there are indicators that can be considered endophenotype. *Method:* We conducted a literature search of PubMed database, using keywords related to the topic. The papers were analyzed according to inclusion/ exclusion criteria. *Results:* We identified seven studies of patients with anorexia, one on bulimia and four on both pathologies. Most studies reported that patients with anorexia have alterations in the theory of mind. Studies on bulimia are scarce, and their results contradictory. *Conclusion:* Research on theory of mind in eating disorders at initial level, being the most of works on anorexia. There are indicators of deficits for this pathology on ToM tasks, and they might be considered endophenotypes, although studies that evaluate unaffected first-degree relatives are still lacking.

**Key words:** Eating disorders - Anorexia nervosa - Bulimia nervosa - Theory of mind - Social cognition.

## Introducción

Los trastornos alimentarios (TA) son graves patologías psiquiátricas caracterizadas por miedo mórbido a engordar, excesivas preocupaciones por el peso y forma corporal, distorsión en la percepción de la imagen corporal y dificultades cognitivas y socio-emocionales.

El perfil neuropsicológico de los TA ha sido objeto de estudios durante las últimas décadas, siendo las características más consensuadas en la literatura la debilidad en la coherencia central (1, 2) y la dificultad en la flexibilidad mental (3) –para una actual revisión, ver Idini y colaboradores (4)–. Más recientemente, las investigaciones han puesto el foco de interés también en delinear el perfil de dificultades socio emocionales, a través de estudios sobre la cognición social (5, 6, 7).

La cognición social es un concepto amplio que se refiere al conjunto de operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales y que influyen en los procesos implicados en la percepción, interpretación y generación de respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de los otros (8). Está compuesta por varios subprocesos (9), siendo los más importantes: el conocimiento social, la teoría de la mente (ToM), el procesamiento emocional, la percepción social y el estilo atribucional.

La investigación en la cognición social en los TA se justifica por las observaciones clínicas de dificultades en la esfera socio-emocional en estos pacientes. Estudios longitudinales confirman que las dificultades sociales pueden aparecer de una forma pre-mórbida, persistir aún en pacientes recuperados y llevar a grandes perjuicios, tales como incremento del riesgo de suicidio, persistencia de la enfermedad y peor pronóstico, así como a una pobre calidad de vida (10). De hecho, desde las primeras descripciones de los trastornos alimentarios, especialmente de la anorexia, los problemas en la esfera social han planteado importantes interrogantes, que solamente en los últimos años han sido explorados de forma empírica en el marco del avance de las neurociencias sociales.

Entre los componentes de la cognición social, la teoría de la mente es uno de los más estudiados y se refiere a la capacidad de comprender los estados mentales de los otros y de uno mismo, así como de interpretar adecuadamente y hacer inferencias respecto de las intenciones y creencias de los demás en las situaciones sociales (11). Tager-Flusberg y Sullivan propusieron la subdivisión de la ToM en dos subcomponentes: ToM perceptual/emocional y ToM cognitiva (12). La primera se refiere a las habilidades de percibir los estados afectivos y emocionales de los demás, como por ejemplo a través de una correcta interpretación de la mirada; la segunda, hace referencia a razonar sobre el estado mental, a fin de poder prever el comportamiento o acción de los otros, se trata de pensar sobre lo que la otra persona está pensando, como por ejemplo en las tareas de Falsas Creencias (13).

Por otra parte, en las últimas décadas se ha renovado el interés por el estudio de los endofenotipos en las patologías psiquiátricas, ya que estos configurarían una importante vía para la comprensión de las bases biológicas y genéticas de las enfermedades, pudiendo ser marcadores que precedan

el diagnóstico y predigan el curso de las mismas (14, 15). Un posible endofenotipo para los trastornos psiquiátricos es el funcionamiento neurocognitivo. En los TA los déficits en las funciones ejecutivas han sido considerados candidatos a endofenotipos ya que fueron encontrados también en familiares no afectados y en pacientes recuperados (16). Precisamente, para que un marcador cognitivo sea considerado un endofenotipo debe reunir una serie de características como ser hereditario, estable (es decir, encontrarse en los pacientes independientemente del estado actual de la enfermedad) y medible (17).

Considerando estos antecedentes, el presente trabajo tiene como objetivo principal revisar críticamente los estudios publicados sobre la teoría de la mente en los trastornos alimentarios para poder analizar si hay una afectación de este dominio en estas patologías. Asimismo, se busca analizar si en los estudios publicados hay indicadores de que el posible déficit en la teoría de la mente sea un candidato a endofenotipo.

## Método

Fue realizada una búsqueda bibliográfica a través de la base de datos Pubmed donde se examinaron artículos originales sobre la teoría de la mente en los TA. Fueron utilizados y cruzados los siguientes términos para la búsqueda: “*eating disorders*”, “*anorexia*”, “*bulimia*”, en combinación con: “*social cognition*”, “*theory of mind*” y “*emotion recognition*”.

Los estudios encontrados fueron seleccionados según los siguientes criterios de inclusión: a) Diagnóstico de trastorno alimentario (anorexia [AN], bulimia [BN] o trastorno alimentario no especificado [TANE]) según los criterios diagnósticos del DSM-IV; b) presencia de un grupo control para la comparación de resultados; c) medidas experimentales para evaluar la teoría de la mente o el reconocimiento de emociones complejas (se excluyen escalas y medidas de auto informe); d) trabajos publicados en inglés y en revistas con referato.

Además, las referencias bibliográficas de los trabajos seleccionados fueron revisadas por si eventualmente hubiese artículos no encontrados en la búsqueda electrónica. Luego, los artículos seleccionados fueron analizados apartadamente según la categoría diagnóstica y se realizó un análisis descriptivo/cualitativo de los mismos.

## Resultados

### *Estudios en la anorexia nerviosa*

Fueron encontrados siete estudios sobre la teoría de la mente y el reconocimiento de emociones complejas en la anorexia (ver Tabla 1).

El primer trabajo realizado sobre esta temática es el de Tchanturia y cols. (5) en un grupo de 20 pacientes con anorexia y 20 controles, donde utilizaron dos tareas de ToM, una de comprensión de historias (historias de ToM e historias control) y otra de dibujos (dibujos de ToM y dibujos control). Los autores encontraron que el grupo de pacientes con anorexia tuvo un rendimiento peor que el grupo

**Tabla 1.** Resumen de los estudios sobre teoría de la mente en la anorexia nerviosa.

Estudios Empíricos	No	Metodología/ Test utilizados	Endofenotipos	Hallazgos principales
<b>Tchanturia y cols. (5)</b>				
AN	20	Happé's Story comprehension theory of mind task; Happé cartoon task	No evaluados	El grupo AN presentó alteraciones en las tareas de ToM pero también en las tareas control. No encontraron evidencias de alteraciones específicas de ToM
CS	20			
<b>Russell y cols. (6)</b>				
AN	22	Reading the mind in the eyes (RME) Happé's Cartoon Task (HCT)	No evaluados	Los pacientes con AN presentaron un rendimiento deficitario en el RME En el HCT presentaron bajos rendimientos en la tarea experimental y control
CS	22			
<b>Harrison y cols. (7)</b>				
AN	20	Reading the mind in the eyes	No evaluados	El grupo AN presentó rendimiento deficitario en el RME en comparación con los CS
CS	20			
<b>Oldershaw y cols. (22)</b>				
AN	40	Reading the mind in the eyes Reading the mind in the voice (RMV) Reading the mind in the films (RMF)	Evaluados	El grupo ANR no difirieron de los CS, pero presentaron más dificultades en reconocer emociones positivas El grupo AN presentó un desempeño deficitario en el RMV y RMF
ANR	24			
CS	47			
<b>Harrison y cols. (23)</b>				
ANR	35	Reading the mind in the eyes	Evaluados	Los grupos AN y ANR tuvieron peor desempeño que los controles
AN	50			
CS	90			
<b>Andezato y cols. (24)</b>				
AN	30	Reading the mind in the eyes	No evaluados	No se encontraron diferencias entre los pacientes y controles
CS	32			
<b>Schulte-Rüther y cols. (25)</b>				
AN	19	Resonancia magnética funcional Vídeos de ToM	Evaluados	Los pacientes presentaron hipoactivación de áreas neurales asociadas a ToM en la fase aguda y posterior a la recuperación
CS	21			

AN= anorexia nerviosa; ANR= anorexia nerviosa recuperada; CS= controles sanos; ToM= theory of mind

control en ambas tareas: específicas de ToM y control. De esta forma, no obtuvieron evidencia de deterioro selectivo en las habilidades de ToM en pacientes con anorexia.

En un trabajo posterior que evaluó las habilidades en cognición social en un grupo de mujeres con anorexia -también a través de la utilización de dos test de teoría de la mente (test de lectura de la mirada y test de dibujos animados de Happé) que abarcan los dominios afectivos y cognitivos de ToM respectivamente- Russell y

cols. observaron que el grupo de pacientes con AN rindió significativamente peor que el grupo control en el test de lectura de la mirada, y presentó un bajo desempeño tanto en las tareas control como en las de ToM en el test de dibujos animados de Happé (un déficit no específico). Estos resultados fueron independientes de la severidad de la enfermedad, es decir, del índice de masa corporal (IMC), niveles de ansiedad, depresión y duración de la enfermedad. En este trabajo también se discute la cues-



ción de si el estado de privación de alimentos o inanición puede ser en alguna medida responsable por el deterioro en la actividad social presente en la anorexia (6). Existen investigaciones que indican que el hambre repercute de una forma negativa en las habilidades sociales (18). Se ha observado que la inanición o la mala alimentación en periodos críticos del desarrollo también pueden contribuir a déficits en las habilidades sociales (19). Pese a estos aspectos, se ha reportado en la literatura la presencia de dificultades sociales pre-mórbidas en la anorexia y también el mantenimiento de estas dificultades posteriormente a la recuperación del trastorno (20, 21), lo que indicaría que la dificultad en la teoría de la mente sería independiente del estado de desnutrición.

Harrison y cols., investigando el reconocimiento de emociones en 20 pacientes con anorexia y en 20 controles sanos a través del test de lectura de la mirada, concluyeron que las mujeres con AN tienen déficits en este dominio. Sin embargo, nuevamente no está claro si estos son el resultado de los efectos de la falta de alimentación o hambre en el organismo y hasta qué punto pueden ser recuperados una vez que aumenten de peso. A pesar de este factor, los autores enfatizan que los resultados contribuyen a elucidar los motivos por los cuales las personas con AN se tornan socialmente aisladas (7). Las dificultades con el reconocimiento de emociones hacen que las situaciones sociales sean muy difíciles de ser "leídas" e interpretadas, lo que daría lugar a una evitación completa de tales situaciones; a la vez, la evitación social es un importante factor de mantenimiento de los trastornos alimentarios. Además las dificultades para interpretar las emociones de otras personas pueden generar problemas familiares, como el no entendimiento del impacto de sus comportamientos en su familia, cuidadores y amigos.

Por su parte, en una investigación sobre la estabilidad de los déficits en teoría de la mente emocional (eToM) en un grupo de pacientes con anorexia nerviosa aguda (N=40), en comparación con otro grupo de pacientes ya recuperados de esta enfermedad (N=24) y controles sanos (N=47), Oldershaw y cols. encontraron que los pacientes recuperados tuvieron un buen desempeño en las tareas de eToM en comparación con los que están actualmente enfermos. Pero este resultado debe ser interpretado con cautela, pues se trata de un estudio transversal y por lo tanto no se sabe cómo era la capacidad de eToM cuando los participantes se encontraban enfermos, y puede ser que esta habilidad siempre haya estado intacta. Los pacientes que están actualmente enfermos presentaron alteraciones en la eToM. Estos resultados sugieren que las habilidades de eToM podrían mejorar posterior a la recuperación, de esta forma, no debería ser considerada un endofenotipo, y que el factor del hambre o inanición podría ser un factor causal de tales déficits. Sin embargo, no hubo correlaciones entre el IMC y el desempeño en las tareas de eToM. La investigación concluye que las alteraciones en eToM son observables solamente en la fase aguda de la enfermedad (22).

En otro trabajo, Harrison y cols., estudiaron el reconocimiento de emociones a través del test de lectura de la mirada en pacientes con anorexia (N=50), pacientes ya

recuperadas (N=35) y controles sanos (N=90), y también buscaron observar si los déficits en este dominio permanecían presentes posteriormente a la recuperación. Al contrario del trabajo antes mencionado, los autores encontraron que ambos grupos presentaron un bajo rendimiento, de esta forma sugirieron que el déficit en el reconocimiento de emociones es un trazo asociado a la enfermedad y que está presente independientemente del estado actual de la misma, por lo cual, sería un posible factor de vulnerabilidad a la anorexia (23).

Por otro lado, Adenzato y cols. investigaron la teoría de la mente a través del test de lectura de la mirada y el funcionamiento emocional en 30 pacientes con AN y 30 controles sanos y encontraron que los pacientes presentaron un desempeño similar a los controles en la tarea de ToM, pero presentaron un bajo desempeño en las tareas que evalúan el funcionamiento emocional. El rendimiento en teoría de la mente no se correlacionó con las variables clínicas como IMC ni con los años de duración y comienzo de la enfermedad. De esta forma -y al contrario de la mayoría de los trabajos previamente citados- concluyeron que los pacientes con AN tienen preservadas sus habilidades en ToM (24).

Schulte-Rüther y cols., en un estudio con 19 pacientes con AN y 21 controles sanos, buscaron elucidar los mecanismos neurales que subyacen a los déficits en teoría de la mente a través de imágenes de resonancia magnética funcional durante la ejecución de tareas de ToM en dos momentos: durante la admisión a la internación y luego del alta/recuperación del peso. Realizaron además un seguimiento de un año a partir de la internación para determinar la evolución clínica. Encontraron en los pacientes con AN una reducida activación de la corteza temporal anterior y medial, así como de la corteza prefrontal medial. Además, la hipoactivación de la corteza prefrontal medial al momento de la admisión se correlacionó con la evolución clínica, es decir, se mantuvo en pacientes recuperados. De esta forma, los autores sugirieron que la persistente hipoactivación de las regiones cerebrales asociadas a ToM podría estar asociada a un endofenotipo cognitivo-social de la AN. Sin embargo, los autores enfatizaron que aunque sea interesante el planteo de los posibles endofenotipos, son necesarias más investigaciones que apoyen esta idea. Concluyeron que la hipoactivación de las áreas cerebrales asociadas a la ToM, estarían asociadas a las dificultades sociales presentes en pacientes con AN y que serían un factor predictivo de peor pronóstico de la enfermedad (25).

#### *Estudios en la bulimia nerviosa*

Se encontró apenas un estudio sobre la teoría de la mente realizado exclusivamente en pacientes con bulimia (ver Tabla 2). Se trata del estudio de Kenyon y cols. (26) en un grupo de 48 pacientes con BN, 34 TANE -tipo BN- y 57 controles sanos. La ToM fue evaluada mediante el test de lectura de la mirada y del test de lectura de la mente a través de películas. Además, analizaron las valencias de los ítems de ambos test. Los autores encontraron que los grupos BN y TANE tuvieron una

**Tabla 2.** Resumen de los estudios sobre teoría de la mente en la bulimia nerviosa.

Estudios empíricos	N	Metodología/Test utilizados	Endofenotipos	Hallazgos principales
<b>Kenyon y cols. (26)</b>				
BN	48	Reading the mind in the eyes Reading the mind in the films	No evaluados	El rendimiento de los pacientes con BN y TANE-BN fue similar al de los controles
TANE- tipo BN	34			
CS	57			

BN= bulimia nerviosa; TANE= trastorno alimentario no especificado; CS= controles sanos

performance similar a la de los controles en ambas tareas. Con relación a las valencias, los pacientes con BN tuvieron un desempeño superior al de los controles en el reconocimiento de emociones negativas en el test de lectura de la mente a través de películas. Además, es válido rescatar que no encontraron relaciones entre ambos test y el IMC. Como conclusión, el estudio no encontró evidencias de alteraciones de ToM en pacientes con BN (25).

#### *Estudios en la anorexia y bulimia nerviosa*

Fueron encontrados cuatro estudios que incluyeron ambos subtipos de trastornos alimentarios en la misma investigación (Tabla 3).

El primero fue el de Harrison y cols. en el cual, ampliando el trabajo anteriormente citado (7) estudiaron el reconocimiento de emociones en 50 pacientes con anorexia, 50 con bulimia y 90 controles sanos a través del test de

**Tabla 3.** Resumen de los estudios sobre teoría de la mente en la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Estudios Empíricos	N	Metodología/Test utilizados	Endofenotipos	Hallazgos principales
<b>Harrison y cols. (27)</b>				
AN	50	Reading the mind in the eyes (RME)	No evaluados	Solamente los pacientes con AN restrictiva presentaron alteraciones Los pacientes con BN presentaron un rendimiento similar a los CS
BN	50			
CS	90			
<b>Harrison y cols. (28)</b>				
AN	50	Reading the mind in the eyes	Evaluados	Los pacientes con TA tuvieron un bajo desempeño comparados con los controles El grupo ANR también presentó un bajo desempeño en comparación a los controles
BN	50			
AN R	35			
CS	90			
<b>Medina-Pradas y cols. (29)</b>				
AN	44	Reading the mind in the eyes	No evaluados	El grupo AN tuvo un rendimiento similar a los CS Los pacientes con BN y TANE tuvieron un bajo desempeño en comparación a los CS
BN	30			
TANE	23			
CS	39			
<b>Tapajóz y cols. (30)</b>				
AN	22	Reading the mind in the eyes <i>Faux Pas Test</i>	No evaluados	El grupo AN tuvo un bajo desempeño en el RME en comparación con el BN y CS En el Faux Pas el grupo AN tuvo un bajo desempeño en las tareas de ToM y Control El grupo BN tuvo un desempeño similar al CS en ambas pruebas
BN	19			
CS	24			

AN= anorexia nerviosa; ANR= anorexia nerviosa recuperada; BN= bulimia nerviosa; TANE= trastorno alimentario no especificado; CS= controles sanos

lectura de la mirada. Observaron déficits significativos en la tarea de los pacientes con anorexia de tipo restrictivo solamente. Es válido rescatar que el rendimiento en el test de lectura de la mirada en toda la muestra con TA no se relacionó con el IMC, lo que indica que el bajo peso no puede explicar completamente estos hallazgos (27).

En un trabajo posterior, Harrison y cols., utilizando la misma muestra ya reportada en los trabajos previos (AN=50, BN=50, ANrec=35, CS=90) investigaron el funcionamiento emocional y los estilos cognitivos (coherencia central y flexibilidad cognitiva) en pacientes con TA, pacientes recuperados de la anorexia y controles sanos. Para evaluar el reconocimiento de emociones utilizaron el test de lectura de la mirada y encontraron que tanto los pacientes con TA como el grupo de pacientes recuperados presentaron alteraciones en esta tarea. Además, no encontraron asociaciones psicométricas entre el desempeño en las tareas de funcionamiento emocional y las tareas puramente cognitivas. Concluyeron finalmente que el estilo cognitivo caracterizado por dificultades en la flexibilidad mental, en la coherencia central y en el funcionamiento emocional está asociado a formas más graves y crónicas de la enfermedad (28).

En 2012, Medina-Pradas y cols., estudiaron el componente emocional de la ToM a través del test de lectura de la mirada en 44 pacientes con AN, 30 con BN, 23 TANE y 39 controles sanos. También estudiaron la valencia (positiva, negativa o neutral/cognitiva) de los ítems del test de la mirada y encontraron que los pacientes con BN y TANE presentaron bajos rendimientos en comparación a los controles, sobretodo en relación al reconocimiento de emociones neutras (o estados cognitivos no emocionales); los pacientes con BN además tuvieron dificultades en reconocer las emociones positivas en comparación a los controles. Contrariamente a la mayoría de los trabajos previamente citados no encontraron déficits en pacientes con anorexia (29).

Tapajóz y cols. investigaron la teoría de la mente emocional y cognitiva a través del test de lectura de la mirada y del *Faux Pas* test respectivamente, en una muestra de 22 pacientes con AN, 19 con BN y 24 controles sanos. También analizaron la valencia de los ítems del test de lectura de la mirada. Encontraron que las pacientes con AN presentaron un bajo desempeño en el test de la mirada en comparación con el grupo control y el de BN, principalmente cuando se trataba de reconocer emociones negativas y de miradas masculinas. Estos resultados no se correlacionaron con las variables clínicas, como el IMC, años de comienzo y duración de la enfermedad, síntomas psicopatológicos (depresión, ansiedad, obsesivos-compulsivos, impulsividad) ni características de personalidad. Respecto al *Faux Pas* test, se observó que las pacientes con AN presentaron un rendimiento inferior a los controles tanto en las tareas de *Faux Pas* como en las tareas control. Este último resultado está en consonancia con los de Tchanturia y cols. (5) y Russell y cols. (6) que también encontraron un déficit no específico en ToM cognitiva en pacientes con AN. Las pacientes con BN presentaron un rendimiento similar a los controles en ambas tareas (30).

## Discusión

El objetivo del presente trabajo fue realizar una revisión bibliográfica de los estudios sobre la ToM en los trastornos alimentarios, de forma de analizar si hay una afectación de la misma en estas patologías y si existen indicadores de que pueda ser considerada un endofenotipo.

Se encontró que, a pesar de haber un incremento en los últimos años, las investigaciones sobre la ToM en los TA son escasas y presentan algunos resultados contradictorios. Claramente se observa que la mayoría de los trabajos se focalizó en el estudio de la anorexia, siendo la bulimia mucho menos investigada.

Se observó que la mayoría de los estudios revisados encontraron alteraciones de la ToM en la anorexia, especialmente en su componente afectivo (6, 7, 22, 23, 25, 27, 28, 30). Los estudios que utilizaron test que evalúan el componente cognitivo de la ToM encontraron que las pacientes con AN presentaron un bajo rendimiento tanto en las tareas control como en las tareas de ToM, luego un déficit no específico (5, 6, 30). Sin embargo, debido a las escasas investigaciones y a la presencia de algunos resultados divergentes (24, 29), todavía no se puede llegar a una conclusión definitiva sobre el perfil de alteraciones socio cognitivas en esta enfermedad. Con relación a la bulimia, hay menor cantidad de estudios, los resultados son también divergentes, y tampoco se puede llegar a una conclusión válida.

Una posible explicación para los resultados divergentes podría ser algunas variaciones metodológicas encontradas entre los estudios. Andezato y cols., han sugerido que la diferencia entre sus resultados y los reportados por Russell y cols., que encontraron déficits en ToM en la AN, pudo ser debida a que en éste trabajo fueron utilizadas muestras no emparejadas respecto a variables como edad y nivel de escolaridad, y recomendó que futuras investigaciones presten especial atención en comparar muestras que estén apareadas respecto a las variables clínicas y demográficas (6, 24). Sin embargo, en estudio de Tapajóz y cols. fueron utilizadas muestras con características clínicas y demográficas similares y fueron observados déficits en ToM en la AN (30). De esta forma, a pesar de la importancia de la utilización de muestras apareadas, no se puede atribuir únicamente a este aspecto el motivo de los resultados contradictorios. Por otro lado, en el estudio de Andezato y cols. fue utilizada una muestra de pacientes con una duración más corta de la enfermedad (menos de cuatro años de duración) (24). Utilizar muestras que presenten una corta duración de la enfermedad es una recomendación importante (7) ya que evita los efectos de la inanición crónica en el cerebro, aunque en otros trabajos los resultados de los test de ToM no se correlacionaron con ésta variable (30).

Es importante rescatar que la mayoría de los estudios fue realizada por el mismo equipo de investigadores, en participantes de habla inglesa. En este sentido, se observa la importancia de que se repliquen los trabajos en otras partes del mundo de forma que se pueda llegar a conclusiones más precisas y generalizar los resultados encontrados.

Una cuestión relevante, enfatizada en la mayoría de los trabajos, es la importancia que puede tener el IMC,

los años de duración de la enfermedad y los síntomas clínicos asociados a los TA en el desempeño en las tareas de ToM. Se ha planteado que el estado de privación de alimentos podría ser el responsable por el deterioro social presente en los TA. Sin embargo, en la mayoría de los estudios no se observaron correlaciones entre estas variables, lo que indicaría que las habilidades de ToM serían independientes de estos aspectos clínicos.

De los cuatro estudios que evaluaron pacientes recuperados de la anorexia (22, 23, 25 y 28), en tres se observó que los déficits en ToM permanecían estables. Esto indicaría, por un lado, que el IMC no puede ser considerado el responsable por el deterioro social presente en la AN y, por el otro, que el déficit en ToM sería un candidato a endofenotipo. Solamente en el estudio de Oldershaw y cols. se encontró una mejoría en el desempeño en ToM posteriormente a la recuperación (22). Sin embargo, es importante mencionar que la mayoría de los trabajos que estudiaron pacientes recuperados fueron de corte transversal, de forma que no se sabe cómo eran las habilidades de ToM mientras estaban enfermos.

El único estudio longitudinal realizado sobre anorexia encontró déficits en las pacientes luego de la recuperación e hipoactivación de áreas neurales asociadas a ToM (25). De esta forma, son necesarias investigaciones longitudinales que evalúen a los mismos pacientes en la fase aguda y después de su recuperación para observar de forma más precisa si realmente los déficits persisten, independientemente del estado clínico.

Como se mencionó en la introducción, para que un marcador cognitivo sea considerado un endofenotipo, además de estar presente en pacientes recuperados y de ser medible, debe también ser hereditario (17). Luego de realizar la presente revisión, se podría concluir que el estudio de los endofenotipos se encuentra en una etapa de investigación muy inicial, ya que no se han encontrado trabajos que evalúen la ToM en los familiares de primer grado no afectados y que deberían mejorarse los estudios existentes que comparan el desempeño antes y después de la recuperación.

Los resultados de los estudios antes mencionados muestran la importancia de seguir indagando la ToM como un posible endofenotipo para la anorexia. En la bulimia no se encontró ningún trabajo que haya estu-

diado pacientes recuperados, tampoco familiares no afectados. Los resultados de esta revisión indican que se requieren más investigaciones en la bulimia.

Otro aspecto importante a ser destacado sobre los estudios revisados, es la naturaleza de las tareas utilizadas para la evaluación de la ToM. El test más utilizado es el test de lectura de la mirada, que a pesar de ser un test ampliamente validado, consiste en valorar apenas un recorte del área de los ojos. Las situaciones de la vida real son mucho más complejas e involucran varios aspectos simultáneamente. Son necesarias nuevas técnicas que representen las situaciones sociales de forma más cercana a la realidad. Por otro lado, el tamaño pequeño de las muestras estudiadas es también otro factor que limita la posibilidad de generalizar los resultados.

Pese a estos factores limitantes, los estudios mostrarían la existencia de un deterioro en la cognición social en pacientes con AN que impactarían en su funcionamiento y pronóstico y que los déficits en este dominio podrían estar en el origen de las pobres relaciones interpersonales y del deterioro del funcionamiento social de estos pacientes. En este sentido, la cognición social podría ser un importante objetivo en el tratamiento de la anorexia. Según Russel y cols., es válido rescatar que los resultados de los tratamientos tanto psicológicos como farmacológicos en esta patología en general han sido pobres (6), por lo tanto, las intervenciones dirigidas a mejorar las habilidades sociales podrían ser una alternativa fructífera para aumentar la eficacia de los tratamientos de esta grave enfermedad.

## Conclusiones

Teniendo en cuenta el primer objetivo del trabajo, se podría afirmar que en la mayoría de los estudios revisados hay indicadores de que la ToM está afectada en la anorexia y en pacientes recuperados, pero aún se requieren más investigaciones para que se puedan generalizar estos hallazgos. De los cinco trabajos reportados que incluyeron pacientes con bulimia (26, 27, 28, 29, 30) apenas dos encontraron déficits en la teoría de la mente. De esta forma, queda limitada cualquier conclusión. Con relación a los endofenotipos, los resultados indican que se trataría de una vía de estudios promisoras para una mejor comprensión de las bases biológicas de los TA y que a pesar de encontrarse también en un nivel muy inicial, sería una línea de investigación interesante de realizar a corto plazo.

## Agradecimientos

Este artículo fue financiado por un subsidio del CONICET (FT y RFA).

## Declaración de conflictos de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses ■

## Discusión

- Escaso número de investigaciones
- Resultados divergentes
- Trabajos mayormente realizados en AN y no en BN
- Mayoría de investigaciones realizadas por el mismo equipo
- Faltan estudios longitudinales
- Faltan estudios con familiares
- Necesidad de test ecológicos
- Importancia de la investigación de la CS en los TA

## Anexo

Breve descripción de los test utilizados para evaluar la ToM.

### Tareas de Falsas Creencias

#### *Falsas creencias de primer orden y de segundo orden*

Se consideran las tareas prototípicas para la evaluación de la ToM cognitiva. La prueba de falsa creencia de primer orden (los niños entre los cuatro y cinco años de edad son capaces de resolverla sin dificultad) evalúa la capacidad de un individuo para inferir que alguien tiene una creencia (errónea) que es distinta de la propia (verdadera) creencia (31, 32). La prueba de falsa creencia de segundo orden (entre los siete y nueve años la mayoría de los niños son capaces de resolverla) es más compleja que la versión de primer orden y evalúa la capacidad de un individuo de comprender que alguien puede tener una falsa creencia acerca de la creencia o estado mental de otra persona (33, 34).

#### *Test de lectura de la mirada (Reading the Mind in the Eyes)*

Es considerada como la tarea prototípica para la evaluación de ToM afectiva/emocional. Consiste en la presentación de fotografías de las regiones de los ojos de faces humanas. Los participantes deben elegir entre cuatro opciones cuál palabra mejor describe lo que el individuo de la fotografía está pensando o sintiendo (35).

#### *Test de lectura de la mente en la voz (Reading the Mind in the Voice)*

Evalúa la capacidad de los participantes para inferir los estados emocionales y mentales (ToM afectiva) a través del análisis del contenido y de la entonación de oraciones habladas individualmente. Se presentan 25 artículos de oraciones audibles y el participante debe elegir entre cuatro palabras la que mejor describe los sentimientos del hablante (36).

#### *Test de lectura de la mente en películas (Reading the Mind in the Films)*

Consiste en 22 fragmentos de películas cortas, cada una con escenas de contenido social. Al final de la escena, los participantes deben determinar cómo un determinado protagonista se siente y seleccionar entre cuatro

opciones cuál palabra mejor describe su emoción. Es una tarea compleja ya que para hacer la selección adecuada, los participantes deben percibir e integrar todos los detalles de la escena (37).

#### *"Faux Pas" Test*

Permite evaluar tanto el componente cognitivo como el afectivo de la ToM. En esta prueba el participante escucha 10 historias leídas en voz alta, que contiene una metedura de pata social y 10 historias control de un conflicto menor, donde no se produce ninguna situación inadecuada. Después de cada historia, a los participantes se les pregunta si alguien dijo algo que no debería haber dicho o algo inconveniente, es decir, deben identificar correctamente las historias que contienen una "metida de pata" (componente afectivo). Cuando ésta es detectada, se proponen preguntas con el fin de evaluar la comprensión de los estados mentales de los agentes implicados en las historias (componente cognitivo) (38, 39).

#### *Tarea de comprensión de historias de Happé (Happé's Story comprehension theory of mind task)*

Consiste en 16 historias cortas (historias de ToM e historias control), cada una seguida por preguntas que requieren una inferencia acerca de los pensamientos y sentimientos de los personajes, y en la mayoría de los casos, una inferencia acerca de las intenciones del protagonista. Las historias de ToM consisten en doble engaño, errores, persuasión y mentiras piadosas. Las historias control también involucran personas y las preguntas requieren hacer inferencias, pero en este caso éstas no involucran los estados mentales de los personajes, pero sí, por ejemplo, alguna causalidad física (40-42). Esta tarea evalúa predominantemente la ToM cognitiva.

#### *Tarea de dibujos animados de Happé (Happé cartoon task)*

Consiste en 12 historietas (dibujos animados) tomadas de revistas populares. Las mismas constituyen dos condiciones: historietas de ToM, en la que el humor depende de que el personaje piensa equivocadamente, e historietas control, en las que el humor no implica una falsa creencia o la ignorancia de un personaje, sino que se basa en, por ejemplo, la violación de una norma social (42). También evalúa predominantemente el componente cognitivo de la ToM.

## Referencias bibliográficas

- Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, Booth R, Holliday J, Treasure J. An examination of the concept of central coherence in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2008; 41 (2): 143-152.
- Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, Treasure J. Weak central coherence in eating disorders: a step towards looking for an endophenotype of eating disorders. *J Clin Exp Neuropsychol* 2009; 31 (1): 117-25.
- Holliday J, Tchanturia K, Landau S, Collier D, Treasure J. Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa? *Am J Psychiatry* 2005; 162 (12): 2269-75.
- Idini E, Márquez-medina D, Pifarré J, Buj-álvarez I, Castán-campanera E. ¿Son las alteraciones neuropsicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria endofenotipos de la enfermedad? Revisión y estado actual del tema. *Rev Neurol* 2012; 55 (12): 729-736.
- Tchanturia K, Happé F, Godley J, Treasure J, Bara-Carril N, Schmidt U. Theory of mind in anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2004; 12 (6): 361-366.
- Russell TA, Schmidt U, Doherty L, Young V, Tchanturia K. Aspects of social cognition in anorexia nervosa: affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry Res* 2009; 168 (3): 181-5.
- Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16: 348-356.
- Ostrom TM. The sovereignty of social cognition. In: Wyer RS, Srull TK, editors. *Handbook of social cognition*. Vol.1. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1984. p. 1-37.
- Ruiz-Ruiz JC, García-Ferrer S, Fuentes-Durá I. La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología* 2006; 24 (1-3): 137-155.
- Zucker NL, Losh M, Bulik CM, Labar KS, Piven J, Pelphrey KA. Anorexia nervosa and autism spectrum disorders: guided investigation of social cognitive endophenotypes. *Psychol Bull* 2007; 133 (6): 976-1006.
- Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behav Brain Res* 1978; 1: 515-526.
- Tager-Flusberg H, Sullivan K. A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome. *Cognition* 2000; 76: 59-90.
- Poletti M, Enricic I, Adenzato M. Cognitive and affective Theory of Mind in neurodegenerative diseases: Neuropsychological, neuroanatomical and neurochemical levels. *Neurosci Biobehav Rev* 2012; 36: 2147-2164.
- Gottesman II, Gould TD. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 636-45.
- Flint J, Munafó MR. The endophenotype concept in psychiatric genetics. *Psychol Med* 2007; 37: 163-80.
- Roberts ME, Tchanturia K, Stahl D, Southgate L, Treasure J. A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychol Med* 2007; 37 (8): 1075-84.
- Miranda AL, López Jaramillo C, García Valencia J, Ospina Duque J. El uso de endofenotipos en el estudio del componente genético de la esquizofrenia. *Rev Colomb Psiquiat* 2003; 32 (3): 237-248.
- Keys A, Brozek J, Henschel A. *The Biology of human starvation*. England: Minnesota University Press; 1950.
- Connan F, Campbell IC, Katzman M, Lightman SL, Treasure J. A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiol Behav* 2003; 79: 13-24.
- Troop NA, Bifulco A. Childhood social arena and cognitive sets in eating disorders. *Br J Clin Psychol* 2002; 41: 205-211.
- Wentz E, Gillberg C, Gillberg IC, Råstam M. Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: psychiatric disorders and overall functioning scales. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42: 613-622.
- Oldershaw A, Hambrook D, Tchanturia K, Treasure J, Schmidt U. Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients. *Psychom Med* 2010; 72 (1): 73-9.
- Harrison A, Tchanturia K, Treasure J. Attentional bias, emotion recognition, and emotion regulation in anorexia: state or trait? *Biol Psychiatry* 2010; 68 (8): 755-61.
- Adenzato M, Todisco P, Ardito RB. Social cognition in anorexia nervosa: evidence of preserved theory of mind and impaired emotional functioning. *PloS One* 2012; 7 (8): e44414.
- Schulte-Rüther M, Mainz V, Fink G R, Herpertz-Dahlmann B, Konrad K. Theory of mind and the brain in anorexia nervosa: relation to treatment outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51 (8): 832-841.
- Kenyon M, Samarawickrema N, Dejong H, Van den Eynde F, Startup H, Lavender A, Goodman-Smith E, Schmidt U. Theory of mind in bulimia nervosa. *The Int J Eat Disord* 2012; 45 (3): 377-84.
- Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychol Med* 2010; 40 (11): 1887-97.
- Harrison A, Tchanturia K, Naumann U, Treasure J. Social emotional functioning and cognitive styles in eating disorders. *Br J Clin Psychol* 2012; 51 (3): 261-79.
- Medina-Pradas C, Navarro JB, Álvarez-Moya EM, Grau A, Obiols JE. Emotional theory of mind in eating disorders. *Int J Clin Health Psychol* 2012; 12 (2): 189-202.
- Tapajóz F, Soneira S, Aulicino A, Allegri F. Theory of mind in eating disorders and their relationship to clinical profile. *Eur Eat Disord Rev*; DOI: 10.1002/erv.2247.
- Wimmer H, Perner J. Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition* 1983; 13: 103-28.
- Baron-Cohen S, Leslie A, Frith U. Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition* 1985; 21: 37-46.
- Perner J, Wimmer H. John thinks that Mary thinks that: attribution of second order beliefs by 5-year-old to 10-year-old children. *J Exp Child Psychol* 1985; 39: 437-71.
- Baron-Cohen S. Perceptual role-taking and protodeclarative pointing in autism. *Br J Dev Psychol* 1989; 7: 113-27.
- Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The 'Reading the Mind in the Eyes' Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42: 241-251.
- Golan O, Baron-Cohen S, Hill JJ, Rutherford MD. The "Reading the Mind in the Voice" test-revised: a study of complex emotion recognition in adults with and without autism spectrum conditions. *J Autism Dev Disord* 2007; 37: 1096-106.
- Golan O, Baron-Cohen S, Hill JJ, Golan Y. The "reading the mind in films" task: complex emotion recognition in adults with and without autism spectrum conditions. *Soc Neurosci* 2006; 1: 111-23.
- Stone V, Baron-Cohen S, Knight R. Frontal lobe contributions to theory of mind. *J Cogn Neurosci* 1998; 10: 640-56.
- Baron-Cohen S, O'Riordan M, Stone V, Jones R, Plaisted K. Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Autism Dev Disord* 1999; 29: 407-18.
- Happé F. An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped and normal children and adults. *J Autism Dev Disord* 1994; 24: 129-154.
- Happé F, Ehlers S, Fletcher P, Frith U, Johansson M, Gillberg C, Dolan R, Frackowiak R, Frith C. 'Theory of mind' in the brain. Evidence from a PET scan study of Asperger syndrome. *Neuroreport* 1996; 8: 197-201.
- Happé F, Winner E, Brownell H. The getting of wisdom: Theory of mind in old age. *Dev Psychol* 1998; 34: 358-362.

# El concepto de “comprensión” (*Verstehen*) en Karl Jaspers

Helena Villarreal

Universidad Complutense de Madrid, España.  
E-mail: helena\_villpe@hotmail.com

Massimiliano Aragona

Asociación “Crossing Dialogues”.  
Universidad “La Sapienza”, Roma, Italia.

## Introducción

Hace ya 100 años que Karl Jaspers publicó su Psicopatología General, obra fundacional de la psicopatología como disciplina científica. En ella afirma que “*todos los síntomas subjetivos, todas las experiencias vitales y los fenómenos psíquicos que los enfermos describen y que atraviesan su juicio y su representación, se vuelven accesibles para nosotros de modo mediato*” (1). La psicopatología jaspersiana nos presenta un grado de certeza menor que la psicología científica, pero no es certeza lo que busca, sino com-

prensión, intuición de lo psíquico y personificación del proceso psicológico. Es necesario que el terapeuta esté abierto a un proceso activo que requiere de su total capacidad de reflexión y de “*ponerse en el lugar del otro*”, como si de un actor se tratase. Este “*ponerse en el lugar del otro*”, o empatía, considerado desde los más recientes hallazgos neurofisiológicos, se ha convertido en un tema indispensable en el debate científico contemporáneo.

---

## Resumen

Este artículo estudia la relación entre empatía y psicopatología desde el concepto de comprensión en Jaspers, 100 años después de la publicación de la primera edición de su Psicopatología General. La propuesta jaspersiana hace del sujeto y sus vivencias su primordial objeto de estudio, al igual que el raciovitalismo orteguiano. Se discute en torno al concepto de comprensión en el sistema de Jaspers. El comprender jaspersiano no es racional, sino empático, basado en la copresencia de contenidos emocionales y descripciones detalladas. La metodología jaspersiana, esencialmente pluralista, considera tanto la explicación como la comprensión, necesarias para la psicopatología. A pesar de ciertos límites, el concepto de comprensión es la columna vertebral del razonamiento psicopatológico, y ha demostrado su utilidad a lo largo de un siglo de práctica clínica. Sin embargo, necesita de una revisión que englobe los recientes hallazgos epistemológicos y clínicos. El “ser comprensible” es una propiedad relacional que emerge desde un proceso semiótico. Es por esto que se plantea el hecho de que una efectiva psicología debería englobar un proceso intersubjetivo, y alejarse del racionalismo estricto.

**Palabras clave:** Comprensión - Empatía - Psicopatología - Fenomenología - Raciovitalismo.

THE CONCEPT OF “UNDERSTANDING” (VERSTEHEN) IN KARL JASPERS

## Abstract

This article explores the relationship between empathy and psychopathology. It deals with the concept of “understanding” in Jaspers’ General Psychopathology, 100 years after the publication of its first edition. The Jaspersian proposal has the person and his/her experience as its primary object of study, just as in Ortega’s vital reason. Jaspers’ understanding is not rational but empathetic, based on the co-presence of emotional content and detailed descriptions. Jaspers’ methodology is essentially pluralistic, considering both explanation and understanding, necessary for psychopathology. Despite certain limits, the concept of understanding is the backbone of the psychopathological reasoning, and has proven useful over a century of clinical practice. However, it needs a review covering the recent epistemological and clinical findings. “To be understandable” is a relational property that emerges from a semiotic process. Therefore, an effective psychology should encompass an inter-subjective process, and get away from strict rationalism.

**Key words:** Understanding - Empathy - Psychopathology - Phenomenology - Vital reason.

## Definición de "comprensión"

"Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo" (2), dijo José Ortega y Gasset, un filósofo español consciente de la importancia de las experiencias vitales para la comprensión del ser humano. "Comprensión" (*Verstehen*), término empleado por Jaspers (siguiendo la estela inaugurada por Dilthey), gracias al cual es capaz de dar un nuevo enfoque a la psiquiatría. Jaspers introdujo dentro de la ciencia médica que respaldaba sus procedimientos, elementos de la fenomenología de Husserl, como la importancia del lenguaje, en aras de un procedimiento para llegar al interior del ser humano, a aquello que lo configura como tal, a su alma. Las vivencias que un hombre experimenta definen su comportamiento, sus sentimientos de afecto y aversión y, en ciertos casos, sus patologías. El psicopatólogo empleará un procedimiento que hace imprescindible la comunicabilidad entre médico y paciente, y la capacidad del primero para desarrollar la comprensión estática, o empatía, llevando a cabo el acto de identificación intuitiva en vistas a comprender aquello que le sucede al segundo, a través de la descripción de sus vivencias.

El papel de la comprensión (*Verstehen*) debe enmarcarse dentro de la idea de Jaspers de que no puede haber ninguna perspectiva metodológica que arroje un conocimiento profundo y sistemático del hombre. Para Jaspers, la psicopatología tiene su propio ámbito de legitimidad en el estudio de "el acontecer psíquico" real, consciente y patológico (1). Mantiene un pensamiento antirreduccionista, pues considera la comprensión como un método más de la psicopatología. Se inscribe dentro de un pluralismo metodológico, y advierte que para ser coherentemente reduccionista "se deja de hablar de lo psíquico, se deja de pensar en calidad de científicos de lo psíquico, [...] se abandona la psicopatología, [ocupándonos] tan sólo de procesos cerebrales y corpóreos" (1). El proceder comprensivo es necesario en cuanto que presenta el reconocimiento de la evidencia como condición previa de la psicología comprensiva, así como el reconocimiento de la realidad de la percepción y la causalidad es la condición previa de las ciencias naturales (1). La comprensión (*Verstehen*) indica "la visión intuitiva del espíritu desde dentro" (1), lo cual consiste en una actitud radicalmente distinta por parte del investigador: "cuando consideramos la vida psíquica tenemos a nuestra disposición dos vías: o bien nos trasponemos interiormente en los otros, nos identificamos con ellos, les «comprendemos», o les consideramos elementos simples de fenómenos en sus conexiones y en su sucesión en cuanto datos" (3). Jaspers parte del análisis y descripción de fenómenos simples como percepciones sensibles, y del comprender estático, para después obtener elementos complejos por medio de su conexión, mediante de la explicación (*Erklärung*) y el comprender genético.

La comprensión, parte de la observación "desde dentro"; el comprender estático implica partir de la descripción de fenómenos simples de la experiencia vital del paciente, posible gracias al recurso al método fenomenológico, y, a través de la empatía (*Empfinden*), la identificación, la transposición interior (*Hineinversetzen*) busca revivir (*Nacherleben*), para hacer presente dicha experiencia (4). Jaspers añade que la representación, o actualización de lo que ocurre realmente en el enfermo, de lo que experimenta propia-

mente, cómo se da en él algo en la conciencia, cómo se le insinúa algo, es el comienzo en el que hay que hacer abstracción de conexiones, de vivencias como totalidad, de lo añadido mentalmente con vistas a algo, de lo pensado como fundamental, de las representaciones teóricas (1). Este acto de identificación intuitiva es fundamental, ya que lo más característico que reconoce el psicopatólogo se da en el trato con seres humanos. Lo que así experimenta depende de cómo le viene dada la situación al hombre, y de cómo colabora terapéuticamente a su producción, iluminándose al mismo tiempo él mismo y los otros. No opera sólo una percepción indiferente, sino una comprensión abarcativa en la visión del alma (1). "En este movimiento técnico y humano confluyen resonancias internas con vivencias del otro y, al mismo tiempo, la posibilidad de permanecer objetivo; surge de tal modo la esencia del comprender estático y, podría decir, de todo el quehacer del psicopatólogo" (5).

El comprender genético opera relacionando los fenómenos mentales entre sí, iluminando el modo en que "surgen espontáneamente los unos de los otros, desde el interior, siguiendo un nexo comprensible y a través de la relación de sentido" (6). Jaspers dirá que "la fenomenología nos proporciona una serie de fragmentos, de elementos de lo psíquico realmente vivido. Nos preguntamos inmediatamente en qué conexiones están. En algunos casos comprendemos cómo lo psíquico deriva con evidencia de lo psíquico. De este modo, posible sólo respecto a lo psíquico, comprendemos cómo la persona agredida se vuelve furiosa, el amante engañado se vuelve celoso, cómo de un motivo deriva una decisión y un hecho. En la fenomenología se nos presentan cualidades singulares, estados singulares, comprendemos de manera estática, pero aquí podemos derivar lo uno de lo otro, comprendemos genéticamente. En el comprender estático (fenomenología) tomamos, por así decir, la sección transversal de lo psíquico, en el comprender genético (psicopatología comprensiva) la sección longitudinal" (1).

## Discusión

### El problema epistemológico

La fenomenología jaspersiana se dirige a las vivencias presentes en la conciencia; vivencias que, por su naturaleza, no pueden ser percibidas por los sentidos, pero sí revividas a través de la identificación con la psique del otro y; a través de la empatía, pueden ser vistas desde el interior gracias a la experiencia vital común (*Miterleben*) (6). Jaspers da a la "presentificación interna e intuición de lo psíquico" un estatuto especial. A este tipo de intuiciones el hombre tiene un acceso directo e inmediato, que no necesita de construcciones teóricas: "la evidencia de la comprensión genética es algo último [...] tiene en sí misma su fuerza persuasiva" (1). En este punto se plantea un problema epistemológico en relación a la idea de la empatía como fenómeno subjetivo, no objetivable ni accesible para el quehacer científico, pero la moderna reflexión epistemológica ha superado el afán de conceder tanta importancia a la objetividad (5). Además, Jaspers no niega la posibilidad de un proceder exclusivamente "objetivo", pero subraya que actuando de esta manera, la parte fundamental de psicopatología sería excluida *a priori* de la reflexión científica. Sobre lo que sí que cabe discusión, según Jaspers, es de cómo mejorar



el método para alcanzar el objetivo de fundar científicamente el estudio de fenómenos subjetivos.

#### *Tipos de comprensión (Verstehen)*

Jaspers sostiene que, pese a que se puede comprender racional u objetivamente el sentido de una frase, esta no es una comprensión de lo psíquico, porque puede darse sin comprender a la persona que la expresa, incluso sin pensar en manera alguna en ella (1). La comprensión de la que trata la *Psicopatología General* es comprensión afectiva (*ein fühlendes*): “si no obstante comprendemos el contenido del pensamiento como resultado de los estados de ánimo, de los deseos, de los temores de aquel que piensa, entonces lo comprendemos sólo en modo propiamente psicológico o empático. Si la comprensión racional conduce siempre sólo a observar que el contenido de una mente es una conexión racional enteramente comprensible sin la psicología, la comprensión empática nos conduce al interior de las mismas conexiones psíquicas. Si la comprensión racional es sólo un instrumento de soporte de la psicología, la comprensión empática conduce sin embargo a la psicología misma” (1). De aquí se extrae la evidente necesidad de un pluralismo metodológico, antes mencionado.

Aparece, además, un punto fundamental en común con el raciovitalismo orteguiano. Ortega critica al racionalismo diciendo que la ciencia, que pretende abarcar todo el universo, nada tiene que decir sobre el ser humano como individuo; así, la racionalidad estricta se detiene ante la extraña realidad que es la vida humana; “el hombre no tiene naturaleza, sino que tiene historia” (7). Ortega comprende, al igual que Jaspers, la importancia de la racionalidad para la comprensión de los acontecimientos, y para la explicación científica, pero también muestra la necesidad de hacer una ciencia humana, la historia es una ciencia basada en el individuo, en lo particular como fundamento ineludible de la colectividad. Es necesario comprender la vida humana, las circunstancias particulares de cada individuo, empatizar con él, para poder comprender cómo dicho individuo se ha insertado en una colectividad y lo que él mismo ha supuesto para el conjunto de la sociedad.

“Por medio de la historia intentamos la comprensión de las variaciones que sobrevienen en el espíritu humano” (8); Ortega apela a la “sensibilidad vital” (8) como un fenómeno de gran importancia en historia, que permite llegar a comprender una determinada época. Algo que, en ocasiones, sólo se da en un individuo, en lugar de en toda la colectividad; por ello dice que “los agentes históricos son exclusivamente individuos” (8). Dicho individuo afectado de manera especial por la historia es lo que Ortega llama “héroe” (8), y ha de insertarse en la colectividad. Si no somos capaces de hacer ciencia acercándonos al ser humano, siendo conscientes de la “sensibilidad vital”, seremos incapaces de dar cuenta de la realidad, de la historia humana.

#### *El problema de la justa distancia*

Se han de establecer ciertos límites para llevar a cabo la función conocida como “ponerse en el lugar del otro”, que caracteriza a la empatía. Jaspers establece una analogía entre el proceso de comprensión del psicopatólogo y el que lle-

va a cabo un actor, el cual se identifica con el personaje, dejándose de lado a sí mismo; debe asumir la actitud de un oyente atento, que no trata de ejercer violencia sobre otro y permanece fundamentalmente objetivo, sin dejarse influenciar. Impasibilidad y conmoción proceden unidas y no pueden contraponerse, mientras la fría observación, por sí misma, no ve nada esencial. Sólo juntas, mediante una acción recíproca, pueden llevarnos al conocimiento (1). El actor, para interpretar a su personaje, debe “meterse en su piel”, y esto implica imaginar vívidamente cómo se siente el personaje representado, así como calarse de su contexto histórico, social y cultural, haciéndolo propio, casi reviviéndolo. No obstante, el actor es consciente de que sigue siendo él mismo. Para llevar a cabo su labor se necesita de una distancia tal que permita controlar y regular lo mejor posible su gesto técnico. Jaspers, por tanto, considera la empatía y la objetividad como dos partes complementarias, ambas necesarias. Si nos limitamos al acto de objetivar, el psiquiatra sería culpable de cosificar al paciente y así, perder la posibilidad de instaurar una relación humana.

#### *Los límites de la comprensión*

Mientras que la explicación causal es por su naturaleza ilimitada, con la comprensión “llegamos muy deprisa al confín último, especialmente en la psicopatología. Lo psíquico emerge en nosotros como algo novedoso, en una modalidad totalmente incomprensible, lo psíquico sigue a lo psíquico de un modo para nosotros incomprensible. Se sigue, no deriva lo uno de lo otro” (1). Muchas reacciones patológicas que aparecen en el desarrollo de la personalidad son comprensibles (el psicopatólogo puede identificarse con ellas y comprenderlas); pero esto no ocurre en el caso de la percepción de un delirio esquizofrénico delirante, en el cuál se impone un salto o irrupción que rompe la continuidad de significados respecto a la situación que le precede, y en cuyo caso, cabe la explicación, pero no la comprensión en términos de empatía.

Aquello que hoy no es comprensible depende no sólo de características internas del fenómeno, sino también de otros aspectos externos. Los límites de la comprensión no son fijos y determinados, sino modificables en el tiempo. Hay cuatro aspectos fundamentales a tener en cuenta en la relación entre el psicopatólogo y el paciente: a) la situación en la que sucede el coloquio; b) la duración de la relación; c) las características personales del paciente; y d) las características personales del psicopatólogo, que puede ser más o menos empático. Por lo tanto, podemos decir que el límite de la comprensión no es estático ni dado de una vez por todas, sino dinámico y, en parte, modificable.

Dinámico, al igual que la filosofía para Ortega, ya que la entiende como algo flexible, abierto, vivo; algo asistemático, al igual que la propia vida. Además, dice que “*El ser definitivo del mundo no es materia ni es alma, no es cosa alguna determinada, sino una perspectiva*” (8); no solamente hay un punto de vista sobre la realidad o una verdad inmutable, sino hay tantas verdades como formas de ver el mundo, que es una pluralidad de perspectivas. Asumir esta multiplicidad es la única forma de acercarse a la realidad del mundo. La perspectiva está relacionada con la circunstancia, una circunstancia humana, e histórica; la realidad radical es la vida

humana y su consistencia es histórica (7). La circunstancia es nuestra situación en el mundo, la de cada uno, lo cual no quiere decir que todo sea subjetivo, sino que cada individuo interpreta su vida de una manera única. Mi vida es la realidad radical, hay una coexistencia y copertenencia entre yo y mundo, entre yo y circunstancia. Junto a la circunstancia, aparece el individuo, el yo. La tarea de "ponerse en el lugar del otro", es compleja, requiere comprender otras circunstancias, ver el mundo desde otra perspectiva, para poder comprender otra realidad.

#### *La asimetría de la comprensión*

Cuando partimos de la observación para llegar a las leyes, una vez establecidas, las leyes se pueden usar para predecir futuras observaciones. Esto vale para la explicación, pero no vale, sin embargo, para la comprensión. En el ámbito de la comprensión no caben las predicciones. El sujeto puede sumergirse en lo que ha sucedido y comprender una reacción corriente frente a una circunstancia determinada. Pero aunque tal reacción, en base unas circunstancias dadas parezca evidente, no es posible transformar esta vivencia en base de una ley, porque la misma persona en otro momento, u otra persona en su lugar, habría podido reaccionar de manera distinta, aunque las circunstancias hubiesen sido las mismas (hay que tener en cuenta que cada individuo tiene su propia personalidad, lo cual implica distintas reacciones frente a un mismo estímulo). En otras palabras, la evidencia de una reacción comprensible no puede ser la base de ninguna ley científica que determine la previsibilidad en eventos futuros, porque no hay ningún mecanismo conocido en el cual se base.

#### *¿Intuición o interpretación?*

La intuición empática propuesta por Jaspers, así como la interpretación se confrontarán dentro de la comprensión misma. La comprensión jaspersiana se basa en la presentificación de vivencias, definidas por el mismo Jaspers como el elemento último e irreductible, este "hacerse presente" o comprender, que debe ser ejercitado (6). Entre comprender e interpretar viene indicada una oposición, "cuanto más interpretamos, menos comprendemos" (1), pero también una cierta complementariedad: "Hablamos de comprensión en la medida en la que aquello que viene comprendido encuentra su plena explicación a través de movimientos, expresiones, comunicaciones lingüísticas, acciones. Hablamos de interpretar cuando nos servimos sólo de puntos de apoyo seguidos por proporcionar una cierta probabilidad a las conexiones ya antes comprendidas en el caso precedente" (1). La interpretación proporciona

"puntos de apoyo" para solventar el problema de la incomprendibilidad, en algunos aspectos. Jaspers dirá incluso que la comprensión se basa en estos "puntos de apoyo", "todo comprender de procesos reales particulares es por tanto más o menos un interpretar." (1). Así se relaciona definitivamente comprensión e interpretación, refiriendo esta última al propio sentido de la identificación empática.

## Conclusiones

Se ha reconstruido el concepto de comprensión (*Verstehen*) en la *Psicopatología General* de Karl Jaspers, la cual se encuentra ligada a la explicación (*Erklärung*), siempre en el interior de un pluralismo metodológico. Jaspers traza un paralelismo entre el conocimiento sensitivo, propio de las ciencias naturales observacionales, y el conocimiento empático, que sirviéndose de la fenomenología, permite conocer las vivencias.

Se ha definido la *comprensión estática*, o acto de identificación intuitiva, que es lo que hace revivir en nosotros las vivencias del otro (empatía), y la *comprensión genética*, que pone en relación las vivencias para comprender las motivaciones. Esta última establece conexiones evidentes, pero limitadas, porque: a) no todo es comprensible; b) los límites de la comprensión pueden modificarse según las características internas del fenómeno estudiado, o las características propias del psicopatólogo; c) la comprensión es metodológicamente asimétrica, puede reconstruir la conexión entre los eventos a *posteriori*, pero no puede establecer leyes ni previsiones científicas.

Comprender las motivaciones por las cuales una persona actúa, piensa y siente de una cierta manera es esencial para la psicopatología. La comprensión es la relación, es un proceso semiótico que emerge de la interrelación entre las características intrínsecas del paciente y del fenómeno de estudio y del interlocutor, que lo hace en base a su disponibilidad y capacidad. Jaspers considera que muchos de los conceptos de la psicopatología no son unívocos, su sentido depende de la dinámica de atribución del significado en las relaciones humanas.

Por último, se han comentado los puntos en común entre la psicopatología jaspersiana y el raciovitalismo ortegiano. Ambos plantean el pluralismo metodológico, un enfoque abierto y dinámico que permita penetrar en la aparente inescrutabilidad de los seres humanos, y comprenderlos. Los dos huyen de los prejuicios y del racionalismo como única vía para alcanzar el conocimiento. En la complejidad misma del individuo reside la clave para poder elaborar una psicología y una filosofía que den cuenta de dicha complejidad, a juicio de estos pensadores ■

## Referencias bibliográficas

1. Jaspers K. *Psicopatología general*. Buenos Aires: Editorial Beta; 1971.
2. Ortega y Gasset J. *Meditaciones del Quijote*. Madrid: Alianza editorial; 2005.
3. Jaspers K. *Eifersuchtswahn. Einer Beitrag zur Frage: "Entwicklung einer Persönlichkeit" oder "Prozess"?* En: Jaspers K. *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*. Berlin: Springer; 1963. p. 85-141.
4. Achella S. Nota introduttiva. En: Jaspers K. *Scritti psicopatologici*. Napoli: Guida; 2004. p. 67-79.
5. Aragona M. *Il mito dei fatti. Una introduzione alla filosofia della psicopatologia*. Roma: Crossing Dialogues; 2009.
6. Jaspers K. *L'indirizzo fenomenologico in psicopatologia*. En: Jaspers K. *Scritti psicopatologici*. Napoli: Guida; 2004. p. 27-50.
7. Ortega y Gasset J. *Historia como sistema y otros ensayos de filosofía*. Madrid: Alianza Editorial; 2008.
8. Ortega y Gasset J. *El tema de nuestro tiempo*. Madrid: Alianza Editorial; 2006.

# **Crisis no epilépticas de origen psicógeno. Diagnóstico diferencial con la epilepsia, presentación clínica y abordaje terapéutico**

**Laura Scévola**

*Psiquiatra de planta del Servicio de Salud Mental del Hospital Ramos Mejía.  
Psiquiatra colaboradora del Centro de Epilepsia Hospital Ramos Mejía.  
E-mail: laurascevola@yahoo.com.ar*

**Guido Korman**

*Doctor en psicología, investigador CONICET/CAEA.  
Docente de grado y posgrado Facultad de Psicología, UBA.*

**Silvia Oddo**

*Neuróloga.  
Coordinadora de la Unidad de Video EEG del Centro de Epilepsia Hospital Ramos Mejía,  
Instituto de Biología celular y Neurociencia, UBA-CONICET, Buenos Aires, Argentina.*

**Silvia Kochen**

*Neuróloga.  
Investigadora y Directora del Centro de Epilepsia Hospital Ramos Mejía, Instituto de Biología celular y Neurociencia,  
UBA-CONICET, Buenos Aires, Argentina.*

**Luciana D'Alessio**

*Psiquiatra e Investigadora del Centro de Epilepsia Hospital Ramos Mejía, Instituto de Biología celular y Neurociencia,  
UBA-CONICET, Buenos Aires, Argentina.*

## Antecedentes históricos

El término actual de crisis no epilépticas de origen psicógeno (CNEP) fue acuñado por los neurólogos contemporáneos, y su uso se fue extendiendo a partir de los hallazgos encontrados en el video-electroencefalograma (VEEG), estudio complementario que ha permitido realizar con mayor sensibilidad y especificidad, el diagnóstico diferencial entre crisis epilépticas (CE) y CNEP. Sin embargo, el diagnóstico de CNEP podría considerarse un resurgimiento de un síndrome muy conocido para los psiquiatras desde hace más de un siglo, ya que las CNEP se corresponden, en la mayoría de los casos, con la descripción clásica de las crisis de histeria (1, 2).

Diferentes autores han contribuido al estudio de este síndrome. Uno de los pioneros, fue Charcot, que estudió la histeria mediante los métodos semiológicos de observación médica, llegando a minuciosas descripciones sintomáticas, que aún hoy siguen vigentes. La crisis histérica completa, denominada "*a lo Charcot*" comprendía 5 fases (pródromo, periodo epileptoide, periodo de contorsiones, periodo de trance y periodo terminal). Babinski, a principios de 1900, delimitó el campo de la histeria del de la patología neurológica lesional, y consideraba que los síntomas histéricos, a diferencia de los trastornos orgánicos del sistema nervioso, podían ser reproducidos por la sugestión. Pierre Janet en la Salpêtrière, estudió las relaciones de la histeria, la hipnosis y el automatismo psicológico; se refirió a la desintegración del Yo tal

como puede ser realizada en la hipnosis u observada en las crisis histéricas. Para él, la idea fija era el síntoma fundamental de la histeria. Los sentimientos, las creencias, los deseos, los recuerdos, las representaciones mentales, toman una intensidad particular y los síntomas histéricos configuran un fenómeno de emancipación automática por estar debilitada la conciencia.

En la misma época Freud, al principio junto con Breuer y después postulando la teoría del inconsciente patógeno, estableció la teoría de la histeria basada en la represión de los recuerdos. Observó que en el curso de las crisis surgían antiguos recuerdos (en general traumas sexuales infantiles), que estaban separados de la organización consciente de la memoria (inconscientes) y reprimidos por la "*censura*". Decía que otras manifestaciones histéricas se comprendían si se las consideraba como expresiones simbólicas de los sentimientos, en relación con los recuerdos reprimidos (2).

En el DSM-III R (1980) aún figuraba la neurosis histérica de tipo conversivo y disociativo (3), que fue posteriormente reemplazada en el DSM-IV por los trastornos conversivo y disociativo (4).

En el año 1964, Liske y Forster acuñaron el término pseudocrisis para referirse a los eventos paroxísticos, clínicamente similares a las crisis epilépticas pero sin los cambios electroencefalográficos de la epilepsia (5). Posteriormente, el término "pseudocrisis" (pseudoseizures) se comenzó a usar en artículos que datan de 1979, en forma indistinta al término de crisis de histeria (6).

---

### Resumen

El término actual de crisis no epilépticas de origen psicógeno, fue acuñado por los neurólogos y epileptólogos contemporáneos, a partir de la implementación del video-electroencefalograma, considerado hoy el método diagnóstico *gold standard*. Los pacientes con crisis no epilépticas de origen psicógeno comprenden un grupo heterogéneo desde el punto de vista psiquiátrico. El diagnóstico psiquiátrico que describe las crisis no epilépticas de origen psicógeno es el trastorno de conversión, muchas veces asociado al trastorno disociativo. Estos trastornos se encuentran frecuentemente en comorbilidad con depresión, ansiedad y trastorno de estrés posttraumático. Además coexisten en alta frecuencia con trastornos de la personalidad, sobre todo trastorno límite, aunque también se ha descrito trastorno por dependencia. El antecedente de trauma es muy importante en la fisiopatología y desarrollo de crisis no epilépticas de origen psicógeno. Los síntomas "*core*" de las crisis no epilépticas de origen psicógeno (conversión y disociación), algunas de las comorbilidades y las dificultades que generan los trastornos de personalidad se tratan con psicoterapia, reservando los psicofármacos para las comorbilidades como depresión y trastorno de estrés posttraumático.

**Palabras clave:** Crisis no epilépticas de origen psicógeno - Epilepsia - Trastorno conversivo - Trastorno disociativo - Video-electroencefalograma.

PSYCHOGENIC NON-EPILEPTIC SEIZURES. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS WITH EPILEPSY, CLINICAL PRESENTATION AND THERAPEUTIC APPROACH.

### Abstract

The current term psychogenic non-epileptic seizures were coined by contemporary neurologists and epileptologists, since the implementation of Video electroencephalogram, considered today the gold standard diagnostic tool. Patients with psychogenic non-epileptic seizures comprise a heterogeneous group from the psychiatric point of view. The diagnosis that describes the psychogenic non-epileptic seizures is "conversion disorder", often associated with dissociative disorder. These disorders are frequently co-morbid with depression, anxiety and posttraumatic stress disorder. Furthermore, usually coexist with personality disorders, especially borderline personality disorder, although dependence personality disorder has also been described. A history of trauma is very important in the pathogenesis and development of psychogenic non-epileptic seizures. The symptoms "*core*" of the psychogenic non-epileptic seizures (conversion and dissociation), some co-morbidities and personality disorders are treated with psychotherapy, while psychotropic drugs are used for co-morbidities such as depression and posttraumatic stress disorder.

**Key words:** Psychogenic non-epileptic seizures - Epilepsy - Conversion disorder - Dissociative disorder - Video-electroencephalogram.

---

Si bien el término adoptado y más extendido en la literatura actual es “crisis no epilépticas de origen psicógeno”, varios nombres han recibido a lo largo del tiempo y reciben hoy las CNEP: crisis no epilépticas, ataques no epilépticos, eventos no epilépticos, pseudocrisis, pseudocrisis psicógenas, crisis psicógenas, trastorno de ataques no epilépticos, trastorno de ataques pseudoepilépticos. Todos estos términos fueron acuñados por parte de especialistas en neurolo-

gía, al realizar el diagnóstico diferencial entre CE y CNEP, a partir de la implementación de métodos complementarios más modernos, en particular el VEEG (1,7, 8, 9).

Con el tiempo, se prefirió dejar de lado el término pseudocrisis por referirse a algo falso, “que no es”, mientras que existen “crisis no epilépticas” de otros orígenes con fisiopatologías determinadas y que también pueden prestarse al diagnóstico diferencial con las crisis epilépticas (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Diagnósticos diferenciales.

<b>Diagnósticos diferenciales con epilepsia y CNEP</b>
Síncope
Intoxicación por drogas
Alteraciones metabólicas
Trastornos del movimiento
Trastornos del sueño
Accidente isquémico transitorio
Migraña
Mioclonus no epiléptico

### Situación actual y datos epidemiológicos

Las CNEP se definen actualmente como cambios abruptos y autolimitados en el comportamiento y/o en la conciencia, con alteración de las funciones motoras, sensitivas y cognitivas, similares a las crisis epilépticas pero sin alteraciones en el EEG. Se diagnostican una vez descartadas otras causas fisiopatológicas de las crisis y se considera que se originan por conflictos emocionales y/o psicológicos (7,10, 11, 12, 13, 14).

La incidencia de CNEP en la población general se calcula en aproximadamente 1.5% cada 100000 habitantes por año. Esta cifra asciende a un 25% a 30% si se considera la incidencia en los centros especializados en epilepsia, es decir, pacientes que llegan derivados a centros de referencia con una supuesta epilepsia con mala respuesta al tratamiento y luego de un estudio exhaustivo se llega al diagnóstico de CNEP. Además, un 5% a 40% de pacientes tienen concomitantemente o tuvieron anteriormente epilepsia, generando complicaciones en el manejo diagnóstico y terapéutico (12, 14, 15, 16).

La mayor parte de los estudios realizados en diferentes lugares del mundo arrojan diferencias de género, siendo las mujeres afectadas en un 70%. La edad más frecuente de aparición se halla entre los 15 y los 35 años (17, 18, 19, 20).

Como se mencionó anteriormente, un momento clave en el diagnóstico de las CNEP fue el advenimiento del VEEG. Esto trajo aparejado en los últimos 30 años en países desarrollados, y hace un poco más de una década en nuestro país, el reconocimiento de que muchas de las crisis que antes se pensaban de origen epiléptico y tenían pobre respuesta al tratamiento, eran en realidad CNEP (19, 20, 22).

La mayor parte de los pacientes con CNEP reciben medicación antiepiléptica (AE) durante largos periodos de tiempo hasta que se arriba al diagnóstico correcto. Si bien las cifras son variables de acuerdo al centro de epilepsia, se tarda un promedio de 7 años en llegar al diagnóstico de CNEP. Este retraso en el diagnóstico persiste hoy en día, entre otros factores, porque el VEEG no es un estudio de rutina, porque no es fácil el acceso al VEEG, encontrándose sólo en centros de referencia en epilepsia y por falta de conocimiento de los profesionales no entrenados en reconocer las crisis (14, 20, 23, 24).

Durante estos años los pacientes son considerados como pacientes con epilepsia resistente a los fármacos (ER). La liga internacional contra la epilepsia (ILAE) define a la ER como aquella en la que falla el control de crisis (sin ningún tipo de crisis durante 12 meses), con al menos dos esquemas de AE, que sean bien tolerados y apropiadamente elegidos (ya sea en monoterapia o en

combinación) y por ende toman una o más combinaciones de AE, de forma inadecuada (25).

Los pacientes con CNEP, al ser diagnosticados como epilépticos suelen sufrir la imposición del estigma y las restricciones en estilo de vida de los pacientes con epilepsia (22). Por otro lado, los AE pueden generar efectos adversos, toxicidad, altos costos innecesarios para el paciente y/o el sistema de salud. El extremo de esta situación de exposición innecesaria a un tratamiento, lo encontramos en los casos en los cuales se confunden las CNEP llamadas "pseudostatus" (26), con el *status* epiléptico (emergencia neurológica caracterizada por una crisis epiléptica de larga duración en la que fallan los mecanismos homeostáticos que suprimen la crisis, o bien crisis recurrentes en salvas sin recuperación interictal) (27). En estos casos, los pacientes son expuestos a maniobras invasivas, internados en terapia intensiva, con intubación, anestesia general y AE a altas dosis (23). Se han descrito diversas complicaciones asociadas a las intervenciones médicas por pseudostatus, llevadas a cabo en unidades de emergencias y terapia intensiva, como paro respiratorio, sepsis, neumonía, infección urinaria y celulitis (11, 13, 14, 19, 28).

### Características clínicas

Si bien existen diferencias semiológicas entre las CNEP y las CE (ver Tabla 2) y la clínica puede ayudar sig-

nificativamente en el diagnóstico diferencial, no existen signos patognomónicos que nos permitan diagnosticar con certeza, y muchas veces no se puede arribar a un diagnóstico solamente por las manifestaciones clínicas, siendo el VEEG el método *gold standard* para el diagnóstico diferencial (11, 29). El VEEG consiste en el monitoreo continuo del comportamiento del paciente mientras se registra simultáneamente la actividad eléctrica cerebral a través del EEG (11). En la práctica clínica se indica para arribar al diagnóstico clínico y topográfico en pacientes con ER previo a la cirugía de la epilepsia o para realizar el diagnóstico diferencial entre CE y CNEP (14, 15, 30).

Las formas clínicas que pueden tomar las CNEP son muy variadas; si comprometen funciones motoras pueden asemejarse a las crisis tónico clónicas generalizadas o a las crisis parciales frontales de la epilepsia, mientras que aquellas que comprometen el estado de conciencia o alguna función sensorio-motora localizada, suelen confundirse con las crisis parciales simples y/o complejas y con las crisis de ausencia (14). Varios estudios han demostrado que ciertos signos que se consideraban típicos de la CNEP en realidad no eran tan específicos y también pueden verse en crisis epilépticas originadas en el lóbulo frontal (31).

Entre el 8% y el 30% de los pacientes con CNEP han sufrido lesiones durante las crisis, situación que tradicionalmente había sido vinculada a la epilepsia, como por ejemplo mordedura de lengua durante las crisis, golpes y

**Tabla 2.** Diferencias clínicas entre CNEP y CE.

Características de las crisis	CNEP	CE
Inicio y evolución	Gradual y fluctuante	Abrupto, a veces aura
Factores precipitantes	Muy frecuentes (alteraciones emocionales y/o del entorno, en presencia de familiares)	Pueden hallarse o no
Movimientos	Asincrónicos, asimétricos, con algún propósito Opistótonos Movimientos cefálicos de un lado a otro Actividad muscular facial diferente a epilepsia Atonía, parálisis Puede resistirse la apertura de los ojos	Sincrónicos, simétricos Automatismos oromandibulares característicos
Duración	En general prolongadas. Más de 5', pueden durar horas	Breves. En general menos de 3'
Emociones	Gritos y llanto Contenido emocional durante la crisis	Menor contenido emocional. Si hay grito es suelen ser al comienzo, sonidos guturales, puede sentir miedo ictal
Estereotipía	Las crisis suelen ser variables en un mismo paciente.	Las crisis son estereotipadas para un mismo paciente (la misma semiología en todas las crisis)
Alteración de la conciencia	Puede haber recuerdo parcial o amnesia del episodio por disociación de la conciencia	Ruptura de contacto, amnesia post crisis (en crisis parciales complejas y generalizadas)

CNEP: crisis no epilépticas de origen psicógeno; CE: crisis de epilepsia. Adaptado de 11, 16, 19, 29, 33.

caídas (32). La pérdida del control de esfínteres y la aparición de crisis durante el sueño, si bien son más frecuentes en la epilepsia, también se han descrito en algunos pacientes con CNEP (29, 33). A su vez las epilepsias parciales complejas también pueden presentar características que se prestan al diagnóstico diferencial con CNEP, como la presencia de episodios de despersonalización o desrealización, de sensaciones somáticas inusuales y alucinaciones auditivas, visuales y olfatorias que pueden formar parte del aura y de la crisis misma, y que también se observan en pacientes con crisis de ansiedad y/o episodios disociativos (34).

### Aspectos psiquiátricos de las CNEP

Los pacientes con CNEP comprenden un grupo heterogéneo desde el punto de vista psiquiátrico, con diagnósticos que abarcan diversos procesos psicopatológicos (12, 18, 35).

En las nosografías utilizadas en la psiquiatría contemporánea, las CNEP son mencionadas de diferentes formas. Por ejemplo, en el DSM-IV TR, la semiología de las CNEP se puede encontrar en los trastornos conversivos (dentro de la categoría trastornos somatomorfos) y los trastornos disociativos (4). Por otro lado, la CIE-10 las incluye en los trastornos disociativos (de conversión), que engloba los diagnósticos de histeria, histeria de conversión, psicosis histérica y reacción de conversión, de otras nomenclaturas (36). Además existe en este sistema diagnóstico, el subtipo convulsiones disociativas, que describe a las CNEP.

Además de los trastornos conversivos y disociativos, los pacientes con CNEP suelen tener otras comorbilidades psiquiátricas. La depresión se ha encontrado en el 60% de los pacientes con CNEP (7, 12, 18, 20, 37, 38). Podría considerarse una comorbilidad, un factor desencadenante de las crisis o una consecuencia (39). El trastorno por estrés post-traumático (TEPT) se ha hallado en alrededor del 50% y otros trastornos de ansiedad en un 45%, según diferentes estudios (12, 14, 20, 39, 40, 41).

La presentación clínica de los pacientes con CNEP es aún más compleja debido a los rasgos de personalidad o trastornos de la personalidad (40), que contribuyen al pobre funcionamiento psicosocial de estos pacientes. Dentro de los ellos, es frecuente hallar los trastornos del *cluster* B, sobre todo el trastorno límite, aunque también se ha reportado con cierta frecuencia, los trastornos de personalidad del *cluster* C (12, 14, 18, 20, 39).

Si bien las causas de las CNEP son multifactoriales y resultan de la combinación de factores biológicos, psicológicos, ambientales y sociales, los pacientes con CNEP reportan altas tasas de trauma general y las situaciones traumáticas parecen ser una de las causas más importantes en el desarrollo de las CNEP. Las tasas de abuso físico y sexual halladas en diferentes estudios oscilan entre un 40% y un 90% (41). Por otro lado, la presencia de experiencias traumáticas podría explicar la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos y de personalidad hallados en pacientes con CNEP (18, 39, 40, 41, 42).

### Tratamiento

Una vez que se realiza el diagnóstico de CNEP, la conducta a seguir es discontinuar paulatinamente la medicación AE e indicar el tratamiento correspondiente (psicoterapia, psicofármacos o ambos), desde un abordaje interdisciplinario.

Antes de efectuar la derivación a tratamiento por salud mental, es importante la forma en que se comunica el diagnóstico. Se ha reportado que la comunicación del nuevo diagnóstico al paciente y a la familia tiene consecuencias en la evolución de las crisis (43, 44). Por lo tanto, se considera que el diagnóstico de CNEP debe ser comunicado con precaución, idealmente por el neurólogo y un profesional de salud mental. *A posteriori* debe ser derivado a tratamiento por salud mental manteniendo por un tiempo el seguimiento interdisciplinario (neurólogo/psiquiatra-psicólogo). Se ha sugerido que al explicar el origen psicológico de las crisis debe hacerse con términos que sean aceptables como "*origen emocional*" y enfatizando que es una "*buena noticia*" el hecho de no tener epilepsia (44).

Aquellos pacientes que no aceptan el nuevo diagnóstico y siguen pensando que tienen epilepsia, han mostrado peor evolución (45). En un estudio, se encontró que el 41% continuaban tomando AE 4 años después del diagnóstico de CNEP, reflejando la escasa aceptación que tiene el diagnóstico de CNEP tanto por parte del paciente y de su familia, como de algunos profesionales que continúan indicando el tratamiento AE aún después de obtenido el resultado a través del VEEG (44, 46).

Las posibilidades de abordaje terapéutico en pacientes con CNEP son tan variadas como los diagnósticos que presentan dichos pacientes. Una vez explicado el diagnóstico al paciente y su familia, se debe abordar psicoterapéuticamente cada caso en particular. Los síntomas "*core*" de las CNEP (la conversión y disociación), las dificultades que generan los trastornos de personalidad, las estrategias de afrontamiento y algunas de las comorbilidades se pueden tratar con psicoterapia (psicoanálisis, terapia de grupo, terapia cognitivo conductual) (47). Por otro lado, dada la alta frecuencia de situaciones traumáticas vividas por estos pacientes, la psicoterapia es prioritaria en el tratamiento. Los psicofármacos quedan reservados para tratar las comorbilidades, no menos importantes en el impacto funcional de pacientes con CNEP. No se han desarrollado fármacos específicos para tratar los síntomas conversivos y/o disociativos y el tratamiento de elección es la psicoterapia. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se pueden utilizar para tratar algunas comorbilidades como la depresión, los trastornos de ansiedad, la impulsividad y el trastorno por somatización (48).

Un dispositivo que está siendo estudiado recientemente es la terapia de grupo, haciendo énfasis en la psicoeducación (49).

Es frecuente que los pacientes con CNEP presenten familias disfuncionales, para dichos casos puede ser útil un dispositivo de terapia familiar (47).

### Psicoterapia cognitivo conductual

Las terapias cognitivo-conductuales nacieron en los años sesenta en Estados Unidos, de la mano del desarrollo de teorías y modelos psicoterapéuticos cuyo objetivo era disminuir el malestar generado por los trastornos depresivos y ansiosos en un lapso relativamente breve. Estos desarrollos se diferenciaron rápidamente de las corrientes psicológicas dominantes en la época -el psicoanálisis y el conductismo-, y fueron fuertemente influidos por la llamada "revolución cognitiva". Su foco particular era -y es actualmente- el papel de la cognición en los fenómenos mentales patológicos (50, 51, 52). Desde un comienzo, estos desarrollos adquirieron un fuerte compromiso con la investigación empírica, en aras de validar dichos conocimientos, tanto en lo que hace a las terapias como a las teorías que las sustentaban (53, 54).

Con el correr de los años, las terapias cognitivas se multiplicaron y diversificaron, aplicándose a distintos trastornos y problemas en gran parte del mundo. Se generaron nuevos interrogantes y nuevos desafíos que dieron lugar a distintos modelos cognitivos. Entre los años 1986 y 1993 fueron realizados más de 120 estudios controlados (55), y en el año 2006 había ya más de 324 estudios publicados sobre intervenciones cognitivas conductuales (56), tendencia que continúa en aumento. En la actualidad existen tratamientos cognitivos para la depresión, para el trastorno de angustia, la fobia social, trastorno por estrés post-traumático, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, esquizofrenia, bulimia, anorexia, dolor crónico, entre muchos otros trastornos y problemas de salud (56, 57).

En lo que respecta específicamente a las CNEP existen investigaciones que sugieren que la terapia cognitivo-conductual podría ser el tratamiento adecuado para estos trastornos (58, 59). Durante las últimas 2 décadas se han realizado estudios sobre pacientes (58, 59, 61); los resultados han sido una significativa disminución en la frecuencia de las crisis. Ejemplo de estos intentos es el estudio piloto aleatorizado y controlado llevado a cabo por el equipo de Goldstein que ha obtenido resultados más que favorables en la reducción de las crisis. En este trabajo se compara la aplicación de terapia cognitivo-conductual junto con el tratamiento médico *standard* contra la sola aplicación del tratamiento médico *standard*. Los resultados manifiestan una significativa mejoría en la aplicación conjunta (60).

Pese a estos buenos indicadores, los investigadores no han logrado explicar los mecanismos de cambio que dan lugar a estos resultados en el tratamiento de las CNEP. Pese a la falta de explicación científica evidente

hay algunas especulaciones al respecto. Baslet sugiere que la terapia cognitivo-conductual a partir de un modelo psicoeducativo tiende a explicarle al paciente en qué consiste la activación fisiológica permitiéndole normalizar la experiencia del paciente (42). A su vez, el entrenamiento en relajación podría ser un ingrediente específico que tiende a disminuir la frecuencia de CNEP. Por último, el reconocimiento de los potenciales disparadores de la crisis podría poner en funcionamiento estrategias cognitivas y conductuales practicadas y aprendidas en el tratamiento y de esa manera, reducir las crisis.

Los resultados parecen alentadores y es probable que en los próximos años tengamos más investigaciones que demuestren la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual y expliquen las causas por las que se produce la mejoría.

Las dificultades que tienen los pacientes con CNEP en el manejo de los estados internos percibidos podrían beneficiarse de lo que son los modelos cognitivos de tercera generación que utilizan técnicas de conciencia plena (62), pese a que hoy presentan un grupo limitado de investigaciones (63, 64). El modelo cognitivo-conductual presenta la ventaja de poder utilizar una ilimitada cantidad de técnicas permitiendo diseñar el tratamiento en función de la especificidad de las CNEP. A su vez las comorbilidades que las CNEP presentan cuentan con tratamientos cognitivos con apoyo empírico como son los trastornos de ansiedad y la depresión, entre muchos otros (53). Por ello, pese a que es un campo de estudio nuevo, parecería que la evidencia indica que la terapia cognitivo-conductual podría ser el tratamiento apropiado para este problema.

### Conclusión

La semiología clínica es orientativa en el diagnóstico diferencial entre las crisis epilépticas y las CNEP pero en muchos casos se torna difícil. A partir de la implementación del VEEG podemos diferenciarlas con precisión. Son importantes los antecedentes de trauma y el perfil psiquiátrico para ayudar al diagnóstico y abordar un tratamiento correcto.

Las posibilidades de abordaje terapéutico en pacientes con CNEP son tan variadas como los diagnósticos que presentan dichos pacientes.

### Declaración de conflictos de intereses

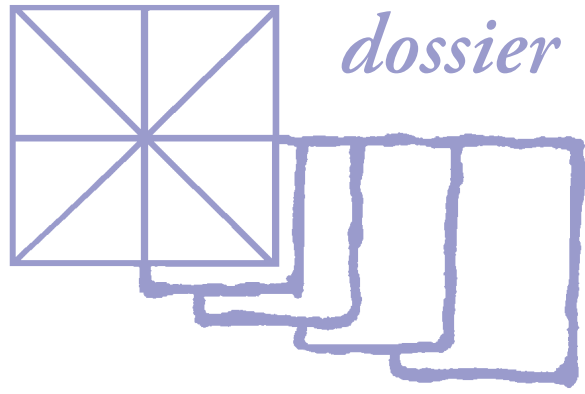
Los autores no declaran conflictos de intereses ■



## Referencias bibliográficas

1. Scull DA. Pseudoseizures or non-epileptic seizures (NES); 15 synonyms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997; 62 (2): 200.
2. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. La histeria. En: Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de psiquiatría. 8va edición. Barcelona: Masson; 1978. p. 418-433.
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III-R. Barcelona: Masson; 1987.
4. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR. Barcelona: Masson; 2002.
5. Liske E, Forster FM. Pseudoseizures: a problem in the diagnosis and management of epileptic patients. *Neurology* 1964; 14: 41-49.
6. Goodwin J, Gross M. Pseudoseizures and incest. *Am J Psych* 1979; 136: 1231.
7. Abubakr A, Kablinger A, Caldito G. Psychogenic seizures: clinical features and psychological analysis. *Epilepsy Behav* 2003; 4: 241-5.
8. Krumholz A. Non-epileptic seizures: diagnosis and management. *Neurology* 1999; 53 (Suppl. 2): S76-83.
9. Betts T, Boden S. Diagnosis, management and prognosis of a group of 128 patients with non-epileptic attack disorder. Part I. Seizure 1992; 1: 19-26.
10. Reuber M. Psychogenic non-epileptic seizures: answers and questions. *Epilepsy Behav* 2008; 12: 622-35.
11. Lesser RP. Psychogenic seizures. *Neurology* 1996; 46: 1499-507.
12. Reuber M, Elger CE. Psychogenic non-epileptic seizures: review and update. *Epilepsy Behav* 2003; 4: 205-16.
13. Muller T, Merschhemke M, Dehnicke C, Sanders M, Meencke HJ. Improving diagnostic procedure and treatment in patients with non-epileptic seizures (NES). *Seizure* 2002; 11: 85-9.
14. D'Alessio L, Giagante B, Oddo S, Silva WW, Solís P, Consalvo D, et al. Psychiatric disorders in patients with psychogenic non-epileptic seizures, with and without comorbid epilepsy. *Seizure* 2006; 15 (5): 333-9.
15. Benbadis SR, Agrawal V, Tatum WO 4th. How many patients with psychogenic non-epileptic seizures also have epilepsy? *Neurology* 2001; 57 (5): 915-7.
16. Iriarte J, Parra J, Urrestarazu E, Kuyk J. Controversies in the diagnosis and management of psychogenic pseudoseizures. *Epilepsy Behav* 2003; 4: 354-9.
17. Oto M, Conway P, McGonigal A, Russell A, Duncan R. Gender differences in psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure* 2005; 14, 33-39.
18. Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 57-63.
19. Alper K. Non-epileptic seizures. *Neurol Clin* 1994; 12 (1): 153-73.
20. Scévola L, Teitelbaum J, Oddo S, Centurión E, Loidl C, Kochen S, et al. Psychiatric disorders in patients with psychogenic non-epileptic seizures and drug-resistant epilepsy: a study of an Argentine population. *Epilepsy Behav* 2013; 29 (1): 155-160.
21. Kochen S, Melcon M. Prognosis of epilepsy in a community-based study: eight years of follow-up in an Argentine community. *Acta Scand Neurol* 2005; 112 (6): 370-4.
22. Silva W, Giagante B, Saizar R, D'Alessio L, Oddo S, Consalvo D, et al. Clinical features and prognosis of non-epileptic seizures in a developing country. *Epilepsia* 2001 Mar; 42 (3): 398-401.
23. Reuber M, Fernandez G, Bauer J, Helmstaedter C, Elger CE. Diagnostic delay in psychogenic non-epileptic seizures. *Neurology* 2002; 58 (3): 493-5.
24. Scévola L, D'Alessio L, Saferstein D, Centurión E, Consalvo D, Kochen S. Psychogenic non-epileptic seizures after head injury: a case report. *Case Rep Med* 2009; 712813.
25. Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, Brodie MJ, Allen Hauser W, Mathern G, et al. Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia* 2010; 51 (6): 1069-77.
26. Dworetzky BA, Bublick EJ, Szaflarski JP; Non-epileptic Seizure Task Force. Non-epileptic psychogenic status: markedly prolonged psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2010 Sep; 19 (1): 65-8.
27. Engel J. Report of the ILAE classification core group. *Epilepsia* 2006. 47 (9): 1558-1568.
28. Bodde NM, Lazeron RH, Wirken JM, van der Kruijs SJ, Aldenkamp AP, Boon PA. Patients with psychogenic non-epileptic seizures referred to a tertiary epilepsy centre: patient characteristics in relation to diagnostic delay. *Clin Neurol Neurosurg* 2012; 114 (3): 217-22.
29. Lobello K, Morgenlander J, Radtke R, Buschnell C. Video/EEG monitoring in the evaluation of paroxysmal behavioral events: Duration, effectiveness, and limitations. *Epilepsy Behav* 2006; (8): 261-66.
30. Alsaadi TM, Thieman C, Shatzel A, Farias S. Video-EEG telemetry can be a crucial tool for neurologists experienced in epilepsy when diagnosing seizure disorders. *Seizure* 2004; 13: 32-4.
31. Saygi S, Katz A, Marks DA, Spencer SS. Frontal lobe partial seizures and psychogenic seizures: comparison of clinical and ictal characteristics. *Neurology* 1992; 42: 1274-7.
32. Peguero E, Abou-Khalil B, Fakhoury T, Mathews G. Self-Injury and Incontinence in psychogenic seizures. *Epilepsia* 1995; 36 (6): 586-91.
33. Walczak T, Bogoliubov A. Weeping during psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsia* 1996; 37 (2): 208-10.
34. Devinsky O, Putman FW, Grafman J. Dissociation states and epilepsy. *Neurology* 1989; 39: 835-40.
35. Reuber M, House AO, Pukrop R, Bauer J, Elger CE. Somatization, dissociation and general psychopathology in patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy Res* 2003; 57: 159-67.
36. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992.
37. Galimberti CA, Ratti MT, Murelli R, Marchioni E, Manni R, Tartara A. Patients with psychogenic non-epileptic seizures, alone or epilepsy-associated, share a psychological profile distinct from that of epilepsy patients. *J Neurol* 2003; 250 (3): 338-46.
38. Arnold Privitera Arnold LM, Privitera MD. Psychopathology and trauma in epileptic and psychogenic seizure patients. *Psychosomatics* 1996; 37: 438-43.
39. Reuber M. Psychogenic non-epileptic seizures: Answers and questions. *Epilepsy Behav* 2008; (12): 622-35.
40. Bailles E, Pintor L, Fernandez-Egea E. Psychiatric disorders, trauma, and MMPI profile in Spanish sample of non epileptic seizure patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 310-5.
41. Fiszman A, Alves-Leon SV, Nunes RG, D'Andrea I, Figueira I. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in patients with psychogenic non-epileptic seizures: a critical review. *Epilepsy Behav* 2004; 5: 818-25.
42. Baslet G. Psychogenic non-epileptic seizures: A model of their pathogenic mechanism. *Seizure* 2011; (20): 1-13.
43. Thompson R. What is it like to receive a diagnosis of non-epileptic seizures? *Epilepsy Behav* 2009 Mar; 14 (3): 508-15.
44. Shen W, Bowman ES, Markand ON. Presenting the diagnosis of pseudoseizures. *Neurology* 1990; 40: 756-9.
45. Carton S, Thompson PJ, Duncan JS. Non-epileptic seizures: patients' understanding and reaction to the diagnosis and impact on outcome. *Seizure* 2003; 12: 287-94.
46. Green A, Payne S, Barnitt R. Illness representations among

- people with non-epileptic seizures attending a neuropsychiatry clinic: a qualitative study based on the self-regulation model. *Seizure* 2004; 13: 331-9.
47. LaFrance WC, Devinsky O. The treatment of non-epileptic seizures: historical perspectives and future directions. *Epilepsia* 2004; 45: 15-21.
  48. LaFrance Jr WC, Devinsky O. Treatment of non-epileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2002; 3 (5, Suppl. 1): S19-23.
  49. Zaroff CM, Myers LB, Barr W, Luciano D, Devinsky O. Group psychoeducation as treatment for psychological non-epileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2004; 5: 587-92.
  50. Beck AT. Cognitive therapy as the integrative therapy. *J Psychother Integr* 1991; 1: 191-198.
  51. Fernández-Alvarez H, Opazo-Castro R. la integración en psicoterapia: manual de aplicaciones. Barcelona: Paidós; 2004.
  52. Keegan E. Ensayos de terapia cognitiva. Buenos Aires: EUDEBA; 2007.
  53. Beck AT. The current state of cognitive therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 953-959.
  54. Dobson KS, Dozois DJA. Historical and philosophical bases of the cognitive behavioral therapies. In: Dobson KS, editor. *Handbook of cognitive behavioral therapies*. New York: The Guilford Press; 2010. p. 3-38.
  55. Hollon SD, Beck AT. Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th Ed. New York: J. Wiley & Sons inc.; 1994. p. 428-466.
  56. Butler A, Chapman E, Forman E, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev* 2006; 26: 17-31.
  57. Garay C. Terapia cognitivo-conductual para los pacientes oncológicos. En: Vidal y Benito MC, editor. *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Polemos; 2008. p. 195-208.
  58. Goldstein LH, Deale AC, Mitchell-O'Malley SJ, Toone BK, Mellers JD. An evaluation of cognitive behavioral therapy as a treatment for dissociative seizures: a pilot study. *Cogn Behav Neurol* 2004; 17, 41-49.
  59. Chalder T. Non-epileptic attacks: a cognitive behavioral approach in a single case approach with a four-year follow-up. *Clin Psychol Psychother* 1996; 3: 291-297.
  60. Goldstein LH, Chalder T, Chigwedere C, Khondoker MR, Moriarty J, Toone BK, et al. Cognitive-behavioral therapy for psychogenic non-epileptic seizures: a pilot RCT. *Neurology* 2010; 74: 1986-94.
  61. Rusch MD, Morris GL, Allen L, Lathrop L. Psychological treatment of non-epileptic events. *Epilepsy Behav* 2001; 2: 277-283.
  62. Lau MA, McMain, SF. Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioral therapies: the challenge of combining acceptance- and change- based strategies. *Can J Psychiatry* 2005; 50, 863-869.
  63. Öst LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther* 2008; 46 (3): 296-321.
  64. Korman GP, Garay C. El modelo de terapia cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness). *Revista Argentina de Clínica* 2012; XXI (1): 5-13.



# DEBATES EN PSIQUIATRÍA INFANTOJUVENIL

DIAGNOSTICO, ETIQUETAMIENTO,  
USO DE PSICOFARMACOS, TRATAMIENTOS

## Coordinación

Ernesto Whalberg

Juan Costa

Fabián Triskier

*La práctica de la psiquiatría infantojuvenil, en su carácter de especialidad médica, está inmersa en los debates culturales y sociales propios de la época en la que se desarrolla. Tanto en nuestro medio local, así como también a nivel global, se ha venido sosteniendo una discusión, en medios y ámbitos profesionales y académicos pero también a nivel de la opinión pública y de medios masivos de comunicación, desde hace ya varias décadas, respecto de los alcances de la medicina. Suele describirse como medicalización al proceso por el cual problemas no médicos pasan a ser definidos y tratados como problemas médicos (1). En consecuencia, la medicina avanzaría sobre diferentes fenómenos, períodos, fases o características de la vida, terrenos que previamente le eran extraños, apoyada en avances teórico-técnico-científicos o en forzamientos de lógicas que responderían a determinaciones socio-culturales y de mercado, fuertemente influenciadas por las actuales pautas de vida en un mundo globalizado. Conceptos tales como medicalización, patologización, etiquetamiento, y aún otros que podrían incluirse, como terapeutización, son nociones críticas de determinados procedimientos aplicados con frecuencia a la psiquiatría de niños y adolescentes. Estas críticas se dan fundamentalmente por la uso de ciertas categorías diagnósticas frente a las diferentes formas del padecer infantil y también frente a la utilización de procedimientos terapéuticos, tanto farmacológicos como no farmacológicos que difieren de los discursos que rigieron la práctica de la disciplina durante años en nuestro medio, en particular el psicoanálisis. El presente dossier de Vertex busca abordar algunos aspectos de estos debates.*

*Debido a que uno de los ejes de estas discusiones es el del uso de psicofármacos en niños y adolescen-*

*tes, creemos que puede ser valioso reseñar, en esta introducción, una serie de artículos, publicados mayoritariamente en la edición de junio de 2013 de la revista World Psychiatry, publicación oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Dichos artículos han sido escritos por diferentes especialistas, a la manera de comentarios de un artículo inicial de Judith Rapoport (2). La Dra. Judith Rapoport es Jefa del Servicio de Psiquiatría Infantil del Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos. Se graduó de la Escuela de Medicina de Harvard e hizo su formación clínica y de investigación en el Centro de Salud Mental de Massachusetts (Boston), el Hospital de Niños de Washington y el Hospital Karolinska de Estocolmo, Suecia. Resulta muy difícil imaginarla como una representante de la anti-psiquiatría o liderando un grupo de manifestantes portando carteles contrarios a la utilización de psicofármacos en el tratamiento de niños y adolescentes. Rapoport comienza su artículo haciendo referencia a los cambios acaecidos en la psicofarmacología pediátrica durante los últimos 40 años. Recuerda una etapa inicial en la que primaba una actitud adversa hacia la medicación entre los profesionales de los Estados Unidos dedicados a la atención de la salud mental de niños y adolescentes, en ese entonces, fuertemente influenciados por el psicoanálisis. La aparición de estudios doble ciego realizados sobre poblaciones más numerosas trajo como consecuencia una posición más favorable hacia la indicación de fármacos. La farmacología pasaba a mostrarse eficaz en ciertas patologías que se revelaban resistentes a los tratamientos existentes hasta ese momento. Sin embargo, la autora enumera los desafíos que aparecieron luego de la aceptación de la psicofarmacología pediátrica, reconociendo que en muchos casos dicha aceptación fue hecha con*

una actitud poco crítica por parte de los profesionales, incurriendo frecuentemente en la polifarmacia y no prestando la debida atención a la creciente evidencia sobre los efectos adversos que la utilización de ciertas drogas son capaces de producir a largo plazo. Además, Rapoport pone el acento en el limitado número y tipo de mecanismos de acción sobre los que actúan los fármacos y el efecto parcial que habrían demostrado, habida cuenta que entre un 40% y un 50% de los pacientes evidenciarían respuestas incompletas o, directamente, una destacable intolerancia a los mismos. La serendipia que primó en el descubrimiento de los efectos de ciertas drogas, tales como los estimulantes en la por entonces denominada "disfunción cerebral mínima", debería haber sido reemplazada por nuevas líneas de investigación más focalizada, en pos de hallar nuevos tratamientos. Contrariamente, Rapoport destaca que la complejidad del campo en cuestión, ha hecho que muchas compañías farmacéuticas hayan abandonado sus líneas de desarrollo referidas a la terapéutica infantojuvenil. Aún cuando se fundamenten y sostengan sin vacilación las indicaciones psicofarmacológicas en patologías tales como el déficit atencional, los trastornos por ansiedad, ciertos cuadros depresivos y las etapas iniciales de trastornos psicóticos, la autora tiene una mirada de alerta sobre ciertas modalidades observadas en estos tratamientos, fundamentalmente la potencial sobreindicación de los mismos, especialmente en los Estados Unidos. La utilización de antipsicóticos en niños que no tienen diagnóstico de trastornos psicóticos y la gran cantidad de niños medicados con psicoestimulantes son algunos de los ejemplos citados en su argumentación. En este último caso, la autora destaca que la prescripción de psicoestimulantes en Estados Unidos excede la que correspondería a la prevalencia del trastorno por déficit atencional, concluyendo que probablemente se esté indicando dicha medicación con el objetivo de mejorar la función atencional en niños en ausencia de un diagnóstico completo, una práctica por demás controversial. También califica de esa manera, al aumento de la indicación de antipsicóticos con el objetivo de tratar, por ejemplo, alteraciones conductuales en niños no psicóticos, habida cuenta de los riesgos de generar trastornos metabólicos en estos pacientes. En sus conclusiones afirma "Mirando hacia atrás, es evidente que ha existido una aceptación desmedida de los tratamientos farmacológicos dando lugar a un reduccionismo biológico. Las fuerzas del mercado en la prestación de asistencia de la salud impulsaron el proceso de sobreprescripción". Rapoport realiza sus afirmaciones basándose en la

información del medio en que ella viene desarrollando su práctica, el de los Estados Unidos. ¿Pueden generalizarse sus afirmaciones, fundamentalmente aquellas referidas a la sobre medicación de niños y adolescentes, a contextos diferentes al del norteamericano?

"Probablemente, la insuficiencia de tratamiento sea, a nivel global, un problema mayor que la sobremedicación", le responde Eric Taylor, Profesor Emérito de Psiquiatría Infantil y del Adolescente en el Instituto de Psiquiatría del Kings College y consultor honorario en el hospital Maudsley en Londres (3). Taylor fundamenta su respuesta, confrontando las altas tasas de prescripción de estimulantes en los Estados Unidos, cercanas al 73/1000 para el año 2000, con las de algunos países de Europa, tales como, el Reino Unido (4.8-9.2/1000 en niños de 6 a 12 años y de 3.6-7.4/1000 en los de 13 a 17) y Francia (1.8/1000). En la misma línea que Taylor, Steinhausen responde afirmando que la indicación de psicofármacos a jóvenes en Estados Unidos duplica la de Holanda y triplica la de Alemania (4). En el caso de la indicación de antidepresivos, por ejemplo, la tasa de los Estados Unidos para menores de 19 años (16.3/1000) excede por mucho la de 3 países europeos (1.1-5.4/1000). Aún cuando pueda verificarse un incremento en el uso de psicofármacos en la población infantojuvenil europea, esta no puede compararse a la que muestran los Estados Unidos. Conocedores de la tradición histórica y la rigurosidad de la recolección de datos epidemiológicos en los países escandinavos, es de destacar un estudio realizado en Dinamarca, analizando las prescripciones efectuadas en menores de 17 años entre los años 1996 y 2010 y ajustados en función de reducir diversos sesgos. Dicho estudio, demuestra que el número de prescripciones se habría duplicado durante esos 15 años, sin embargo, el incremento es mucho menor que el de otros países europeos y, por supuesto, que el de los Estados Unidos (5).

En los países con ingresos medios y bajos, situación en la que se encuentran la mayoría de los países de América Latina, vive el 90% de los niños del mundo. ¿Pueden aplicarse las afirmaciones de Rapoport respecto a la sobremedicación de niños y adolescentes en esta región? Según Luis Augusto Rohde, Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad Federal de Rio Grande Do Sul, Brasil, la respuesta es negativa (6). Rhode afirma que es probable que la desatención, más que la sobreatención de la salud mental infantil, sea la norma, es decir, la problemática prevalente en nuestros países. Como ejemplo, en el caso de Brasil, solo el 19.8% de los niños y adolescentes que sufren

algún tipo de patología psiquiátrica recibirían atención por algún especialista de la salud mental (7). Si tomamos como ejemplo el trastorno de déficit atencional con hiperactividad (TDAH), ha sido documentado que una importante proporción de niños con este diagnóstico no reciben ningún tratamiento en un grupo de países de América Latina (8). En el caso concreto de Brasil, y tomando los valores más conservadores, se calcula que solamente un 16.2-19.9% de los individuos con diagnóstico de TDAH recibieron tratamiento con psicoestimulantes en los años 2009 y 2010 (9).

Es muy frecuente en nuestro medio aceptar datos y hechos propios de otras realidades como propios sin haber estado constatados adecuadamente. La "sobremedicación de la infancia" podría ser uno de ellos en el caso de considerar las cifras y prácticas de los Estados Unidos como universales. Los artículos citados previamente y otros, demuestran diferencias importantes en relación a la frecuencia de tratamientos farmacológicos en niños y adolescentes, fundamentalmente entre Estados Unidos y Europa (10, 11). Estas diferencias son de gran importancia a la hora de no fundamentar nuestras discusiones tratando de ignorar la falta de información adecuadamente producida a nivel local y meramente reproducir automáticamente los datos provenientes de otros contextos.

En un intento por aportar a estos debates, Vertex ha invitado a diferentes y prestigiosos profesionales a aportar sus ideas en este dossier.

Marcela Armus y Juan Costa plantean en su trabajo cuestiones referidas al diagnóstico, la intervención temprana y los diálogos posibles entre las diferentes disciplinas intervinientes. Alertan sobre el efecto potencialmente oclusivo que las hegemonías de pensamiento podrían generar sobre las diferencias, reconociendo que ciertas teorías que se reconocen como no objetivantes pueden derivar en acciones que lo son. Promueven la asunción de las contradicciones existentes en el campo asumiendo posiciones abarcativas y no excluyentes. Destacan la importancia del diagnóstico temprano aún cuando cuestionen algunas de las recomendaciones internacionales fundamentalmente en lo referido al denominado espectro autista, considerando al diagnóstico como una puerta de entrada que no

debería cerrarse apresuradamente determinando marcas subjetivas de trascendencia.

Alexia Rattazzi enfatiza en su artículo la importancia de poder realizar una pesquisa sistemática de los trastornos del espectro autista en nuestro medio, destaca la utilidad de la nueva clasificación de dicho trastorno en el DSM-5 y la pertinencia de una evaluación diagnóstica multidisciplinaria que permita en los casos indicados una adecuada intervención temprana. Hace mención a los debates que se generaron en nuestro país en el año 2013 a partir de la Ley 13328 de la provincia de Santa Fe: "Diagnóstico Precoz, Tratamiento, Integración, Inclusión Social y Protección Social del Espectro Autista y/o Trastornos Generalizados del Desarrollo" y la media sanción del senado de la Nación del Proyecto de Ley sobre abordaje integral de las personas con diagnósticos dentro del espectro autista. La autora considera que la nueva clasificación del DSM-5 se encuentra en mayor sintonía con las recomendaciones de la OMS que publicamos a continuación del artículo.

Vertex entrevistó a Débora Feinmann, co-fundadora de TGD Padres y VI.DI.TEA. Durante la entrevista se abordaron las diferentes etapas por las que vienen atravesando grupos de padres de niños y niñas con diagnósticos incluidos en el espectro autista en sus reclamos por acceder en nuestro país a la detección temprana del trastorno de manera obligatoria con instrumentos avalados científicamente, garantizar el acceso a la atención en salud y a la educación de quienes son diagnosticados durante todo el ciclo vital y promover el surgimiento de nuevos aportes interdisciplinarios que mejoren y/o amplíen los abordajes ya existentes.

Gabriel Kunst realiza en su artículo algunas consideraciones respecto a la práctica de la psiquiatría infantil, las particularidades del diagnóstico y la utilización de los psicofármacos en los tratamientos de niños y adolescentes.

Por último, Silvia Rivera, profesora de Filosofía, intenta delimitar el alcance y significado del reduccionismo epistemológico en las ciencias biomédicas y sus consecuencias en el campo de la psiquiatría infantil analizando el tema del trastorno por déficit de atención ■

## Referencias bibliográficas

1. Conrad P. The medicalization of society. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
2. Rapoport J. Pediatric psychopharmacology: too mucho or too little? *World Psychiatry* 2013; 12: 118-123.
3. Taylor E. Pediatric psychopharmacology: too much and too little. *World Psychiatry* 2013; 12: 124-125.
4. Steinhausen HC. A European perspective on paed-psychiatric pharmacoepidemiology. *World Psychiatry* 2013; 12: 131-132.
5. Steinhausen HC, Bisgaard C. Nationwide time trends over fifteen years in dispensed psychotropic medication for children and adolescents in Denmark. *Acta Psychiatr Scand* 2014; 129 (3): 221-31.
6. Rhode LA. Do we face the same dilemma on pediatric psychopharmacology in low middle income countries? *World Psychiatry* 2013; 12: 132-133.
7. Paula CS, Bordin IA, Mari JJ, Velasque L, Rohde LA, Coutinho ES. The Mental health care gap among children and adolescents: data from an epidemiological survey from four Brazilian regions. *PLoS One* 2014; 18: 9 (2): e88241.
8. Polanczyk G, Rhode LA, Szobot C, et al Schmitz M, Montiel-Nava C, Bauermeister JJ. ADHD treatment in Latin America and the Caribbean. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47: 721-2.
9. Mattos P, Rhode LA, Polanczyk GV. ADHD is undertreated in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34: 513-516.
10. Acquaviva E, Legleye S, Auleley GR, Degline J, Carel D, Fallissard B. Psychotropic medication in the French child and adolescent population: prevalence estimation from health insurance data and national self report survey data. *BMC Psychiatry* 2009; 9:72, doi: 10.1186/1471-244X-9-72.
11. Zito J, Safer DJ, de Jong-van den Berg LT, Janhsen K, Fegert JM, Gardner JF, Glaeske G, Valluri S. A three-country comparison of psychotropic medication prevalence in youth. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008; 2 26: doi: 10.1176/appi.ps.201100547.

# Incorporamos Psiquiatras



Centro Privado  
de Psicoterapias  
www.cpp.com.ar

Estamos realizando búsquedas específicas para:  
**Médicos Psiquiatras con consultorio  
en Ciudad de Buenos Aires  
y Gran Buenos Aires -Zona Oeste y Zona Sur-**

Nos gustaría contactarnos con profesionales que se interesen en:

- La participación en reuniones de supervisión interdisciplinarias
- La formación clínica permanente
- El trabajo en equipo

Envíanos tu CV a: [busquedas@rodriguezcasey.com.ar](mailto:busquedas@rodriguezcasey.com.ar)

# Entre la clínica exagerada y la clínica exasperada. Puentes, diferencias y rupturas en Salud Mental Infantojuvenil

**Marcela Armus**

*Médica Psiquiatra Infantojuvenil; Psicoanalista.  
Miembro del Programa Mirar y Prevenir, Ministerio de Salud, CABA.  
Docente de posgrado, UBA.  
Miembro de SAPI / WAIMH.  
E-mail: marcela.armus@gmail.com*

**Juan José Costa**

*Psiquiatra Infantojuvenil.  
Psiquiatra de planta del CeSAC 24, Hospital Piñero, CABA.  
Miembro de equipo de trabajo de la A.C. La Casona de los Barriletes.*

---

## **Resumen**

En el presente trabajo se abordan una serie de contrapuntos conceptuales en torno a diversos temas relevantes para la Salud Mental Infantojuvenil. La cuestión del diagnóstico, en sus dimensiones de inestabilidad y provisoriedad. La detección y la intervención temprana, en tensión con la posibilidad de diagnósticos apresurados. Los diálogos posibles o imposibles entre psicoanálisis y neurociencias y ciencias cognitivas. La problemática de los autismos y sus diferentes modelos teóricos de abordaje. En el desarrollo de a cada uno de estos puntos de complejidad de la práctica está planteada la cuestión del riesgo del deslizamiento hacia una objetualización -patologización del niño y su padecimiento desde las distintas miradas, disciplinas y discursos que se proponen abordarlo. La propuesta finalmente es crear puentes de diálogo, transitar las diferencias, buscando evitar las rupturas.

**Palabras clave:** Detección temprana - Diagnóstico - Psiquiatría infantojuvenil - Psicoanálisis - Neurociencias - Autismo.

BETWEEN THE EXAGGERATED AND THE EXASPERATED CLINIC. BRIDGES, DIFFERENCES AND RUPTURE IN CHILD AND YOUTH MENTAL CARE

## **Abstract**

This article intends to approach a series of contrasting concepts regarding different relevant issues for the Child and Youth Mental Health. Diagnosis as a temporary and unstable assessment method. Early detection and treatment as opposed to the possibility of premature diagnoses. The possible or impossible dialogues between psychoanalysis, neuroscience and cognitive sciences. The problems associated with autism and its different theoretical approach models. The development of each of these complex aspects of the practice considers the risk of treating the child as a mere "pathological entity" and dehumanizing him and his condition from the different perspectives, disciplines and discourses, which intend to address the child and his condition. Finally this proposal aims at building bridges of dialogue, overcoming differences in order to avoid rupture.

**Key words:** Early detection - Diagnosis - Child and adolescent psychiatry - Psychoanalysis - Neurosciences - Autism.



*“El comportamiento humano no es genético sino epigenético.  
El niño de dos o tres años asume el ambiente en el  
que vive y también el odio por el diferente y  
todas esas cosas atroces que han pasado y que pasan todavía.”*  
R. Levi Montalccini, *Elogio de la Imperfección*.<sup>1</sup>

*“Conviértete en lo que eres, llega a ser todo aquello  
que necesariamente puedes llegar a ser  
elaborando tus pasiones y tu razón.”*  
Aristóteles, *Ética Nicomaquea*.<sup>2</sup>

*“No hay método, no hay receta...  
sólo una larga preparación.”*  
G. Deleuze, *Conversaciones*.<sup>3</sup>

*“La salud es principalmente una medida de la capacidad  
de cada persona de hacer y convertirse en lo que quiere ser.”*  
R. Dubos, *Versiones sobre el concepto de salud*.<sup>4</sup>

## A modo de introducción

Nadie dudará que la infancia es una muy buena categoría para embanderarse. El campo de Salud Mental Infantojuvenil, presenta grandes alternativas de intervención, en donde se libran varias batallas disciplinares vigorosas, las controversias de las diferentes praxis se han exacerbado, y las hegemonías en el pensamiento se presentan, tal vez, con demasiada frecuencia, como movimientos oclusivos frente a cualquier diferencia.

Los modos de abordaje y de intervención en las cuestiones de niñez e infancia son en esencia matrices sociales (ciencia y cultura) que responden a un criterio particular de lo verdadero y lo falso, de lo normal y lo problemático, según el momento histórico y el paradigma dominante en cada momento (1). Lo social e histórico no es sólo un fondo o una influencia, es inherente a la subjetividad en construcción: *“no se trata de relaciones de influencia sino de relaciones de inherencia”* (2).

Sabemos que el trabajo es espinoso y conflictivo, que la confrontación entre las disciplinas que miran, escuchan, conjeturan, comprenden y aplican sus saberes sobre el padecimiento en la infancia, tiene puntos de tensión. Aún así es responsable pensar en asumir desafíos que acerquen un poco más las extremas posiciones sobre un mismo objeto de estudio, o mejor sujeto... ¡sí, sujeto! Esto, por cierto, implica riesgos clínicos, éticos y, por qué no, económicos. La mirada estará puesta en no medicalizar, ni tampoco excluir del conocimiento, de forma radical, lo que significa el padecimiento y la vida cotidiana, de manera que los efectos de esas posiciones excluyentes transformen las prácticas en verdaderos altares de inequidad.

Dice Alicia Stolkiner: *“Ocurre que el fenómeno de la medicalización es un analizador privilegiado de la articulación entre lo económico, lo institucional y la vida cotidiana en los procesos de producción de subjetividad, e igualmente en los procesos vitales de salud/enfermedad/cuidado. La hipótesis en la cual fundamos esta articulación es que el antagonismo central de nuestra época entre objetivación y subjetivación, aparece en las prácticas en salud de manera singular, a través del proceso de medicalización o biomedicalización”* (3).

*“Quiénes trabajamos en el campo de la Salud Mental somos tensionados permanentemente por las tendencias a la biomedicalización. Aunque las herramientas teóricas en las que se fundan nuestras prácticas no sean sintónicas con un paradigma objetivante, requieren de una particular vigilancia epistemológica y de permanente reflexividad, en la medida en que se trata de un paradigma hegemónico que plantea límites a lo enunciado. Así, muchas prácticas que se fundamentan en teorías no objetivantes, tal el caso del psicoanálisis, pueden derivar en acciones que sí lo son”* (3).

Coincidimos aquí con la perspectiva de la autora respecto a la ubicuidad del riesgo de prácticas etiquetantes.

En esta polarización, tal vez sea arriesgado poder tejer puntos de acuerdo, encuentros y diálogos, áreas de tolerancia intelectual y prácticas compartidas. El riesgo vale la pena porque todos compartimos los mismos objetos/sujetos de estudio, las mismas unidades de análisis: los niños, su familia y sus padecimientos en el marco de sus comunidades.

Posiblemente nos convoque la idea que el objeto de trabajo de la medicina, y de la psiquiatría infantojuvenil

<sup>1</sup> Levi Montalccini R. *Elogio de la Imperfección*. Fábula Tusquets; 2011. p. 107.

<sup>2</sup> Aristoteles. *Ética Nicomaquea, Libro sobre La Fortaleza* [Internet]. Fuente: Canal #Biblioteca del IRC en la red Undernet. Proyecto Espartaco. Disponible en: <http://www.proyectoespertaco.dm.cl>.

<sup>3</sup> Deleuze G. *Conversaciones*. Valencia: Pre-textos; 1999.

<sup>4</sup> Dubos R. *Versiones sobre el concepto de salud*. Edumet; 1965.

como rama, es "el cuerpo que ama, el cuerpo que trabaja, el cuerpo que lucha" (4). Y esto es tan trascendente en la infancia, que es un período que persiste y no una etapa a abandonar, porque el desarrollo de un niño es cognitivo, motor, sexual, social, histórico y siempre con carácter emancipatorio en su evolución: la salud como grados de autonomía, y la autonomía como grado de independencia; la independencia como capacidad de ser, hacer, tener y operar sobre uno mismo y sus circunstancias. Aún así planteado el recorrido del cachorro humano, podríamos revisar la condición de autonomía, poniendo en relieve la cuestión de lo vincular: "El filósofo (Aristóteles) explica, contradiciendo al sentido común, que el esclavo es aquel que no tiene vínculos, que esta fuera de lugar, al que se puede utilizar en cualquier parte, de diferentes maneras. En contrapartida, el hombre libre, es aquel que mantiene muchos lazos, muchas obligaciones para con los otros, para con la ciudad y su lugar" (5).

La infancia hoy como unidad de análisis, sus sujetos, los contextos, sus vicisitudes, sus extensiones, está sujeta a mitos (aquellos que cuentan la historia) y a ritos (aquellos que con sus acciones la reproducen, con una enorme capacidad de profanación) (6). De esta manera, sobre estas dimensiones de uso de lo esperable y lo inesperado, podríamos decir, padecimientos, se constituyen posiciones de poder respecto de esta unidad de análisis y sus consecuencias en los discursos. Se oír decir por ahí "los autismos son míos". Veleidades de poder de un discurso que se pretende dominante, restringido, que intenta "apoderarse" de la infancia a partir de su propia restricción.

### Consideraciones generales

La Salud Mental Infantojuvenil toma como referencia esos campos de existencia que en su entrecruzamiento dan origen al sufrimiento, a la singularidad y al sujeto mismo: el cuerpo real, el lazo social, lo psíquico y lo mental.

Hay modos de pensar y lenguajes que permiten definir al sujeto y la subjetividad renunciando a la idea de individuo pero no a la de singularidad. Al hacerlo, se dejan de lado dualismos como mente-cuerpo, individuo-sociedad, que acompañan este concepto. Sucede que lo singular no hace dupla con lo genérico, sino que lo particulariza, lo concreta, y que el cuerpo aparece necesariamente como social y subjetivo aún en su dimensión biológica (3).

El sufrimiento de un niño se organiza a partir de ir recorriendo desde el dato biológico del organismo, a una historia particular, referida también a la historia de sus progenitores, de sus vínculos tempranos, recorrido que conduce al cachorro humano a convertirse en sujeto en un contexto histórico social. En ese recorrido aspectos del narcisismo, identificaciones, representaciones psíquicas, dan lugar al deseo, al sujeto deseante, y van construyendo de una manera no lineal pero progresiva -en el mejor de los casos- un camino a la autonomía y a la independencia (7). Del desamparo inicial al sujeto autónomo y deseante, y sus vínculos.

Se podría enlazar al psiquismo con alguno de los nuevos paradigmas y así plantear la psique como un sistema abierto, autoorganizador, en permanente intercambio con el exterior (8). Un punto que, además, toma alta conectividad con los conceptos de epigenética, experiencia, neogénesis y aprendizaje. El psiquismo transforma el azar en organización, incrementa su complejidad y genera nuevas formas y nuevas potencias. La perspectiva epigenética ofrece entonces una transformadora oportunidad para que todas las tramas vinculares y constitutivas del cachorro humano en construcción desde la prematuridad original, no queden en el "absolutismo" de la determinación genética sino en el campo de posibilidades que ofrece la biología en relación al ambiente para su expresión.

El siglo XXI en nuestro campo, siglo que inicia con una marca fuerte desde del cognitivism y de las neurociencias y los debates que desde estos se generan, no cambia sólo el campo del saber en general sino también el campo de la política, de la educación y de la clínica. Los tres campos que Freud reunió como artes de lo imposible: psicoanalizar, educar, gobernar.

La neurociencia cognitiva estudia las bases neurales de la cognición, a los procesos intelectuales superiores: pensamiento, memoria, atención y procesos de percepción complejos.

"Quizás la última frontera de la ciencia, su desarrollo final, sea entender las bases biológicas de la conciencia, y de los procesos mentales por los que percibimos, actuamos, aprendemos y recordamos". "La tarea de las Neurociencias es aportar explicaciones de la conducta en términos de actividades del encéfalo, explicar cómo actúan millones de células nerviosas individuales en el encéfalo para producir la conducta y como a su vez estas células están influidas por el medio ambiente, incluyendo la conducta de otros individuos" (9).

Tanto los defensores como los críticos de la ciencia cognitiva opinan que esta disciplina opera objetivando una serie de funciones de la psique. Si todo queda representado en el cerebro, lo aún descubierto o no, se puede decir que todo es posible. Esta lógica se choca con la que toma en cuenta a fenómenos inconscientes; esta dimensión de la existencia atañe a lo imposible, lo imperfecto, lo inconmensurable. Desde el punto de vista de las lógicas y las concepciones científicas que mantienen las teorías sobre la conciencia y las teorías sobre el inconsciente, los puntos de choque parecerían inevitables. Y aún así hay diálogos posibles y necesarios de ser intentados. Los desentendimientos recíprocos que actualmente producen las hegemonías discursivas no parecen traer réditos sino sacrificios a los que buscan propuestas frente a sus padecimientos que quedan cautivos de una posición u otra.

Algo es claro, y es que las neurociencias no pueden dirigirse a los problemas de la subjetividad, no pueden definir ni describir su desarrollo ni sus problemáticas. Algo quedará por fuera si en un niño, en plena constitución subjetiva, no incluimos las otras escenas que transcurren más allá de la conciencia.

Roudinesco decía en *Porque el Psicoanálisis*, que los manuales diagnósticos, que tienen su base conceptual

en la fenomenología de la conducta no han podido clasificar aún ni la sexualidad ni la pulsión de muerte (10). Quedan cosas aún sin “enlazar”, por suerte, en esta carrera, en la que podemos enredarnos, del *disease mongering* o creación de enfermedades (11).

Y no podemos soslayar que en Salud Mental Infantojuvenil existe un inevitable entramado, de simultaneidad operativa, en relación a las prácticas y políticas públicas, que incluso con tiempos específicos y efectividad variables, se instalan como modelos de promoción, prevención y asistencia, en accionar permanente. Entramado que se inscribe en las políticas de derechos y nuevos conocimientos, oponiéndose a las prácticas predictivas que responden a la medicina de la anticipación, desubjetivante y de consecuencias supuestamente irremediables, pero seguramente poco discriminadas, en la vida de muchos humanos.

Con estas dimensiones y estos dominios de acción debemos reconocer que la Salud Mental en la Infancia es un problema de la Salud Pública y, como tal, hoy plantea una crisis profunda en la prevención, el concepto de diagnóstico y las estrategias terapéuticas. La pregunta que podría cruzar esta crisis es: ¿Se trata de teorías, ciencias, ideologías, de prácticas o de mercados? Sostener la falta de respuesta frente a esta pregunta en el desarrollo de este escrito no es tomar posturas ambivalentes. Es, en tal caso, asumir contradicciones, posturas móviles, intentos de flexibilizar diálogos interdisciplinarios tomando posiciones que buscan ser abarcartivas, no excluyentes. Se trata de no soslayar aspectos que van más allá de la pureza de las disciplinas cuando estos se corren de nuestras formas de capturar los escenarios de la clínica, quedando muchas veces olvidado el niño y su padecimiento, su entorno, su comunidad.

Si hablamos de Salud Pública, debemos retomar el lema de OMS del Día Mundial la Salud 2001 que fue “*Salud Mental, sí a la atención no a la exclusión*”, en el Informe 2001 de la OMS se planteó consecuentemente “*Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*”. Este informe, que introduce la gran revolución de las neurociencias y de los efectos de sus descubrimientos intentando unir ciencia y sensibilidad, sin embargo, no incluye la atención precoz ni asume todo lo que los objetivos del milenio se han propuesto en cuanto a políticas públicas y derechos (12).

Señalemos un dato aportado por la evidencia proveniente de investigadores que pertenecen a grandes agencias internacionales y que es valioso a la hora de reinterpretar el significado de algunas teorías particulares en la infancia, por ejemplo la Teoría del Apego, la Teoría de las Relaciones Interpersonales, las Teorías Vinculares, y de elaborar programas de promoción, prevención y asistencia que amplifiquen la perspectiva del infante y sus contextos de desarrollo: “*Mitos sobre la salud mental materna incluyen la creencia de que la depresión materna es rara, no es relevante para los programas de salud materno-infantil, sólo puede ser tratada por especialistas, y su incorporación en los programas de salud materno-infantil es difícil*”; y continúa: “*Además de los costos económicos y humanos de la depresión materna, los hijos de madres deprimidas tienen un*

*riesgo para la salud, de desarrollo y problemas de conducta, lo que contribuye a la desventaja intergeneracional que se acumula durante toda la vida. Obstáculos críticos incluyen una serie de conceptos erróneos o mitos sobre la depresión materna. Estos mitos tienen consecuencias importantes, privando a muchas mujeres de su derecho básico a la salud y el bienestar, y evitan que sus hijos lleguen a su potencial de desarrollo completo*” (13).

Es claro que además la exclusión de las prácticas inclusivas vinculadas a derechos, omite el compromiso que los objetivos del milenio aventuraron, dos de los cuales están referidos a mujeres y niños (12).

Un infante es un sistema complejo no descomponible que se conforma por la confluencia de factores que interactúan de tal manera que no son aislables. Por lo tanto, el sistema no puede ser explicado por la adición de enfoques parciales provenientes de estudios independientes de cada uno de sus componentes y requiere un interjuego entre conocimiento y desconocimiento. No se trata de ignorar la sujeción de la vida a determinantes biológicas, sociales, culturales o al inconsciente. Se trata de afirmar que el niño pueda traspasar esas determinantes, que su autonomía y creatividad sean un “más allá” de esos ordenes, liberado de los sacrificios biológicos por un ideal o de los sometimientos a un orden simbólico dominante.

### **Perdidos en la cognición/Perdidos en el Inconsciente**

Eric Kandel, muy ligado al psicoanálisis americano de los años cincuenta, premio Nobel en el año 2000 por sus descubrimientos sobre la plasticidad neuronal -que él plantea vinculada al aprendizaje y a la memoria-, autor de obras profusas sobre neurociencias cognitivas, en un artículo magistral escribió: “*(...) El declive de la influencia del psicoanálisis es lamentable dado que representa el más coherente e intelectualmente satisfactorio punto de vista sobre la mente (...)*” (14). Es un ejemplo de apertura al diálogo, también con los imposibles puntos de entrecruzamiento entre estas dos disciplinas que representan en su discusión el punto más álgido de desentendimiento, fundamentalmente teórico, no tanto en la clínica.

Rita Levi Montalcini en el *Elogio de la imperfección*, Antonio Damasio en *El error de Descartes*, Pierre Magistretti y Fracoise Ansermet, en *A cada cual su cerebro* y *Biology of freedom*, y Alberto Kornblhitt en *La humanidad del genoma: ADN, política y sociedad*, y en su exposición *Los genes de la ciencia y la ciencia de los genes* (disponible en Youtube), se atreven a mantener posiciones aperturistas en el diálogo y el reconocimiento que hace Kandel, aunque haciendo mucho hincapié en la diferencia entre experiencia y aprendizaje. Diferencia no menor a la hora de plantear perspectivas clínicas. Los tratamientos a través del aprendizaje tienden a imponer formas de hacer y de ser, mientras la noción de experiencia recupera lo que cada sujeto puede hacer con su potencia, su deseo, sus lazos, su dato biológico y su medio ambiente. Este último aspecto es el que remite a la confrontación clínica y técnica entre el psicoanálisis y la terapias cognitivo conductuales.

De la misma forma, muchos psicoanalistas abren las posibilidades de intercambio, investigan e intentan crear puentes para aproximar las teorías, acercándose a sumar los aportes de la genética, de las neurociencias, de la teoría del apego, la epigenética, la resiliencia, a veces sopor-tando la fuerza de la crítica proveniente de otras escuelas de la propia disciplina.

Peter Fonagy, psiquiatra y psicoanalista inglés representante de una línea dialoguista, se ha mostrado dispuesto a repensar el lugar del pensamiento psicoanalítico en un artículo de plataforma fundante para una línea del psicoanálisis. Propone explorar los vínculos entre el psicoanálisis y la genética de la conducta a través de lo que él describe como un mecanismo de fertilización cruzada, con el mutuo beneficio potencial. Sostiene y defiende la investigación desde el psicoanálisis, como forma de lidiar con el creciente aislamiento histórico de éste respecto de otras disciplinas científicas académicas. Estimula, desde esta posición, a debatir con las construcciones antipsiocanalíticas, otorgándole, según su posición, más vigor al psicoanálisis.

*“La genética de la conducta humana estudia en su mayor parte el entorno “equivocado”. El entorno que estimula la expresión de un gen no es objetivo, no es observable. La distinción de Freud entre las dos superficies de la conciencia (una vuelta hacia dentro y otra vuelta hacia fuera) proporciona la pista: es la experiencia del entorno lo que produce interacciones entre la herencia y la circunstancia, no el hecho de esa circunstancia en sí misma. La interacción es entre el gen y el entorno subjetivo. Los datos provenientes de la genética requieren precisamente esa sofisticación. Para comprender el modo en que la mayoría de los genes pueden o no ser expresados en individuos concretos, necesitamos comprender el mundo interno del niño o en el adulto. (Es una suposición común pero errónea que las influencias genéticas son más fuertes en la infancia temprana. La expresión del gen continúa a lo largo de la vida y puede desencadenarse al final de ésta, en la muerte)”. “El que un factor ambiental desencadena o no la expresión de un gen puede depender del modo en que el individuo interprete esa experiencia, determinado a su vez por significados conscientes o inconscientes atribuidos a la misma (Kandel, 1998). Así, los procesos representacionales intrapsíquicos no son sólo consecuencia de los efectos ambientales y genéticos, sino que es probable que sean moderadores vitales de estos efectos. El ganador del Premio Nobel Eric Kandel (1998, 1999) llegó a sugerir que los cambios más profundos y más a largo plazo asociados con la terapia psicoanalítica pueden sobrevenir mediante los cambios en la expresión genética provocados por las experiencias de aprendizaje del psicoanálisis. El psicoanálisis clínico es una técnica efectiva para modificar los modos habituales de interpretar el mundo, especialmente en los contextos más estresantes, donde el impacto del significado subjetivo puede ser el más intenso” (15).*

Este psicoanálisis ofrece la posibilidad de hacer puentes con otras teorías; Apego, Relaciones Interpersonales, Mentalización.; y con otras disciplinas, aprovechando los instrumentos y los conocimientos que vienen de la investigación neurocientífica como herramienta, pero no como sustrato en la dirección de la cura. Desde otro

psicoanálisis, lejos de buscar alianzas valiosas se libran batallas irreconciliables, con poca plasticidad colaborativa. Nuevamente la tensión que para muchos se ha creado entre las TCC y el psicoanálisis emerge.

En este sentido, la psicología cognitiva (más ligada a la ciencia positivista, a la eficacia y al resultado probable) se ha agregado al esquema conductual para aumentar el concepto de comportamiento a tres componentes: cognitivo, afectivo y motor; lo que trae aparejado que la conformación de las TCC va más allá de un modelo de saber ostentado por el especialista que opera sobre la conducta observable; ahora se estaría abogando por el rescate de la subjetividad. Lo anterior arroja efectos en la clínica, la separación drástica entre sujeto y objeto supone y reproduce la idea de que el sujeto de conocimiento es el propio experimentador, aquel que sabe; y por otro lado, el sujeto que se presta al estudio es el objeto de conocimiento. El clínico, entonces, se hace cargo de su saber sobre el otro. Dentro del esquema de acción de las TCC el accionar del paciente no podrá ser sino a partir de una permanente consulta con el otro, dado que la posición del saber se encuentra en el especialista. Si deben realizar un trabajo en común, cada movimiento presupone un cierto consenso mínimo para seguir adelante, aunque sea para la elaboración de nuevas estrategias de acción. La neurociencia cognitiva aporta y dona argumentos e investigación a las técnicas surgidas de la psicología cognitivo conductual.

Veamos ahora los aportes de algunos autores, psiquiatras y psicoanalistas, dedicados a la investigación básica y clínica que han aportado agudos conocimientos integrados a prácticas de prevención y a la creación de orientadores de sentido clínico de padecimientos temprano en las infancias.

La Dra. Clara Schejtman, psicoanalista e investigadora, propone construir desde la perspectiva evolutiva, patrones interactivos y conductuales pasibles de cierta generalización, cuya finalidad es la detección temprana de indicios de malestar y obstrucciones en el desarrollo de los niños y en las interacciones entre padres e hijos. Estos aportes brindan la oportunidad de realizar acciones preventivas que podrán colaborar para disminuir la potencialidad psicopatológica que el malestar en los vínculos tempranos conlleva. Tomemos un pasaje ilustrativo de sus propuestas: *“Sin embargo, si bien los conocimientos evolutivos acerca de los significados de los mensajes preverbiales que el infante emite y sus efectos pueden ser una herramienta muy potente para la clínica en la primera infancia, ésta está inevitablemente superpuesta a los efectos de discurso y los fantasmas inconcientes parentales inscriptos que sólo podrán ser resignificados a posteriori” (16).*

Bernard Golse, psiquiatra y psicoanalista francés, después de haber recorrido algunos tramos del dialogo epistemológico entre neurociencias y psicoanálisis, como la teoría de la elaboración *a posteriori* a la luz de datos actuales sobre la memoria, el carácter activo de las percepciones, el sueño y los diferentes tipos de memoria, las representaciones de acción y los descubrimientos recientes en neuroimágenes, la amnesia infantil y el paso de la comunicación analógica a la comunicación digital, la

teoría del espíritu a partir del concepto de identificación proyectiva, aborda la problemática de la inter-subjetividad relacionándola con la temática de la poli-sensorialidad, y antes de concluir evoca algunos obstáculos que se presentan a ese diálogo transdisciplinario (17).

Un concepto integrador es el de *espiral transaccional*, que hace referencia a intercambios diádicos-triádicos y nos remite a un diálogo entre los escuchadores del cuerpo y los observadores de fantasmas, integrando en un análisis bidireccional los aportes de la observación del comportamiento, devenido de los descubrimientos de las neurociencias con más precisión, y la teoría y clínica psicoanalítica (17).

El psicoanálisis y las neurociencias han hecho escuchar sus voces, y han pretendido, cada uno para sí, los premios mayores cuando se intenta proponer una explicación de la conducta humana.

La huella, eje del fenómeno de la plasticidad, se sitúa en la intersección entre neurociencias y psicoanálisis, y habilita poner en serie huella sináptica, huella psíquica y significativa. Así, los conceptos psicoanalíticos de inconsciente y de pulsión adquieren una resonancia biológica, y se revelan como fundamentales para el psicoanálisis y para las neurociencias, abriendo una vía de colaboración de consecuencias impensables entre dos disciplinas que hasta hace poco parecían incompatibles. Ésta parece ser la intención del psicoanalista F. Ansermet y el neurocientífico P. Magistretti en su maravilloso libro *A cada cual su cerebro*, quienes sobre el final del mismo sintetizan que: “no podemos pensar dos veces con el mismo cerebro” (18). Experiencia, aprendizaje y memoria, plasticidad neuronal, plasticidad del yo, subjetividad, singularidad. A través de una suma de experiencias vividas cada individuo se presenta único e irrepetible en cada momento, más allá de su bagaje genético.

En *Biology of freedom: neural plasticity, experience and unconscious*, Ansermet y Magistretti describen justamente la posibilidad de no repetir órdenes iguales en las redes neuronales (19). Este relato profundamente ilustrado, riguroso y lúcido y también accesible, muestra cómo la plasticidad de la red neuronal del cerebro permite inscripciones sucesivas, transcripciones, y retranscripciones de experiencia, dando lugar a la constitución de una realidad interior, una vida psíquica inconsciente única para cada individuo. Basados en el concepto de plasticidad, y mediante una elegante y lograda colaboración entre un psicoanalista y un neurocientífico, buscan acercar la brecha entre disciplinas que muchos consideran incompatibles. Los autores han abierto nuevas áreas de exploración de la conexión mente/cuerpo y maneras profundamente nuevas de entender los fundamentos físicos de la libertad personal, la identidad y el cambio.

Esta discusión se hace fecunda también en los textos de A. Damasio, neurólogo y muy buen interlocutor para cierto psicoanálisis dispuesto a dialogar con las neurociencias, en su referencia con tres siglos de distancia a Spinoza. En su texto *En busca de Spinoza, neurobiología de la emoción y de los sentimientos* plantea que las emociones preceden a los sentimientos. Las primeras en el teatro del cuerpo, las segundas en el teatro de la mente (20).

En la otra punta del arco de pensamiento psicoanalítico, E. Laurent describe en su libro *Lost in cognition* al sujeto que extrae “de la confrontación del psicoanálisis, intraducible, con la babel de las llamadas ciencias cognitivas en su traducción de las neurociencias. Excelente modo de presentarnos al sujeto mismo como lo que se pierde en esa traducción”, y luego agrega: “Entre psicoanálisis y cognitivismo, entre psicoanálisis y neurociencias, no hay punto de intersección, son campos disjuntos sin convergencia ni objeto común posible” (21). El corte radical y quirúrgico, con contundencia teórica, toma fundamentalmente el concepto de inconsciente, un real definido sin leyes, ni probabilidades, como un imposible, como un real que no se superpone ni se podrá localizar nunca en el real objetivable de las neurociencias.

La divergencia pivotea en el objeto “objetivable” en la noción de “conciencia” para asentar un edificio conceptual, y una práctica clínica con sus consecuencias éticas, políticas, académicas, de poder y de mercado. “A esta objetivación anónima del sujeto, el psicoanálisis opone la dimensión del objeto particular, -que llamamos objeto causa del deseo, o también el objeto plus de goce-, en el que ese sujeto puede encontrar su verdadero nombre” (22).

Se entronca aquí la postura de las corrientes cognitivas y la buena manera de pensar. Surge entonces la idea de pensar que esta lógica de la cognición planteara un estándar como una buena manera de pensar, que cada terapeuta utilizará en su práctica para intentar modificar los errores de pensamiento de sus pacientes.

Tal vez estas sean las posiciones de más alta tensión, irreductibles, embanderadas en cuestiones éticas, de competencias prácticas y de poder de difícil acercamiento. Pero esta tensión no es sin efectos, particularmente en aquellos países, donde esta discusión ha tomado partido por parte del Estado, a favor de declarar a las TCC como las únicas terapias verdaderamente eficaces, científicas y evaluables abriendo una contienda franca con el psicoanálisis que queda excluido del reconocimiento y de la salud pública. Recordemos sólo por dar un ejemplo la Enmienda Accoyer. El libro Negro del psicoanálisis y el libro Blanco del psicoanálisis; gran despliegue en el escenario francés y países europeos.

A modo de anécdota, en un reportaje le preguntan a E. Laurent sobre un paciente con fobia a viajar en avión que estando en un tratamiento psicoanalítico decide hacer una terapia de desensibilización a lo cual Laurent le responde: “vaya, pero después vuelva al análisis”. Vemos ahí un interesante punto de coincidencia con la posición de Fonagy que planteaba como el psicoanálisis es capaz de sostener la subjetividad y sus vicisitudes sobre la que la conducta se va entretejer.

## Elogio de la Atención Temprana

Existe una severa preocupación a nivel de la salud global sobre el desfasaje que se produce entre la disminución de la mortalidad infantil en muchas áreas geopolíticas y la falta de programas de detección e intervención temprana, eje fundamental en Salud Mental Infanto-juvenil, que mejoren la calidad de vida de la infancia

que "sobrevive". Esto permite concluir en que existe una necesidad de generar programas de capacitación y detección de signos de sufrimiento precoz y grave en la infancia, sin que esto signifique diagnosticar apresuradamente. En este sentido, se viene dando en los últimos años en las páginas de la revista *Pediatrics* -la revista de la Academia Americana de Pediatría- un interesante debate respecto de la estabilidad y los errores diagnósticos en cuadros severos precoces, los llamados Trastornos del Espectro Autista, así como de la validez, utilidad y aplicabilidad de instrumentos de detección temprana (23, 24, 25). Pero por la mencionada necesidad de construir programas de detección precoz es imprescindible inventar, crear y proponer modelos de intervención que no respondan a protocolos sino a realizar un seguimiento de lo que emergió como orientador de sentido, en el caso por caso y buscando evitar el riesgo de un sobrediagnóstico con sus problemáticos efectos.

Desde esta perspectiva, los argumentos a favor de una capacitación en la detección e intervención precoz son: a) *sensibilizar, alertar y recordar* a toda la comunidad sobre la importancia de los signos de sufrimiento temprano; b) *rejuvenecer* la demanda de atención o seguimiento; c) aprovechar la especial oportunidad que ofrece la *plasticidad neuronal y la plasticidad del yo* en los primeros años de vida; d) la supervisión y el chequeo del desarrollo infantil estimulan la creación de programas, dispositivos y actividades de intervención temprana intentando disminuir la deriva institucional; e) estas propuestas favorecen la *equidad y no postergan derechos*.

No detectar e intervenir en forma temprana es antieconómico para los sistemas familiares y para los sistemas de salud.

Los obstáculos y resistencias con las que se enfrentan estas propuestas las ubicamos en que: a) aun no hay una aceptación consensuada respecto de la identificación temprana (24); b) hay, todavía, activas discusiones disciplinares respecto de los *sobrediagnósticos y los subdiagnósticos* (23, 25); c) las detecciones tempranas pueden no ser seguidas de *intervenciones factibles y accesibles* pudiendo no encontrarse un flujo de resolución de demandas; d) continúa haciéndose más hincapié en el crecimiento que en el desarrollo.

Estos obstáculos y resistencias responden un entrenamiento insuficiente en el tema, y especialmente a la preocupación y dificultad en trabajar un signo de alarma por desinformación e inexperiencia. Las intervenciones tempranas implican un seguimiento y no un diagnóstico apresurado.

En la República Argentina y en conexión con un estudio multicéntrico que se originó en Francia, a partir de un programa llamado PREAUT (prevención autismo) liderado por la Dra. Marie Christine Laznik y que actualmente se lleva adelante no sólo en Francia, sino en Inglaterra, Italia, Brasil y en nuestro país con el nombre de "*Mirar y Prevenir en el vínculo temprano*", se diseñó un modelo de detección temprana de signos de sufrimiento precoz y de indicadores que podrían conllevar hacia una evolución hacia el espectro autista. Se validaron 2 signos: la mirada y la intencionalidad, tercer tiempo del

circuito pulsional (26). Se propone un seguimiento a los 4, 9 y 12 meses con un cuadernillo de relevamiento de estos signos y para el consenso se incluyó el M-Chat, no con valor diagnóstico sino como alerta para orientar el seguimiento de aquellos niños que presentaban signos de sufrimiento. El diagnóstico sólo se confirma por una evaluación de experto y después de los 3 años. Esta propuesta tiene una doble perspectiva que integra la investigación y las implicancias subjetivas, vinculares y ambientales de la intervención. La capacitación para esta detección se realiza en base a una formación intensa a los agentes de salud y educación en contacto con lactantes proponiendo modelos de intervención variables según cada caso y no protocolizados de manera genérica. (26).

### Sobre el diagnóstico

No es menor asumir una profunda diferencia entre detectar y diagnosticar, por lo que esto puede implicar como estigma y nivel de conflictividad en un niño y su familia.

Plantear algunas puntuaciones epistemológicas sobre el diagnóstico nos permitirá arribar a otras perspectivas si ponemos de manifiesto con qué idea de diagnóstico nos acercamos al padecimiento.

Cuando abordamos el mapa funcional de la singularidad el problema del diagnóstico es fundamentalmente una descripción funcional (diagnóstico funcional) y en contexto. Desde esa perspectiva, que nos interesa particularmente porque otorga al valor heurístico del diagnóstico una concepción amplificada del sujeto y no sólo de su padecimiento, un diagnóstico tiene un aspecto pragmático porque tipifica la práctica y recorta solamente lo particular de la singularidad. Pero además, tiene un aspecto pictórico porque desde diversas miradas toma aspectos vinculados a los estados de la mente y de la psique: emotivos, fenomenológicos, intrapsíquicos, cognitivos, representacionales, estadísticos.

Las categorías diagnósticas, estén o no institucionalizadas en manuales, en estructuras, en tipificaciones descriptivas, son modos de orientar las experiencias de los profesionales. Condenados a diagnosticar, diría Piera Aulagnier. Muchas veces logran satisfacer demandas de los pacientes que, en ocasiones, confunden diagnósticos con identidades, que toman los diagnósticos en su versión ansiolítica, versión que también toman profesionales y otros actores institucionales y que rigidizan lo móvil y fluctuante que es el sujeto en su diferentes aspectos: la neurobiología se conmueve por la epigenética, el psiquismo por la neogénesis, el lazo social por los cambiantes escenarios de la vida moderna y sus vicisitudes (27).

Los manuales dan lugar a una categoría cerrada, marcando la potencialidad, es decir, lo que cada uno debería poder y, a partir de un *estándar*, se determina en más o en menos los límites de dicha existencia. Perspectivas más descriptivas, menos enlatadas, le dan lugar a la potencia, a aquello que cada uno puede y que debería explorarse en cada momento, es decir con una clara perspectiva

*antiestándar*. La potencia en el sentido mas spinoziano: "soy tan perfecto como puedo serlo en función de las afeciones que tengo" (28).

"Foucault sostiene que durante el siglo XIX era típico el empleo de la categoría de "anormal" derivada de tres tipos de individuos: 'el monstruo', el 'incurable', y el 'masturbador'. Incluso hoy persiste el empleo de la categoría 'incurable' en los diagnósticos de ciertos niños 'problemáticos', para la familia, las instituciones educativas y para los profesionales de la salud. El desplazamiento de responsabilidades de la familia y las instituciones hacia el niño mismo, acompañado de su exclusión progresiva, sostenida en el prejuicio, va cerrando posibilidades que la intervención temprana y la plasticidad de la infancia permitirían" (29).

Si lo que se organiza frente a un padecimiento es un diagnóstico cerrado, sin tener en cuenta el devenir del niño, en su condición de potencia, si nos anticipamos a escucharlo, verlo jugar, si decimos por él, será responsable saber que somos parte de esa estructuración, en la medida que, vía la transferencia, sentenciamos sobre su sufrimiento con una categoría cerrada. Si evitamos los diagnósticos genéricos, los que excluyen de la categoría todo lo que un niño porta en sus diferencias, en su decir su jugar, su sufrir, su denunciar, sus desligaduras, sus tropiezos, su estructura deseante, estaremos frente a una oportunidad ganada.

Está claro que una impresión diagnóstica, si hubiera que nombrarla, debe ser una puerta de entrada y no una puerta de salida, una oclusión que deje marcas subjetivas trascendentes.

G. Untoiglich metaforiza muy bien la idea de que "en la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz" (30), señalando en esta afirmación la idea de provisoriedad que pueden tener algunos diagnósticos apresurados o categóricamente oclusivos en ese móvil terreno que la infancia tiene para su construcción subjetiva y sus oportunidades neogenéticas.

Desde una perspectiva histórica-epistemológica, los diagnósticos en psiquiatría han respondido a diversas necesidades y han apuntado a distintos objetivos. Haciendo un breve recorrido histórico que no busca ser exhaustivo podemos describir que han apuntado a una legitimación disciplinar, aproximando a la psiquiatría a otras especialidades médicas y de esta manera, de forma reflexiva, instituyendo a los psiquiatras como médicos especialistas, es decir un proceso con un desarrollo científico pero a la vez sociológico. La psicopatología fue constituyendo un lenguaje que definía al que lo usaba, ya no solamente aplicado para describir fenómenos en una persona sino que, al modo de rito de pasaje, invistiendo a quienes los dominasen con el título de psiquiatra. En otro período histórico, quizás superpuesto en algún pasaje con el anterior, mediante un diagnóstico se habilitaban internaciones de personas socialmente disruptivas; generándose una inusual facultad para los profesionales de la salud, de intervenir ya no sobre procesos mórbidos que afectaran su salud sino sobre la libertad de las personas (31).

En tiempos actuales, un diagnóstico puede dar lugar a que personas con determinadas características sean

incluidas en determinados marcos educativos, o determinados abordajes terapéuticos o sets de abordajes. Es necesario revisar cada vez cuáles y cuántos.

## Autismos: cada cual lidia con sus desconciertos

"Cuestiones fundamentales en la experiencia humana como hacer el camino para pasar de 'mi mundo' a 'el mundo' aparecen aquí a cielo abierto y con toda su crudeza: la conexión con "el sonido de las hojas" como puntuando el sentimiento de soledad; la apariencia de normalidad como medio de supervivencia a partir de los personajes que la acompañan; el miedo a la imprevisibilidad; el encuentro con niños con autismo sometidos a prácticas de domesticación y su posibilidad de reconocer un índice subjetivo, el autismo como 'un monstruo interno invisible' que se presenta en cualquier sitio; la ropa como piel; el cuerpo a construir; los alaridos; la desculpabilización de los padres; los abrazos; la percepción. Estas y otras cuestiones son las que Donna Williams nos invita a explorar en la medida en la que ha dejado caer el imperativo de encontrar reglas sin excepciones" (32).

Como lo definió el Dr. Jaime Tallis, neuropediatra de importante experiencia en la atención de niños con padecimientos graves en la infancia: "hay autismos para todos".

Es muy posible que haya acuerdo respecto de la afirmación que cada niño o adulto con autismo es diferente a todos los demás, incluso diferente a aquellos nombrados con la misma etiqueta. Pero no es algo que impida a algunos pretender explicar todo sobre el autismo e, incluso, proponer técnicas para tratar al conjunto de los autistas de manera genérica y programada con anterioridad.

Este cuadro ha adquirido hoy una presencia social sin precedentes en su historia. Como nunca han proliferado libros desde diferentes teorías: *Mi combate por el autismo*, de B. Golse; *La batalla del autismo*, de E. Laurent, *El autista y su voz*, de J.C. Maleval, *Hacia el habla*, de M.C. Laznik, entre otros. Han aparecido además videos emblemáticos como los son *Ochos pasos adelante*, *Otras voces*, *El muro*. El caso de este último representa una verdadera estafa al discurso de los entrevistados, lo que denota el carácter político que ha adquirido el tema para las disciplinas, la academia y las políticas en salud. También se han multiplicado las fundaciones, los sitios web, los grupos de familiares. Y se han realizado inversiones importantes en investigaciones colaborativas, como las llevadas adelante desde agencias públicas y sociedades, como la INRAR y el INSERM, sobre diferentes aspectos que sostienen la etiología y la eficacia de instrumentos de caracteres particularmente educativos, adaptativos o rehabilitadores.

Los intentos por identificar teorías unificadas que expliquen las comorbilidades fundamentales no han tenido mucho éxito, lo que no sorprende si se tiene en cuenta la expresión heterogénea de los ahora llamados trastornos del espectro autista.

Se viene desplegando una verdadera beligerancia discursiva. *Star Wars* en la Salud Mental Infantojuvenil, con sus diferentes episodios.

Efectivamente, a pesar del enorme interés social y mediático en el autismo, los resultados de la investiga-

ción científica continúan siendo “parcos” y, desde luego, no están a la altura de las expectativas creadas. Pero sobre todo, el cuidado de las personas autistas sigue estando relegado, fundamentalmente por las políticas públicas, con escasos lugares de alojamiento de las demandas de atención y pocas perspectivas que el Estado incorpore ámbitos de cuidado para los niños con autismo; adultos en el futuro que seguirán demandando algún tipo de atención aunque hayan tenido una buena integración y logren ciertos rangos de autonomía.

Aún con muchas incertidumbres en los resultados, es de relevancia estimular la posibilidad de seguir investigando, en la búsqueda de mejores herramientas que posibiliten la detección precoz, enriquezcan las diferentes propuestas y los avances en el terreno de la integración y la inclusión educativa, la sensorialidad, la sonoridad, el cuerpo y sus habilidades, la conexión con el mundo en términos del manejo de objetos reales. Nuevos encuentros integradores entre los aportes de las investigaciones cognitivas y el psicoanálisis.

Es también elocuente que muchas disciplinas que integran los equipos interdisciplinarios -necesarios- según cada caso y cada momento, en el tratamiento de los padecimientos graves en la infancia (psicomotricidad, musicoterapia, fonoaudiología, psicopedagogía, terapias del lenguaje, psicoanálisis, psiquiatría, neurología, psicoterapias de diversas líneas teóricas, terapia ocupacional, acompañamiento terapéutico, y otras), se nutren de los resultados que emergen de sus propias disciplinas y de otras investigaciones de otras ramas para diseñar sus intervenciones. Pero estas disciplinas también participan de esa filiación diferenciada marcada fundamentalmente por las ciencias de la conciencia y el psicoanálisis para enmarcar sus prácticas, hecho que promueve aún al interior de cada disciplina, diferentes formas de mirar y enfocar cada una de las intervenciones. Pareciera inevitable que la creación de aldeas ideológicas sobre la Salud Mental Infantil haga marca también en los modelos de abordaje.

En los estudios sobre este trastorno, para quienes lo definen unívocamente como un trastorno del neurodesarrollo prenatal y posnatal, los investigadores han intentado dilucidar estas teorías mediante el examen del crecimiento cerebral, las redes neuronales funcionales, la neuropatología, la electrofisiología y la neuroquímica. Las teorías neurocognitivas incluyen trastornos del lenguaje pragmático y dificultades en la intersubjetividad (teoría de la mente), la función ejecutiva y la resolución de los problemas de ánimo, una coherencia central débil y la dificultad para integrar la información en un todo significativo, y los déficits en la conectividad y las demandas de procesamiento. Quienes se enrolan en estas teorías, a veces, se aíslan y dejan de lado el valor hermenéutico que la epigenética y las teorías multifactoriales aportan a este grupo de padecimientos.

Respecto de las hipótesis etiológicas, hoy estamos frente a datos inciertos. Las investigaciones genético/congénitas, especulan con riesgos vinculados a mutaciones genéticas, alteraciones cromosómicas, alteraciones en la sinaptogénesis, alteraciones hormonales vinculadas al ritmo circadiano y la secreción de melatonina

como modificador genético. La teoría sobre las vacunas y los antirretrovirales muestra mucha incertidumbre epidemiológica (33). Estas líneas buscan dar sustento a la organicidad en la causalidad.

La teoría de la mente, tan observada en los protocolos de investigación, compromete la palabra de Baron-Cohen, quien formula que en el autismo el mecanismo de atención compartida, responsable de establecer la relación entre un agente, uno mismo y un tercer objeto, está alterado por lo que no habría un flujo de información hacia el mecanismo de la teoría de la mente. Eso haría que este módulo cognitivo esté ausente o deficitario en este cuadro.

Se describen fallas en la intersubjetividad. El reconocimiento de emociones presentaría un déficit primario en la relación interpersonal. Hay un déficit metarepresentacional producido por la dificultad para procesar estímulos afectivos.

Se acentúan los déficits socio-cognitivos primarios que impiden compartir emociones y se afecta la capacidad de organizar la información social. Los niños autistas tienen dificultad en elaborar interpretaciones comprensivas de las situaciones mediante la lectura de las intenciones de los otros, a partir de los movimientos de los ojos y de las manos y de las pistas contextuales. La capacidad imaginativa se presenta deflacionada y hay un déficit en la posibilidad de ponerse en el lugar del otro.

Todas estas teorías remarcan la dificultad de comprensión, en la comunicación y en la aprehensión de los significados sociales.

Las funciones ejecutivas también son motivo de muchas investigaciones, ya que a través de ellas se evalúa un nivel cognitivo que permite describir las conductas ligadas al pensamiento mediadas por el lóbulo frontal.

Recordemos que en *El error de Descartes*, A. Damasio relaciona a los niños autistas con los pacientes neurológicos, particularmente con los que tienen lesión del lóbulo frontal, por presentar rigidez e inflexibilidad, estereotipias, y repeticiones, que se ponen rápidamente de manifiesto en las relaciones sociales, en la literalidad en la comprensión, en la dificultad para el doble sentido y la metáfora (34).

Todas estas exhaustivas y minuciosas observaciones, que pueden aportar elementos muy enriquecedores para elaborar estrategias de abordaje con estos niños y orientar a sus familias, también revelan que desde esta perspectiva el autismo queda por fuera de tratamientos que no sean de carácter educativo por falta de empatía y de sentidos compartidos.

En tal caso, como dijo Bernard Nominé *“cada cual a lo suyo”* frente al *“fuego cruzado”* que sobre los autismos se ha desatado. Desde el psicoanálisis, reconoce la poca consistencia que existe en lo que se sabe de los autismos, así como en la ciencia que se adjudica un saber más acabado. Dice Nominé: *“si hacemos la suma de los saberes que hemos producido sobre autismos, nos damos cuenta que el resultado es particularmente inconsistente. Como si el autismo, más que cualquier otro tipo de fenómeno, revelara la inconsistencia del Otro”*. *“La primera reflexión, la más trivial, es que el autismo apasiona a los analistas. Es curioso porque*



no hay nada más difícil que la cura con un niño autista. Sin embargo, ello apasiona. Vale decir que la posición autística interroga la esencia de las relaciones del sujeto al lenguaje y a la palabra. El autista no parece interesarse por ese hecho del que tanto nos enorgullecemos, o sea de ser dotado del lenguaje. Por supuesto, uno quisiera comprender como un ser hablante puede oponerse así a la palabra. De cierto modo los analistas tienen tendencia a atribuirle al autista la posición de la Esfinge, o sea el lugar del enigma". Y continúa, "Lo llamativo, cuando uno establece el repertorio de todo lo que se escribe sobre autismo, es la dificultad de dar cuenta de la relación del autista con el Otro. Es tan increíble que cada autor trata de contornear el problema al evocar a una figura del Otro adaptada a la circunstancia. Ese polimorfismo del Otro así constituido contribuye a la cacofonía. Los hay que hablan del Otro primordial, los hay que hablan del Otro real, de un Otro que no sería tachado ni agujereado, los hay que hablan del Otro profundamente malo. Total que parece preciso añadir un calificativo al Otro para hacerle pareja del autista. ¿Por qué tantas contorsiones? Pues porque hay que descubrir la lógica de una clínica que nos es homogénea" (35).

La historia no puede ser modificada. ¿Cuánto tiempo pagará el pensamiento psicoanalítico actual y más abierto por el "pecado conceptual" de otros tiempos, de otras lecturas, de otros pensadores, de haber culpabilizado a los padres como causantes del profundo arrasamiento de la existencia del otro en los autismos? Este error de juventud, o de ideologías prematuras sobre el funcionamiento psíquico temprano, cuenta hoy con muy pocos o casi ningún adepto. Sin embargo se sigue escuchando como viejo argumento antipsicoanalítico.

Para la psicoanalista M.C. Laznik, favorable a la intervención temprana y por lo tanto, de la detección de los trastornos de la comunicación en los niños, la situación es clara: "Bettelheim estaba completamente fuera de la carretera. Las madres no tienen nada que ver con el origen del autismo" (36).

El cognitivismo se aleja visiblemente del psicoanálisis cuando instrumenta fuertemente estrategias educativas, reeducativas o rehabilitadoras, imprimiendo muchas veces una intención terapéutica a este modo de operar que no toma en cuenta al niño como sujeto, de adentro hacia afuera, en su silencio o en su decir y no de afuera hacia adentro, imponiendo el lenguaje.

"Allí en donde el cognitivismo ve trastornos del lenguaje como déficits producidos por los trastornos cerebrales, para el psicoanálisis se tratan de fenómenos productivos que dan cuenta del diagnóstico de autismo o psicosis. El cognitivismo se ocupa de restituir sentidos allí en donde la empatía y la significación imaginaria falla, mientras el psicoanálisis toma nota de los fenómenos de sin-sentido, del lenguaje holofraseado, de la emergencia de fenómenos elementales y del vacío de significación para no enmascararlos con falsas significaciones imaginarias otorgadas por la imitación o la sugestión. Si para el cognitivismo la medición y la evaluación resultan esenciales, para el psicoanálisis nada dice de la posición del sujeto y de sus posibilidades de construcción de un mundo vivible. Para el cognitivismo el niño autista es un organismo enfermo, en cambio para el psicoanálisis el sujeto nunca se reduce a un organismo" (37).

¿Cuáles son las consecuencias directas de esta situación? De entrada, un alejamiento progresivo de un diagnóstico cerrado con respecto al tratamiento adecuado para las dificultades de cada sujeto autista. Conviene hoy, más que nunca, revisar los principios teóricos y prácticos en los que nos apoyamos para acompañar a los sujetos con autismo y a sus familias.

El tiempo es trágico cuando no se aprovecha la doble ventana de oportunidad para actuar tempranamente sobre la plasticidad neuronal y la plasticidad del yo.

Hay más de un *storytelling*. Están la dupla que podemos presentar como Francia/ EEUU: dos modelos que encarnan, cada uno, el predominio de modos de abordaje que plantean cuestiones éticas, clínicas y económicas divergentes (38). Y hay otras pequeñas-grandes historias en este conflicto: neurología y pediatría del desarrollo; psicoanálisis y cognitivismo; psicoanálisis que investiga y psicoanálisis que no investiga; neurología y psiquiatría. Alopátia, homeopatía, nutrición.

Los mejores dispositivos de abordaje incluyendo "el psicoanálisis, tienen en cuenta los avances de la ciencia, utilizan los medicamentos adecuados, recomiendan la inscripción de los niños en las instituciones que mejor les convienen, en una escuela donde se puedan adaptar los aprendizajes en función de lo que está disponible. Están de acuerdo en la necesidad de una continuidad en la interpelección de estos sujetos. Hay algo que decirles, sin que haya que hablar de intensidad. Hacen hincapié en un enfoque relacional, a partir de señales de interés manifestadas por el niño. No una estimulación-repetición para todos, sino una sollicitación a la medida, un enfoque bottom-up, y no top-down" (38).

Es imprescindible incluir en nuestras praxis los descubrimientos científicos que tanto desde la Genética Humana, como desde la Neurociencia apoyan hoy el saber y experiencia clínica con bebés y niños pequeños, a cerca de lo indecible del diagnóstico y sus efectos, como también de la influencia decisiva del lenguaje y sus leyes, el lugar del Otro primordial y su deseo, en la infancia, para la constitución del sujeto y su cuerpo. Es también certero pensar en la oportunidad de incluir estrategias comportamentales para la adquisición de ciertas habilidades. Pero creemos también cierto que todo logro a nivel de la conducta y habilidades, se sostiene y fortalece si en la trama subjetiva, se puede trabajar la continuidad de existir, como lo planteaba Winnicott. Esto creará puentes y permitirá lidiar con las diferencias en un diálogo de convivencia.

Volvemos entonces al principio: entre la clínica exagerada, apriorística, de la anticipación, sin proceso de despliegue subjetivo y la clínica exasperada, que desoye el aporte de otras formas de pensar y hacer, que resiste amparada en sus lógicas toda posición aperturista, la complejidad y la interdisciplinarietà permitirán evitar rupturas y soportar la caída de lo absoluto, avanzar hacia nuevas cartografías, construir nuevas figuras del pensar y el hacer, para nuestras difíciles prácticas en la infancia.

Leopoldo Marechal (39) escribía: "De todo laberinto se sale por arriba", pero se sale ■

## Referencias bibliográficas

1. Machain JE. Infancia, adolescencia y Cambio Social. En: Ponencia: V Congreso Mundial por los derechos de la infancia y la adolescencia. San Juan, Argentina; 2012.
2. Fernandez AM. Las lógicas colectivas: imaginarios, cuerpos, multiplicidades. Buenos Aires: Biblos; 2007.
3. Stolkiner A. Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En: Hugo Lerner. El sufrimiento psíquico y la medicalización. Buenos Aires: Psicolibro; 2013.
4. Hoschbawm E. Historia del siglo XX. Barcelona: Crítica; 1995.
5. Schmidt G, Benasayag M. Las pasiones tristes. Sufrimiento psíquico y crisis social. Buenos Aires: Letra viva; 2010.
6. Agamben G. Infanzia e Storia. Distrazione dell'esperienza e origine della storia. Torino: Einaudi; 2001.
7. Untoiglich G. Versiones actuales del sufrimiento infantil. Conjunciones. Noveduc; 2012.
8. Hornstein L. Intersubjetividad y Clínica. Barcelona: Paidós; 2003.
9. Kandel E. Principios de neurociencia. Capítulo I. Buenos Aires: Mc Gaw-Hill; 2001.
10. Roudinesco E. Por qué el psicoanálisis. Barcelona: Paidós; 2000.
11. Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PLoS Med* 2006 Apr; 3 (4): e191.
12. Miranda JJ, Patel V. El logro de los objetivos de desarrollo del milenio: ¿juega la salud mental un papel importante en sus logros? *PLoS Med* 2005 Oct; 2 (10): E291.
13. Collins P, Intel T, Chockalingam A, Cooper J, Saxena S, Unützer J. Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. *PLoS Med* 2013; 10 (5): e1001448.
14. Kandel E. Biología y el futuro del psicoanálisis: un nuevo marco intelectual para la psiquiatría. *Am J Psychiatry* 1999 Apr; 156 (4): 505-24.
15. Fonagy P. Genetics, developmental psychopathology and psychoanalytic theory: the case for ending our (not so) splendid isolation. *Psychoanalytic Inquiry* 2003; 23 (2).
16. Schejtman C. Nuevos aportes del estudio de interacciones tempranas de investigaciones empíricas en infantes a la comprensión psicoanalítica de la estructura psíquica [Internet]. Disponible en: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/054\\_ninez2/material/nuevos\\_aportes\\_investigaciones%20emp%EDricas.doc](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/054_ninez2/material/nuevos_aportes_investigaciones%20emp%EDricas.doc).
17. Golse B. Psicopatología en la perinatalidad. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente* 1998; 26. (2).
18. Ansermet F, Magistretti P. A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente. Katz; 2006
19. Ansermet F, Magistretti P. Biology of freedom: neural plasticity, experience and unconscious. Katz; 2011.
20. Damasio A. En busca de Spinoza, Neurobiología de la emoción y de los sentimientos. Barcelona: Crítica; 2005.
21. Laurent E. Lost in cognition, psychanalyse et sciences cognitives. Nantes: C. Defaut; 2008
22. Bassols M. Blog de la ELP, sobre Lost in cognition. Barcelona; 2006.
23. Kogan MD, van Dyck PC. Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US, 2007. *Pediatrics* 2009; 124 (5).
24. Al-Qabandi M, Gorter JW, Rosenbaum P. Early autism detection: are we ready for routine screening? *Pediatrics* 2011; 128 (1).
26. Close HA, Lee LC, Kaufmann CN, Zimmerman AW. Co-occurring conditions and change in diagnosis in autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2012; 129 (2).
27. Armus M, Oliver M, Duhalde C, Woscoboinik N. Desarrollo emocional, clave para la primera infancia, de 0 a 3 [Internet]. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF. Fundación Kaleidos). 2012. Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo\\_emocional\\_0a3\\_simples.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo_emocional_0a3_simples.pdf).
28. Najmanovich D. Comunicación personal. Marzo 2009.
29. Deleuze G. En medio de spinoza. ética. afectión, afecto y esencia. 1981.
30. Factorovich M. El diagnóstico en la infancia. *Revista de la Soc Porteña de Psicoanálisis*; 12: 45-51.
31. Untoiglich G. En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. Noveduc.
32. Berrios G. Pasado, presente y ¿futuro? de la psicopatología. Vertex 2013; 24: 39-48.
33. Williams D. Alguien en algún lugar. Diario de una victoria contra el autismo. Barcelona: Need Ediciones; 2012.
34. Levy SE, Mandell DS, Schultz RT. Autism. *Lancet* 2009; 374 (7).
35. Damasio A. El error de Descartes. Drakontos Bolsillo; 2006.
36. Nominé B. El autismo [Internet]. Disponible en: [www.edipica.com.ar](http://www.edipica.com.ar).
37. Laznik MC. Disertación en Congreso de WAIMH. Paris; 2008.
38. Tendlarz S. El autismo, entre el psicoanálisis y el cognitivismo [Internet]. Disponible en: [www.nel-mexico.org](http://www.nel-mexico.org).
39. Laurent E. A propósito del tratamiento en el autismo [Internet]. 2012. Disponible en: [www.forum.autismo.com](http://www.forum.autismo.com).
40. Marechal L. Laberinto de amor. Libros Perfil. Buenos Aires: La Poesía; 1998.

# La importancia de la detección precoz y de la intervención temprana en niños con condiciones del espectro autista

Alexia Rattazzi

*Psiquiatra infantojuvenil.*  
PANAACEA.

*E-mail: alexiapanaacea@gmail.com*

---

## Resumen

Los trastornos del espectro autista son un grupo de trastornos del neurodesarrollo que se caracterizan por dificultades socio-comunicacionales y patrones restringidos y repetitivos de conductas, intereses y actividades. En Argentina, en el año 2013, se presentaron proyectos de ley tanto a nivel nacional como a nivel provincial que dieron origen a enérgicos debates en torno a la detección precoz de los niños con trastornos del espectro autista, el diagnóstico o la "patologización" de la infancia, y la intervención temprana en estos niños. En este artículo se intenta fundamentar la importancia de una pesquisa sistemática de los trastornos del espectro autista en deambuladores, la utilidad de la nueva clasificación del trastorno del espectro autista brindada por el DSM-V, la conveniencia de evaluaciones diagnósticas integrales y oportunas por parte de equipos interdisciplinarios especializados en desarrollo y la importancia fundamental de la intervención temprana. La intervención temprana aprovecha la neuroplasticidad existente en etapas iniciales de la vida e impacta positivamente en el pronóstico de los niños y en la calidad de vida de las familias. Finalmente, se menciona el rol de las intervenciones mediadas por padres en el tratamiento de los niños con trastornos del espectro autista.

**Palabras clave:** Trastorno del espectro autista - Pesquisa - Diagnóstico - Intervención temprana.

THE IMPORTANCE OF EARLY DETECTION AND EARLY INTERVENTION FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM CONDITIONS

## Abstract

Autism spectrum disorders are a group of neurodevelopmental disorders characterized by social communication difficulties and restrictive and repetitive patterns of behavior, interests and activities. In Argentina in 2013, legislation introduced both at national and provincial levels generated vigorous debate in relation to early detection of autism spectrum disorders, diagnosis or "pathologization" of children, and early intervention for these children. This paper provides evidence supporting the importance of systematic screening for autism spectrum disorders in toddlers, the usefulness of the new autism spectrum disorder classification provided by DSM-V, the desirability of timely and comprehensive diagnostic assessments by interdisciplinary teams specialized in development, and the critical importance of early intervention. Early intervention takes advantage of the neuroplasticity present in early life and positively impacts prognosis of children and family quality of life. Finally, the role of parent-mediated interventions in the treatment of children with autism spectrum disorders is mentioned.

**Key words:** Autism spectrum disorder - Screening - Diagnosis - Early intervention.

Se considera que los trastornos del espectro autista (TEA) son condiciones que afectan predominantemente el desarrollo cerebral temprano, tanto a nivel estructural como funcional, lo que trae consecuencias en las áreas de la comunicación, la interacción social, la conducta y el procesamiento sensorial. La etiología de los TEA no ha sido aún dilucidada, aunque se sabe que están involucrados tanto factores genéticos como ambientales.

Las personas con TEA presentan cuadros clínicos sumamente heterogéneos, tanto en nivel de severidad (leve, moderado, severo), como en el nivel de lenguaje (sin habla, palabras sueltas, frases, fluencia verbal), el nivel cognitivo (discapacidad intelectual, inteligencia promedio, inteligencia superior), el perfil sensorial, el patrón de inicio de los síntomas (progresivo, regresivo), los especificadores (p. ej., Frágil X, tipo Asperger, etc.), y los problemas médicos concomitantes (p. ej., problemas gastrointestinales, inmunológicos, metabólicos, disfunción mitocondrial, etc.). Por esto mismo, se habla de un "espectro autista".

La prevalencia de TEA ha ido en aumento. El primer estudio epidemiológico sobre autismo en el mundo fue realizado en Middlesex, Reino Unido, en 1966, estableciendo una cifra de prevalencia de 1 de cada 2000 niños en la población de niños de 8 a 10 años de edad (1). En 2014, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los EE.UU., publicó una cifra de prevalencia de TEA de 1 en 68 niños (2), a partir de un estudio realizado en el 2010 en la población de niños de 8 años de edad en 11 ciudades norteamericanas pertenecientes a la *Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network* (ADDMN). Se desconocen las causas de este aumento, aunque entre las hipótesis se encuentran: a) los cambios en los criterios diagnósticos a lo largo del tiempo, lo que ha promovido la inclusión de individuos con cuadros de menor severidad o más alto funcionamiento dentro del espectro autista; b) el diagnóstico de TEA en individuos que antes recibían el diagnóstico de discapacidad intelectual u otros diagnósticos; y c) factores ambientales.

En Argentina, lamentablemente no contamos aún con datos epidemiológicos locales, y desconocemos por lo tanto la magnitud del problema. No obstante, existe actualmente un estudio epidemiológico en curso en la ciudad de Olavarría, provincia de Buenos Aires, parte de un proyecto de colaboración internacional, que tiene como objetivo conocer la cifra de prevalencia de autismo en la población de 16 a 30 meses de edad. Este estudio, el primero de su tipo en nuestro país, comprende: a) la pesquisa sistemática de TEA en todos los niños de 16 a 30 meses de edad que concurren a los centros de vacunación en Olavarría utilizando una herramienta de pesquisa denominada M-CHAT-R/F; b) la evaluación diagnóstica interdisciplinaria de todos aquellos niños pesquisados positivos; y c) la intervención temprana en todos aquellos niños que presenten un diagnóstico de TEA u otro problema en el desarrollo.

En los pocos países en vías de desarrollo en los que se han realizado y publicado estudios relacionados con la identificación y la intervención temprana de TEA (Colombia, India, Jamaica, Jordania, México), se ha

identificado un edad promedio de 21-24 meses para la primera preocupación de los padres y una edad promedio de 45-57 meses para el diagnóstico de TEA, siendo las dificultades del lenguaje el síntoma de preocupación inicial más frecuente (3). En países desarrollados, las edades promedio de diagnóstico son menores.

Las familias que tienen en su seno a un niño, adolescente, o adulto con un TEA, tienen indicadores de estrés crónico significativamente más altos que la población general (4).

Durante el año 2013, la sanción en la provincia de Santa Fe de la Ley 13328 "*Diagnóstico Precoz, Tratamiento, Integración, Inclusión Social y Protección Integral de Personas con Trastornos del Espectro Autista (TEA) y/o Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)*", y la media sanción por unanimidad en el Senado de la Nación del Proyecto de Ley sobre Abordaje Integral de las Personas con TEA -proyecto que incluye un protocolo de pesquisa sistemática a partir de los 18 meses de edad- han suscitado enérgicos debates y diferencias de opinión entre distintos actores de la Salud Mental.

Las temáticas que han generado mayor debate son aquellas relacionadas con la pesquisa sistemática temprana, las clasificaciones diagnósticas, los supuestos efectos del "etiquetamiento" diagnóstico o la "patologización" de los niños, y los tipos de intervención temprana.

### **¿Por qué es importante la pesquisa sistemática temprana de las condiciones del espectro autista y cómo se podría implementar?**

La respuesta más obvia a esta pregunta es que la pesquisa temprana permite que aquellos niños en riesgo de padecer un trastorno de desarrollo sean identificados precozmente, y por consiguiente, puedan recibir una intervención temprana, crucial para un mejor pronóstico y una mejor calidad de vida. La menos obvia es que los algoritmos y las herramientas de pesquisa ayudan a los profesionales a detectar a niños en riesgo que de otra manera no los identificarían, tanto por falta de tiempo durante la consulta o por falta de capacitación en la evaluación del desarrollo socioemocional y comunicacional de los niños.

La Academia Americana de Pediatría, institución altamente reconocida en el medio científico mundial, recomienda la vigilancia del desarrollo y pesquisa sistemática de los trastornos del desarrollo en las consultas pediátricas de los niños a los 9 meses, 18 meses, y 24/30 meses de edad (5), como también la pesquisa sistemática de TEA a los 18 meses y a los 24 meses de edad (6).

Los instrumentos de pesquisa son evaluaciones breves, formales y estandarizadas que permiten identificar en la población general a aquellos niños en riesgo de presentar un problema puntual. Es muy importante aclarar que los instrumentos de pesquisa no son diagnósticos, sino que sólo identifican a niños en riesgo. Aquellos niños que son pesquisados positivamente deben ser derivados a un equipo interdisciplinario especializado que lleva a cabo una evaluación diagnóstica integral.

Existe en la Argentina un instrumento denominado Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) que fue desarrollado por pediatras argentinos y es una valiosa herramienta de pesquisa general del desarrollo infantil. Asimismo, existen instrumentos de pesquisa específica de TEA, como por ejemplo el M-CHAT-R/F (7), el Q-CHAT (8), el CSBS-DP (9), que sirven para identificar a aquellos niños con riesgo de tener un TEA. En Argentina, el M-CHAT ha sido validado en población local de la ciudad de Buenos Aires (10) y el CSBS-DP está en proceso de validación, por lo que ambos instrumentos de pesquisa podrían ser utilizados en un algoritmo de vigilancia del desarrollo. En la medida en que padres, pediatras, docentes de nivel inicial y otros profesionales que trabajen con niños menores a 5 años sepan detectar a los niños en riesgo de tener problemas del desarrollo, las herramientas de pesquisa se volverán innecesarias.

La implementación de un algoritmo de pesquisa a los 9 meses (CSBS-DP), a los 18 meses (M-CHAT-R/F), y a los 24/30 meses (M-CHAT-R/F) en las consultas pediátricas, en los centros de vacunación, en los jardines maternos o de infantes, o en cualquiera de los lugares donde concurren los niños en sus primeros 3 años de vida, posibilitarían detectar a niños en riesgo de tener TEA u otros problemas del desarrollo y permitiría ofrecerles la oportunidad de recibir una intervención temprana.

### DSM-V para TEA, ¿sí o no?

Mucha ha sido la polémica en torno al DSM-5 publicado en mayo de 2013 (11). A pesar de las numerosas críticas y objeciones al manual, en el ámbito específico de los TEA se cree que la clasificación actual es superadora en relación a la versión anterior, especialmente desde el punto de vista clínico.

El DSM-5 establece los siguientes criterios diagnósticos para el Trastorno del Espectro Autista (12):

A. Déficits persistentes en comunicación social e interacción social en múltiples contextos, manifestados actualmente o en el pasado, por los 3 siguientes:

1. Déficits en reciprocidad socio-emocional (p. ej., aproximación social, conversación, compartida de intereses, emociones o afecto, iniciación o respuesta a interacciones sociales).

2. Déficits en conductas de comunicación no verbal utilizadas en la interacción social (p. ej., contacto visual, lenguaje corporal, expresiones faciales, gestos).

3. Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones sociales (p. ej., ajuste de conducta al contexto social, juego imaginativo, amistades).

B. Patrones restringidos y repetitivos de conducta, intereses o actividades, actualmente o en el pasado, manifestados por al menos 2 de los siguientes:

1. Lenguaje, movimientos o uso de objetos de manera estereotipada/repetitiva (p. ej., estereotipias motoras simples, alinear juguetes, tirar juguetes, ecolalia, frases idiosincráticas).

2. Resistencia al cambio, adherencia inflexible

a rutinas, o patrones ritualizados de conductas verbales y no verbales (p. ej., distrés extremo ante pequeños cambios, dificultad con transiciones, patrones rígidos de pensamiento, rituales de saludo, necesidad de hacer siempre el mismo camino o comer la misma comida).

3. Interés fijo altamente restrictivo, anormal en intensidad o en foco (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverativos).

4. Hiper/hipo reactividad al input sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del ambiente (p. ej., aparente indiferencia al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos excesivamente, fascinación visual con luces o movimiento).

C. Los síntomas deben estar presentes tempranamente en el desarrollo (pero pueden no manifestarse completamente hasta que las demandas sociales excedan las capacidades limitadas, o pueden estar enmascaradas por estrategias aprendidas más tardíamente).

D. Los síntomas causan alteración clínicamente significativa en el área social, ocupacional, y otras áreas importantes del funcionamiento diario.

E. Las alteraciones no son mejor explicadas por discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o retraso global del desarrollo.

Se han realizado varios cambios en la nueva clasificación, a saber: a) la utilización de un solo término, TEA, para referirse a todas las condiciones incluidas en el espectro autista; b) el abandono del término TGD y las categorías diagnósticas que se usaban en el DSM-IV-TR (trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Rett, TGD no especificado); c) combinación de las dificultades en la interacción social y en la comunicación en un solo criterio diagnóstico; d) la inclusión de las dificultades en el procesamiento sensorial como sub-criterio diagnóstico; e) la necesidad de determinar el nivel de severidad, el nivel del lenguaje, el nivel cognitivo, el patrón de inicio, y la edad percibida de inicio de la persona con TEA; f) la necesidad de identificar "especificadores" o "modificadores" (p. ej., cuadros neurológicos, genéticos, médicos relevantes); y g) la necesidad de especificar la severidad global y los grados de apoyo necesarios.

Las ventajas de la nueva clasificación son que se usa un solo término (TEA) para la combinación de características, lo que facilita el diagnóstico desde el punto de vista clínico; se brinda una descripción clínica mucho más rica de la persona evaluada; y la aproximación dimensional es útil en estudios de función cerebral, estudios genéticos, y medidas de efecto de tratamientos. Por otro lado, esta clasificación está mucho más en sintonía con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) propuesta por la OMS, y utilizada actualmente por el Servicio Nacional de Rehabilitación en nuestro país para certificar discapacidad.

## ¿“Patologización” o diagnóstico integral interdisciplinario?

Los diagnósticos generalmente pueden ser vistos como “sentencias” u “oportunidades”. Según la postura que uno tome variará la manera de comunicar un diagnóstico y, consecuentemente, se activarán diferentes emociones y creencias en los padres que lo reciben. Si un profesional cree que el diagnóstico es una sentencia, es posible que comunique el mensaje como tal, dejando generalmente a los padres en un estado de shock, de angustia, de impotencia, de desesperanza y de tristeza. Si en cambio un profesional cree que el diagnóstico es una oportunidad, comunicará el mensaje de manera de dejar a los padres en un lugar de “empoderamiento”, de esperanza, de que se pueden hacer muchas cosas, y de que la participación de ellos puede cambiar la trayectoria de desarrollo de su hijo. La manera en la que se comunica un diagnóstico incide en el pronóstico del niño e impacta en la calidad de vida de los padres.

Cuando se habla de “patologización” de los niños, se habla generalmente desde un lugar que considera al diagnóstico como “sentencia”, como causante de daño tanto al niño como a su familia. Si en cambio uno cree en el diagnóstico como una oportunidad, una oportunidad de proveer al niño con los apoyos que necesita y de dar a los padres herramientas para poder brindar a su hijo un ambiente óptimo según su perfil individual de fortalezas y debilidades, es más sencillo comprender la importancia de un diagnóstico integral interdisciplinario temprano y oportuno.

Las reconocidas Guías de Práctica Clínica NICE, recomiendan que la evaluación diagnóstica de los niños en quienes se sospecha un TEA debe ser realizada por un equipo interdisciplinario especialista en desarrollo compuesto al menos por un pediatra o un psiquiatra infantil (o ambos), un psicólogo o un psicopedagogo (o ambos), y un fonoaudiólogo, con la posibilidad de acceder a interconsultas con otros profesionales. Mencionan que la evaluación diagnóstica debe incluir una historia evolutiva, una entrevista sobre síntomas de TEA, una sesión interactiva con el niño para evaluar sus habilidades socio-comunicativas y su conducta, y un examen físico completo para identificar condiciones médicas concomitantes. Asimismo, debe establecerse no sólo el diagnóstico, sino un perfil del desarrollo del niño, incluyendo factores que pueden afectar el funcionamiento cotidiano y la participación social, tales como el nivel intelectual, las habilidades de lenguaje y comunicación, la conducta adaptativa, la salud física, el estado nutricional y la conducta (13). Esto es consistente con el marco de la CIF y es relevante a la hora de establecer prioridades para la intervención. Llamativamente, mencionan que el equipo especialista debería comunicar los hallazgos de la evaluación de una manera clara y compasiva, asegurándose de que la familia esté informada acerca del TEA, sus implicancias en el desarrollo y en el funcionamiento del niño, y las alternativas para acceder a los apoyos y servicios clínicos necesarios.

## La intervención intensiva temprana y las intervenciones mediadas por padres

La intervención temprana en niños con TEA posibilita:

1. un mejor pronóstico para el niño: CI más alto, mejores habilidades socio-comunicacionales y adaptativas, posibilidad de normalización de la actividad eléctrica cerebral, etc. (14, 15, 16);
2. la prevención de las dificultades asociadas a una trayectoria atípica de desarrollo (17);
3. una mejor calidad de vida para la familia (18);
4. una mayor inclusión educativa, al favorecer la concurrencia a la escuela común (19);
5. una reducción de los costos generales asociados al cuadro (20);

El rol de la neuroplasticidad en edades tempranas es esencial a la hora de pensar racionalmente en la intervención temprana. El potencial neuroplástico de un niño en sus primeros 5 años es el mayor que tendrá a lo largo de toda su vida. Por ende, si un niño con un TEA recibe una intervención intensiva temprana, tiene posibilidades de cambiar la trayectoria de su desarrollo (18, 19), y algunos autores hasta hablan de “recuperación”.

Actualmente, existen múltiples de abordajes en el campo de los TEA. Sin embargo, escasean las revisiones sistemáticas y los ensayos clínicos randomizados de la efectividad de tratamientos específicos, y los que existen, no están exentos de problemas metodológicos (21, 22). Ningún abordaje ha sido útil en todas las personas con TEA, y no existe hoy en día consenso sobre la mejor alternativa terapéutica. Sin embargo, existe evidencia a favor del inicio temprano del tratamiento y la modalidad intensiva (21, 22).

Generalmente se recomienda un abordaje integral multimodal personalizado según el perfil individual de la persona con TEA, el perfil de la familia, y los recursos profesionales y educativos disponibles en el lugar. Es de significativa importancia informar a los padres acerca de las alternativas terapéuticas disponibles, y que formen parte de la toma de decisiones en relación al tratamiento. Asimismo, es sumamente importante que los padres estén informados de los derechos de sus hijos según la legislación vigente, como por ejemplo, que todo niño con diagnóstico de TEA debe recibir los abordajes que requiere, y que dichos abordajes deben ser cubiertos en su totalidad, según corresponda, por el estado, la obra social, o la prepaga.

Están creciendo en el mundo las intervenciones mediadas por padres (23), y las intervenciones basadas en la comunidad, especialmente en aquellos lugares donde escasean especialistas. El racional de las intervenciones mediadas por padres es múltiple: por la cantidad de tiempo que pasan cerca de sus hijos, por la efectividad de sus intervenciones cuando están capacitados en técnicas específicas diseñadas según el perfil individual de sus hijos, y por la mejora de su calidad de vida a partir del efecto del “empoderamiento”.

## Conclusiones

Como conclusión, se considera que es sumamente importante brindar a los niños con TEA los apoyos que necesitan lo más tempranamente posible con el objetivo de limitar sus desafíos, potenciar sus fortalezas, favore-

cer su pronóstico y promover una mejor calidad de vida familiar. Por otro lado, es muy importante seguir construyendo una sociedad más inclusiva, equitativa y comprometida con ciertos valores como el respeto, el amor y la ecuanimidad ■

## Referencias bibliográficas

1. Lotter V. Epidemiology of autistic conditions in young children. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1966; 1 (3): 124-135.
2. Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *MMWR Surveill Summ* 2014 Mar 28; 63 (2): 1-21.
3. Samms-Vaughan ME. The status of early identification and early intervention in autism spectrum disorders in lower- and middle-income countries. *Int J Speech Lang Pathol* 2014 Feb; 16 (1): 30-5.
4. Rivard M, Terroux A, Parent-Boursier C, Mercier C. Determinants of stress in parents of children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2014 Jan; 3. [Epub ahead of print].
5. Council on Children with Disabilities. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics* 2006; 118 (1): 405-420.
6. Johnson CP, Myers SM; American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2007; 120: 1183-215.
7. Robins DL, Casagrande K, Barton M, Chen CM, Dumont-Mathieu T, Fein D. Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised With Follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics* 2014; 133 (1): 37-45.
8. Allison C, Baron-Cohen S, Wheelwright S, Charman T, Richler J, Pasco G, et al. The Q-CHAT (Quantitative Checklist for Autism in Toddlers): a normally distributed quantitative measure of autistic traits at 18-24 months of age: preliminary report. *J Autism Dev Disord* 2008 Sep; 38 (8): 1414-25.
9. Wetherby AM, Woods J, Allen L, Cleary J, Dickinson H, Lord C. Early indicators of autism spectrum disorders in the second year of life. *J Autism Dev Disord* 2004 Oct; 34 (5): 473-93.
10. Manzone L. Adaptación y validación del Modified Checklist for Autism in Toddlers en población urbana argentina [Tesis doctoral]. Buenos Aires: Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad de Palermo; 2011.
11. Nemeroff CB, Weinberger D, Rutter M, MacMillan HL, Bryant RA, Wessely S, et al. DSM-5: a collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions. *BMC Med* 2013 Sep 12; 11: 202.
12. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta edición (DSM-V). Washington DC: American Psychiatric Press; 2013. p. 50-59.
13. National Institute for Health and Clinical Excellence. Autism: recognition, referral and diagnosis of children and young people on the autism spectrum (Clinic. Guid.128) [Internet]. 2011. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG128>.
14. Fernell E, Eriksson MA, Gillberg C. Early diagnosis of autism and impact on prognosis: a narrative review. *Clin Epidemiol* 2013; 5: 33-43.
15. Dawson G, Jones EJ, Merkle K, Venema K, Lowy R, Faja S, et al. Early behavioral intervention is associated with normalized brain activity in young children with autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012 Nov; 51 (11): 1150-9.
16. Wallace KS, Rogers SJ. Intervening in infancy: implications for autism spectrum disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 2010 Dec; 51 (12): 1300-20.
17. Dawson G. Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol* 2008; 20 (3): 775-803.
18. Koegel LK, Koegel RL, Ashbaugh K, Bradshaw J. The importance of early identification and intervention for children with or at risk for autism spectrum disorders. *Int J Speech Lang Pathol* 2014 Feb; 16 (1): 50-6.
19. Karanth P, Chandhok TS. Impact of early intervention on children with autism spectrum disorders as measured by inclusion and retention in mainstream schools. *Indian J Pediatr* 2013 Nov; 80 (11): 911-9.
20. Peters-Scheffer N, Didden R, Korzilius H, Matson J. Cost comparison of early intensive behavioral intervention and treatment as usual for children with autism spectrum disorder in The Netherlands. *Res Dev Disabil* 2012 Nov-Dec; 33 (6): 1763-72.
21. Reichow B, Barton EE, Boyd BA, Hume K. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Oct 17; 10: CD009260.
22. Warren Z, McPheeters ML, Sathe N, Foss-Feig JH, Glasser A, Veenstra-Vanderweele J. A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2011; 127 (5): e1303-11.
23. Oono IP, Honey EJ, McConachie H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Apr 30; 4: CD009774.

# Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista

*A continuación presentamos dos documentos que son de importancia en relación con las cuestiones puestas en discusión en este dossier. En primer lugar, el pronunciamiento que la Asamblea Mundial de la Salud, órgano rector de la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizó en mayo de 2013, y en segundo lugar, el texto de un proyecto de ley nacional que desde el día 3 de julio de 2013 tiene media sanción de la Cámara de Senadores, el cual aborda la problemática de las personas que presentan trastornos del espectro autista.*

## **Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud**

**133ª reunión | EB 133.R1.  
30 de mayo de 2013**

### **Punto 6.1 del orden del día Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista**

El Consejo Ejecutivo,

Visto el informe sobre las medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista,<sup>1</sup>

RECOMIENDA a la 67ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 67.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948; la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989; la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2007; la resolución 62/139 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que se declaró el día 2 de abril como Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo; y la resolución 67/82 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, referente a la atención de las necesidades socioeconómicas de las personas, las familias y las sociedades afectadas por los trastornos del espectro autístico, los trastornos del desarrollo (TD) y las discapacidades asociadas;

Recordando además, si procede, la resolución WHA65.4 sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país, y la resolución WHA66.9 sobre discapacidad; la resolución SEA/RC65/R8 adoptada por el Comité Regional para Asia Sudoriental sobre las actividades integrales

y coordinadas para el tratamiento de los trastornos del espectro del autismo y las discapacidades del desarrollo; la resolución EUR/RC61/R5 adoptada por el Comité Regional para Europa sobre la Declaración Europea y el Plan de Acción de la OMS sobre la salud de los niños y jóvenes con discapacidad intelectual y sus familias; y la resolución EM/RC57/R.3 adoptada por el Comité Regional para el Mediterráneo Oriental sobre la salud mental de la madre, el niño y el adolescente: desafíos y orientaciones estratégicas 2010-2015, todas las cuales subrayan la necesidad de responder vigorosamente a las necesidades de las personas con trastornos del desarrollo, en particular los del espectro del autismo;

Reiterando los compromisos adquiridos de salvaguardar a los ciudadanos de la discriminación y la exclusión social por causa de discapacidad, al margen de que el trastorno subyacente sea físico, mental, intelectual o sensorial, de conformidad con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, y velando por las necesidades básicas de todas las personas en cuanto a la vida, la educación, la atención sanitaria y la seguridad social, así como la atención a las personas vulnerables;

Observando que a escala mundial está aumentando el número de niños en quienes se detectan trastornos del espectro del autismo y otros trastornos del desarrollo, y que probablemente haya más niños que no han sido iden-

<sup>1</sup> Documento EB133/4.



tificados o que han sido mal diagnosticados en la sociedad y en los establecimientos de asistencia sanitaria;

Haciendo hincapié en la inexistencia de cualquier prueba científica válida de que la vacunación lleva a la aparición de trastornos del espectro del autismo;

Sabiendo que los trastornos del espectro del autismo son trastornos del desarrollo que duran toda la vida y se caracterizan por la presencia de un desarrollo claramente anormal o alterado del desarrollo de la capacidad de interacción y comunicación sociales y un repertorio muy limitado de actividades e intereses; y que las manifestaciones de estos trastornos varían muchísimo según el grado de desarrollo y la edad cronológica de la persona afectada;

Señalando además que las personas con trastornos del espectro autista siguen encontrando barreras para participar en condiciones de igualdad en la sociedad, y reiterando que la discriminación contra cualquier persona por razón de discapacidad es incompatible con la dignidad humana;

Profundamente preocupada por el creciente número de personas a las que se les diagnostican trastornos del espectro del autismo y otros trastornos del desarrollo, por el hecho de que estas personas y sus familias se enfrentan a graves problemas, como el estigma social, el aislamiento y la discriminación, y porque los niños y las familias que precisan asistencia, especialmente en entornos de escasos recursos, suelen tener un acceso deficiente a apoyo y servicios adecuados;

Reconociendo que el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 y, cuando proceda, las medidas de política recomendadas en la resolución WHA66.9 sobre discapacidad, que pueden tener una importancia decisiva para los países en desarrollo a la hora de ampliar la atención de salud de los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo;

Reconociendo la necesidad de crear o fortalecer, según proceda, sistemas de salud que respalden a todas las personas con discapacidad, trastornos de salud mental y del desarrollo, sin ningún tipo de discriminación,

#### 1. INSTA a los Estados Miembros:

1) a que reconozcan debidamente las necesidades especiales de las personas afectadas por trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo en los programas y políticas relacionados con el desarrollo en la primera infancia y la adolescencia, como parte de un enfoque integral para abordar los problemas de salud mental y los trastornos del desarrollo en la infancia y la adolescencia;

2. a que elaboren o actualicen políticas, leyes y planes multisectoriales pertinentes, según proceda, de conformidad con lo dispuesto en la resolución WHA65.4, y

prevean recursos humanos, financieros y técnicos suficientes con el fin de abordar cuestiones relacionadas con los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo, como parte de un enfoque integral para apoyar a todas las personas afectadas por problemas o discapacidades de salud mental;

3) a que apoyen la investigación y las campañas de promoción, de sensibilización pública y en contra la estigmatización, de conformidad con lo dispuesto en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad;

4) a que aumenten la capacidad de los sistemas de salud y de asistencia social, cuando proceda, para prestar servicios a las personas y las familias afectadas por trastornos del espectro autista u otros trastornos del desarrollo;

5) a que integren la vigilancia y la promoción del desarrollo del niño y el adolescente en los servicios de atención primaria de salud a fin de garantizar la detección y el tratamiento oportunos de los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo, en función de las circunstancias nacionales;

6) a que reorienten sistemáticamente la atención de salud, de modo que, en lugar de atender al paciente en centros de estancia prolongada, se privilegien los servicios de base comunitaria no residenciales;

7) a que, cuando proceda, refuercen los diferentes niveles de infraestructura para una gestión integral de los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo, que incluya atención, educación, apoyo, intervenciones, servicios y rehabilitación;

8) a que promuevan la difusión de prácticas óptimas y conocimientos sobre los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo;

9) a que promuevan el intercambio de tecnología para ayudar a los países en desarrollo a diagnosticar y tratar los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo;

10) a que ofrezcan atención de salud y apoyo social y psicológico a las familias afectadas por trastornos del espectro autista e incluyan a las personas con trastornos del espectro autista y trastornos del desarrollo y a sus familias en los regímenes de prestaciones por discapacidad, cuando existan y si procede;

11) a que reconozcan la contribución de los adultos afectados por los trastornos del espectro autista a la fuerza laboral, y a que sigan apoyando la participación de esos trabajadores en colaboración con el sector privado;

12) a que identifiquen y corrijan las disparidades en el acceso a los servicios de las personas con trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo;

13) a que mejoren los sistemas de información y vigilancia sanitarias a fin de recabar datos sobre los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo y a que como parte de ese proceso evalúen las necesidades a nivel nacional;

14) a que promuevan investigaciones específicas para cada contexto sobre aspectos relacionados con la salud pública y la prestación de servicios en relación con los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo, reforzando la colaboración internacional en materia de investigación para identificar las causas y los tratamientos;

## 2. SOLICITA a la Directora General:

1) que colabore con los Estados Miembros y los organismos asociados para brindar apoyo y reforzar la capacidad nacional para atender los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo como parte de un enfoque bien equilibrado, que fortalezca los sistemas, para hacer frente a los problemas y discapacidades de salud mental, en consonancia con los planes de acción e iniciativas conexos;

2) que participe en las actividades de las redes sobre el autismo, así como en otras iniciativas regionales, según proceda, y que promueva la creación de redes con las diferentes partes interesadas internacionales que se ocupan de los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo;

3) que colabore con los Estados Miembros para facilitar la movilización de recursos en las distintas regiones,

en particular en los países con pocos recursos, en consonancia con el presupuesto por programas aprobado, para atender los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo;

4) que aplique la resolución WHA66.8 acerca del plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, así como la resolución WHA66.9 sobre discapacidad, a fin de ampliar la atención de salud a las personas con trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo, cuando proceda y como componente integrado de la ampliación de la atención para todas las necesidades de salud mental;

5) que realice un seguimiento de la situación mundial en lo que respecta a los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo y evalúe los progresos realizados en los diferentes programas e iniciativas en colaboración con los asociados internacionales, como parte de las actividades de vigilancia emprendidas ya incorporadas en planes de acción e iniciativas conexos;

6) que informe a la 68.a, la 71.a y la 74.a Asambleas Mundiales de la Salud acerca de los progresos realizados en relación con los trastornos del espectro autista, de manera sincronizada con el ciclo de presentación de informes acerca del plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020.

(Tercera sesión, 30 de mayo de 2013)

## Proyecto de Ley de Trastornos del Espectro Autista

El día 3 de julio de 2013 el Senado de la Nación dio media sanción por unanimidad a un proyecto de ley que aborda la problemática de las personas que presentan Trastornos del Espectro Autista

*El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:*

ARTICULO 1°.- Declárase de interés nacional el abordaje integral e interdisciplinario de las personas que presentan Trastornos del Espectro Autista (TEA); la investigación clínica y epidemiológica en la materia, así como también, la formación profesional en su pesquisa, detección temprana, diagnóstico y tratamiento; su difusión y el acceso a las prestaciones.

ARTÍCULO 2°.- La autoridad de aplicación que determine el PODER EJECUTIVO NACIONAL tendrá a su car-

go las siguientes acciones, sin perjuicio de aquellas que fije la reglamentación:

a) Entender en todo lo referente a la investigación, docencia, pesquisa, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista (TEA), tomando como premisa la necesidad de un abordaje integral e interdisciplinario;

b) Coordinar con las autoridades sanitarias y educativas de las provincias que adhieran a la presente y, en su caso, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, campañas de concientización sobre los Trastornos del Espectro Autista (TEA);

c) Establecer los procedimientos de pesquisa, detección temprana y diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) acorde al avance de la ciencia y tecnología;

d) Planificar la formación del recurso humano en las prácticas de pesquisa, detección temprana, diagnóstico y tratamiento;

e) Determinar las prestaciones necesarias para el abordaje integral e interdisciplinario en las personas que presentan Trastornos del Espectro Autista (TEA), que se actualizarán toda vez que el avance de la ciencia lo amerite;

f) Realizar estudios epidemiológicos con el objetivo de conocer la prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) en las diferentes regiones y provincias;

g) Realizar estudios estadísticos que abarquen a todo el país con el fin de evaluar el impacto de la aplicación de la presente ley;

h) Impulsar, a través del Consejo Federal de Salud, la implementación progresiva y uniforme en las diferentes jurisdicciones de un abordaje integral e interdisciplinario de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) acorde a lo establecido en la presente, mediante los efectores de salud pública;

i) Establecer, a través del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, los protocolos de pesquisa, detección temprana, diagnóstico y tratamiento para los Trastornos del Espectro Autista (TEA);

j) Coordinar con las autoridades en materia sanitaria, educativa, laboral y de desarrollo social de las provincias que adhieran a la presente y, en su caso, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las acciones necesarias a los fines de la completa inclusión de las personas que presentan Trastornos del Espectro Autista (TEA) a los diferentes niveles educativos, laborales y sociales, de acuerdo a lo establecido por la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Ley N° 26.378.

ARTÍCULO 3°.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo precedente, deberá preverse la participación de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad en la formulación de cualquier política pública vinculada a los Trastornos del Espectro Autista (TEA).

ARTICULO 4°.- Los agentes de salud comprendidos en las leyes Nros. 23.660 y 23.661; las organizaciones de seguridad social; las entidades de medicina prepaga; la obra social del Poder Judicial, de las universidades nacionales, personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de Seguridad, de Policía Federal Argentina; la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación y los agentes de salud que brinden servicios médico-asistenciales, independientemente de la figura jurídica que tuvieren, tendrán a su cargo, con carácter obligatorio, las prestaciones necesarias para la pesquisa, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista (TEA), de acuerdo a lo establecido en los incisos c), e) y j) del artículo 2°.

Las prestaciones citadas en los incisos c) y e) del artículo 2° quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio (P.M.O).

ARTICULO 5°.- Los gastos que demande el cumplimiento de la presente ley, con excepción de los que quedan a cargo de las entidades mencionadas en el artículo 4o, se financiarán con los créditos que asigne el Poder Ejecutivo Nacional en el Presupuesto de la Administración Pública Nacional.

ARTICULO 6°.- Invítase a las Provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a los lineamientos de la presente ley.

ARTICULO 7°.- Comuníquese al PODER EJECUTIVO.

# Entrevista a Débora Feinmann

Ernesto Whalberg  
Juan Costa

*Débora Feinmann es la madre de una niña de 14 años con Autismo. Co-fundadora de TGD padres y directora de la fundación VI.DI.TEA. Vida Digna para Personas con TEA (VI.DI.TEA) es una ONG en formación con un año de funcionamiento. Su objetivo principal, como sus siglas lo indican, es la lucha militante y responsable por una vida digna para las personas con TEA. Esto implica tomar partido, armar proyectos, exigir el cumplimiento efectivo de cualquier derecho que sea vulnerado dentro de este colectivo. Pero además, viene a cubrir un espacio aún vacío que tiene que ver con la defensa de derechos, la asistencia y la formación profesional dedicados al abordaje de un grupo etario de personas con autismo que siguen siendo invisibles en nuestro país y gran parte del mundo. "Los eternos olvidados del autismo". Concretamente nos estamos refiriendo a los adolescentes, jóvenes y adultos que no entran en el autismo de alto funcionamiento, a los más comprometidos dentro del espectro. Se intenta, desde la fundación, dar formación profesional, capacitación, talleres, jornadas, etc. orientados a esta franja etaria y promover la creación de servicios tales como centros de día y viviendas tuteladas. Siempre con una mirada puesta en la inclusión social más allá del grado de compromiso que cada persona tenga dentro del espectro. Desarrollar autonomía, autovaloramiento y la autodeterminación en las personas de esta franja son las principales motivaciones que guían gran parte de nuestro accionar. Resumiendo, podríamos decir que VI.DI.TEA está fuertemente comprometida en la lucha por una Vida Digna de todas las personas con TEA y dedicará parte de su tiempo y lucha al colectivo "olvidado" dentro del autismo.*

---

**Vertex:** Cuéntenos, como fundadora de TGD Padres y actualmente directora de la Fundación VI.DI.TEA cómo surgieron ambos espacios, TGD Padres y la Fundación. Uno de los puntos que serán trabajados en el dossier es el del diagnóstico y queríamos conocer tu punto de vista.

---

**Débora Feinmann:** Yo entiendo el diagnóstico asociado a los derechos. El diagnóstico asociado a la discapacidad y la discapacidad asociada al derecho de las personas con discapacidad. Muchas mamás cuando se acercaron decían: "Yo no sabía que mi hijo tenía derechos", y a partir de ahí, esto de nuclearse, pelear y exigir por las cosas que faltan hacer; el tema del incumplimiento de las obras sociales respecto de las prestaciones a cubrir, el tema de la detección temprana obligatoria, el tema de que los tratamientos estén dentro del nomenclador, o las escuelas que no integraban a los chicos. Las madres hasta ese momento tenían el diagnóstico pero se sentían solitarias, y tampoco sabían qué podían exigir. Estaban siempre más o menos con una postura de caridad, de *por favor denme algo*. Es más, la obra social les decía: "nosotros le podemos dar tal cosa" y ellos se quedaban dando las gracias por eso o resignándose a las prestaciones o cantidad de sesiones que le "podía" dar la obra social o prepaga.

Cuando empezamos a nuclearnos, muchas mamás empezaron a entender que no era lo que la obra social les

quería o podía dar como favor, sino lo que me debe dar y todavía no me está dando y que los derechos no se piden, se exigen. Fue, al principio, todo un trabajo de empoderamiento a los papás, de mostrarles cuáles eran las herramientas que sí tenían para ayudar a sus hijos y a quién o quiénes había que dirigirse para garantizarles, a todos ellos, los servicios y profesionales que estaban necesitando para mejorar su condición. Entonces, empezaron a conocer la existencia de la ley de discapacidad y la posibilidad de reclamar las prestaciones denegadas por los prestadores de servicios de salud por la vía judicial, mediante el recurso de amparo. Luego se aprueba en el Congreso de la Nación la adhesión del Estado Argentino a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La agrupación TGD-PADRES-TEA también se encarga de difundir y explicar entre los papás este tratado internacional de derechos que intenta reparar y evitar la sistemática vulneración de derechos hacia todo el colectivo de personas con discapacidad. Volviendo al diagnóstico, todo esto, que parece estigmatizante y paralizante, lo que hace es poder vehicular el camino hacia la recuperación del hijo de cada uno. Sabiendo ahora qué es lo que tiene, por donde es el camino de los tratamientos que debe hacer, y qué se debe exigir que se les dé. Todo eso hizo la reunión de TGD Padres, además de que cada uno, en su localidad, en su provincia, pudiera nuclearse y pelear por cuestiones locales, problemáticas que, en algunos casos, no son las mismas que en Capital. En Capital uno se queja pero tiene más cuestiones resueltas que en

las provincias. La oferta de servicios y profesionales es altamente insuficiente en todo el país. Aunque en los últimos años fueron aumentando, en gran parte por la ardua tarea de concientización que los padres venimos desarrollando desde los comienzos mismos de TGD Padres. Pero la falta de servicios y profesionales especializados en autismo, y ni que hablar de la falta de detección temprana, es mucho más alarmante en el interior del país que en la Capital.

Pero bueno, la fuerza y la sinergia que va tomando esto, es que justamente los grupos van surgiendo en el interior pero con apoyatura de Capital, entonces las acciones que se van haciendo en un lado van repercutiendo en el otro.

Un ejemplo que hasta puede ser de color y emblemático: cuando la Casa Rosada decide iluminarse de azul el 2 de abril, de repente todos los intendentes y gobernadores a quienes se les golpeaba la puerta y nunca se abría, se empezaron a abrir, todos empezaron a iluminar, porque ninguno quería quedarse fuera de la cuestión. Lamentablemente en muchas cosas seguimos siendo muy poco federales, seguimos siendo unitarios. Pero bueno, si en algo sirvió que el grupo fuerte apareciera en Capital, bienvenido sea. Pero ahora cada grupo tiene autonomía propia en el interior, y está creciendo, por suerte, cada vez más; en las localidades inclusive más pequeñas, no solamente en las grandes ciudades del interior. Eso está muy bueno, porque además, todos los papás hacen docencia, por ejemplo, en los colegios. Entonces los colegios empiezan a integrar a los chicos. No entienden de qué se trata la cosa pero dicen: "*che, hay que tenerlo*". Suena horrible "*hay que tenerlo*", pero antes no se hacían estas cosas. Cuando uno escuchaba, y yo personalmente lo escuché: "*no, no, no podemos tenerla lamentablemente*", con cara compungida, que no podían tener a mi hija, "*es que ya tenemos dos casitos acá*". El tema del vocabulario, el tema del respeto, no son casitos, son niños, son personas, esto también está empezando a cambiar, en la misma educación. Todo esto es a fuerza del movimiento de padres.

---

**Vertex:** ¿En qué año comenzaron?

---

**DF:** Comenzó en el 2008.

---

**Vertex:** ¿El recurso de las redes sociales facilitó la tarea?

---

**DF:** Si, claro. Pero en un momento posterior, porque no había tal recurso cuando se inició TGD Padres. Paradójicamente, cuando comienza TGD Padres, en agosto de 2008, no estaba el furor de *Facebook*, no había llegado acá. Se armó a pulmón. Habían empezado a funcionar los primeros foros de distintas temáticas. Había uno de discapacidad, y era allí donde nos empezamos a encontrar muchos papás con hijos con autismo. Ese fue un sitio de encuentro. De hecho, a través de ese foro conozco a una mamá, Viviana D'Ipolito, que junto conmigo fundamos TGD Padres. Nos reunimos en un bar y delineamos qué

íbamos a reclamar y cómo. De este encuentro surgió la necesidad de presentar un proyecto de ley nacional. O sea que fue a partir de la propuesta de presentar este proyecto de ley que fuimos convocando a los papás. Básicamente porque en el proyecto veíamos reflejadas gran parte de las necesidades de nuestros hijos, otorgándoles, a todos ellos, un marco legal que garantizara sus derechos. Por eso, con estos escasos recursos de redes sociales nos fuimos encontrando y nucleando. El boca a boca; una mamá que conocía a otra porque sus hijos iban al mismo consultorio o CET; hacíamos cadenas de *e-mails*. Viviana y yo nos pasábamos noches enteras sin dormir mandando y recibiendo *e-mails* de cada vez más papás que querían sumarse a TGD Padres y otros tantos que pedían asesoramiento de todo tipo. Al principio éramos poquitos pero nuestras cadenas de *e-mails* eran, a su vez, reenviadas por los destinatarios a sus respectivos contactos. De repente, el *e-mail* le había llegado a alguien de Chile, ese de Chile se comunicaba, y pedía también enterarse y colaborar de alguna manera. De España, una persona argentina, residente allí, nos decía: "*los apoyo en la lucha*". Todo muy artesanal, hasta que se habilitó la página web. Apareció un papá que tenía una página inactiva y la puso al servicio de la agrupación, la habilitó y nos manejábamos todos a través de la página de TGD Padres. Todos entraban, y las novedades se ponían ahí, y se ponía justamente el *e-mail* de la página para que todos se suscribieran ahí y recibieran todas las novedades. Entonces así empezó. Antes de tener la página éramos una mamá y yo. Viviana, que lamentablemente por razones personales se retiró, estuvo muy poquito. Buscando legislación de Autismo en Argentina y en el mundo, me encontré con un proyecto de ley; estamos hablando del 2008. Ese proyecto había perdido estado parlamentario. Me fijó quiénes eran los firmantes y de los firmantes cotejo quiénes eran los legisladores que estaban aún en actividad. Había en actividad un diputado que se llamaba Santander, de La Rioja. Le fuimos a golpear la puerta, mandamos mail.

---

**Vertex:** ¿Era un proyecto interesante?

---

**DF:** Era un proyecto de Ley Integral de Autismo. Claro que a las cuestiones que uno pide ahora, le faltaban cosas, pero para ese momento era revolucionario, era un paso muy importante.

---

**Vertex:** Hace un rato comentaba que la cuestión tiene que ver con derechos, prestaciones o abordajes del lado de salud y la integración escolar. ¿Qué cosas vienen trabajando ustedes en relación a esto, a pedidos o exigencias desde el lado de la salud y educación respecto de las problemáticas de los chicos?

---

**DF:** Todos los puntos. Desde lo legislativo, cuesta

mucho sacar una ley nacional, pero sí se lograron leyes provinciales. Se movió la gente de las provincias y más allá de esperar la ley nacional, empezaron a tener sus leyes. Hoy tienen Chubut, Corrientes, que la acaban de reglamentar en el 2013, La Rioja, Provincia de Buenos Aires, Entre Ríos, donde se está por reglamentar. Esto es lo que se logró, está buenísimo. La de Chubut en realidad ya estaba aprobada y pasaron 11 años para que se reglamentara.

Los padres venimos reclamando, además de la detección temprana del trastorno de manera obligatoria y con instrumentos avalados científicamente, que se garantice el acceso a la salud y a la educación de todos nuestros hijos a lo largo de todo el ciclo vital. Pero este reclamo va de la mano de la exigencia de contar con abordajes terapéuticos y educativos que estén en consonancia con los avances que las neurociencias han aportado en el campo del autismo en los últimos tiempos. Y del surgimiento de nuevas aportaciones que mejoren y/o amplíen los abordajes ya existentes y que puedan demostrar su eficacia en la mejora de la calidad de vida integral de nuestros hijos con autismo. Estamos hablando de abordajes interdisciplinarios, centrados exclusivamente en la persona: sus necesidades, características, deseos, grado de autismo y de funciones afectadas.

---

**Vertex:** Retomando el tema de la legislación y la demora en la sanción y reglamentación de leyes, ¿qué cuestiones están en juego aquí?

---

**DF:** Los proyectos de ley específicos de autismo, tanto provinciales como el que se presentó a nivel nacional, han encontrado fuertes trabas para su tratamiento en el congreso, en las distintas legislaturas, o bien para su posterior reglamentación. No son trabas burocráticas precisamente las que dejan a nuestros hijos con autismo sin un marco legal que los proteja integralmente en sus derechos. Los proyectos son fuertemente resistidos fundamentalmente, por una corriente psicológica hegemónica en nuestro país, el psicoanálisis, que tiene una fuerte incidencia en las políticas públicas que tienen que ver con la salud y la educación en gran parte de nuestro territorio, que no quiere sacar leyes por patologías. Entonces si está la Ley de Discapacidad, pues tiene que estar contemplado ahí, y además opinan que la Ley de Salud Mental, que acaba de salir, abarcaría el TGD o el autismo, y nosotros decimos que no, que la Ley de Salud Mental no ampara a nuestros hijos, no es suficiente, porque es una ley que habla del tema de las internaciones, de los enfermeros, acompañantes terapéuticos, no habla nada de la especificidad del autismo, de las necesidades específicas del autismo. Subyace una concepción de qué es el autismo. Si se considera al autismo como una psicosis infantil entonces en la Ley de Salud Mental cabría bárbaro. Pero como no es una cuestión de psicosis infantil, es una cuestión neurológica, una cuestión de déficits en ciertas habilidades o en ciertas funciones cerebrales, entonces lo que nosotros decimos es que más que abordar un problema emocional, de trauma, o vincular, acá lo que hay que abordar es un problema neurológico. Lo que hay que hacer es una estimula-

ción de aquellas áreas que están en déficit o que han sufrido algún desvío. No es lo mismo trabajar sobre una cuestión afectiva que trabajar sobre una cuestión de déficit en algún área cerebral. Entonces la Ley de Salud Mental no tiene cabida. ¿Y por qué la ley específica y no conformarse, por así decirlo, o no sentirse abarcado plenamente por la Ley de Discapacidad? Justamente por eso, porque es tan abarcativa que, otra vez, no contempla la especificidad del autismo. ¿Por qué? Porque si nosotros seguimos con la Ley de Discapacidad vamos a seguir sin tener profesionales preparados, suficientes, digamos. Nosotros necesitamos que en las currículas de grado figure el autismo. Porque si no aparece en las currículas de grado, en las currículas de las facultades relacionadas con la salud y educación, no van a saber que existe el cuadro y no van a saber nada de ese trastorno, y muchos menos van a poder decir, *"Ah, me resultó interesante, la verdad que me voy a especializar en esto"*. No se van a especializar en algo que se desconoce. Entonces hay que dar a conocer, independientemente que cada profesional lo elija o no, pero hay que dar a conocer el autismo. A los pediatras hay que enseñarles a hacer la pesquisa. Y acá también, este grupo que se opone, a la detección temprana, porque la Ley Integral de Autismo propone la detección temprana. Se manejan con un argumento engañoso. Porque se hizo un proyecto de detección temprana primero, después se hizo la Ley Integral de Autismo, donde estaba contemplada la detección temprana. En ningún momento se dijo que la pesquisa es diagnóstica, los signos o el M-CHAT, que debería suministrar el pediatra, o algún instrumento superador, no hacen diagnóstico. Se dice que eso es una pesquisa, una sospecha, y que a partir de una sospecha el pediatra debe derivar a quien corresponda, al profesional correspondiente, idóneo, para que siga las evaluaciones correspondientes, para luego determinar si ese niño tiene o no ese trastorno, puede tener otro, puede tener un Trastorno del Lenguaje. Pero nadie dijo que esto hace diagnóstico, y estos argumentos se están esgrimiendo. A nosotros, los papás, nos enoja muchísimo. Hay muchos papás que perdieron mucho tiempo con el tema del diagnóstico, con todo lo que eso implica, en el chico y en la familia. Hoy por hoy, no podemos concebir que no exista la obligatoriedad de hacer esa pesquisa para luego hacer un diagnóstico temprano. No entiendo dónde están los derechos humanos a la salud, como dice la Convención, al máximo nivel de salud, dejándolo a la buena de Dios, librado a lo peor del autismo, porque cuanto más se tarda en hacer el diagnóstico, menos chance de recuperar o de mejorar su calidad de vida. O sea que la falta o la demora en el diagnóstico empeoran el pronóstico considerablemente. Nosotros, mi marido y yo, como el pediatra relativizaba todo lo que le decíamos, que veíamos en nuestra hija, dijimos: *"Bueno, vamos al neurólogo, vamos directamente nosotros"*. Hay otros padres que empiezan con un derrotero de profesionales, porque el chico no va bien y no va bien, y el pediatra dice que está bien, hasta que dan finalmente. O algunos sí ven que algo le está pasando al niño, pero le dan el diagnóstico equivocado, le dicen que tiene Retraso Madurativo, a otro le dicen que tiene cualquier otro trastorno, y el chico va haciendo terapias que no son las adecuadas, va perdiendo el tiempo, los padres desgastándose. Sabiendo que existen estas herramientas, ¿por qué todavía no toman

el toro por las astas? Es un abandono total. Todo esto además de la resistencia de las obras sociales y las prepagas.

---

**Vertex:** ¿Cómo está compuesta la asociación en relación a las edades de los chicos? ¿Quiénes se fueron acercando al colectivo y que problemáticas de los chicos y las familias detectan, y comparten?

---

**DF:** A TGD Padres, inicialmente, se fueron acercando padres de hijos de 3 a 7 u 8 años de edad, aproximadamente. Todos perseguíamos y perseguimos el mismo objetivo: mejorar la calidad de vida, presente y futura, de nuestros hijos con autismo. Para ello se exigía, y se exige, un marco legal que proteja integralmente todos sus derechos, que se garantice el acceso a la salud y a la educación de manera inmediata. Concretamente, se exigía una ley integral de autismo a nivel nacional, el cumplimiento de la cobertura del ciento por ciento de los tratamientos a las obras sociales y prepagas y la incorporación de los niños con autismo, junto a sus maestras integradoras, en los establecimientos educativos comunes, entre otros reclamos. Todos los papás estábamos dispuestos a luchar con fuerza y sin pausa para que nuestros hijos cuenten con todos los recursos existentes para mejorar de su condición. A dos meses de existencia de la agrupación, los papás ya habíamos presentado un proyecto de ley nacional de autismo y habíamos emprendido dos movilizaciones hacia el Congreso de la Nación. Las dos con un impacto mediático muy importante que permitió sacar a nuestros hijos de la invisibilidad. La primera movilización, el 4 de septiembre de 2008, fue para empujar el tratamiento del proyecto de ley porque nunca era puesto en agenda para su tratamiento efectivo en las comisiones. La segunda movilización, el 16 de septiembre de 2008, para impedir que la Comisión de Salud de diputados incorporara al TGD dentro del proyecto de Ley de Salud Mental en el que se estaba trabajando en ese momento, la actual Ley de Salud Mental. Por ende, no se daba tratamiento al proyecto de ley específica de TGD a nivel Nacional porque se pretendía que el TGD estuviera incluido en el proyecto de Ley Nacional de Salud Mental.

Los padres de hijos con autismo, vivíamos, y vivimos, en una lucha constante: peleamos para conseguir una escuela común que los integre, por conseguir los tratamientos adecuados y la cobertura de los mismos, empezamos a aprender sobre los recursos de amparo, todas estas cosas empiezan a formar parte de nuestra cotidianeidad, nos vemos forzados a convivir con ello. Peleando con el colegio, peleando con la obra social, buscando un abogado para nuestros hijos y tratando de conseguir el dinero para pagar el recurso de amparo. Y el que no tiene dinero, ¿qué hace, a dónde se dirige? Entonces las edades fueron esas. Después este movimiento fue creciendo, los chicos también, pero siempre chicos en edad escolar. Yo fui viendo y detectando, a medida que mi hija fue creciendo, que ahora cumplió 14 años, que había toda una franja de papás que no estaban en esas agrupaciones. Hay papás de chicos adolescentes y adultos, y si había alguno que fuese un poquito más grande, cuando el

chico estaba bastante bien, de lo que era el autismo, tenía quizás un autismo muy leve, estaba haciendo algún taller de algo, la convivencia era armónica. Entonces esa mamá también ayudaba y colaboraba. Pero me fui dando cuenta que los papás que tenían chicos más comprometidos, y más grandes, no estaban en estas asociaciones. Ni siquiera los encontrabas en Facebook ni en otras redes sociales. Es un colectivo de papás que no está visibilizado, y son más de lo que uno cree. No están visibilizados porque no tienen el tiempo, ni la energía, ni la fuerza, para ponerse a postear algo en un Facebook y a veces no tienen ánimo de ir a la plaza a ponerse una remera o un cartelito con alguna frase sobre el autismo para concientizar sobre el trastorno. Yo había hecho un video a pedido de Juan Carr, para concientizar en navidad. En él se explicaban, básicamente, cuáles eran las señales de alarma y la importancia de la detección temprana del trastorno para mejorar considerablemente el pronóstico de aquellos niños diagnosticados con Autismo. Claro que es un tema crucial hacer una detección temprana y no menos importante que toda la población pueda identificar si su hijo, sobrino, nieto, alumno, etc., pueda tener el trastorno y acudir a la consulta con el profesional. Esto no implica que los padres “diagnostiquemos” a nuestros hijos, implica que no demoremos una consulta profesional cuando nos encontramos con determinadas conductas en nuestros niños.

Volviendo al tema del video, todas las campañas que se están llevando a cabo desde las distintas agrupaciones de padres están enfocadas hacia la visibilización del trastorno, la detección temprana, la inclusión escolar y laboral de las personas con autismo.

A partir de este video un papá me escribe, de Entre Ríos. Me preguntaba: “¿Qué hago? ¿Mi hija qué hace con eso?” Tiene una hija de 30 años, con un autismo severo y está en la casa todo el día, con grandes problema de conducta, y no hay centros de día que la reciban o algún servicio que la contenga, la ayude en sus crisis. Ya no está pidiendo una vivienda tutelada, como en España, está pidiendo que por favor alguien se haga cargo de contener a su hija. Como funcionan en España los llamados “Centros de Respiro”. Respiro en España se le llama a los recesos vacacionales. Porque no puede más, ni él ni su mujer, y no le dan respuesta. Lo mismo me pasó con otra mamá. A ella sí la encontré en Facebook, y también está muy mal, tiene un muchachito de unos 26 años con un grado importante de autismo y, a veces, contesta muy mal porque no se hacen campañas de concientización que también contemplen las necesidades de esta franja etaria y con un grado de afectación del trastorno mayor a las personas con autismo leve. El desamparo y la desprotección que sufren estas personas con autismo y sus familias son totales y están totalmente invisibilizados. Sin embargo, hay un grupo bastante grande de papás de hijos en esta situación. Cuando vos me preguntas quienes son los que se van asociando, agrupando, son los que pueden tener algo de energía para pelearla. El tema es que a veces nos cuesta, y es una autocrítica que también me hago, pero nos cuesta ver el problema ajeno. Está muy bien pedir por la detección temprana, está muy bien pedir por la inclusión escolar, pero también pidamos por las viviendas, por los centros de día para jóvenes. Para algunos que

pueden continuar un secundario, algún terciario, bárbaro. Pero también pensemos en la otra parte. Todavía nos cuesta abrirnos del caso propio, o nos juntamos “con el mismo caso”. En definitiva, la idea es ampliar el abanico. Yo no me voy a olvidar de la detección temprana, seguiremos peleando por ahí, seguiremos peleando por la inclusión escolar, aunque mi hija ya lo perdió. Es más, está pronto a salir un video, lo están editando ahora, con el tema de la inclusión escolar, que tiene que ver con la historia de mi hija, un poco ficcionada, reducida a 10 minutos de video. Trabajar sobre los centros de día y las viviendas tuteladas, respetando toda esta cuestión de la autonomía, el autovalimiento, la autodeterminación, la inclusión en la sociedad, etc. Para algunos es poco seductor, también lo entiendo, cada uno sabe hasta dónde quiere y puede cargar con cierta mochila o qué poner en su mochila. Hay muchos papás que a lo mejor ahora se comunicaron conmigo, que quieren trabajar sobre este tema, porque están implicados, porque se la ven venir, y eso también está bueno. Una de las cosas que se omitió poner en este proyecto de ley que tiene media sanción son las viviendas tuteladas, que ahora pedí que lo agregaran, porque en la ley de discapacidad figura hogares, residencias, medios hogares, pequeños hogares, y nada de eso tiene que ver con la figura de vivienda tutelada. De todas maneras se va a hacer ahora por suerte una revisión de toda la 24901. Ya está pedido eso, así que vamos a poder participar para poner las cosas de TGD otra vez.

---

**Vertex:** Las discusiones que viene describiendo, que se vienen dando en este último tiempo tiene que ver con redireccionar las cuestiones de prestaciones en términos de derechos, y cuestiones sociales y menos en relación a un abordaje exclusivamente médico, ¿no es cierto?

---

**DF:** Exacto. Yo hice una carta que está en el Facebook de VI.DI.TEA, dice “*Carta abierta para la concientización sobre el Autismo*” (<https://www.facebook.com/notes/vi-ditea/carta-abierta-para-la-concientizaci%C3%B3n-sobre-el-autismo/507813392660967>), y ahí doy mi parecer sobre la concientización, sobre lo qué habría que concientizar, y se hacen explícitas las principales barreras sociales que tienen que ver con el autismo específicamente.

---

**Vertex:** Entendemos a la discapacidad como la situación de aquellas personas que necesitan una mayor cantidad de apoyos que el promedio de la sociedad. La ley de discapacidad brinda apoyos.

---

**DF:** Claro, pero ellos dicen que no tienen discapacidad en el sentido este de que es una manera distinta de ver la vida.

---

**Vertex:** ¿Se da una discusión al interior del grupo de ustedes respecto del instrumento de la certificación de la discapacidad?

---

**DF:** No, en el grupo nuestro no. Obviamente a nadie le gusta que su hijo reciba un carnet de discapacidad. Primero y principal porque con esta credencial se le está certificando que su hijo tiene una discapacidad y esto, no deja de ser un golpe muy fuerte para los papás, por más amor que les tengamos a nuestros hijos, ya que se aleja del hijo esperado, soñado. Segundo, porque mucha gente confunde tener un carnet de discapacidad con la estigmatización, con el “cartelito de discapacitado”: “*Sos un discapacitado*”, con toda una connotación peyorativa hacia la discapacidad. Pero el problema de la estigmatización no está en el certificado de discapacidad ni en los diagnósticos tempranos de autismo. Está en la gente misma, en la sociedad. El certificado y los diagnósticos han sido pensados para otra cosa. En el primer caso para identificar a las personas que tienen alguna discapacidad y procurarles la atención y los servicios que necesitan para que puedan estar en un plano de igualdad de derechos con respecto al resto de la población. O sea, el certificado de discapacidad, muy lejos de estigmatizar, “habilita” a la persona a ejercer sus derechos y estar en “igualdad” de oportunidades con el resto de las personas sin discapacidad, nada más lejos que una estigmatización. Con los diagnósticos pasa exactamente lo mismo, identifica el trastorno, la problemática o la enfermedad que alguien tiene para, a partir de ahí, emprender los tratamientos adecuados que le permita a la persona mejorar su situación o lograr la curación. A la mayoría de los papás, ambas cuestiones, en la práctica nos ha demostrado que contar con un diagnóstico temprano y un certificado de discapacidad para nuestros hijos fue de una utilidad sustancial para poder mejorar su calidad de vida porque, paradójicamente a lo que se suele pensar, ni el certificado ni el diagnóstico representa para quien lo porta una condena a la “inacción”, a lo “estático” a lo “invariable”. Más bien es un facilitador para poner en marcha todo un “dinamismo”, un encadenamiento de acciones a seguir con los dispositivos necesarios para que la persona mejore o salga de su condición. No veo nada de estigmatizante en ello. Más bien, la cuestión, a mi entender, habría que plantearla desde la mirada social que se tiene sobre la discapacidad y no “desviarse” en los instrumentos antes mencionados. Porque es esa mirada la que “estigmatiza”, prejuzga, condena y discrimina más allá del certificado de discapacidad y los diagnósticos.

Pero si ese es el pasaporte para poder recibir las prestaciones yo ya lo dejo de ver como un estigma, lo veo como un derecho. Es la carta de derecho de mi hija. Si instrumentaran alguna otra cuestión, para que no se necesite, perfecto. Pero mientras eso sea usado como una carta de derecho, no me molesta más. Me enorgullece que tenga ese derecho. Todos tenemos carnet, de conducir, DNI, que te acredita y habilita para algo en esta sociedad. Por eso digo, hablando de acreditación, para mí el carnet de discapacidad me acredita o le acredita a mi hija a acceder a sus derechos ■



# ¿Estamos (los psiquiatras infantiles) patologizando la infancia?

Gabriel Kunst

*Especialista en Psiquiatría infantojuvenil.  
Psiquiatra del Servicio de Niños, Dpto. Psiquiatría CEMIC  
(Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas).*

---

## Resumen

La psiquiatría infantil es una disciplina joven y con mucho potencial. Al comparar los recursos actuales con los que contábamos algunas décadas atrás el contraste es marcado. Nuestra disciplina ha tenido un gran desarrollo. El pensamiento psiquiátrico actual no puede ser definido en base a una sola teoría principal a la cual todos los psiquiatras adhieren. Existe un pluralismo a nivel teórico donde diferentes modelos conviven en tensión. El psiquiatra de niños necesita del diagnóstico sea cual fuere su marco de referencia sin necesidad de polarizar el campo ya que no sólo se requiere realizar un diagnóstico psiquiátrico, sino también se requiere de la comprensión de la problemática singular del paciente y de sus circunstancias vitales individuales y familiares. Actualmente contamos con dos métodos para evaluación y diagnóstico de niños con trastornos psiquiátricos: 1) el método fenomenológico (derivado del DSM), y 2) el método tradicional (dinámico). El profesional que se forme de manera integral es el que mejor utilización podrá hacer de todos los recursos y herramientas clínicas disponibles. El uso de psicofármacos con fines clínicos en niños y adolescentes se ha instalado como tema polémico en nuestra sociedad. En algunos de estos debates se han podido observar algunos callejones sin salida al entrecruzarse argumentaciones ideológicas y argumentaciones clínicas. Resulta oportuno poner en debate el uso de los fármacos. Es indudable el potencial terapéutico del recurso farmacológico pero no debemos perder de vista el gran entorno de negocios que subyace a nuestra práctica.

**Palabras clave:** Psiquiatría infantil - Psiquiatría infantojuvenil.

ARE WE (CHILD PSYCHIATRISTS) PATHOLOGIZING CHILDHOOD?

## Abstract

Child psychiatry is a young discipline with great potential. Comparing the current resources that we had a few decades ago the contrast is marked. Our discipline has had a great development. The current psychiatric thinking cannot be defined based on one main theory to which all psychiatrists adhere. There is a theoretical pluralism where different models coexist in tension. The child psychiatrist requires conducting diagnostic regardless of their frame of reference without polarizing the field because not only is required to make a psychiatric diagnosis but also requires an understanding of the unique problems of the patient. Currently we have two methods of assessment and diagnosis of children with psychiatric disorders: 1) the phenomenological method (derived from DSM), and 2) the traditional method (dynamic). The best is to make use of all available resources and clinical tools. The use of psychotropic drugs in clinical practice in children and adolescents has been installed as a controversial issue in our society. These debates have great difficulty crossing ideological and clinical arguments. It is appropriate to put in discussion the use of drugs. It is remarkable the therapeutic potential of psychotropics but we must also keep in mind the great business environment underlying our practice.

**Key words:** Child psychiatry - Child adolescent psychiatry.

La tarea del psiquiatra de niños es fundamentalmente clínica: la atención de niños y adolescentes con problemáticas psicológicas. También algunos psiquiatras complementan sus tareas asistenciales con actividades de docencia e investigación.

Las consultas al psiquiatra infanto-juvenil involucran no sólo al niño o adolescente sino también a sus cuidadores. Se procura llegar a un diagnóstico y a una recomendación terapéutica.

La psiquiatría infantil es una disciplina joven y con mucho potencial. Al comparar los recursos actuales con los que contábamos algunas décadas atrás el contraste es marcado. Nuestra disciplina ha tenido un gran desarrollo. En el presente se cuenta con mayor cantidad de recursos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Existen un mayor número de herramientas diagnósticas validadas y disponemos de una amplia variedad de alternativas terapéuticas farmacológicas y psicosociales.

Hace algunos años los lugares de atención hospitalaria se llamaban servicios de psicopatología. Eran épocas de predominio de la psiquiatría dinámica. La influencia freudiana era muy importante y el paradigma de aquel momento eran las estructuras psicopatológicas. Había una concepción psicopatológica de la asistencia con un modelo clínico organizado alrededor de 3 categorías diagnósticas: neurosis, psicosis y perversiones. Los cuadros clínicos tenían una explicación etiológica. Con el correr de los años las estructuras psicopatológicas entraron en declinación y dieron lugar a otras corrientes (1). Los servicios de atención hospitalaria cambiaron de nombre y pasaron a denominarse servicios de salud mental o servicios de psiquiatría. ¿Por qué se llamaron así? Eran nuevas épocas, con un incipiente auge de los psicofármacos y una transformación de la psiquiatría en algo más vinculado a lo médico. Sobrevinieron tiempos en los que toda consideración que no fuera comprobable era puesta en duda. Aparecieron las nuevas nosografías, los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales (DSM) y los de clasificación internacional de enfermedades (ICD) y declinó la predominancia del paradigma de las estructuras psicopatológicas. En su lugar aparecieron los nuevos protagonistas: las evidencias y los consensos. Surgieron también las corrientes sistémicas y cognitivo conductuales en el ámbito psicoterapéutico.

El diagnóstico de estructuras psicopatológicas dejó de servir a la psiquiatría de las evidencias y se hizo necesario recurrir a la noción de trastornos mentales, nombre más neutro en cuanto a consideraciones etiológicas.

En aquellos tiempos decir que se era psiquiatra no resultaba sencillo, ya que tenía muy mala prensa. Se prefería la denominación de psicopatólogo. Eran tiempos en los que los críticos se referían a los psiquiatras como profesionales que actuaban sobre los síntomas sin escuchar a sus pacientes, y que administraban medicamentos muy sedativos con severos efectos adversos. Las cosas fueron cambiando, en el presente tenemos versiones más modernas y aceptables de psiquiatras de niños y adolescentes, y contamos con más y mejores recursos terapéuticos. La psicofarmacología ha avanzado enormemente desde aquel entonces y las moléculas que hoy se utilizan

para el tratamiento de muchos trastornos representan un gran avance en términos de seguridad y efectividad. La vieja psiquiatría se basaba en teorías, la nueva en evidencias empíricas. Algunos, de manera sobredimensionada, llegaron a designar a esta nueva etapa "*victoria de la ciencia sobre la ideología*".

El tema de la patologización de la infancia es una interesante invitación a pensar sobre la relación que existe entre dos campos (el neurobiológico y el psicológico) que muchas veces se describen, equivocadamente, como enfrentados. Se necesita un espacio de colaboración entre todas las corrientes clínicas que muchas veces se describen en tensión u oposición. Pero para ello es necesario correr la mirada desde los contenidos hacia los criterios de evidencia que los sostienen. Se debiera procurar poner mayor énfasis no tanto en lo que se dice o en quién lo dice sino en cómo se lo ha obtenido. Si bien se ha instalado una fuerte polémica en torno al riesgo de patologizar la infancia con clasificaciones y medicaciones no hay que olvidar que venimos de un largo período de hegemonía y predominio de lo opuesto. "*No tapar los síntomas*" fue una frase muy difundida con la que desde una argumentación teórica se desaconsejaban, no sólo los tratamientos psicofarmacológicos, sino también, otros tratamientos psicosociales diferentes al abordaje psicoanalítico.

El pensamiento psiquiátrico actual no puede ser definido en base a una sola teoría principal a la cual todos los psiquiatras adhieren. En psiquiatría infantil existe un pluralismo a nivel teórico donde diferentes modelos (modelo biomédico y modelo psicosocial) conviven en tensión. A nivel clínico, en contraste, es posible observar posiciones más coincidentes. En muchas ocasiones se han podido comprobar acuerdos clínicos sorprendentes a pesar de irreconciliables discusiones teóricas; aún tratándose de cuestiones farmacoterapéuticas.

### **Consideraciones sobre el diagnóstico en psiquiatría infantil**

El cambio más importante ocurrido en la historia de las nomenclaturas psiquiátricas fue con la tercera versión del DSM. Significó la conceptualización de los trastornos mentales como entidades definidas de manera categorial, al estilo de la medicina. Una batería de medidas de evaluación nacieron a la luz del DSM-III que introdujo una serie de importantes innovaciones metodológicas como criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y un enfoque descriptivo que pretendió ser neutral respecto a las teorías etiológicas (2). Es una realidad que el diagnóstico en psiquiatría está trabado en un nivel descriptivo y que los diagnósticos en base a criterios distan mucho del ideal; pero también es una realidad que, por el momento, es lo único y lo mejor que tenemos y que nos ha permitido, a todos los psiquiatras, "*mirar la misma página*" o "*el mismo canal*" (3). Es lo que permite que los conocimientos producidos por un investigador puedan ser aprovechados por el clínico y es lo que permite también que se pueda realizar trabajo epidemiológico.

En las primeras consultas de un niño o un adolescente con algún padecimiento psicológico, en ocasiones,

no resulta sencillo saber si reúne los criterios suficientes para corresponderle algún diagnóstico psiquiátrico. Las preguntas suelen subsistir aún luego de realizar una completa evaluación que incluya una entrevista con padres, la administración de una entrevista semiestructurada, un análisis de los antecedentes del padecimiento y de la historia evolutiva del paciente. También se suele realizar sistemáticamente una hora de juego con los niños o entrevista libre con adolescentes y, si el tiempo y los recursos lo permiten, una entrevista familiar.

Toda la consulta infantojuvenil en salud mental es compleja. Al igual que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) los otros cuadros clínicos de consulta más frecuente tienen alta dimensionalidad. Esto significa la existencia de un espectro que va de lo normal a lo patológico sin una clara y sencilla delimitación. En líneas generales las diferencias son cuantitativas entre la salud y la enfermedad e involucran decisiones clínicas que deberían tomarse en función de 3 cuestiones: malestar subjetivo, duración y grado de déficit o deterioro. Un niño o adolescente puede estar triste como una reacción esperable (¡es cierto que la infelicidad no es patológica!), pero se podrían considerar alternativas terapéuticas en la medida que dicho estado se prolongue en el tiempo o afecte su rendimiento escolar y social o involucre un alto grado de sufrimiento.

El TDAH suele cargar con todo el peso de la polémica. Es sabido que la hiperactividad, la impulsividad y la disatención pueden formar parte de muchos estados infantiles. Lo mismo podríamos decir de los miedos, las tristezas y los malhumores.

La adolescencia también representa un buen ejemplo de la necesidad de sostener una duda razonable sin adju-

dicar apresuradamente diagnósticos. La adolescencia es una etapa de comienzo de patología pero también es un momento evolutivo y un lugar donde se expresa la cultura. La adolescencia misma está asociada a la noción de crisis y este es un término que no divide entre normalidad y patología sino que admite en el terreno de lo normal conductas y estados que en otras etapas merecerían el calificativo de patológicas. En la adolescencia la depresión más común es la reactiva que expresa los conflictos específicos de esta etapa (cambios corporales, identidad sexual y cambios en modelos identificatorios).

En esencia establecer un diagnóstico implica definir los límites de un trastorno. Habrá entonces, diagnósticos falsos positivos tanto como falsos negativos. En la tarea de diagnosticar la duda no es si habrá o no errores, sino, más bien, que tipo de estos predominará y cuál sería la posible repercusión que podría tener. La consecuencia de un diagnóstico falso positivo posiblemente sea más duradera que la de un falso negativo. Aunque el diagnóstico puede ser un proceso dinámico y fluido que se revalora permanentemente, resulta más sencillo añadir un diagnóstico (sea cual fuera) que descartarlo (4). Todo esto es especialmente importante en la consulta de niños.

Pero el psiquiatra de niños necesita del diagnóstico sea cual fuere su marco de referencia sin necesidad de polarizar el campo ya que no solo se requiere realizar un diagnóstico psiquiátrico sino también se requiere de la comprensión de la problemática singular del paciente y de sus circunstancias vitales individuales y familiares.

En psiquiatría infantil existen actualmente 2 métodos para evaluación y diagnóstico de niños con trastornos psiquiátricos: 1) el método fenomenológico (derivado del DSM), y 2) el método tradicional (dinámico).

**Tabla 1.** Métodos diagnósticos.

<b>Método fenomenológico</b>	<b>Método dinámico</b>
Cuantitativo	Cualitativo
Procura precisión	Procura significado
Entrevistas estructuradas	Entrevistas abiertas
Escalas y cuestionarios	Uso de test proyectivos
Basado en evidencias	Uso del juego
Basado en síntomas	Basado en juicio clínico

Es importante destacar que cada tipo de abordaje diagnóstico requiere de una modalidad y una metodología específica (ver Tabla 1). Si lo que se requiere es un diagnóstico fenomenológico (estilo DSM) se deberán utilizar entrevistas estructuradas y cuestionarios. Pero si, en cambio, se procurara comprensión y significados subjetivos se deberían utilizar entrevistas abiertas, hora de juego libre y técnicas proyectivas. Es cierto que lo que suele provocar malentendidos entre colegas es el hecho de realizar diagnósticos fenomenológicos con

estrategias de evaluación cualitativas basadas en el juicio clínico; lo mismo que lo inverso, realizar un abordaje comprensivo utilizando escalas y cuestionarios. En definitiva, el profesional que se forme de manera integral es el que mejor utilización podrá hacer de todos los recursos y herramientas clínicas disponibles. Más aún, la formación y capacitación de psiquiatras infantiles en un único método no sólo representa un aspecto profesional deficitario sino que también conlleva un riesgo.

## Consideraciones sobre el tratamiento en psiquiatría infantil

¿Qué es lo que medicamos los psiquiatras infantiles? ¿Se medican trastornos o se medican síntomas? Dos cuestiones centrales para comprender la utilización de psicofármacos en el tratamiento de un niño son: a) se indica una medicación psicofarmacológica cuando el tratamiento psicoterapéutico no resultara suficiente; y b) se medican síntomas fenomenológicamente diagnosticados. El concepto más importante para explicar la indicación de un tratamiento psicofarmacológico es que debería estar siempre incluido en el contexto de un tratamiento global en combinación con psicoterapia. El tratamiento debe ser una estrategia integral y abarcadora de múltiples aspectos del paciente.

El uso de psicofármacos con fines clínicos en niños y adolescentes se ha instalado como tema polémico en nuestra sociedad. Se han observado fuertes debates tanto en medios gráficos como en la televisión y escasas discusiones en ámbitos profesionales.

En algunos de estos debates se han podido observar algunos callejones sin salida al entrecruzarse argumentaciones ideológicas y argumentaciones clínicas. Las posturas antagónicas deberían poder establecer verdadero contacto y generar debates integradores.

¿Pero sabemos realmente si el medicamento que administramos suma curación al dispositivo terapéutico? ¿Cuál es la diferencia entre medicar y no medicar? Los ensayos clínicos controlados (ECC) son el gold standard de los diseños metodológicos que la comunidad científica ha adoptado para poder dar respuesta a estas cuestiones. En líneas generales los ECC vienen demostrando cifras que reflejan diferencias importantes entre los grupos tratados con la medicación y los controles. Si bien con diferentes matices han sido muy significativos los resultados terapéuticos para el metilfenidato en

el TDAH (5) y para los antipsicóticos en esquizofrenia, y poco significativos para el tratamiento farmacológico de la depresión con los antidepresivos (6). Sin embargo, con respecto a estos últimos, una serie de estudios observacionales realizados tanto en Europa como en Estados Unidos dan cuenta de la importancia epidemiológica que han mostrado los antidepresivos en la prevención de suicidios en los menores de 18 años (7).

## Conclusiones

En los últimos años han surgido voces críticas hacia cuestiones diagnósticas y terapéuticas muy vinculadas a las tareas de los psiquiatras de niños y adolescentes (8).

Resulta oportuno poner en debate el uso de los fármacos. Es indudable el potencial terapéutico del recurso farmacológico pero no debemos perder de vista el gran entorno de negocios (industria de los psicofármacos) que subyace a nuestra práctica.

Han ocurrido muchos cambios durante las últimas décadas. Han cambiado los paradigmas, las corrientes y teorías y, aún así, parece ir quedando claro que la mente humana no decide dejarse revelar tan fácilmente sus secretos. Todas las corrientes, de manera sucesiva, han llegado a puntos muertos en el intento de dar respuesta a todo el espectro de problemáticas psicológicas. Por el lado de los medicamentos y por el lado de los tratamientos no farmacológicos, todos terminaron encontrándose con límites difíciles de atravesar.

Pero mientras se van dilucidando todos estos temas deberíamos prepararnos para sortear algunas trampas que podrían estar tendiéndonos las ideologías, los personalismos, las certezas y quizás también los fanatismos. Será importante que nos pongamos a trabajar en fundamentos empíricos, en demostraciones, en argumentos y en la búsqueda de consensos ■

## Referencias bibliográficas

1. Mazzuca R. Situación de la psicopatología. Psicopatología clínica y ética. Buenos Aires: Grama; 2003. p. 109-116.
2. Mayes R, Horwitz V. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci* 2005; 41 (3): 249-267.
3. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry* 2013; 12 (2): 111-112.
4. Zimmerman M. Ampliación del concepto de trastorno bipolar. *World Psychiatry* 2013; 10 (1): 28-29.
5. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter on the use of psychotropic medication in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009 Sep; 48 (9): 961-73.
6. Brent DA. Antidepressants and pediatric depression - The risk of doing nothing. *NEJM* 2004; 351: 1598-1599.
7. Hammad T, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 332-339.
8. Alejandra Barcala y Flavia Torricelli, et al. La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos, informe final. Campo Salud. Directora: Silvia Faraone; Diciembre 2008.

# Abordajes reduccionistas de problemáticas complejas: una reflexión epistemológica y ética

Silvia Rivera

*Profesora de Filosofía.*

*Prof. Asociada Regular de la Universidad de Buenos Aires y de la Universidad Nacional de Lanús.*

*Asesora del Comité de Ética del CeSAC 24*

*y del Instituto de Fertilización Asistida "Fecunditas".*

*Coordinadora del área de Ética en Pediatría Ambulatoria de la SAP.*

*Ex-miembro titular del Comité de Ética del Htal. Garrahan y del Htal. Teodoro Álvarez.*

*E-mail: silviarivera@ar.inter.net*

---

## Resumen

El reduccionismo es un rasgo constitutivo de la concepción heredada en filosofía de la ciencia, tal como afirma Enrique Marí en su libro *Elementos de epistemología comparada*. Considerando que la "concepción heredada" constituye uno de los ejes articuladores del cientificismo -posición epistemológica hegemónica en los contextos de enseñanza, innovación, evaluación y aplicación del conocimiento tecnocientífico- se impone un análisis de este concepto como condición necesaria para su superación. El presente artículo se propone delimitar el significado y alcance del reduccionismo epistemológico en el marco de las ciencias biomédicas, partiendo de su genealogía, y avanzando luego en la explicitación de los múltiples sentidos que lo invisten para, por fin, dar cuenta de las consecuencias de su aceptación ingenua -o quizás francamente cómplice- por tanto parte de gran parte de la comunidad científica. Las consecuencias se presentan en el campo de la teoría, pero muy especialmente en el campo de la *praxis*. Establecer las implicancias éticas del reduccionismo epistemológico en el campo de las ciencias biomédicas es el objetivo de este trabajo.

**Palabras clave:** Epistemologías comparadas - Prácticas científicas - Axiología - Lenguaje - Política.

REDUCTIONIST APPROACHES OF COMPLEX PROBLEMS: AN EPISTEMOLOGICAL AND ETHICAL REFLECTION

## Abstract

Reductionism is a constitutive feature of the "standard view" or inherited conception in philosophy of science, such as Enrique Marí says in his book *Elements of comparative epistemology*. Whereas the "standard view" is one of the articulators of scientism - epistemological hegemonic position in the contexts of education, innovation, evaluation and application of techno-scientific knowledge - imposed an analysis of this concept as a necessary condition for its overcoming. This article intends to define the meaning and scope of the epistemological reductionism within the framework of the biomedical sciences, on the basis of their genealogy, and then moving in the explicitation of the multiple ways that invest for, finally, realize the consequences of his naive acceptance - or perhaps downright accomplice, of a great part of the scientific community. The consequences are presented in the field of theory, but very particularly in the field of *praxis*. Establishing the ethical implications of the epistemological reductionism in the theory and practice of Biomedical Sciences is the objective of this work.

**Key words:** Comparative epistemology - Scientific practices - Axiology - Language - Politics.

*La posición científicista es en la teoría una de las más típicas posiciones dogmáticas que se consuma en dos pasos: la asimilación del pensamiento racional con el pensamiento científico, y la posterior asimilación del pensamiento científico con las teorías físico-naturales. (1)*

## Introducción

La palabra “epistemología” ha adquirido en las últimas décadas una centralidad creciente, que trasciende los círculos expertos para desplegarse en discursos procedentes de diferentes ámbitos científicos y profesionales. Esta centralidad no garantiza, sin embargo, una adecuada comprensión de su significado y menos aún garantiza la posibilidad de identificar alternativas epistemológicas a la tradición hegemónica que cuenta ya casi con un siglo de existencia.

Considero se siguen de aquí interesantes y paradójicas consecuencias: en primer lugar, la existencia de una relación inversamente proporcional entre la gran presencia de la epistemología -en publicaciones, congresos, *currícula* de carreras de grado y posgrado, citas en bibliografía científica- y la relativamente escasa reflexión acerca de los alcances y límites de su significado. En segundo lugar, otra relación también inversamente proporcional, esta vez entre esa relativamente escasa reflexión sistemática y la mayoritaria adhesión acrítica a la posición epistemológica que se conoce con el nombre de “cientificismo”. El científicismo está presente como parte del sentido común, tanto de legos como de expertos, sostenido en las prácticas científicas profesionales y también en el discurso de los medios masivos de comunicación. Un ejemplo de esto lo constituye la afirmación “la ciencia progresa”, convertida en una especie de lugar común, en la expresión de algo que ha devenido obvio, pero cuyo sentido último dista mucho de serlo. Porque para nada está claro si el progreso es acumulación de conocimientos, perfeccionamiento del poder de manipulación sobre la naturaleza y sobre otros seres humanos, elevación del estándar de vida de unos pocos o, por el contrario, aumento de la equidad en la distribución de bienes y recursos, o aún la construcción de formas más justas de organización social. La pregunta acerca del sentido del cambio en la ciencia es una típica pregunta epistemológica, sin embargo la respuesta que identifica cambio con progreso nos ubica en una de las diversas tradiciones epistemológicas posible, aquella que se ha convertido en hegemónica para nuestra cultura: la tradición positivista o científicista.

## El científicismo: breve reconstrucción genealógica

La filosofía de la ciencia se consolida a principios del siglo XX como rama no sólo independiente, sino ade-

más privilegiada de la reflexión filosófica. Definida a través de manifiestos programáticos -como el conocido *Manifiesto científico universal*. El círculo de Viena<sup>1</sup>-, insiste en su caracterización de la ciencia como conocimiento. De este modo la ciencia resulta ubicada en el espacio de la meramente intelectual o teórico. La palabra elegida para identificar esta reflexión filosófica sobre la ciencia es “epistemología” construida a partir del vocablo griego *episteme*. En el contexto de la teórica platónica, *episteme*, hace referencia a un conocimiento verdadero, universal y necesario. Y si bien tal *episteme* no parece tener mucho que ver con la ciencia experimental moderna, la persistencia de ejes centrales entre ambas se manifiesta tan pronto como agudizamos la mirada.

Pero antes aún, una reflexión a mi juicio relevante. El hecho de que la palabra elegida para rotular esta nueva rama de la reflexión filosófica dedicada al estudio de la ciencia sea “epistemología” indica que, en nuestra contemporaneidad, la ciencia es investida con los atributos de verdad, necesidad y universalidad de la antigua *episteme* griega. La ciencia, es pues, el conocimiento que expresa de modo eminente la verdad necesaria y universal. Y considerando que lo universal y necesario trasciende lo particular y subjetivo, la ciencia será también el conocimiento objetivo por excelencia.

Precisamente es *el método* aquello que garantiza a la ciencia moderna los atributos señalados. Es decir que, si bien el énfasis en el método experimental es propio de la modernidad, los atributos que el método científico garantiza al conocimiento -universalidad y necesidad- marcan la continuidad entre la ciencia moderna y la *episteme* clásica. A estos atributos se suma la neutralidad.

Las señaladas notas de necesidad y universalidad que caracterizan a la ciencia resguardan a este conocimiento de todo avatar que la acerque a la labilidad de la esfera subjetiva y también de la peligrosa intromisión de la esfera ético-política en el terreno de la ciencia. De este modo se salva la objetividad de la ciencia, entendida ante todo como neutralidad -o mejor aún neutralización forzada- de todo elemento normativo y valorativo.

Rigidez del logos que todo lo define, lo ubica y clasifica, lo estereotipa en un intento de preservar un espacio de conocimiento “puro”, es decir, neutral. Una nueva paradoja: el adjetivo “puro” implica ya una calificación, abre un juicio de valor sobre esa supuesta neutralidad

<sup>1</sup> Manifiesto científico universal. El círculo de Viena. Publicado en 1929 en alemán y reproducido luego en inglés. En: Neurath O. Empirismo y sociología. Dordrecht; 1973.

que acompaña, le otorga un signo positivo. Lo que no es neutral es entonces impuro, contaminado, poco conveniente para el conocimiento más excelente en función de los parámetros del logos: la ciencia.

Por "cientificismo" -o también "positivismo"- se entiende pues la posición que presenta a la ciencia del modo señalado y que refuerza tanto la complejidad como la falta de transparencia del vínculo entre ciencia, ética y política. Posición que se basa en francos reduccionismos que voy a puntualizar, comenzando por algunos más generales que destaca Enrique Marí en su libro *Elementos de epistemología comparada* -como consta en el epígrafe- para proseguir con otros más específicos.

El prestigio de las ciencias naturales, que comienza a consolidarse en los albores de la Modernidad, las convierte en paradigma de cientificidad. A partir de aquí, la racionalidad se circunscribe a la lógica científica y la lógica científica se entrelaza con los métodos propios de una clase de ciencias: las ciencias físico-naturales. A partir de aquí, y hasta nuestros días, la epistemología limita su tarea al estudio de los métodos de las ciencias naturales y al intento de aplicarlos, con la menor modificación posible, a las ciencias sociales. La metodología ha sido desde entonces el capítulo central de la epistemología, ya que es el método aquello que garantiza la cientificidad de un saber y también la objetividad de sus proposiciones.

## Lenguaje y objetividad

Ahora bien, ¿cómo se sostiene esta pretensión de objetividad? Se sostiene sobre la creencia en la existencia de un vínculo privilegiado y directo del investigador con los hechos del mundo. Vínculo que en nuestro siglo pasa indefectiblemente por el lenguaje<sup>2</sup> (2). Será cuestión, pues, de crear un lenguaje lo suficientemente técnico y formal, capaz de dar cuenta de los hechos en su aspecto estructural. Un lenguaje que sólo el investigador maneja y sobre el que funda su poder. Poder de nombrar, de clasificar, de explicar y de predecir. Y finalmente, sobre la base de estas predicciones, operar sobre el mundo a través de intervenciones que rozan en muchos casos la franca manipulación.

Regresando a las condiciones lingüísticas de posibilidad tanto de experimentos como de pruebas diagnósticas en el caso de la medicina y la psicología, advertimos que estas nos ubican en el plano de la semántica. El formalismo del método o de la técnica empleada despoja al investigador de sus condicionamientos históricos, aproximándolo a una subjetividad trascendental de tipo kantiano. En el límite de su expansión el investigador desaparece convirtiéndose en un punto inextenso, en un mero facilitador del contacto entre proposiciones científicas y hechos del mundo.

Ubicados en el plano de la semántica, la verdad se presenta como adecuación o correspondencia entre lenguaje y mundo. El experimento o prueba es el pro-

cedimiento que crea las condiciones para el cotejo, esto es para la comparación entre lo que decimos y lo que ocurre, siempre que nuestro decir se estructure en base a categorías formales. Porque lo formal en su vacía frialdad, se asocia a lo objetivo y neutral.

Para la semántica -que podemos resumir en el *slogan* "el significado de un término es su referencia", es decir, aquello que en el mundo le corresponde- las palabras son rótulos que se aplican sobre las cosas. Lo curioso es que la relación de significado que se establece sobre esta base elide no sólo todo factor contextual sino también elide al sujeto, que si está bien entrenado, se convierte en un mero momento de aplicación del método. Es el método el que decide, el que define significados y verdades que trascienden a los sujetos involucrados en el proceso.

Pero como bien nos enseña Wittgenstein, las palabras no son rótulos sino más bien modelos (*Bilden*) o moldes en los que intentamos que "encaje" aquello que hay en el mundo. Ludwig Wittgenstein, filósofo austríaco que nació en Viena en 1889 y murió en Cambridge en 1951, opera un cambio radical en el modelo epistemológico del positivismo o cientificismo a partir de una aguda crítica del lenguaje. Recordemos que señalamos al cientificismo como ideología que refuerza la escisión entre ciencia y ética.

¿Cómo muestra Wittgenstein los límites del cientificismo? Apuntando a sus supuestos, esto es a la concepción semántica del significado y la verdad. En un primer momento o etapa de su pensamiento, Wittgenstein deconstruye la semántica, pero desde el interior de esta posición. Esto quiere decir que se mueve aún en el horizonte de la semántica, utiliza sus palabras (proposición, hecho, lenguaje, mundo, verdad) pero invierte los términos de la relación. En este sentido, leemos en la proposición 4.05 del *Tractatus logico-philosophicus* que para establecer la verdad de una afirmación, podríamos decir también de una hipótesis científica, lo que hacemos es comparar la realidad con la proposición (3).

La diferencia puede parecer en extremo sutil, pero sin embargo opera un cambio sustantivo. Porque nuestro lenguaje -a través de su unidad significativa, la proposición- se convierte en la "regla de medir". Ya no es la realidad aquello contra lo que contrastamos nuestras hipótesis o creencias, sino que son nuestras formas de representación aquello que aplicamos a la realidad para hacerla formulable, es decir, predecible y manipulable.

Formas de representación que en todos los casos son "nuestras", es decir, son la propiedad de un grupo, de una comunidad. En el campo de la epistemología advertimos que son la propiedad de la comunidad científica -ubicados en la máxima pretensión de universalidad de la ciencia- o, en caso contrario, de comunidades, escuelas y corrientes de pensamiento.

Importantes consecuencias se siguen de este reconocimiento, tanto para la epistemología, en el plano teórico, como para la actividad cotidiana de los científicos,

<sup>2</sup> La preeminencia del lenguaje en el campo de la reflexión filosófica del siglo XX se manifiesta en el hecho de que este se convierte en privilegiada clave de acceso para el abordaje de todos los problemas filosóficos. Cf. Rorty R. *El giro lingüístico*. Barcelona: Paidós; 1990.

si nos ubicamos en el plano de la praxis. Consecuencias de la deconstrucción de la relación semántica de significado que opera Wittgenstein, y también de su posterior apertura a la dimensión pragmática, tal como se presenta en sus últimas épocas, entre las que destacamos las Investigaciones filosóficas (4). En este libro Wittgenstein nos acerca nuevas categorías para pensar el lenguaje, que resultan en extremo fértiles para reformular el objeto, los métodos y los objetivos de las ciencias en general y de las ciencias biomédicas en particular. Porque la pragmática lingüística nos abre al campo de la praxis, nos remite a las prácticas cotidianas que en cada caso sostienen el significado de las palabras que usamos.

De este modo, las palabras dejan de ser consideradas rótulos para pensarse como herramientas a ser usadas. Herramientas que fabricamos y usamos en el marco de nuestras formas de vida comunitaria. Y son las reglas de uso las que van a definir el significado de un término. Tal como afirma Wittgenstein en el parágrafo de 43 de las *Investigaciones filosóficas*: “Y el significado de una palabra es su uso en el lenguaje” (4).

Los usuarios del lenguaje pasan a primer plano, y también las circunstancias particulares de uso. Porque el uso es siempre un uso social, el que una comunidad o forma de vida prescribe para sus integrantes. Se trata de prescripciones pautadas por reglas, que introducen un elemento normativo en la base misma de toda descripción.

### Cientificismo, reduccionismo y dogmatismo

Pero antes de continuar, recordemos una vez más la serie de reducciones presentes en la posición positivista o cientificista, es decir la posición que define la ideología de la corriente epistemológica dominante, esa que se complace en separar la ciencia, de la ética y la política, al menos en los momentos de ciencia pura, teórica o básica. A las reducciones presentadas por Enrique Marí-reducción del pensamiento racional al científico y de la racionalidad científica a la que es propia de las ciencias naturales- sumamos la reducción de la epistemología al estudio de los métodos, la reducción del lenguaje a su dimensión semántica, la reducción de los enunciados de la ciencia a proposiciones descriptivas y, por último, la reducción de los predicados aplicables a estas proposiciones al par verdadero-falso.

Ahora bien, si seguimos el camino iniciado por Wittgenstein encontramos herramientas para desarticular cada uno de estos reduccionismos y avanzar en una revinculación entre ciencia, ética y política. Wittgenstein no nos deja un sistema alternativo, no construye una posición epistemológica diversa. Pero sí nos deja herramientas -un conjunto de nuevas categorías conceptuales tales como “juegos de lenguaje”, “formas de vida”, “parecidos de familia”, “criterios” y “reglas” entre otros- para que avancemos en este camino de reflexión sobre una práctica científica integradora, que incluya las dimensiones tradicionalmente relegadas, la dimensión ética, la axiológica -esto la que se ocupa específicamente de los valores- y también la dimensión política. Pero aún más, ya que no se trata de integrarlas a la manera de un

exterior complementario del conocimiento científico, sino como algo que está presente ya en su comienzo, y que como tal lo determina.

El giro pragmático que inicia Wittgenstein nos muestra que la ciencia no es en primer término conocimiento, sino actividad. En realidad se trata de un “juego de lenguaje” especial, con sus reglas y criterios de corrección, sin superioridad sobre los otros. Y un juego de lenguaje hace referencia a una práctica social institucionalizada que entrelaza palabras y acciones en el marco de una forma de vida dada (4).

La ciencia no es entonces primeramente conocimiento sino actividad. Actividad social pautada a través de reglas, que se despliega en determinados contextos institucionales que van gestando un tipo de saber que llamamos “científico”. Recordemos que las reglas son instancias prácticas que funcionan como orientadoras de la acción.

### Educación y normalización

El proceso práctico de producción del conocimiento comienza, pues, con la educación o normalización de sujetos en el manejo de las reglas de un grupo. Formar científicos o investigadores quiere decir adiestrarlos en el manejo de herramientas, y las herramientas básicas son siempre lingüísticas. Aprender las reglas de uso de un lenguaje implica hacer propio un modo de ver el mundo. Mundo que es inescindible de los mecanismos de descripción que usamos para hablar de él. Y si bien los contextos del proceso de producción del conocimiento que presenta el epistemólogo español Javier Echeverría son cuatro (5), ya en el primero -el de educación- encontramos con claridad pautas para revertir los reduccionismos señalados. Los contextos que se despliegan en espacios institucionales diversos y fortalecen el proceso de adiestramiento que se implementa en las aulas de escuelas y universidades. Por eso el proceso de producción del conocimiento continúa en otras instituciones, tales como laboratorios -con financiamiento nacional, privado o mixto- hospitales, fundaciones, empresas. En espacios de evaluación de proyectos de investigación, tales como oficinas de ciencia y técnica y otras instituciones que gestionan becas y subsidios, y que pueden ser nacionales o internacionales. También en instituciones que se ocupan de la transferencia o aplicación del conocimiento. El lugar que el contexto de aplicación ocupa en esta enumeración no debe confundirnos en relación a su rol, que no es necesariamente el de instancia final del proceso. Porque los contextos -educación, innovación, evaluación y aplicación- interactúan entre sí y por eso la formación de investigadores se define ya en función de aplicaciones posibles, de tecnologías que sirven a intereses diversos. Intereses y valores, que establecen preferencias y prioridades presentes en todos los momentos de producción del conocimiento.

Entender a la ciencia como proceso práctico de producción de conocimiento supone reconocer que el resultado de ese proceso no es ni puede ser neutral, porque en el producto están necesariamente las huellas o marcas del proceso de producción. Porque el conocimiento



científico no es el resultado immaculado de la inspiración de una subjetividad trascendental, sino la actividad institucional de una comunidad que se estructura como grupo de poder.

Si las palabras no son rótulos sino herramientas con las que modelamos y organizamos un mundo para después trabajar sobre él, entonces no hay garantía universal o necesaria del significado. Porque nosotros construimos esas herramientas de acuerdo a necesidades colectivas. Es decir que fuera de un sistema de referencia que se estructura en base a reglas sociales de uso de las palabras, el lenguaje no alcanza a designar. Por lo tanto no tiene ya sentido preguntar por el significado de una palabra sin referirlo, en cada caso, a un contexto histórico determinado.

El carácter fundante de la pragmática está claro. La relación de significado tal como la concibe la semántica en su producción de descripciones del mundo, y la pretensión de verdad de estas descripciones, sólo puede concretarse sobre una base de reglas previas que definen significados e identifican objetos, es decir, reglas que establecen las condiciones de posibilidad de la correspondencia. Estas reglas son reglas de uso y de ellas se ocupa la pragmática. Reglas que tejen la trama de un marco prescriptivo que nos dice en qué términos debemos hablar del mundo, describirlo. De esa descripción resultarán hechos que consideramos posibles y otros que ni siquiera podemos pensar. “*Sólo lo que se puede describir, también puede ocurrir*”. Dice Wittgenstein en el párrafo 6.362 del *Tractatus* (3), invirtiendo una vez más el condicional en un estilo que nos recuerda a Hume, de modo tal que la praxis, en este caso la praxis lingüística, pasa a primer plano<sup>3</sup> (6).

### El pragmatismo y la revinculación entre ciencia, ética y política

Las reglas prescriben, pues, los términos de toda descripción posible. Y sólo lo que puede ser descrito en los términos establecidos, puede acontecer para nosotros. Es en el interior de estos hechos modelados por proposiciones que se forman en el marco de un juego de lenguaje, que pueden emerger objetos y sujetos, a los que luego atribuimos comportamientos específicos, esperados o posibles, en función de lo que la gramática prescribe para la palabra que los identifican. O mejor aún, en función de las reglas gramaticales que fundan su identidad. Es importante advertir de qué modo Wittgenstein señala esto, en su libro *Observaciones a los fundamentos de la matemática*, cuando nos recuerda que no es la preexistencia de un objeto aquello que da unidad y coherencia al uso de un vocablo, sino que es nuestra regularidad en el uso de una palabra aquello que recorta y define la identidad de un objeto (7). Y también de un sujeto. Porque los usuarios del lenguaje no preexisten al uso, sino que conforman su subjetividad en su hacer cotidiano, en la concreción del trabajo lingüístico para el que fueron entrenados.

Ubicados en el horizonte de la pragmática, la ciencia se revela como práctica. Práctica social y lingüística que nos remite a un sujeto comunitario y ya no individual. Este sujeto colectivo es la comunidad científica, que rara vez se presenta como un grupo monolítico en su inclusión de tendencias, movimientos, escuelas, posiciones hegemónicas y subordinadas, fracciones que luchan por conservar el poder y otras por conquistarlo.

¿Cómo se vinculan entonces ciencia y ética? No como con frecuencia se pretende, en el momento final del proceso de producción del conocimiento, en el momento de aplicación de tecnologías varias. Si nos limitamos a este momento, salvamos la pureza de un origen casi mítico, ubicado en la ciencia teórica o básica a la que sólo impulsa el deseo de verdad. Sin embargo, ya en la ciencia llamada “básica”, “teórica” y hasta “pura” hay impurezas. Impurezas que no se limitan a las presiones de grupos con intereses económicos, si bien no las descartamos. Ni siquiera se limitan a la definición que estos grupos hacen de temas y métodos, a la definición de la agenda de la llamada “ciencia pura”. Porque estas impurezas muestran ante todo que la ciencia no comienza con evidencias sino con decisiones. Decisiones que tienen que ver con el marco teórico elegido, con el sistema de categorías conceptuales que en cada caso construimos o aceptamos para describir y explicar el mundo.

Es en este sentido que afirma Ernesto Laclau que la verdadera lucha política es aquella que se propone fijar el significado de ciertos términos básicos, aquellos que funcionan como orientadores de nuestra vida social: justicia, democracia, progreso científico, salud, normalidad, entre otros (8). Reconocer esto permite expandir la ética e integrarla de un modo interno y sustantivo -no meramente accidental- al trabajo cotidiano del científico, en cualquier área del conocimiento. Entender que en cada caso somos responsables del significado que otorgamos -o aceptamos como heredado- a ciertos términos, produce efectos concretos, impacta directamente sobre la vida comunitaria. Ejemplos de democracia, paciente, progreso científico, entre otros.

La pragmática nos permite entonces superar las identificaciones reduccionistas de la epistemología tradicional. Si la ciencia es práctica de construcción social de la realidad -que incluye el proceso de construcción de herramientas lingüísticas a ser usadas para organizar nuestra vida comunitaria y sostenidas por instituciones que fortalecen y reproducen el modelo adiestrando a sujetos en su manejo acrílico- entonces no es ético pretender que se base en evidencias incuestionables que fundan su poder en una preestablecida correspondencia con los hechos. Todo lenguaje tiene límites y la honestidad del científico consiste en reconocerlos, afirmarlos, quererlos -como diría Nietzsche (9)- pero no ocultarlos bajo pretendidas universalidades.

Si no hay marco teórico privilegiado, entonces la ética sustantiva que reclama la práctica científica tiene

<sup>3</sup> Saúl Kripke señala este vínculo, al recordar la inversión que realiza Hume en relación a la causalidad: no decimos que el efecto sigue a la causa porque la causa lo produce o determina, sino que decimos que la causa produce o determina al efecto porque vemos que este último sigue a la causa. Del mismo modo, Wittgenstein afirma que no seguimos las reglas porque las interpretamos o entendemos, sino que decimos entenderlas porque aprendemos a seguirlas. Cf. Kripke S. Wittgenstein: reglas y lenguaje privado. México: UNAM; 1989.

que ver con el reconocimiento de la responsabilidad que todos tenemos en la elección, construcción o reproducción de un marco teórico determinado. Pero como médicos o psicólogos, que trabajamos con el lenguaje, sobre un mundo significativo que es sin duda lingüístico, la ética se extiende aún más. Porque si entendemos que no sólo el lenguaje científico tiene límites, sino que todo lenguaje lo tiene, debemos entender también que somos responsables del modo como -desde nuestra tarea profesional cotidiana- colaboramos con su aceptación acrítica, reproduciendo el modelo y normalizando sujetos, o por el contrario propiciamos una revisión que expanda la participación efectiva y creadora de las personas.

En el caso de métodos de diagnóstico y aún tratamiento de enfermedades físicas o psíquicas, debemos entender que se trata de baterías de pruebas, tablas, protocolos, o en general herramientas diseñadas sobre la base de un *corpus* teórico que maneja supuestos: concepción general de la ciencia, vínculo eminente entre lenguaje y mundo, caracterización de la labor profesional y su modalidad de intervención específica, conjuntos de conceptos para clasificar sujetos, opciones terapéuticas que se derivan de los diagnósticos realizados, objetivos últimos de la tarea del profesional, entre otros. *Corpus* teórico que es el resultado de una praxis histórica y que por lo tanto no logra nunca independizarse del juego de fuerzas sociales que ha permitido su producción.

Es por esto que considero imprescindible la formación en una epistemología amplia y aún alternativa de los profesionales que realizan diagnósticos y tratamientos en el campo biomédico y también psicofísico. Formación epistemológica amplia, es decir integradora de la ética, la axiología y la dimensión política de la ciencia; por lo tanto alternativa al cientificismo hegemónico. Porque no se trata de entrenarse en la aplicación de técnicas, de identificar variables o prever márgenes de error. Se trata de entender que las técnicas de diagnóstico, por ejemplo, son reglas de medir que aplicamos a los sujetos para clasificarlos, ubicarlos, fijarlos en un dispositivo terapéutico que medicaliza, psicologiza e institucionaliza rasgos y tendencias. Rasgos y tendencias que podrían ser conceptualizados desde otro marco teórico, con consecuencias diferentes en la vida de las personas.

Y no sólo la identidad de los sujetos a diagnosticar se modela cuando se los mide a través de un sistema de reglas dado. También la identidad de los profesionales se modela en función de la tarea reiterada, a través del cotidiano seguimiento de reglas. Reglas que nos llevan a identificar ciertos objetos, sujetos y acciones posibles en el mundo, y a descartar otras, o aún ubicarlas en el campo de lo impensable.

Los instrumentos diagnósticos, así como las teorías que los sostienen, son históricos. Y sus conceptos-eje también lo son. No podemos hablar de neuróticos, psicóticos, personas con trastorno bipolar o niños con déficit de atención sin tener en cuenta nuestra decisión de adherir, no sólo a un sistema conceptual dado, sino a una red de relaciones de poder que se materializa en intereses de sectores sociales y económicos diversos. Así como también ocurre con las alternativas terapéuticas y

los patrones de normalidad que en cada caso corresponden, y que por lo general funcionan retroalimentando el sistema. Está claro que estos reconocimientos potencian la responsabilidad social de los profesionales.

En el caso del llamado “trastorno por déficit de atención”, por ejemplo, nos enfrentamos con una situación compleja, en la que se cruzan variables múltiples, no siempre independientes o nítidas. Se trata antes bien de una serie de rasgos que se entrelazan configurando identidades insertas en tramas que incluyen vínculos familiares, inserciones sociales, condiciones neurológicas genéticas o adquiridas. Entre las inserciones sociales destacan factores de clase, y de acceso a tecnologías que impulsan la realización de múltiples tareas simultáneas. Sin embargo, en nombre del rigor científico y quizás otros intereses asociados, surge en un determinado momento la necesidad de rotular a los individuos que concentra varios de esos rasgos, imponiendo así un significativo nuevo a una situación no tan nueva, pero que ha adquirido una inédita visibilidad. Se forma así una clase en función del poder configurador del lenguaje, del rigor epistemológico y de la presión de intereses económicos y políticos.

Cabe recordar que las personas que caen en el rótulo abreviado por la sigla DDA o ADD son personas integradas a la sociedad consumista e hiperconectada en la que vivimos; personas que son impulsadas por el sistema a realizar tareas múltiples al mismo tiempo, que sufren presiones fuertes en un escenario altamente competitivo y que de pronto ese mismo sistema decide segregar y medicalizar, modificando su estatus: dejan de ser normales para aproximarse a lo patológico, en tanto se supone padecen un malestar, un trastorno, una enfermedad.

¿Qué se sigue de aquí? En primer lugar, la relación entre malestar y enfermedad y, en segundo lugar, la relación entre enfermedad y medicación. Se trata de relaciones fuertemente ancladas en la gramática de nuestro lenguaje que instauran imperativos a la hora de rotular y clasificar sujetos y también de actuar sobre ellos. Recordemos que la gramática se articula en reglas cuyo contenido es contingente e histórico, y que resulta establecido en cada forma de vida por redes de poder, ya económico, ya epistémico. Poderes que necesitan simplificar lo complejo en la injusticia de un lenguaje mínimo que no alcanza para hacer justicia a la diversidad de la vida en todas sus manifestaciones. El dogmatismo es injusto porque domestica lo diverso a través de un lenguaje único, del que se sigue sin duda un método único y un pensamiento único a la medida de un modelo político-económico que también se pretende único.

¿Cómo escapar a tendencias dogmáticas y sin duda injustas? Reconociendo que no hay lenguaje perfecto, que pueda reproducir de modo eminente la estructura del mundo. Las reglas que fijan los significados no son naturales, sino que surgen de decisiones colectivas y la honestidad del científico consiste en explicitar siempre las características y límites de su elección conceptual así como las razones que lo inclinan a ella. Entre estas razones no podemos alegar “verdad” o “falsedad”, porque no son estos los predicados que convienen a las reglas. Debemos buscar otros, tales como justicia, pertinencia,

conveniencia u otros que se relacionan directamente con la ética. Dice Wittgenstein en el parágrafo 131 de las Investigaciones filosóficas: “*Sólo podemos, pues, salir al paso de la injusticia o vaciedad de nuestras aserciones, exponiendo al modelo como lo que es, como objeto de comparación -como, por así decirlo, una regla de medir; y no como prejuicio al que la realidad tiene que corresponder*” (4).

En sentido fuerte, ciencia y ética se relacionan cuando reconocemos la estructura normativa de la ciencia. Estructura normativa que se consolida sobre la base de decisiones. Decisiones que nos desbordan, que no son personales y que encontramos consolidadas en una red institucional que las sostiene, pero que suponen preferencias, es decir juicios de valor que no deben ser encubiertos en una supuesta objetividad y universalidad. Sin embargo, y aunque no sean personales, requieren de nosotros para imponerse y persistir.

Queda claro entonces que la ciencia es ante todo práctica, entonces el saber que la estudia -tradicionalmente la epistemología- ya no puede ubicarse como rama de la filosofía teórica, sino que se incluye en el campo de la filosofía práctica, esa que contiene también la ética y la política. De este modo, el vínculo entre ciencia y ética se vuelve interno y sustancial.

## Conclusión

Considerando que los interrogantes han articulado esta exposición, una última pregunta: ¿dónde se ubican entonces los límites de la objetividad científica? Ciertamente no en la inevitable imprecisión de todo método o técnica, ese reconocido “margen de error” que identificado y analizado puede y debe ser incluido como varia-

ble en una corrección metodológica que lo neutraliza. Tampoco en la temida intromisión de la subjetividad del investigador, que debe sofocar en su aspiración a una objetividad entendida no ya como imprecisión sino como absoluta imparcialidad; o en las modificaciones que la situación de observación y prueba produce en los sujetos estudiados y que pueden ser minimizadas a través de estrategias diversas.

Los límites de la objetividad científica se ubican en el reconocimiento de que la objetividad no es un dato sino un producto. Es el resultado de prácticas institucionales de adiestramiento en el manejo de signos de los que no nos es lícito dudar. Es en espacio propio de las prácticas -entre las que incluimos también las prácticas profesionales- donde debemos buscar los límites de la objetividad. Y en el hecho de que, finalmente, tanto nuestro mundo como nuestro pensamiento tienen límites. Estos límites son los de nuestro lenguaje, que rotula, clasifica, ordena, estigmatiza, pero que sin duda posee también el potencial para liberar, deconstruir e impulsar el dinamismo creativo y afirmativo de la diversidad.

En el caso de las prácticas profesionales, el hecho de ubicar los límites de la objetividad científica en el lenguaje nos permite aceptar que las preguntas que formulamos suponen ya certezas. Y que estas certezas no surgen de evidencias sino de decisiones. El problema no está pues en las dudas que se nos plantean. Porque el hecho de poder plantear una pregunta indica que nuestro lenguaje nos posibilitará también la construcción de una respuesta. Por el contrario, la ética se manifiesta cuando entendemos que debemos orientar nuestra práctica sabiendo que hay interrogantes que nuestro lenguaje no nos deja ni siquiera formular (3) ■

## Referencias bibliográficas

1. Mari E. Elementos de epistemología comparada. Buenos Aires: Puntosur; 1990.
2. Rorty R. El giro lingüístico. Barcelona: Paidós; 1990.
3. Wittgenstein L. Tractatus logico-philosophicus. Madrid: Alianza; 1979.
4. Wittgenstein L. Investigaciones filosóficas. Barcelona: Crítica; 1988.
5. Echeverría J. Filosofía de la ciencia. Barcelona: Akal; 1995.
6. Kripke S. Wittgenstein: Reglas y lenguaje privado. México: UNAM; 1989.
7. Wittgenstein L. Observaciones a los fundamentos de la matemática. Madrid: Alianza; 1997.
8. Laclau E. Emancipación y diferencia. Buenos Aires: Ariel; 1996.
9. Nietzsche F. Así habló Zaratustra. Madrid: Alianza; 1995.



## Contribución a la Psicopatología Sexual Infantil

Lanfranco Ciampi



*Lanfranco Ciampi (1885-1968) se graduó en 1913 en la Real Universidad de Roma; en su formación influyó la enseñanza de Sante De Sanctis particularmente en lo referido a la psicopedagogía y a la psicología experimental. Llegó a Rosario, contratado en 1922 por Agudo Ávila, para organizar una escuela para niños "retardados" y creó, en esa ciudad, la primera Cátedra de Psiquiatría Infantil en el mundo.*

Es opinión corriente que las anomalías o psicopatías sexuales y, en general, todas las manifestaciones eróticas, no pueden verificarse antes que la explosión puberal no haya transformado el organismo a su madurez. El mismo Freud decía que "solo, excepcionalmente una niña corrompida puede llegar a otro acto que no sea la masturbación clitorídea".

Sin embargo, ya autores de la importancia de Stanley Hall, de Bleuler, de Moll, de Hug-Hellmuth, habían puesto de relieve las manifestaciones somatopsíquicas de la sexualidad infantil durante el desarrollo mental y moral del niño. El que más que todos los otros, llamó la atención de psicólogos, de educadores, de psiquiatras fué Freud con su bien conocida doctrina sobre la sexualidad como causa de psicosis o neurosis.

Aparte de esta y de todas las discusiones surgidas sobre este argumento, aquí y allá en todos los países del mundo, subsiste el hecho, de que hay casos de niños en los cuales la aparición de los trastornos psíquicos se relacionan directamente con el aparecer de manifestaciones evidentemente sexuales. Es sobre uno de estos casos a que se refiere el presente trabajo, del cual paso a detallar la historia clínica.

Datos suministrados por la madre: Se trata de una niña, hija natural, nacida de madre muy joven (13 a 15 años) substraída a los cuidados maternos en seguida de nacer y confiada a una familia del campo, cuyo paraje la madre ignoró por 9 y 1/2 años. A esa edad la niña volvió al lado de la madre la cual convivía con un hombre que no era el padre de la niña ni el marido legal de la madre. Pronto se advirtió que la niña se masturbaba extraordinariamente. Fué reprimida primero y aconsejada luego continuamente y sin resultado. Un día queriéndose justificar confesó llorando lo que le había pasado. Hasta cumplido los siete años se mantuvo bien y buena. A los ocho, un joven de la familia donde ella vivía, de 16 a 17 años, comenzó a acariciarla y más tarde a tocarle las partes genitales que luego también lamía.

Sintió repulsión y comunicó dice la niña, el hecho a la persona mayor de la casa; pero no fué creída. El joven insistió y terminó por consumir el coito anal. Después, previo múltiples tactos y tocamientos, logró también realizar el coito fisiológico. El dolor experimentado fué grandísimo, pero luego el placer lo reemplazó. El joven solía también hacerle presenciar un coito con una sobrina de 14 o 15 años y la amestró más tarde a lamer las

<sup>1</sup> Revista del Centro de Estudiantes de Ciencias Médicas, Año 1, N° 2, septiembre de 1923.

partes genitales de esta última después de realizado el acto sexual. Estas maniobras producían a la niña deleite progresivamente intenso y cuando no tenía cerca al joven ni a la sobrina para acariciar sentía un deseo indecible de masturbarse. Con el andar del tiempo cuando el contacto con el hombre o la sobrina no podía verificarse, la masturbación no le bastó y pensó entonces en amaestrar –y lo hizo con éxito– un perrito de la casa a la práctica del coito. Le excitaba manualmente el pene, que luego introducía ya en su vagina ya en su ano.

La práctica libidinosa la dominó completamente con el andar del tiempo tanto que no podía pasar un sólo día sin masturbarse varias veces o tener contactos con el hombre, la sobrina o con el perro. No pasaba un minuto sin que su espíritu estuviese ocupado por la idea lasciva. Alejada del ambiente, la privación del placer a que estaba acostumbrada la exacerbó. En el nuevo medio, casi inmediatamente surge el deseo impulsivo, continuo de practicar los mismos actos con la madre primero y después con el padre. No encuentra medios por hacer comprender su deseo. Entre tanto se conforma con repartir generosamente sus caricias, espiar desnudeces, aprovechando todos los pretextos, empleando todos los medios, y con entregarse desenfrenadamente a la masturbación. Pero la continuación de su abstinencia enciende más su pasión.

Puesta un día a dormir al lado de un niño de dos años lo masturba hasta provocar la erección de su pene, que luego introduce con el explicable trabajo, en su vagina. Otra vez durmiendo con una sobrinita de 5 años trató de practicar actos libidinosos con la misma; pero como la reprimiera, le cobra un odio mortal. Refiere también haber tenido relaciones labiales y manuales con una mucama. Pero el deseo de las caricias maternas y paterna, que no pudo realizar la atormenta tan preferentemente que un día sintió nacer un sentimiento violento de celos y de odio contra la madre y concibió la idea del homicidio (matar a la madre para poder vivir maritalmente con el hombre que ella creía su padre). Más tarde, en vista de la conducta de su supuesto padre le hizo alcanzar su odio. Entonces, de la idea pasó al hecho: puso un polvo blanco que creía venenoso en la leche (una vez ácido bórico, otra vez probablemente lavandina. Pero como los padres se dieron cuenta, ella los amenazó de tal manera que decidieron desde entonces encerrarse para pasar la noche. Lo cual era aprovechado por ella para espiar por el agujero de la llave, situaciones más libres y masturbarse luego más a su gusto.

Estado de la niña el 12 de Enero de 1921: La niña me confirma con detalles todo lo que acabo de exponer, confiesa odiar a la madre y al padre a pesar de lo bien que la tratan y solo porque “no consienten en hacer lo que ella desea». Asegura que todos los pensamientos, de día y de noche, giran sobre la misma cosa; que no puede pasar sin masturbarse y que la masturbación es asimismo insuficiente para satisfacer su orgasmo pasional

Confiesa también que para ella es igual entretenerse libidinosamente con un hombre o con una mujer, con un niño, con un joven, o con un viejo. A las consideraciones éticas que se la hacen contesta que reconoce la razón que querría enmendarse, pero que su voluntad es demasiado débil ante la prepotencia del deseo.

Durante toda la visita se comporta correctamente; presenta fisionomía triste y preocupada. La madre dice que también en su casa está siempre seria que nunca ha podido sorprenderle una sonrisa, como si un pensamiento doloroso la dominara constantemente. A su vez, la niña dice que a pesar de poseer muchos juguetes, revistas, etc., nunca siente el deseo de emplearlas; que cuando le daban clase, no podía atender la lección, que duerme muy poco, que no puede dormir sino se masturba antes, y que cuando se duerme sueña escenas libidinosas con el padre o con la madre, sobre todo con el primero.

Examen practicado el mismo día: Estatura 134 ctms. Peso 32 kilos. Labios pálidos y bien adherentes, como un espasmo; el inferior más bien grueso. Leves atipias auriculares. Axilas desnudas. Mamas infantiles. Muy poco vello en el labio superior. Cabellera de implantación baja, Algunos vellos sobre la piel que recubre los grandes labios. Monte de Venus notablemente desarrollado,

Examen neurológico negativo. El examen psíquico revela nivel mental normal.

Como tratamiento me limité a aconsejar el alejamiento inmediato de la niña del ambiente familiar y el internado en una casa especial de educación.

Estado de la niña el 24 de marzo de 1921: Volví a visitar a la niña en un Colegio dirigido por hermanas, en el que fué internada en Enero de 1921. :se acerca a mí, sonriente, diciendo que está contenta u satisfecha, que no piensa más en el pasado ni en las cosas pasadas, que no hace ya cosas malas, que no tiene pensamientos libidinosos, que “ya no tiene tentaciones”. Ha reconquistado el sueño, cree que ya no sueña y en todo caso no sueña asuntos eróticos. Trabaja y aprende con placer. Espera que así podrá ser “una buena señorita”.

Refieren las hermanas de caridad que al llegar al Colegio estaba seria, pensativa, mustia, nada comunicativa; y que después de algunos días bajo la influencia de continuas exhortaciones, consejos y consideraciones sobre el pecado, el perdón de Dios, la perdición del alma. etc., confesó llorando toda su vida e insistió en que quería recibir la confesión ritual.

La confesión fue retardada y este retardo encendía en la niña, cada vez más, el deseo de pedir perdón a Dios (es de notarse que no había recibido hasta aquel momento, ninguna educación religiosa ni confesional).

La idea del posible perdón divino se posesionó poco a poco de la niña y fué sustituyendo la idea libidinosa.

Llegada la confesión y la comunión consiguiente, la niña cambió de humor, mejoraron sus condiciones físicas y se aplicó al trabajo. Desde entonces el comportamiento de nuestra enferma es de los más correcto que pueda imaginarse. Más aún parece que una compañera intentó, en cierta ocasión, practicar con ella un acto libidinoso y que ella llevó con enérgica protesta la respectiva denuncia ante las hermanas.

Estado de la niña el 9 de julio de 1923. He vuelto a ver a la niña; se mantiene en las mismas condiciones. Me contesta que no piensa más en el pasado del cual solo una parte de culpa le corresponde; que no siente ya aquellos deseos que antes no pudiera dominar; que solo una que otra vez ha sentido durante este largo período

de tiempo la voluntad de masturbarse pero que asimismo ha podido dominarse. Agrega que no desea salir del Colegio porque es aún demasiado joven y el mundo está lleno de peligros. Que quiere mucho a su mamá, pero sólo “como una hija quede querer a su madre”.

Manifiestan las Hermanas de caridad que la niña se ha portado siempre como una correcta señorita.

Hace un año que menstrua y su menstruación es regular y normal. Ningún trastorno físico ni psíquico durante el período pre o post menstrual. Se aplica con empeño a las diversas labores. Se confirma la integridad de su capacidad intelectual.

Algunas consideraciones sobre el diagnóstico de este caso: Me parece que la historia que terminamos de resumir nos impone la necesidad de precisar si estamos en presencia de una forma de criminalidad o de un síndrome neuropático o psicopático.

a) ¿Nos encontramos con un sujeto afecto de la llamada inmoralidad constitucional con integridad mental? Anticipamos que algunos autores –por ejemplo Mendel y Bingswanger– niegan que la inmoralidad constitucional, pueda albergar en un sujeto contemporáneamente no afecto de debilidad mental. Pero hoy se ha probado, que si bien poco numerosos, existen casos con evolución intelectual completamente normal, los cuales presentan anomalías graves en su organización ética.

Otros objetan que en la infancia y en la niñez, no se puede ni se debe hablar del desarrollo, de anomalías, de deficiencias de moralidad, porque ésta no ha tenido tiempos de constituirse y no se constituirá sino después de la pubertad. Tal opinión, según nosotros, no merece ser tomada en serio, dado también que el niño tiene su moral, como tiene su lógica. Tanto esta como aquella no serán parangonables, dado el relativo grado de desarrollo, con la lógica y la moral de los adultos, pero no por esto, tenemos el derecho de negar su existencia. Recuerdo a este propósito que De Sanctis, opinaba que las tendencias morales e inmorales se vislumbraban desde la primera infancia.

En conclusión, creemos que en nuestro caso, no se trata de inmoralidad constitucional, no ya porque el nivel intelectual es absolutamente normal o porque pensamos que dada la edad, no pueda hablarse ni de inmoralidad ni de moralidad, sino por el curso constatado durante largo tiempo.

En nuestro caso no se notó ninguna anomalía ética antes de los 8 años ni después de los 11 años y medio. Las anomalías de que hemos hablado se iniciaron después del traumatismo psicosexual que hipertrofió o despertó la psico-sexualidad, según se admita o no una sexualidad infantil.

Si se quiere contar el caso entre los amorales se parecerá más apropiado el diagnóstico de la llamada “atrofia ética” en el sentido de Ziehen, es decir, una anomalía adquirida por causas mesológicas.

Entrando más detalladamente en el asunto, esto es, en la especificación de la amoralidad, se podría invocar la perversión sexual, si no faltase la característica de esta, en el presente caso. En efecto, la verdadera perversión implica, además de aparecer tarde (en la época de la pubertad), al decir de Tanzi, “una orientación deci-

sivamente contraria a la función genética”. Es también opinión general, que no se debe hablar de verdadera perversión cuando el orgasmo instintivo invencible hace recurrir temporariamente –y a falta de mejor– a otros sustitutivos y cuando, como en el período puberal, la ignorancia del adolescente encuentra momentáneamente la satisfacción erótica fuera de la heterosexualidad. En otras palabras, el verdadero perverso tendría ya trazado un rumbo definitivo, estable, incoercible.

En nuestro caso, nos encontramos frente a un sujeto que para tener la satisfacción erótica incoercible, acepta cualquier maniobra: el coito completo, la masturbación; el coito con animales como el coito anal; el lamer de genitales femeninos como de los masculinos. El deseo erótico es universal: hacia la sirvienta como hacia los animales; hacia el padre como hacia la madre; hacia el niño o la niña como hacia el anciano o la anciana, etc.

Ciertamente, sería un caso en el cual la teoría del hermafroditismo psíquico, de la bisexualidad infantil, parecería encontrar consistencia. Es conocida la opinión de Freud por la cual, las perversiones sexuales no serían síntoma de degeneración, sino solamente derivados de la bisexualidad originaria que normalmente evolucionan hacia la homosexualidad; Krafft Ebing considera que la predisposición bisexual consiste no solo en la coexistencia de órganos bisexuales, sino también de centros bisexuales (masculinos y femeninos). Block considera de hecho que la inversión sexual es un fenómeno biológico.

La precocidad de tal anomalía en nuestra enfermita se podría explicar bien con la teoría admitida por varios autores (Féré, Garnier, Binet, etc.) además de Freud, según la cual, el origen de la aberración se debería a incidentes de corrupción provocados por adultos en sujetos inexpertos, en períodos prepuberales o puberales. Se trataría de una canalización de las tendencias eróticas no aún bien fuertes, hacia caminos nuevos que sería recorridos con perseverancia sin tentar otros: los normales. Pero admitido esto no encontramos el modo de explicarnos el comportamiento de la niña, el estado de orgasmo continuado, la necesidad infrenable, los trastornos psíquicos tan evidentes dado que la mayoría de los casos de perversiones sexuales se presentan sin este cortejo de síntomas.

b) Lo que más me ha sorprendido en el primer examen de la niña fué el estado de orgasmo, de ansiedad, de angustia en que se encontraba. ¿Fué este estado de ansiedad y de angustia, que determinaron un verdadero estrechamiento del campo de su conciencia, que provocaron una verdadera pérdida de su autonorma psíquica, que le hicieron concebir la idea del crimen? En realidad, los trastornos a tipo incoercible y obsesivos, la emoción dolorosa persistente, la conciencia de los impulsos, que la enfermita reconoce como monstruosos, pero que confiesa no alcanzar a dominar, la facies particular presentada... me hicieron pensar en un síndrome de obsesión sexual impulsiva, o uno de los casos que Freud llama efectos de *Angstneurose* o psiconeurosis de angustia.

Casos de obsesión sexual impulsiva, son bien conocidos en la literatura. Basta recordar dos trabajos recientes (1921) sobre este argumento: el uno de Claude y Biancani y el otro de Barbé y De Laulerie. Como síntoma, además,

se puede encontrar en la epilepsia, en el alcoholismo, en la histeria, en la vesania, en la parálisis progresiva, en la psicastenia (Pitres y Régis) enfermedades que podemos excluir en nuestro caso.

Pitres y Régis dicen que hay una obsesión constitucional y una obsesión accidental. Devaux y Logre consideran una constitución ansiosa, una psicosis ansiosa y una crisis ansiosa. Estos dos últimos autores reprochan a Freud haber confundido un desequilibrio primitivo constitucional con un desequilibrio secundario, reactivo. En efecto, Freud cree que la neurosis y psiconeurosis ansiosa sea una reacción secundaria a una perturbación de la vida psico-sexual, mientras los autores franceses consideran como factor patogenético esencial de la psico-neurosis ansiosa a la constitución emotiva.

¿Quién podría negar que todas las neurosis o psicosis afectivas tengan un substratum, una predisposición en la dinámica instintivo-emotiva? Si se considera bien que esa dinámica instintivo-emotiva, sobre la cual recientemente ha insistido el doctor Stekel, debe presentarse más prepotente en la época infantil dada la imperfecta organización de los poderes inhibitorios, podemos pensar que un traumatismo psico-sexual de la importancia del que sufriera nuestro sujeto a la edad de siete u ocho años, es suficiente, por sí solo, para provocar el síndrome psicopático. El mismo Freud ha descrito un estado ansioso particular observado en los adolescentes, que denominó *virginale angust*.

No obstante todo esto, y dejando de lado las discusiones doctrinales, nos inclinamos a creer que en nuestra enfermita se trata de una crisis ansiosa con obsesiones sexuales impulsivas, favorecidas en su desarrollo por dos factores: a) Una predisposición hereditaria. b) El violento precoz traumatismo psico-sexual. En efecto, los deseos sexuales cuya violencia llegó hasta hacerle tentar el crimen para podemos satisfacer, encontraron rápidamente, al desaparecer de la influencia del traumatismo psico-sexual y bajo la fuerza de la persuasión educativa, una

de rivación en el sentimiento religioso; cosa que no se verifica tan fácilmente en los amoraes constitucionales o en los ansioso constitucionales, y que demuestra, a mi modo de ver, el mecanismo de producción de los trastornos presentados por la niña; mecanismo por otra parte, ya descrito por Lowenfeld. Según este autor, las obsesiones ansiosas tienen habitualmente por causa predisponente la herencia, y por causa ocasional un choque emotivo accidental.

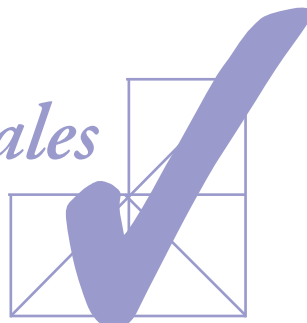
Antes de terminar, nos parece conveniente, dada la difusión del psicoanálisis en el arte, en la pedagogía, en medicina, intentar la explicación en términos psicoanalíticos.

La sexualidad infantil de la niña se hipertrofia y se canaliza por las enseñanzas del joven de 17 años. La masturbación, la heterosexualidad, la homosexualidad provocan la llamada condensación, es decir, la amalgama de ideas del mismo tinte afectivo (*Verdichtung*, de Freud).

Una primera represión determinada por la imposibilidad material de practicar el coito o actos sexuales derivados, provocan la perversión (coito con animales). Una ulterior represión, verificada cuando fuera retirada del seno de la familia que la crió, determinó el complejo materno y paterno y más tarde el estado psicopático.

Por último, nos encontramos ante el fenómeno llamado de la conversión o sublimación (*Sublimierung* de Freud). Es una derivación mística, benéfica, satisfactoria para la niña. Con ella no se ha anulado la prepotencia sexual sino que se ha sublimizado en el amor a Dios.

Podemos preguntar: ¿Durará este estado? Hace más de 16 meses que se mantiene invariable. Es un signo de garantía el hecho de que la conversión se refiere sobre todo al sentimiento y no a la inteligencia, que toda la energía afectiva se ha transferido en la dirección mística; no se trata de la convicción intelectual convertida que puede ser poco duradera, sino de sentimiento convertido, que aferra, domina y mantiene también convicciones débiles ■



## El DSM en cuestión. Una crítica de la categoría de stress postraumático

Daniel Matusevich



**Autor: Elena Levi Yeyati**  
Polemos, 2014

*Este comentario corresponde a la presentación del libro de Elena Levy Yeyati llevada adelante en el Centro Descartes en el mes de julio del corriente año.*

Alberto Manguel sostiene que en tiempos de crisis los lectores se refugian en la seguridad de sus bibliotecas, pero deberían tomar la previsión de que las mismas sean bibliotecas con grandes ventanales abiertos al mundo para evitar el riesgo de aislarse, como les sucedió a algunos de los más grandes intelectuales de todas las épocas. La psiquiatría está atravesando una etapa de crisis paradigmática: no existen puertos seguros donde recalar, la clínica, la lectura, la escritura y la formación se encuentran en entredicho; las señales son confusas, los puntos de referencia son borrosos, los cantos de sirena de la industria farmacéutica cada vez se escuchan más fuerte; una nueva ley de salud mental nos aísla y nos desprotege, llegando a extremos inéditos en nuestro país.

Aguas procelosas son las que nos ha tocado navegar, la brújula de las certezas definitivas se ha averiado. En este contexto surgen reuniones como las de hoy en el Descar-

tes para tratar de recalibrar las ideas a través de discusiones e intercambios, evitando el riesgo de incomunicarnos y caer en la esterilidad, el desasosiego y la desesperanza.

La presentación de un libro siempre es una gran noticia. A veces tengo la sensación de que nuestros tiempos se parecen mucho a los descriptos por Ray Bradbury en su novela Fahrenheit 451: pantallas de televisión gigantes, auriculares que transmiten música hipnótica las 24 horas, curiosa igualdad entre casi todos los seres humanos y lectura de libros prohibida con bomberos que rastrean a los disidentes que aún los conservan y los leen para quemarlos. Más adelante, aparece en la novela que los libros estaban ocultos en la cabeza de las personas, que los habían memorizado. A veces me entra la sensación de que aquellos que nos seguimos preocupando por las lecturas somos como miembros de una especie de secta o cofradía en vías de extinción, con claves secretas, despertando hasta sospechas por parte del resto, que duda de la utilidad práctica de las lecturas y de reuniones como las de hoy –una de mis hijas me miraba medio sorprendida y me preguntaba: ¿los libros se presentan?; también surgen preguntas como para qué sirve leer, por qué leer si en Internet está todo resumido, ¿comprás libros?; si se pueden fotocopiar, ¿estudias con libros?–.

El libro que nos convoca esta noche tiene tres patas muy firmes, a saber: la clínica, lo social y las lecturas de la autora, tanto las que la precedieron como las que la acompañan. Transcribo más o menos textualmente tres frases de las páginas 163, 165 y 20 que van a hacer las veces de hoja de ruta de esta presentación: “... es un hecho que si la psiquiatría no elucida los conceptos que maneja a partir de la historia de los mismos, se presta al recitado ciego de lugares comunes, ineficaces para un razonamiento que oriente la práctica”.

Casi en el comienzo del libro encontramos lo siguiente: “... mientras tanto, esa clase de investigaciones ocupa y oculta el lugar que dejó vacante el declive de una literatura dedicada a la psicopatología clínica (...) se trata de investigaciones sobre epistemología, historia y construcción social de los trastornos mentales (...) todos estos trabajos constituyen alternativas a la corriente principal de la psiquiatría biomédica que se expresa a través...”.

Por último: “... la clínica, a diferencia de otras disciplinas teóricas puras, se encuentra entre los saberes que combinan ciencia y arte. No solo busca descubrir



lo general en lo particular sino que trata con situaciones siempre particulares, de una multiplicidad ilimitada”.

Considero que estos breves fragmentos condensan de manera clara y sucinta la gran batalla cultural que se está librando en estos momentos en el mundo psiquiátrico. Sé que suena fuerte pero no se me ocurre otra manera de decirlo, la batalla se relaciona con la gran discusión en referencia al modelo de psiquiatría que tendrá relevancia en los tiempos por venir: antes dijimos crisis paradigmática, ahora nos preguntamos si el modelo será uno basado en la evidencia, la matemática, las escalas, las categorías, los algoritmos –los residentes de nuestra especialidad tendrán que acreditar profundos conocimientos en matemática y física, ya no es tan importante el análisis o la supervisión– o será uno basado en los valores (Bill Fulford), donde la intrasubjetividad de nuestros pacientes sea la regla y donde la historia y las narraciones sean la clave del intercambio entre los colegas.

Con gran preocupación y bastante desasosiego asistimos a un cambio de paradigma en el seno de nuestra especialidad: en la página 67 dice que “la psiquiatría está más emparentada con las ciencias humanas que con las ciencias duras...”. La psiquiatría –la más humanística de las especialidades médicas–, que siempre estuvo llamada a ser el puente entre las ciencias sociales y la medicina, ha abandonado ese lugar casi sin dar pelea. Hoy no encontramos diferencias entre un residente de traumatología y uno de psiquiatría, el puente está roto y creo que ya no es correcto seguir sosteniendo que en nuestra especialidad el humanismo es la clave; son otras las ramas de la medicina que cada vez más abrevan en las fuentes de la filosofía, la antropología y el psicoanálisis.

Por un lado, la literatura canónica de la especialidad, cuyos buques insignias son el *British Journal of Psychiatry* y el *American Journal of Psychiatry*, además de todos los libros y publicaciones que se desprenden de sus editoriales; millones de dólares respaldan la publicación de estos compendios y es imposible sustraerse de la convicción de que nos encontramos frente a un formidable negocio, en el que confluyen intereses económicos muy profundos, como queda de manifiesto en la historia de los sucesivos DSM y sus influencias.

Por el otro, encontramos pequeños grupos de psiquiatras, psicoanalistas y psicólogos –en España, el grupo de Frenia; en Argentina, el capítulo de Historia y Epistemología de APSA; en Inglaterra, el grupo de Cambridge, liderado por German Berrios y su revista *History of Psychiatry*, Bracken y Thomas con su libro de la post psiquiatría; en Estados Unidos, John Sadler y sus numerosas contribuciones expresadas tanto en libros como en artículos–.

El libro de Elena se inscribe en la tradición de este segundo grupo, superando ampliamente la temática del estrés postraumático para instalarse de lleno en el ámbito de la epistemología de la psiquiatría. Considero que esta aseveración no es caprichosa, ya que en las primeras páginas nos enteramos de que la tesis que dio origen a este texto fue dirigida por el profesor Juan Carlos Stagnaro, director de Vertex, de Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina y autor de numerosos trabajos que desde hace muchos años intentan despertar las mentes dormidas de gran parte del colectivo psiquiátrico vernáculo. La presencia de Stagnaro garantiza que la problematización de los conceptos utilizados, junto con el rigor en la aplicación de los mismos y el

buceo en los orígenes, constituirá uno de los caminos que recorrerá esta publicación.

Hace mucho que venimos sosteniendo –y produciendo en ese sentido– que no existe epistemología sin historia. De hecho, en nombre de nuestra sección en APSA es Historia y Epistemología; el capítulo V está dedicado a la recepción de lo traumático en la Argentina, incluyendo tanto algunas experiencias sociales que se dieron en nuestro país –los atentados a la AMIA, a la embajada de Israel y la explosión en Río Tercero– como también analizando la primera (y única) tesis referida al tema. El recorrido es erudito y vale la pena señalar que no desdeña ningún aporte, rescatando incluso algunas contribuciones del mundo de la psiquiatría biológica. De todas formas, el punteo que más nos interesó en este segmento es el referido a los aportes de Hugo Vezzetti en relación a los modos sociales de recordar determinados acontecimientos.

Para terminar, y abriendo la puerta a la discusión y al intercambio, dos últimas cuestiones. En primer lugar, permítanme justificar por qué sostengo que estamos frente a un verdadero manual de epistemología psiquiátrica, y en segundo, brindaré una clave para la lectura. Para lo primero, simplemente sobrevolemos de manera rápida y breve algunos de los temas y señalamientos que pueden ser rastreados en el libro:

- Medicalización de las emociones.
- Dimensión intersubjetiva, histórica y estructural en psicopatología.
- Fracaso de la década del cerebro.
- Categoría vs. dimensión.
- Naturaleza de las categorías diagnósticas.
- Interacción entre el objeto de estudio y los discursos que lo abordan.
- Despejar prejuicios e ideologías científicas.
- Trauma vs. fantasía o trauma y fantasía.
- En el establecimiento de un trastorno mental actúan factores científicos, políticos, culturales y sociales.
- Los trastornos mentales son entidades intersubjetivas e históricas.
- La comprensión clínica de los profesionales que diagnostican es parte constituyente del objeto que deben abordar.

Para lo segundo, propongo pensar críticamente dos citas fundamentales en la estructura teórica de la autora y que valen la pena profundizarlas al máximo. Una cita está constituida por Ian Hacking, autor complejo si los hay y que está muy bien explicado en el libro. La otra cita tiene que ver con lo que yo llamo “la otra psiquiatría americana” que está constituida por autores como los ya mencionados Zadler, Fulford, Ghaemi y otros que realmente hace muchos años que vienen publicando y predicando en el desierto cuestiones que tienen muchísima resonancia con lo que estamos pensando nosotros esta noche.

Termino con un pequeño aporte: en un editorial del *AJP* de 2008 se pide que en el DSM-5 se preste especial cuidado en relación con los temas filosóficos, sugiriendo la constitución de un grupo de trabajo que se ocupe de esas cuestiones. Con aclaraciones como estas, las incertidumbres y las dudas con relación al futuro de nuestra especialidad son cada vez mayores, mientras que la cantidad de libros de clínica psiquiátrica es cada vez menor. Es por esto que damos la bienvenida al nuevo libro de la doctora Levi Yeyati, una luz de esperanza en un contexto bastante oscuro ■