

LOS ESPECTROS DIAGNÓSTICOS EN SALUD MENTAL



GLADET

Grupo Latino Americano de
Estudios Transculturales, A.C.



SALME

Instituto Jalisciense
de Salud Mental y Adicciones



**EDICIONES
COMUNICACIÓN
CIENTÍFICA**

Sergio Javier Villaseñor Bayardo
Claudia Lorena Castellanos Medina
Andrés Martín González Meléndez
(coordinadores)

Los espectros diagnósticos en salud mental



**EDICIONES
COMUNICACIÓN
CIENTÍFICA**

Ediciones Comunicación Científica se especializa en la publicación de conocimiento científico de calidad en español e inglés en soporte de libro impreso y digital en las áreas de humanidades, ciencias sociales y ciencias exactas. Guía su criterio de publicación cumpliendo con las prácticas internacionales: dictaminación de pares ciegos externos, autenticación antiplagio, comités y ética editorial, acceso abierto, métricas, campaña de promoción, distribución impresa y digital, transparencia editorial e indexación internacional.

Cada libro de la Colección Ciencia e Investigación es evaluado para su publicación mediante el sistema de dictaminación de pares externos y autenticación antiplagio. Invitamos a ver el proceso de dictaminación transparentado, así como la consulta del libro en Acceso Abierto.



www.comunicacion-cientifica.com

[DOI.ORG/10.52501/cc.393](https://doi.org/10.52501/cc.393)



**COMUNICACIÓN
CIENTÍFICA**

PUBLICACIONES
ARBITRADAS

HUMANIDADES, SOCIALES Y CIENCIAS

CC+I

**COLECCIÓN
CIENCIA e
INVESTIGACIÓN**

Los espectros diagnósticos en salud mental

SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO
CLAUDIA LORENA CASTELLANOS MEDINA
ANDRÉS MARTÍN GONZÁLEZ MELÉNDEZ
(Coordinadores)



**EDICIONES
COMUNICACIÓN
CIENTÍFICA**

Los espectros diagnósticos en salud mental / coordinadores Sergio Javier Villaseñor Bayardo, Claudia Lorena Castellanos Medina, Andrés Martín González Meléndez.— Ciudad de México : Comunicación Científica, 2025.(Colección Ciencia e Investigación).

189 páginas : fotografías ; 23 × 16.5 centímetros

DOI: 10.52501/cc.393

ISBN: 978-968-9738-40-4

1. Salud mental – Diagnóstico. 2. Enfermedades mentales – Diagnóstico. I. Villaseñor Bayardo, Sergio Javier, coordinador. II. Castellanos Medina, Claudia Lorena, coordinadora. III. González Meléndez, Andrés Martín, coordinador.

LC: RC469 E87

DEWEY: 616.89075 E87

La titularidad de los derechos patrimoniales y morales de esta obra pertenece a los coordinadores D.R. © Sergio Javier Villaseñor Bayardo, Claudia Lorena Castellanos Medina y Andrés Martín González Meléndez, 2025. Reservados todos los derechos conforme a la Ley. Su uso se rige por una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0 Internacional, <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.es>

Primera edición en Ediciones Comunicación Científica, 2025

Diseño de portada: Francisco Zeledón • Interiores: Guillermo Huerta

Ediciones Comunicación Científica, S. A. de C. V., 2025

Av. Insurgentes Sur 1602, piso 4, suite 400

Crédito Constructor, Benito Juárez, 03940, Ciudad de México,

Tel.: (52) 55-5696-6541 • Móvil: (52) 55-4516-2170

info@comunicacion-cientifica.com • www.comunicacion-cientifica.com

f comunicacioncientificapublicaciones **t** @ ComunidadCient2

ISBN 978-968-9738-40-4

DOI 10.52501/cc.393



Esta obra fue dictaminada mediante el sistema de pares ciegos externos.
El proceso transparentado puede consultarse, así como el libro en acceso abierto,
en <https://doi.org/10.52501/cc.393>

Índice

Prólogo, <i>Sergio Javier Villaseñor Bayardo</i>	9
Introducción, <i>Los espectros diagnósticos en psiquiatría</i> <i>Carlos Rojas Malpica</i>	17
1. Concepto y vigencia del espectro diagnóstico en psiquiatría, <i>Renato D. Alarcón</i>	21
2. Perspectivas culturales de la transfobia internalizada: espectro social traumático, <i>Juan Maass</i>	35
3. (Re)presentaciones de la muerte en la adolescencia: teoría de la práctica individual y privada en referencia a los diagnósticos en salud mental, <i>Martin Reca</i>	47
4. El problema del diagnóstico en psiquiatría. Nosografía, nosotaxia y nosología, <i>Carlos Rojas-Malpica</i>	59
5. Aspectos generales de la práctica de la psiquiatría forense en Colombia, <i>Franklin Escobar-Córdoba</i>	77

6. Neurobiología de los trastornos del desarrollo infantil, <i>Jesús Gómez Plascencia</i>	99
7. Reflexiones en torno al espectro autista, <i>Dominique Wintrebert</i>	119
8. Diagnóstico y tratamiento del trastorno del espectro autista (TEA), <i>Héctor Rodríguez Juárez</i>	129
9. Los intercambios franco-mexicanos en psiquiatría, <i>Sergio Javier Villaseñor Bayardo</i>	141
10. ¿Hacia dónde se dirige la psiquiatría contemporánea? Reflexiones en la crisis epocal, <i>Juan Carlos Stagnaro</i>	163
<i>Anexo</i>	179
<i>Sobre los autores</i>	185

Prólogo



DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.393.00.01>

En abril 10 y 11 de 2025 celebramos el VIII Congreso Internacional del Grupo Latinoamericano de estudios transculturales (GLADET) titulado “Los espectros diagnósticos en salud mental”. El evento fue compartido con el Instituto Jalisciense de salud mental y adicciones SALME, con su primer congreso internacional organizado por nosotros y con desarrollo integral de la familia (DIF Jalisco) en su 9º simposium sobre autismo.

Del magno evento hemos seleccionado las mejores conferencias para publicarlas con sus textos *in extenso*.

Iniciamos con la conferencia magistral del profesor Dr. Renato D. Alarcón titulada: “concepto y vigencia del espectro diagnóstico (ED) en psiquiatría” en donde nos habló de su definición y contexto, así como del concepto central. Explicó que el espectro diagnóstico (ED) es un enfoque diagnóstico que incorpora cuadros clínicos con una variedad de síntomas y/o rasgos conductuales que no se limitan a las manifestaciones nucleares de entidades ya establecidas, sino que son esencialmente “atípicas”, y que el término “espectro” implica una variedad de síntomas, síndromes, niveles de severidad y una superposición de manifestaciones clínicas.

El Dr. Alarcón describió los tipos de espectros diagnósticos, dividiéndolos en entidades genéricas (con un amplio alcance sintomatológico) y específicas (con núcleos sindrómicos más precisos). El Dr. Alarcón concluye que el ED es un reflejo del origen multifactorial de los trastornos y la persistente perspectiva sindrómica en la psiquiatría. Los avances futuros en el ED deben basarse en una creatividad y planificación sólida, incorporan-

do nuevos conocimientos científicos relevantes y evitando demoras en las actualizaciones periódicas del sistema. El ED favorece una cobertura más amplia de cuadros clínicos. Refuerza decisivamente la modalidad dimensional como enfoque clínico-diagnóstico, lo que posibilita una flexibilidad, amplitud y un realismo en el manejo clínico, atributos que carece el enfoque categorial. Esto ayuda a superar comorbilidades inconducentes y etiquetas inútiles como la de “no especificado de otra manera”.

Posteriormente, el Dr. Juan Maass Vivanco nos compartió la conferencia titulada: “Los espectros diagnósticos y la transfobia internalizada en la salud mental”, en la que el enfoque central fue el impacto que el espectro social traumático tiene sobre la condición transgénero y sus consecuencias en la salud mental. Ahonda en que, aunque existe un creciente consenso de que ser transgénero es una condición personal y no un diagnóstico, la cultura aún mantiene un ambiente hostil en diversos campos (familia, educación, trabajo, justicia, religión, etc.), lo que afecta la salud mental de estas minorías.

El Dr. Maass explica que la transfobia internalizada es la aceptación inconsciente de creencias negativas y prejuicios sobre las personas transgénero, y estos prejuicios son internalizados por la misma persona *trans*. La manifestación alude a la incomodidad y/o franca animosidad que la cultura internaliza respecto a las personas transgénero. Esto significa que una persona *trans* puede llegar a creer y actuar de acuerdo con los estereotipos negativos de la sociedad, lo que daña su autoestima, su salud mental y sus relaciones. Este proceso no es una falla personal; es el resultado de vivir en una sociedad que refuerza constantemente prejuicios. Es un proceso traumático y crónico.

A continuación, el Dr. Martin Reca aborda, en su conferencia “(Re) presentaciones de la muerte en la adolescencia”, el debate sobre el uso del vocablo “espectros” en las clasificaciones diagnósticas de la salud mental. Expone que la lógica abstracta y general se basa en el ordenamiento del saber teórico de la clínica y en un corpus científico profesional (el “tercero”), guiando la comprensión del cuadro mórbido y la decisión terapéutica. Por otro lado, la lógica idiosincrática es personal y particular, y es utilizada en el abordaje del caso singular y en la cura personalizada, lo cual implica una mayor subjetividad profesional, la experiencia acumulada (casuística) y re-

cursos implícitos del clínico (como las afiliaciones teóricas y la tolerancia a la angustia). Esta lógica es holística y asume el pensamiento complejo. Señaló que el trabajo clínico se centra en adolescentes con gran sufrimiento (adicciones, aislamiento, trastornos alimentarios, etc.) Así, la adolescencia es emblemática de los límites móviles entre lo “normal” y lo “patológico”, integrando la dimensión desarrollista.

El Dr. Carlos A. Rojas Malpica ahondó sobre el problema del diagnóstico en psiquiatría en su ponencia titulada “El problema del diagnóstico en psiquiatría. Nosografía, nosotaxia y nosología”, en la que enfatiza que la reflexión sobre el diagnóstico psiquiátrico es crucial porque las decisiones que se toman influyen directamente en la vida del paciente. El Dr. Rojas explicó que el síntoma procede de la subjetividad del paciente y requiere una interpretación, mientras que el signo es objetivo y medible. Dada la naturaleza subjetiva de la psiquiatría, el estudio del síntoma prevalece, haciendo que la relación médico-paciente (RMP) y la habilidad para obtener un relato fidedigno sean esenciales, por lo que el diagnóstico es más que la mera identificación o clasificación de un trastorno; implica el conocimiento de la naturaleza de la enfermedad y la comprensión profunda de lo que ocurre en la psiquis y el cuerpo de la persona (según Laín Entralgo).

Rojas señaló críticas y la pérdida de complejidad en las modernas clasificaciones diagnósticas (DSM-5 y CIE-11) y concluye que la psiquiatría, como ciencia fundamentalmente compleja, heterológica y heteroclita, tiene el mandato ineludible de trascender la mera clasificación. El ejercicio nosológico exige que la nosotaxia (clasificación sistemática) y la nosografía (descripción detallada) sean subordinadas a la nosología. Esto demanda una postura no atórica por parte del clínico, apelando a la antigua *theōría* o contemplación para lograr una integración superior del conocimiento que admita la subjetividad y la patología de la libertad del ser humano.

El experto en Psiquiatría Forense, el Dr. Franklin E. Escobar, señaló en su conferencia “Psiquiatría forense” que el rol del psiquiatra forense es auxiliar a la justicia. Esta disciplina se enfoca en evaluar individuos inmiscuidos en procesos legales (víctimas, victimarios o testigos). La psiquiatría forense (PF) en Colombia constituye una subespecialidad médica dedicada al estudio científico de la interacción entre la salud mental y el sistema judicial. Su desarrollo en el país data de principios del siglo pasado.

La PF determina la capacidad de comprensión y autodeterminación del sindicado en el momento del hecho delictivo, diagnosticando un trastorno mental transitorio o permanente o la inmadurez psicológica, evalúa las secuelas negativas de orden psicológico o psiquiátrico causadas por eventos traumáticos (lesiones personales, delitos sexuales, violencia intrafamiliar), y dictamina la competencia mental de las personas para administrar bienes, testar, o tomar decisiones, en el marco del actual sistema de apoyos para personas con discapacidad mental.

En la conferencia “Neurobiología de los trastornos del desarrollo infantil” (TND), el Dr. Jesús Gómez Plascencia aborda un grupo heterogéneo de condiciones (incluyendo Trastornos del Espectro Autista, TDAH, discapacidad intelectual y parálisis cerebral, entre otras) que, en la gran mayoría de los casos, son de origen congénito y genético, generalmente se manifiestan en la infancia temprana y muchas persisten a lo largo de la vida. El Dr. señala que los TND son condiciones con una compleja mezcla de factores que alteran la conexión de las neuronas durante el desarrollo, por lo que es principalmente de origen genético y biológico, no una simple inmadurez cerebral, y que es fundamental no interpretar o considerarlos así, ya que esta falsa sensación de seguridad puede retrasar el diagnóstico y el manejo adecuado, lo cual compromete la calidad de vida a largo plazo.

El Dr. Dominique Wintrebert compartió sus “Reflexiones en torno al espectro autista”, iniciando con datos respecto al diagnóstico de autismo, que se ha multiplicado por veinticinco en los últimos cuarenta años, lo cual coincide con la aparición de la noción de espectro. Este aumento se debe, en parte, a que el espectro autista ahora incluye patologías muy disímiles, como diversas formas de psicosis infantiles, debilidad infantil y desarmonías del desarrollo. Factores económicos (como la obtención de fondos para una educación especializada en EE. UU.) y la menor estigmatización social del autismo respecto a la psicosis infantil también contribuyen al cambio.

Ciertas asociaciones de padres están inmersas en una batalla contra el psicoanálisis, favoreciendo métodos conductuales. Estas asociaciones buscan que el autismo sea considerado una discapacidad neurobiológica y no una enfermedad mental, exigiendo que sus hijos se retiren del circuito psiquiátrico. Este conflicto conlleva importantes cuestiones clínicas y éticas.

Los criterios diagnósticos han evolucionado significativamente en cada edición del DSM. El DSM 5 reintrodujo una dimensión social en los trastornos (trastorno de la comunicación social), lo cual es criticado por algunas asociaciones de padres, quienes temen que restrinja el diagnóstico y prive de derechos a un porcentaje significativo de personas.

El psicoanálisis, particularmente a través del trabajo de Maleval, sostiene que el autismo es un modo específico de funcionamiento psíquico distinto de la psicosis. La soledad del autista no es un rechazo al otro, sino una protección contra una angustia mayor frente al deseo del otro. Para protegerse, el autista construye una frontera o “borde” compuesto por el objeto autístico, el doble y el interés específico.

La concepción del autismo ha transitado desde una clasificación de psicosis infantiles hasta la noción de un amplio espectro, impulsando un extraordinario aumento diagnóstico. Esta expansión ha catalizado una importante batalla sociopolítica sobre su etiología y tratamiento, donde la definición de autismo como discapacidad neurobiológica busca desplazar la perspectiva relacional y psicoanalítica. No obstante, el estudio de casos como el de Donald subraya la relevancia de la interpretación clínica

El éxito de su integración social sugiere que la clave para la adaptación radica en la capacidad del sujeto autista para instrumentalizar sus mecanismos psíquicos internos (como sus intereses específicos y la construcción de su “borde”) para interactuar funcionalmente con el mundo social.

El Dr. Héctor Rodríguez Juárez, en su ponencia “Diagnóstico y tratamiento del espectro autista”, presenta la prevalencia global de 1 de cada 132 personas, con una proporción de 4:1 a favor del sexo masculino. Expone que la presentación clínica es variable debido a la gravedad inherente, la capacidad cognitiva y las afecciones coexistentes y cómo el DSM-5 clasifica la severidad en tres niveles, basándose en la necesidad de apoyo para la comunicación social y las conductas restrictivas/repetitivas:

Nivel 1 (Requiere apoyo).

Nivel 2 (Requiere apoyo sustancial).

Nivel 3 (Requiere apoyo muy sustancial, con déficits severos).

Concluye que el trastorno del espectro autista representa un desafío significativo en el ámbito de la salud mental y el neurodesarrollo debido a su alta demanda de atención por su comorbilidad con trastornos psiquiá-

tricos y discapacidad intelectual, por lo que se requiere la implementación urgente de estrategias organizacionales, creativas y de liderazgo en los servicios clínicos que den prioridad a la atención centrada en el paciente y su familia (*empowerment*), el trabajo interdisciplinario y la capacitación continua en el primer nivel de atención. Sumado a esto, es imperativo garantizar el acceso pleno a los servicios sanitarios y sociales conforme a la legislación vigente.

En “Los intercambios franco-mexicanos en psiquiatría”, el Dr. Sergio Javier Villaseñor Bayardo comenzó con el panorama histórico de la psiquiatría en América Latina, donde se exhibe una influencia epistemológica francesa preponderante desde el siglo XIX, la cual se ha consolidado por la difusión del pensamiento de Pinel y la obra de Henry Ey durante gran parte del siglo XX. La asistencia psiquiátrica en el continente se inició en México con la fundación del Hospital San Hipólito en 1567 por Bernardino Álvarez, siendo la primera institución dedicada al cuidado del enfermo mental. Tras la independencia (1821), la cultura y la ciencia mexicanas adoptaron un modelo francés, lo cual se reflejó en la reestructuración de los programas de enseñanza médica y la creación de la primera Academia de Medicina en 1836.

La Cátedra de Psiquiatría en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) fue establecida en 1926, siguiendo la recomendación del Dr. Pierre Janet, quien impartió un curso magistral sobre la “Psicología de los sentimientos” en 1925.

Un avance farmacológico significativo fue la primera utilización de la clorpromazina en América, facilitada en México gracias a los lazos con colegas franceses.

La interlocución académica moderna ha sido impulsada por eminentes psiquiatras franceses, incluyendo a Yves Pélicier (enlace activo a fines del siglo XX), Jean Garrabé e Yves Thoret, quienes contribuyeron asiduamente a congresos y a la orientación de la psiquiatría latinoamericana.

Los intercambios se formalizan a través de estructuras organizacionales como el Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET) y la Coordinación Francia-América Latina de Psiquiatría (COFALP).

Algunos de los temas relevantes abordados en los coloquios incluyen la psiquiatría transcultural y transhistórica, la etnopsiquiatría mexicana, la

psicosis cicloide, las psicosis alucinatorias crónicas y, más recientemente (2025), el análisis de los espectros diagnósticos en la salud mental.

La colaboración franco-latinoamericana-mexicana constituye un paradigma de intercambio cultural y científico históricamente robusto, que ha sido fundamental para la evolución de la disciplina, con un enfoque actual en la investigación transcultural y la discusión nosológica de los espectros diagnósticos dentro de la salud mental global.

Para cerrar con broche de oro, el Dr. Juan Carlos Stagnaro nos regaló la conferencia titulada “El futuro de la psiquiatría” en la que explica cómo la praxis psiquiátrica está intrínsecamente ligada al contexto. El marco económico actual está definido por el neoliberalismo, la globalización, el capitalismo informático, y la maximización en la distribución desigual de la riqueza, y estos fenómenos, aunados a la revolución tecnológica acelerada (Inteligencia Artificial, computación cuántica), las crisis en los sistemas de representación política, y los profundos cambios culturales (género, estructura familiar), construyen una subjetividad que impacta fuertemente en la salud pública y en la especificidad de la especialidad. Es imperativo cuestionar cómo estos factores incidirán en las nosografías y en la definición misma de la locura.

En cuanto a las psicoterapias, domina el enfoque cognitivo-conductual, dejando de lado la profundidad de otras corrientes como el psicoanálisis. El Estado ha reducido su responsabilidad, limitando el cuidado a largo plazo y enfocándose solo en las crisis agudas. Herramientas como la telepsiquiatría y los chatbots con IA amenazan con deshumanizar la comunicación con el paciente. Asimismo, se constata una devaluación constante de los ingresos económicos de los psiquiatras, lo que conduce al multiempleo y la proletarización de la profesión. Esta sobrecarga repercute negativamente en la calidad de la atención, dado que la psiquiatría es personalidad-dependiente. Como resultado, el entorno laboral se caracteriza por la frustración profesional y un alto riesgo de *burn-out*.

La psiquiatría se halla en una encrucijada epocal, marcada por la inestabilidad nosográfica (crisis del DSM, resultados limitados del RDoC) y la tensión entre los reduccionismos biológicos y sociológicos.

Para asegurar su especificidad y perdurabilidad, es imperativo redefinir el rol profesional, recuperar la dimensión psicoterapéutica, promover la

investigación clínica holística, y exigir un replanteamiento de la salud mental como derecho fundamental por parte del Estado.

Apreciable lector, nuevamente el GLADET pone a su disposición esta estimulante lectura cargada de ciencia, cultura y humanismo. Esperamos sea de su mayor interés y disfrute estas líneas.

SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO
Presidente del 8º congreso del GLADET

Introducción

Los espectros diagnósticos en psiquiatría

CARLOS ROJAS-MALPICA*



DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.393.00.02>

De nuevo hemos participado en un evento de alta significación para la psiquiatría pensada en lengua española en la amable ciudad de Guadalajara. El tema del encuentro fue “Los espectros diagnósticos en psiquiatría”. Asistimos a un debate que tuvo sabiduría y profundidad. Las ponencias fueron de valiosas consecuencias prácticas, pero se llegó más lejos, porque también hubo interés en abordar el lugar desde el cual la psiquiatría genera sus modelos de clasificación y diagnóstico, incluso desde su mismo nacimiento como rama de la medicina que se ocupa de la salud y la enfermedad mental. Tanto el nivel clínico como el de sus fundamentos teóricos son indispensables para el psiquiatra y el equipo de salud mental. Fue muy grato observar jóvenes curiosos y atentos en el formidable auditorio de la Universidad Autónoma de Guadalajara.

Antes de ser tema de la psiquiatría, el concepto de espectro fue propio de la física de la luz y el color. Por lo mismo, también en el arte, especialmente en la pintura y la escultura. Merece la pena detenerse en el tema. El concepto de espectro en física se refiere a la distribución o el rango de diferentes longitudes de onda o frecuencias de radiación electromagnética, como la luz visible, que se puede descomponer en colores a través de un prisma, formando un arco iris de colores. El “disco de Newton” es un

* Profesor Emérito de la Universidad de Carabobo. Miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. Presidente de GLADET. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5259-3272>

círculo compuesto por varios colores que, al hacerse girar, se ve blanco. Los pintores impresionistas trabajaron el tema de la luz, posteriormente, lo hicieron los maestros del arte cinético. En el caso del pintor esquizofrénico venezolano, Armando Reverón (1889-1954), hubo una obsesión por la luz, especialmente del litoral caribe, donde construyó un castillete rústico para dedicarse exclusivamente a la pintura. Se le describe un periodo “blanco”, así denominado por su obsesión de lograr la pureza absoluta en el más intenso “blanco”, donde quedaban absorbidos todos los colores en su esencia última. Hizo lo mismo con su vida al amarrarse la cintura para impedir la llegada de las bajas pulsiones a la parte superior del cuerpo. Es una búsqueda ascética a través de la renuncia a lo mundano, o del encuentro sublime con la pureza asumida como lo esencial de la existencia. Se podría decir, sin mucho riesgo de equivocarse, que Reverón fue un platónico en la búsqueda del *eidos* de la luz. Su eternidad era una mezcla de sol y mar del Mar Caribe ¿De qué manera puede la psiquiatría aprender de la ascesis de Reverón... cómo aplicarla al problema de la clasificación y el diagnóstico? Creo que el símil es válido en relación con la estructura misma del trastorno o de la enfermedad, que propone capturar la esencia del fenómeno clínico y su fundamento biológico en una instancia teórica que llamamos diagnóstico, pero que, integrado en un corpus coherente, se ofrece como un modelo de clasificación. Es un esfuerzo por aprehender el hecho clínico en un *eidos*, como lo quiso hacer el fenomenólogo Karl Jaspers a través de la “reducción eidética” de la que se valió para construir su valiosa Psicopatología General (Allgemeine Psychopathologie), a partir de la cual seguimos aprendiendo a pensar como psiquiatras, un siglo después de su primera edición en 1913.

Sin embargo, en muchos casos, el valioso esfuerzo de los grandes clínicos no logró aprehender lo esencial al proponer estructuras diagnósticas como si se tratara de distritos nosológicos autónomos o independientes. Se confundió el diagnóstico con la esencia. Predominó la nosotaxia sobre la nosología. El *eidos* no estaba en la estructura propuesta para el diagnóstico, sino mucho más atrás, en un magma común compartido por muchos trastornos que seguimos sin ver con profundidad al hablar de comorbilidades. Por ejemplo, el miedo, la angustia o ansiedad son comunes a la mayoría de los trastornos mentales, y tienen un papel protector fundamental para la salud

mental y el equilibrio personal. Es difícil aceptar que en un mismo paciente confluyan tres diagnósticos distintos, como en el caso de trastorno de personalidad, trastorno bipolar y trastorno adictivo ...¿y si los árboles no dejan ver el bosque? Es de esa evidencia innegable del “magma común” a muchos trastornos mentales que surge primero la intuición, después, el concepto de espectro diagnóstico, muy apropiado para comprender y aproximarse mejor a la realidad clínica. Con los años, vamos observando que un medicamento que nace para tratar un trastorno resulta útil para tratar otros que aparecen separados en los manuales de diagnóstico y clasificación. ¿No es eso una prueba del magma común, mejor pensado como espectro? Precisamente, la necesidad de recurrir a los espectros diagnósticos surgió de la búsqueda de mayor precisión y uniformidad en el diagnóstico psiquiátrico, una cuestión que se hizo evidente en las décadas de 1960 y 1970, cuando se observó una gran disparidad en la forma en que psiquiatras de diferentes regiones diagnosticaban las mismas condiciones. Por ejemplo, algunos estudios mostraron que en Estados Unidos se diagnosticaba nueve veces más esquizofrenia que trastornos afectivos, en comparación con el Reino Unido, donde estas enfermedades se diagnosticaban en proporciones similares. Esto evidenció que el problema no estaba en la prevalencia sino en la falta de reglas diagnósticas claras y uniformes, lo que impulsó la creación de sistemas más estandarizados como el DSM-III en 1980. Los trastornos del espectro permiten englobar variaciones clínicas dentro de un grupo diagnóstico que comparte características fundamentales. Por ejemplo, el Trastorno del Espectro Autista (TEA) incluye diversos grados y combinaciones de síntomas que afectan la interacción social, la comunicación y el comportamiento repetitivo, reconociendo así su solapamiento y heterogeneidad. Este enfoque mejora el entendimiento clínico, la investigación y la terapia, permitiendo una evaluación completa según la complejidad del cuadro, lo cual promueve tratamientos más personalizados. Los espectros también reflejan avances en la neurobiología y las bases genéticas que evidencian esos vínculos comunes entre diferentes manifestaciones clínicas. El DSM-5 (2013) consolidó y amplió el enfoque de los espectros diagnósticos, por ejemplo, con el trastorno del espectro autista (TEA), que agrupó diagnósticos previos como autismo clásico, síndrome de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado en una sola categoría espectral.

Esto se hizo para capturar mejor la heterogeneidad, reconocer la variabilidad clínica y permitir un diagnóstico más flexible y adaptado a la evolución del trastorno en la vida del paciente. El DSM-5 también redujo el número de dominios sintomáticos para algunos trastornos, enfatizó la importancia de especificadores y los niveles de gravedad, y así mejoró la precisión y la utilidad clínica del diagnóstico.

En este volumen se presentan valiosos trabajos presentados en el Encuentro de Guadalajara, celebrado entre el 10 y el 11 de abril de 2025, con la participación de conferencistas de Europa, América Latina y Estados Unidos, bajo el auspicio del Instituto Jalisciense de Salud Mental, SALME, COFALP, APAL, GLADET y la Gobernación del Estado de Jalisco. Colaboran en este elenco prestigiosos y distinguidos autores. Renato Alarcón (EE. UU.-Perú) habla del “Concepto y vigencia del espectro diagnóstico (ED) en psiquiatría”; Juan Maass Vivanco (Chile) comparte su conferencia “Los espectros diagnósticos y la transfobia internalizada en la salud mental”; Martín Reca (Francia) contribuye con “Las (Re)presentaciones de la muerte en la adolescencia”; Carlos Rojas Malpica (Venezuela) trabaja con “El problema del diagnóstico en psiquiatría. Los conceptos de nosografía, nosotaxia y nosología”; Franklin E. Escobar (Colombia) se refiere al “Rol del psiquiatra forense en Colombia”; Jesús Gómez Plascencia (México) aborda “La neurobiología de los trastornos del desarrollo infantil (TND)”; Dominique Wintrebert (Francia) comparte sus “Reflexiones en torno al Espectro Autista”; Héctor Rodríguez Juárez (México) presenta su trabajo sobre “Diagnóstico y tratamiento del espectro autista (TEA)”; Sergio Villaseñor Bayardo (México) se refiere a “Los intercambios franco-mexicanos en psiquiatría”; y, por último, Juan Carlos Stagnaro (Argentina) nos obsequia la conferencia titulada “El futuro de la psiquiatría”. Este amplio, denso e inolvidable encuentro queda registrado en las páginas de este valioso volumen que entregamos a los psiquiatras de lengua española para su estudio y debate.

1. Concepto y vigencia del espectro diagnóstico en psiquiatría



RENATO D. ALARCÓN*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.393.01>

Introducción

Las décadas recientes en el campo de la psiquiatría han sido escenario significativo de avances heurísticos en los terrenos biológico y psico-socio-cultural, con el uso creciente de procedimientos teóricos e instrumentales cada vez más complejos (Menninger K *et al.*, 1963). El núcleo impulsor de estos esfuerzos ha radicado consistentemente en el área diagnóstica, aun cuando, en muchos casos, no haya sido identificada como tal. El diagnóstico en medicina, y más aún en psiquiatría, continúa siendo un elemento fundamental de esfuerzos clínico-nosológicos y de laboratorio que conduzcan, luego, a un tratamiento integral, efectivo y duradero.

Este campo de estudio —diagnóstico en psiquiatría— tiene una historia ilustre y compleja, forjada por debates intensos provenientes de poderosas polémicas teórico-doctrinarias. Una de las más significativas fue, sin duda, la iniciada a fines del siglo XIX con los tempranos esfuerzos de Kraepelin (Kraepelin, E., 1896), los cuales inauguraron el uso sistemático de la fenomenología (Kraepelin, E., 1896) y fueron cuestionados en las primeras décadas del siglo XX por el vigoroso y original impulso del psicoanálisis y sus correlatos dinámicos (Jablensky, A., 2012). Por su parte, en 1952 se “inauguró” formalmente la era bio-fisio-farmacológica de la psiquiatría, factor de indudable avance en el estudio de la salud y la enfermedad mental.

* Doctor en Medicina por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7316-1185>

En este contexto, el llamado espectro diagnóstico (ED) es tema de indudable relevancia en la psiquiatría actual. El objetivo concreto de esta presentación, luego de un breve análisis histórico-epistemológico del diagnóstico psiquiátrico en general, es examinar el concepto y los alcances del espectro diagnóstico, su historia, sus definiciones, componentes y características más sobresalientes, que lo utilizan como instrumento descriptivo, fenomenológico, diferencial y pre-terapéutico.

Diagnóstico psiquiátrico y sus vicisitudes

Los primeros intentos descriptivo-clasificatorios de enfermedades de todo tipo tuvieron lugar casi 3,000 años a.C., en Egipto. En el mundo occidental, hay evidencia de sistemas de clasificación diagnóstica, sustentados por diversos enfoques teórico-filosóficos en Grecia y Roma, en especial durante periodos como el Renacimiento y la Ilustración (McHugh, P., 2005; Cassano, F. *et al.*, 1998). La cronología de eventuales nosologías psiquiátricas con denominaciones diagnósticas más o menos definidas tiene su esbozo inicial en la publicación de la *Clasificación de Causas de Muerte* (1853) en Bruselas. En 1900 el Instituto Internacional de Estadística publicó una ampliada *Lista Internacional de Causas de Muerte*. Es importante resaltar la magnitud y el significado de los aportes de Emil Kraepelin (1856-1926) a partir de las últimas décadas del siglo XIX. Considerado el fundador de la psiquiatría moderna, Kraepelin aportó estudios clínico-comparativos memorables en el caso de la demencia precoz (más tarde llamada esquizofrenia), la síntesis de enfoques transversales, longitudinales y somáticos y generó, asimismo, el más tarde llamado “credo neo-Kraepeliniano” (Spitzer, R. *et al.*, 1978; Kendler, K. S., 2020) que tuvo significativos aportes diagnóstico-estadísticos, genéticos, dimensionalizantes, metodológicos y codificadores, al lado de robustas críticas al psicoanálisis y a la anti-psiquiatría (Craddock, N. *et al.*, 2010; Wakefield J. C., 2013).

En 1938, una quinta revisión de las listas de causas de muerte reconoció la necesidad de integrar datos tanto de morbilidad como de mortalidad, lo cual condujo a la elaboración de un documento conjunto de *Clasificación de enfermedades, injurias y causas de muerte* por representantes de Estados

Unidos, Reino Unido y Canadá en 1944, casi al término de la Segunda Guerra Mundial. Había ya por entonces un reconocimiento de la utilidad de estas secuencias, de modo que, luego de la fundación de la Organización Mundial de la Salud en 1948, vio la luz un año después la CIE-6 (*Clasificación Internacional de Enfermedades o ICD-6 en inglés*) con su sección específicamente dedicada a los trastornos mentales. En 1952, la Asociación Psiquiátrica Americana presentó la primera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Psiquiátricos* (DSM), el cual tuvo una fuerte inspiración psicodinámica; por su parte, el DSM-II se publicó en 1968 y el DSM-III, con una fuerte influencia neo-Kraepeliniana (Feighner J.P., 1972), en 1980 (American Psychiatric Association, 2022). En un periodo de 70 años, el DSM ha conocido cinco ediciones, tres de ellas han tenido versiones revisadas; la última, DSM-5 TR, fue publicada en 2022 (American Psychiatric Association, 2022), casi al mismo tiempo que la CIE-11 (First, M.B., 2021; Clark, L.A., 2017).

Entre los muchos debates mencionados arriba, el que enfrentó al llamado realismo científico (es decir, la investigación básicamente clínica, clásica, de naturaleza detalladamente descriptiva) con el creciente instrumentalismo (es decir, el uso de instrumentos de medición, tests de laboratorio o aparatos resultantes de una tecnología cada vez más sofisticada), confirmando hallazgos supuestamente más objetivos u objetivantes y demarcando el propósito de una nosología de base etiológica y, esencialmente poligénica, fue magistralmente resumido por Kendler (2021) a comienzos de este siglo. El instrumentalismo —se decía— pondría fin a la “inducción pesimista” de estudios puramente clínicos con resultados esencialmente negativos, proceso por lo tanto limitado, ya que sus componentes validantes muestran solo una “convergencia conceptual, no empírica” y data insuficiente, débil e incierta. Al no concederse crédito a aportes etiobiológicos o de laboratorio (los llamados “marcadores” de tipo genético, psicofisiológico, bioquímico o farmacológico (Laor, D. *et al.*, 2024). Los críticos concluyen que las categorías diagnósticas actuales son solamente “hipótesis de trabajo”, conceptualizaciones casi exclusivamente teóricas que pueden ser parcial o totalmente modificadas por posteriores evidencias empíricas. El problema reside en que, aun a estas alturas, el valor de los llamados “marcadores biológicos” aún está por demostrarse (Insel, T., 2022; Alarcón, R.D., 2022).

En todo caso, el punto de partida de estos debates reside en una serie de preguntas fundamentales que cada especialista o subespecialista de diferentes membresías o simpatías teórico-ideológicas, responderá con niveles variables de seguridad o certidumbre (Phillips, K.A., 2010):

- ¿Contamos con la nosología más adecuada?
- ¿Utilizamos etiquetas diagnósticas correctas y criterios apropiados?
- ¿Tenemos umbrales diagnósticos establecidos a un nivel adecuado?
- ¿Hemos tipificado correctamente las características y el curso de cada cuadro clínico?
- ¿Se usan los criterios diagnósticos de manera culturalmente apropiada?

Resulta claro que un sistema diagnóstico deficiente estará cargado de consecuencias negativas (Hyman, S.E., 2010), impactos críticos que conducen a errores o fallas tales como la reificación (concreción o rigidez) de los criterios diagnósticos en uso; enfatizar rasgos clínicos más frecuentes en desmedro de otros que son tanto o más importantes, pero menos evidentes; la generación de subtipos y/o “subumbrales” diagnósticos (subjetivos, inestables, arbitrarios, no-empíricos); comorbilidades excesivas y una subsecuente “heterogeneidad sindrómica”, proliferación de “polifarmacia” y variaciones significativas en estudios epidemiológicos (Wakefield, J.C., 2007).

Así, el estado del diagnóstico psiquiátrico, transcurridos 25 años del siglo XXI, es variado y ambivalente: muestra aspectos positivos y prometedores al lado de componentes y perspectivas negativas o cuestionables. Los criterios diagnósticos en actual uso continúan siendo esencialmente descriptivos, debido a la carencia de bases etiológicas y patofisiológicas consistentes (Lobo, D.M., 2012). Los sistemas diagnósticos existentes son, fundamentalmente, resultado de “consensos de expertos” (Cohen, B.M., 2022) y los enfoques terapéuticos carecen de especificidad. En conjunto, estas realidades rebajan los necesarios niveles de confiabilidad y hacen difícil el evitamiento de una peligrosa “inflación diagnóstica” (Karter, J.M., 2019; Batsra L. *et al.*, 2012).

El espectro diagnóstico en psiquiatría

A manera de definición, un espectro diagnóstico es aquel que incorpora un cuadro o varios cuadros clínicos con síntomas variados y/o rasgos conductuales que incluyen, pero no se limitan a, manifestaciones nucleares de entidades establecidas y son, mas bien, esencialmente “atípicos”, abarcando rasgos temperamentales o de personalidad predisponente, así como procesos de adaptación a experiencias estresantes (Maser J.D. *et al.*, 2002). El término “espectro” entraña, pues, una variedad de síntomas o síndromes, pero también diversos niveles de severidad y la superposición de manifestaciones clínicas variadas.

Breve recuento histórico

Como todo proceso de desarrollo epistémico, la trayectoria histórica del ED comenzó a medida que se reconocían las deficiencias y las limitaciones de los sistemas diagnósticos existentes. Desafíos tales como la identificación de fenotipos, las predisposiciones y los rasgos individuales y grupales, las características etiopatogénicas, los procesos y resultados terapéuticos, etc., apuntaban a trazos esenciales del proceso diagnóstico, pero la noción de espectro respondía más a un territorio concreto: el valor clínico de síntomas aislados, de semejanza y severidad variables entre sí y respecto a otros, configurando tanto dificultades de precisión y delineamiento como posibilidades para una cercanía clínica y un mejor manejo terapéutico.

Aportes como los de grupos de investigación en la Universidad de Pisa, Italia (Cassano, G.B. *et al.*, 2002), y Pittsburgh en Pennsylvania, EE.UU., (Kupfer D.J. *et al.*, 1972) contribuyeron a la simplificación de perfiles clínicos y a una resultante prevención de estereotipos con la finalidad de reflejar verazmente la complejidad de cuadros clínicos, una consideración realista de comorbilidades y la necesidad de llevar a cabo evaluaciones profundas. El concepto de espectro empezó a ganar peso teórico y práctico en un proceso dialéctico de características singulares y del que fui, en parte, testigo y partícipe, en mi condición de miembro del Grupo de Trabajo y Comité de

Vigilancia y Supervisión del DSM, nombrado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y en labor por un periodo de casi tres décadas.

En el año 2002, en reconocimiento del valioso rol que el ED tendía a jugar, con una creciente vigencia en las discusiones de varios grupos de trabajo del Comité DSM de la APA, se procedió a conformar un grupo específicamente dedicado al tema, con el fin de examinar similitudes sintomatológicas y sus eventuales vínculos etio-fisio-patológicos en el contexto de diagnósticos comprensibles. El grupo laboró intensamente, entrevistando a expertos, revisando material y documentos de investigación e intercambiando ideas con otros comités. El grupo seleccionó once “factores de validación” con el objeto de estudiar y comparar eventuales relaciones entre diversos trastornos desde diversas perspectivas.

Los factores de validación incluyeron aspectos tales como la comorbilidad alta, los niveles de prevalencia familiar y pertinentes ítems genéticos y/o ambientales. Igualmente, se consideraron antecedentes temperamentales compartidos, anormalidades en procesamiento cognitivos y emocionales y —cada vez más próximos al terreno bio-fisiológico— posibles sustratos neurales comunes en los fenómenos clínicos bajo estudio y eventuales “biomarcadores” (Alarcón, R. D., 2022; Fernandes, B. S., 2021; Fellowes, S., 2021). Los resultados de esta laboriosa indagación produjeron no solo la precisión de varios espectros (comenzando por el autístico, precursor conceptual y nosológico de gran complejidad) sino vinculaciones con, por ejemplo, nuevos grupos de trastornos y los ensayos iniciales de enfoques como el “modelo dimensional” aplicado específicamente a los trastornos de personalidad (Widiger, T. A. *et al.*, 2024).

Los EDs en la psiquiatría contemporánea son casi una docena de entidades sobre cuya estructura y contenido existe un acuerdo más o menos consistente. Como se verá a continuación, se consideran entidades genéricas y específicas que comparten características espectrales y abren rutas de investigación indudablemente prometedoras.

Entidades genéricas del ED

El nombre de entidades genéricas tiene que ver con el alcance de la sintomatología clínica identificada en cada una de ellas. Tal alcance es amplio, pues abarca una variedad de condiciones y —por lo mismo— de síntomas y signos que, sin embargo, deberán tener algo en común para constituir un cuadro espectral. Otro factor en común deberá ser el de una respuesta similar a determinadas formas de manejo psicofarmacológico y/o psicoterapéutico. Una continua evaluación diagnóstica y un seguimiento sistemático de cada caso pueden conducir a la identificación de entidades más específicas, regularmente incluidas en los manuales diagnósticos existentes (Larsen, R.R., 2022). Obsérvese que la designación sustantiva de “entidades” referidas como “espectro” abarca o incluye, pero no es lo mismo que, “enfermedades” o diagnósticos más precisos.

Se reconocen y se describen brevemente enseguida seis entidades genéricas del ED en psiquiatría clínica:

Espectro ansioso. Incluye manifestaciones observadas en cuadros como ansiedad generalizada, ansiedad social, trastorno de pánico, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo y personalidades evitativas, obsesivo-compulsivas u otras.

Espectro depresivo. Abarca el llamado trastorno de disregulación disruptiva del ánimo y síntomas compatibles con el trastorno depresivo mayor, persistente o disfórico premenstrual (Maj, M., 2012; Horwitz, A.V., 2007). Se debate aun aquí la posible inclusión del trastorno de duelo prolongado, considerado por muchos como una entidad no necesariamente psicopatológica (Cacciatore J. *et al.*, 2022).

Espectro afectivo (Bipolar). Manifestaciones del trastorno bipolar (fases maniaca y depresiva), bipolar mixto (o combinado), tipo II (Ciclotimia), hipomanía y personalidad limítrofe (Vieta, E. *et al.*, 2008; Rodrigues, V., *et al.*, 2014).

Espectro esquizofrénico. Incluye cinco subtipos clásicos de esquizofrenia (simple, paranoide, hebefrénica, crónica indiferenciada [pseudoneurótica o pseudopsicopática] y residual), catatonía (entidad considerada inde-

pendiente, por muchos), trastornos esquizofreniformes, psicótico breve y esquizoafectivo, personalidades esquizoafectiva y esquizoide, y psicosis atípica (Lasalvia, A. *et al.*, 2015; Jansson, L.B., 2007).

Espectro psicótico. Con manifestaciones clínicas aisladas de psicosis indiferenciada, confusiones alucinatorias, elaboraciones pseudoperceptivas, cognitivo/delusivas, etc. (Chakrabarti, S., 2012; Lim, M.H. *et al.*, 2014).

Espectros internalizantes y externalizantes. Combinaciones de síntomas tales como el reduccionismo afectivo, el aislamiento social, la anhedonia, el enlentecimiento psicomotriz, el duelo prolongado, etc., (todos agrupados como “internalizantes”) y de furia, irritabilidad, agresividad, ansiedad, desinhibición y disforia (“externalizantes”).

Entidades específicas del ED

Tal como se ha señalado, cuadros clínicos de este tipo entrañan núcleos sintomáticos o sindrómicos de mayor precisión, al punto que hacen posible la identificación de un cuadro central rodeado de manifestaciones clarificadoras y hasta tipificantes. Estas entidades incluyen:

Espectro autístico. El más estudiado y mejor conocido ED, retiene el nombre de espectro porque aún exhibe variaciones más o menos amplias en cuanto a tipo y severidad de los síntomas. Se trata de un diagnóstico neurológico y del desarrollo de ocurrencia universal que afecta las interacciones del paciente con otros en áreas de comunicación, aprendizaje y conducta, síntomas que generalmente aparecen en los dos primeros años de vida y persisten a lo largo de ella, aun cuando tratamientos y servicios pueden mejorar el funcionamiento cotidiano de los pacientes (Baird, G. *et al.*, 2016). Estos muestran problemas de comunicación e interacción social (coparticipación infrecuente, respuestas pobres o nulas, dificultades de ajuste, rostro inexpresivo, voz monótona, etc). Al mismo tiempo, se observan problemas de sueño e irritabilidad, conductas restrictivas y/o repetitivas tales como ecolalia, preocupaciones intensas, hipersensibilidad extrema a las luces, sonidos o cambios de temperatura, interés duradero en tópicos específicos, pero intrascendentes, etc. (Evans, S.C., 2017). Por otro lado, un paciente

autista puede mostrar en el curso del tiempo una serie de cualidades positivas (e.j., aprendizaje de detalles con recuerdos prolongados, aprendizaje visual y auditivo intenso, excelencia en matemáticas y ciencias y talentos artísticos variados) que, en no pocos casos, les ha deparado logros notables (Wing, W., 1982; Thom, R.P., 2014).

Espectro de despersonalización y desrealización. Sentimiento de irrealidad y desapego, alteración o pérdida de la percepción del mundo externo, por ejemplo, cambios en la percepción del tamaño o la forma de los objetos, personas percibidas como muertas o “robotizadas”. Existe también una asociación “egodistónica” con estrés, fatiga, depresión, ansiedad, etc. (Mula M., *et al.*, 2008; Baker, D. *et al.*, 2003). La desrealización se traduce en, por ejemplo, una alteración súbita y transitoria de funciones habitualmente integradoras de conciencia e identidad, un “adormecimiento emocional”, falta de reciprocidad, “vacíos mentales”, vacilaciones atencionales, etc. (Hunter, E.C., 2004). Este tipo de espectro muestra, en general, síntomas y signos de bajo grado, manifestaciones clínicas denominadas “subsindrómicas”.

Espectro de estrés post-traumático (complejo). Una exposición prolongada a eventos o situaciones de horror, amenaza y sufrimiento produce imágenes o recuerdos vívidos, *flashbacks*, pesadillas, miedo, terror y sensaciones físicas concomitantes; suceden a éstos, el evitamiento deliberado de recuerdos de eventos, personas, conversaciones, actividades o lugares que pudieran causar la acentuación o reaparición de aquellos síntomas. Este proceso lleva a una hipervigilancia, la autoprotección constante, la desregulación afectiva, síntomas disociativos, sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso e intenso aislamiento social (Galatzer-Levy, I. *et al.*, 2013; Reed, G.M. *et al.*, 2022).

Espectro obsesivo-compulsivo. Al lado de los típicos síntomas obsesivo-compulsivos (Phillips, K.A. *et al.*, 2024), otras manifestaciones en las esferas afectiva, conductuales y de personalidad, incrementan la complejidad del cuadro clínico y generan su naturaleza espectral, es decir, el añadido de manifestaciones que bordean áreas psicóticas, psicopáticas y hasta cognitivas, todas ellas revestidas del persistente detalle obsesivo.

Espectro de abuso de sustancias. Este concepto se refiere no solamente a la coexistencia del abuso de múltiples sustancias (desde el alcohol hasta la multitud de drogas de consumo universal) sino a la presencia concomi-

tante de manifestaciones clínicas de diversas esferas (Poznyak, V. *et al.*, 2018). Tal coexistencia confiere no solo variedad, heterogeneidad y la consiguiente complejidad al cuadro clínico, sino que puede también desviar el foco terapéutico con resultados inciertos y hasta confusos (Wakefield, J.C., 2015).

Discusión

El concepto de espectro diagnóstico en la psiquiatría clínica contemporánea es, indudablemente, un reflejo y resultado del innegable origen multifactorial y la consiguiente perspectiva sindrómica que, quierase o no, aun preside el enfoque diagnóstico-nosológico de nuestra disciplina. En tal contexto, el impacto de abundantes síntomas leves o moderados (el “subumbral clínico”) es sumamente relevante (Wakefield, J.C., 2016; Kamensm S.R., 2018). Dicho en otros términos, la superposición de síntomas dificulta hacer diagnósticos claros y favorece un enfoque sindrómico que, en estos tiempos, ha arribado al más sofisticado concepto de ED, cuya elaboración obedece a la concurrencia de factores bio-psico-socio-cultural-espirituales (Alarcón, R.D., 2009). Sin ir muy lejos, por ejemplo, un espectro puede también ser la elaboración ontológica de una simple observación clínica: el efecto positivo del mismo fármaco en manifestaciones de entidades diagnósticas originalmente concebidas como totalmente diferentes.

El ED es, pues, un depositario dialéctico y pragmático de perspectivas complejas, un concepto generador de dudas, pero también de observaciones nuevas o novedosas y de consiguientes posibilidades de avance. Por ejemplo, las considerables dudas en torno a si la presencia de frágiles factores de validación hace que entidades supuestamente distintas converjan hacia el mismo diagnóstico, como la ecuación de esquizofrenia-trastorno esquizoafectivo-trastorno bipolar psicótico en la frontera esquizofrenia-trastornos afectivos, además del rol (¿decisivo o confuso?) de las personalidades esquizotípicas y limítrofes (Cheniaux, E. *et al.*, 2008).

Un ED puede responder también a vínculos que posibilitan o refuerzan un diagnóstico dado. Tal es el caso de la esquizotipia como dimensión de personalidad que es, a la vez, un factor predisponente de la esquizofre-

nia con base en la relación entre medidas conductuales, cognitivas y trasfondos de estructura y función cerebral (Gurvich, C., 2015). Igualmente, el modelo diagnóstico dimensional, también favorecido por la vigencia de EDs (Kendler, K.S., 2020), permite asociaciones positivas como la de esquizotipia con la creatividad e inteligencia verbal (Mohr, C. *et al.*, 2015; Nelson B. *et al.*, 2010).

Son varios los beneficios derivados de la presencia de ED en la psiquiatría actual. En primer término, favorece una cobertura más amplia de numerosos cuadros clínicos hoy incompletos, inconsistentes o solamente intuidos. El estudio del EDs ha reforzado decisivamente la modalidad dimensional como un enfoque clínico-diagnóstico que posibilita una flexibilidad, amplitud y realismo extendidos al manejo clínico, atributos de los que carece el afronte categorial (Kendler, K.S., 2020; Boschloo, L. *et al.*, 2015). Una mejor precisión diagnóstica supera comorbilidades inconducentes y etiquetas poco útiles, tales como “no especificado de otra manera” (American Psychiatry Association, 2022). Se trata, en suma, de un enfoque “activista” que hace del ED un campo de creciente investigación básica y clínica.

Como toda elaboración teórico-práctica, el ED presenta también desventajas o riesgos que es necesario reconocer y manejar con efectividad. La colección exclusiva de síntomas entraña posibilidades de un “sobrediagnóstico” y subsecuentes excesos en el uso de medicaciones. Puede crear polémicas innecesarias si niega exageradamente los méritos del enfoque categorial o de los estudios biológicos en las áreas de investigación y manejo clínico. Puede incluso generar dificultades en la provisión de precisiones diagnósticas para la cobertura de seguros y el manejo clínico-administrativo de casos. Futuros avances en este campo implican la necesidad de instrumentos probados para su uso en proyectos de investigación.

El diagnóstico psiquiátrico y, dentro de él, las investigaciones y trabajos en torno al ED, constituyen pilares importantes de una tarea continua (Kendler, K.S., 2016). Su futuro debe estar basado en la creatividad, la planificación sólida y el apoyo social consistente. Es crucial evitar demoras en la incorporación de nuevas piezas de conocimiento científico relevante para sustentar actualizaciones periódicas del sistema (Cuthbert, B.N. *et al.*, 2013). Del mismo modo, el aporte de un genuino humanismo médico y de una

medicina narrativa leal y sobria conferirá un valor auténtico al uso racional de avances tecnológicos como la inteligencia artificial, rechazando manipulaciones comerciales o —lo que es peor— sutil o abiertamente criminales (Yan, W.J. *et al.*, 2022; Bell, V., 2017).

Eventuales excesos en la investigación diagnóstica se traducen en pronunciamientos ambiguos como la “medicina centrada en el paciente” de visos engañosos, individualistas o negatorios *vis-a-vis* los componentes pluralistas del contexto (Fricker, M., 2007), o la “medicina basada en la evidencia”, cliché de rigideces e inflexibilidades de diccionarios y laboratorios (Cosgrove, L. *et al.*, 2018). Los cambios de criterios diagnósticos existentes, la adición o la eliminación de entidades, correcciones y/o aclaraciones de descripciones y textos hacen de éste un proceso inevitablemente complejo, por lo que queda claro que revisiones y actualizaciones periódicas de los sistemas diagnósticos seguirán siendo inevitables (Nemeroff, C.B. *et al.*, 2013; Hansen, H. *et al.*, 2018).

Conclusiones

El espectro diagnóstico configura un terreno de singulares alcances y un proceso decisivo en la evolución del diagnóstico como quehacer esencial de la psiquiatría actual (Maj, M., 2016). El ED es realidad y es búsqueda, es historia y es crítica, refleja necesidades hermenéuticas y entraña soluciones importantes, pero todavía transitorias. Sus resultados y propuestas deben evitar superposiciones con diagnósticos existentes, deben no solo ser mejores conceptualizaciones de subtipos conocidos y, en cuanto a su validez, deben poseer una proporción daño/beneficio positiva. Sus pruebas de evidencia deberán abundar tanto en sentido común como en la clara demostración de sólidos factores antecedentes, concurrentes y predictivos de validación.

Concluimos con una cita muy pertinente de Karl Jaspers, una de las figuras más sobresalientes de la psiquiatría universal: “...debemos fomentar una actitud alejada de ociosas teorizaciones dogmáticas, especulaciones o absolutismos de cualquier forma... (y) ...enfaticar el papel clave de recrear la experiencia anómala del paciente a través de un proceso de empática ‘ac-

tualización imaginativa' y atención crítica tanto al contenido como a la forma de su experiencia psicopatológica" (Jaspers, K., 1977).

Referencias

- Alarcón, R. D. (2009). Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: Review and projections. *World Psychiatry*, 8, 1-9.
- Alarcón, R. D. (2020). *El diagnóstico en psiquiatría: Perspectivas de dos décadas en el siglo XXI*. Conferencia dictada en el Curso Nacional de Actualización en Psiquiatría, Madrid, España.
- Alarcón, R. D. (2022). Healing: A revealing volume. *Psychiatric Times*, 39(10), 10-11. <https://psychiatrictimes.com/view/healing-our-path-from-mental-illness-to-mental-health>
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.; DSM-II). APA Press.
- . (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.; DSM-III). APA Press.
- . (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). APA Press.
- Angst, J., Merikangas, K. R., y Preisig, M. (1997). Subthreshold syndromes of depression and anxiety in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Suppl. 8), 6-10.
- Baird, G., y Norbury, C. F. (2016). Social (pragmatic) communication disorders and autism spectrum disorder. *Archives of Disease in Childhood*, 101, 745-751.
- Baker, D., Hunter, E., Lawrence, E., et al. (2003). Depersonalisation disorder: Clinical features of 204 cases. *British Journal of Psychiatry*, 182, 428-433.
- Batstra, L., y Frances, A. (2012). Holding the line against diagnostic inflation in psychiatry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(1), 5-10.
- Bell, V. (2017). *Why we need to get better at critiquing psychiatric diagnosis*. Mind Hacks. <https://mindhacks.com/2017/09/19/why-we-need-to-get-better-at-critiquing-diagnosis>
- Boschloo, L., van Borkulo, C. D., Rhemtulla, M., et al. (2015). The network structure of symptoms of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *PLOS ONE*, 10(9), Article e0137621. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137621>
- Cacciatore, J., y Frances, A. (2022). DSM-5-TR turns normal grief into a mental disorder. *The Lancet Psychiatry*, 9, e32.
- Cassano, G. B., Frank, E., Miniati, M., et al. (2002). Conceptual underpinnings and empirical support for the mood spectrum. *Psychiatric Clinics of North America*, 25, 699-712.
- Chakrabarti, S. (2012). Psychotic and catatonic presentations in bipolar and depressive disorders. *World Psychiatry*, Suppl. 1, 59-64.
- Cheniaux, E., Landeira-Fernandez, J., Lessa Telles, L., Lessa, J. L., Dias, A., et al. (2008).

- Does schizoaffective disorder really exist? *Journal of Affective Disorders*, 106, 209-217.
- Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., *et al.* (2017). ICD-11, DSM-5, and RDoC: Three approaches to understanding and classifying mental disorders. *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2), 72-145.
- Cohen, B. M., Ongur, D., y Harris, P. Q. (2022). Past due: Improving the naming of psychiatric disorders. *The Lancet Psychiatry*, 9, 264-266.
- Compton, M. T., y Shim, R. S. (2015). The social determinants of mental health. *Focus*, 13(4), 419-425.
- Cosgrove, L., Shaughnessy, A. F., y Shaneyfelt, T. (2018). When is a guideline not a guideline: The devil is in the details. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 23(1), 33-36.
- Craddock, N., y Owen, M. J. (2010). The Kraepelinian dichotomy – going, going...but still not gone. *British Journal of Psychiatry*, 196, 92-95.
- Cuthbert, B. N., e Insel, T. R. (2013). Towards precision medicine in psychiatry: The NIMH Research Domain Criteria project. In D. S. Charney *et al.* (Eds.), *Neurobiology of mental illness* (4th ed., pp. 1076-1088). Oxford University Press.
- Delay, J., Deniker, P., y Harl, J. M. (1952). Therapeutic use in psychiatry of phenothiazine of central elective action (4560 RP). *Annales Médico-Psychologiques*, 110(21), 112-117.
- Evans, S. C., Burke, J. D., Roberts, M. C., *et al.* (2017). Irritability in child and adolescent psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 53, 29-45.
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G., y Muñoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Filer, N. (2020). *This book will change your mind about mental health*. Faber & Faber.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Horwitz, A. V., y Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness*. Oxford University Press.
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155-179.
- Insel, T. (2022). *Healing: Our path from mental illness to mental health*. Penguin Press.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. Springer.
- Kendler, K. S. (2016). The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry*, 15(1), 5-12.
- Kraepelin, E. (1896). Der psychologische Versuch in der Psychiatrie. *Psychologische Arbeiten*, 1, 1-91.
- Wakefield, J. C. (2007). The concept of mental disorder: Diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry*, 6, 149-156.
- World Health Organization. (2022). *International classification of diseases* (11th rev.; ICD-11). WHO.
- Zachar, P., Regier, D. A., y Kendler, K. S. (2019). The aspirations for a paradigm shift in DSM-5. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 207, 778-784.

2. Perspectivas culturales de la transfobia internalizada: espectro social traumático



JUAN MAASS*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.393.02>

Introducción

Los espectros diagnósticos en la salud mental —motivo de este encuentro— parecerían incompatibles con la invitación a exponer sobre la cuestión transgénero debido a que, en el mundo de hoy, existe cada vez más consenso de que se trata de una condición personal y no de un diagnóstico internacional, siendo la vieja nomenclatura desterrada a sitios muy marginales de los manuales respectivos. Esta presentación, a la inversa, trata sobre el peso que el espectro social traumático tiene sobre esa condición y las consecuencias en su salud mental.

En principio, la cultura debería garantizar un mínimo de estrés psicosocial a las personas transgénero (minorías) para que puedan no afectar su autoestima, su salud mental y sus relaciones con los demás.

El cambio cultural requerido para ese objetivo en nuestro medio no es puramente sanitario, sino que se nos ofrece como un espectro hostil en diversos campos como la familia, la educación, la vivienda, el trabajo, la justicia, el nivel económico, la religión, etc.

Propongo revisar algunas preguntas en torno a diversas definiciones, su impacto, su pesquisa, su perpetuación social y las medidas necesarias para superar estas barreras.

1. ¿Qué es la transfobia internalizada, la identidad de género y la orientación sexual?

* Especialista en psiquiatría por la Universidad de Chile.

2. ¿Cómo se afecta la salud mental de las personas transgénero?
3. ¿Cuáles son los modos de pesquisar la transfobia internalizada?
4. ¿Por qué la cultura modela la transfobia?

1. ¿Qué es la transfobia internalizada, la identidad de género y la orientación sexual?

La transfobia internalizada alude a la incomodidad y/o la franca animosidad que la cultura internaliza en los ciudadanos respecto a las personas transgénero y cómo ellos mismos participan de convicciones paradójicas y dañinas para sí.

La transfobia internalizada es la aceptación inconsciente de creencias negativas y prejuicios sobre las personas transgénero que se han internalizado por una persona transgénero. Esto significa que una persona trans puede llegar a creer y actuar de acuerdo con los estereotipos y las actitudes negativas sobre las personas trans que prevalecen en la sociedad. Estos prejuicios pueden afectar su autoestima, su salud mental y sus relaciones con los demás.

Es importante destacar que la transfobia internalizada no es una falla personal de quién es transgénero. Es el resultado de vivir en una sociedad que constantemente refuerza los estereotipos negativos y los prejuicios contra las personas trans.

Es un proceso traumático y crónico que ocurre a lo largo de toda la vida de una persona que es incongruente con su género, pero que está altamente perjudicado en contra del impulso o la motivación innata o aprendida que impulsa su comportamiento (pulsión).

El proceso de desaprender estos prejuicios internalizados requiere un trabajo constante y apoyo, a menudo con la ayuda de terapia y de comunidades de apoyo.

Identidad de género y orientación sexual

- Cisgénero: se refiere a una persona cuya identidad de género coincide con el sexo que le fue asignado al nacer. En otras palabras, se

sienten hombres si nacieron con órganos sexuales masculinos, y mujeres si nacieron con órganos sexuales femeninos.

- Heterosexual: se refiere a la orientación sexual. Describe la atracción romántica, sexual y/o afectiva hacia personas del sexo opuesto al propio. Es una cuestión de atracción y deseo.

Tipos de personas según el género y la orientación sexual

- Cisgénero y heterosexual: su identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer y se siente atraída por personas del sexo opuesto.
- Cisgénero y homosexual (o bisexual, etc.): su identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer, pero su atracción romántica, sexual o afectiva es hacia personas del mismo sexo (o más de un sexo).
- Transgénero y heterosexual: su identidad de género no coincide con el sexo asignado al nacer, pero se siente atraída por personas del sexo opuesto.
- Transgénero y homosexual (o bisexual, etc.): su identidad de género no coincide con el sexo asignado al nacer, y su atracción es hacia personas del mismo sexo (o más de un sexo).

2. ¿Cómo se afecta la salud mental de las personas transgénero?

La salud mental de las personas transgénero se ve afectada de manera significativa por una variedad de factores, muchos de los cuales están relacionados con la transfobia y la discriminación que experimentan en la sociedad. Estos factores pueden interactuar entre sí y generar un impacto complejo y profundo. Algunos de los problemas de salud mental más comunes que afectan a las personas transgénero incluyen:

- Autodesprecio: sentimientos de vergüenza, culpa o asco por su identidad de género.
- Auto-odio: odiarse a sí mismo por ser transgénero.

- Negación de la propia identidad: intentar reprimir o negar su identidad de género transgénero.
- Disforia de género exacerbada: experimentar una disforia de género más intensa debido a la internalización de prejuicios negativos.
- Auto-sabotaje: comportamientos que perjudican su propio bienestar, como evitar la atención médica necesaria o retrasar la transición.
- Conformidad con los estereotipos: intentar encajar en los estereotipos de género cisgénero para evitar el rechazo.
- Aislamiento social: alejarse de otras personas trans o de la comunidad LGBTQ+ por miedo al juicio o al rechazo.

Clínica de los cuadros mentales frecuentes en personas transgénero

Ansiedad y depresión: la discriminación, el estigma, el rechazo social y la violencia que enfrentan las personas trans pueden provocar altos niveles de ansiedad y depresión. La dificultad para acceder a la atención médica adecuada, incluyendo la terapia hormonal y la cirugía de afirmación de género, también contribuye a estos problemas.

Trastornos de estrés postraumático (TEPT): las experiencias de acoso, violencia, discriminación y microagresiones pueden llevar al desarrollo de TEPT. Esto puede manifestarse como pesadillas, *flashbacks*, ansiedad generalizada y evitación de situaciones o lugares que les recuerden experiencias traumáticas.

Trastornos de la alimentación: la presión social para ajustarse a ciertas normas de género y la disforia de género pueden contribuir a trastornos de la alimentación, como la anorexia o la bulimia.

Intentos de suicidio: desafortunadamente, las personas transgénero tienen una tasa de intentos de suicidio significativamente mayor que la población general. Esto se relaciona directamente con la discriminación, la falta de apoyo social y la dificultad para acceder a la atención médica adecuada.

Abuso de sustancias: el abuso de sustancias, como el alcohol o las drogas, puede ser una forma de lidiar con el estrés, la ansiedad y la depresión.

Disforia de género: aunque no es en sí misma una enfermedad mental, la disforia de género puede causar angustia significativa si no se aborda adecuadamente. La gravedad de la disforia puede variar considerablemente entre las personas.

Aislamiento social: el miedo al rechazo y la discriminación pueden llevar al aislamiento social, lo que empeora aún más la salud mental.

Problemas de sueño: la ansiedad y la depresión pueden causar problemas de sueño, como el insomnio o la hipersomnia.

Es importante destacar que no todas las personas transgénero experimentan problemas de salud mental. Muchas personas transgénero son resilientes y viven vidas plenas y felices. Sin embargo, es crucial reconocer que la sociedad juega un papel crucial en la salud mental de las personas trans, y que la creación de un entorno más inclusivo y solidario es esencial para mejorar su bienestar. El acceso a terapia, el apoyo social y la atención médica afirmativa es fundamental para ayudar a las personas transgénero a prosperar.

3. Modos de pesquisar la transfobia internalizada

La transfobia internalizada es un proceso complejo y sutil, y sus signos y síntomas pueden variar ampliamente de persona a persona. No todos los individuos trans experimentarán todos estos signos, y la presencia de algunos no significa necesariamente la presencia de transfobia internalizada. Es crucial recordar que la evaluación debe hacerse con compasión y respeto, y que la ayuda profesional puede ser invaluable.

Signos y síntomas emocionales

- Vergüenza y culpa: sentimientos profundos de vergüenza o culpa por la propia identidad de género o expresión de género. Esto puede manifestarse como el deseo de ocultar o negar la propia identidad trans.

- Auto-odio y auto-desprecio: tener una baja autoestima y una opinión negativa de sí mismo, relacionada directamente con su identidad trans.
- Ansiedad y depresión: experimentar niveles altos de ansiedad o depresión, a menudo vinculados a la disforia de género o al miedo al rechazo.
- Miedo al rechazo y a la discriminación: un miedo intenso a ser rechazado, marginado o discriminado por ser trans. Este miedo puede llevar a la evitación de situaciones sociales o a la ocultación de la propia identidad.
- Aislamiento social: alejarse de amigos, familia o comunidades trans por miedo al juicio o a la invalidación.
- Dificultad para aceptar la propia identidad: resistencia a identificarse como trans o a aceptar plenamente su identidad de género.
- Negación de la propia identidad trans: intento de negar o suprimir su identidad trans, a menudo para evitar el conflicto o el dolor.
- Signos y síntomas conductuales:
- Autolesión: puede incluir comportamientos autodestructivos como una forma de lidiar con la disforia de género o la transfobia internalizada.
- Suicidio o pensamientos suicidas: pensamientos recurrentes de suicidio o intentos de suicidio como resultado de la transfobia internalizada y la disforia de género.
- Conformidad a los roles de género: adoptar roles de género que no se alinean con su identidad de género interna para evitar el estigma o el rechazo.
- Disimulo de la identidad: ocultar o disfrazar su identidad trans en diferentes entornos sociales.
- Actitudes negativas hacia otras personas trans: expresar juicios o críticas hacia otras personas trans como una forma de proyectar su propia transfobia interna.
- Utilización de lenguaje transfóbico: usar lenguaje transfóbico hacia sí mismo o hacia otros como una forma de auto-castigo o de invalidar su propia identidad.

Test o cuestionarios

No existen pruebas o cuestionarios estandarizados y ampliamente validados para evaluar la transfobia internalizada. La naturaleza compleja y subjetiva de la transfobia internalizada dificulta la creación de un instrumento de medición confiable y preciso. Las experiencias individuales varían ampliamente, y lo que puede ser un signo para una persona, puede no serlo para otra.

Algunos instrumentos disponibles

- Cuestionario de identidad de género (Gender Identity Questionnaire)
- Escala de aceptación de la identidad de género (Gender Identity Acceptance Scale)
- Cuestionario de salud mental para personas trans (Trans Mental Health Questionnaire)

La evaluación de la transfobia internalizada se basa, principalmente, en una evaluación cualitativa a través de:

- Entrevistas clínicas: un profesional de la salud mental capacitado en temas transgénero puede realizar una entrevista exhaustiva para explorar los pensamientos, sentimientos, comportamientos y las experiencias del individuo. Estas entrevistas permiten una evaluación profunda y personalizada.
- Observación del comportamiento: la observación de patrones de comportamiento puede ofrecer información relevante sobre la presencia de la transfobia internalizada.
- Análisis del discurso: el análisis de cómo el individuo se refiere a sí mismo y a otras personas trans puede revelar actitudes y creencias subyacentes.

Es importante recalcar

La presencia de estos signos o síntomas no diagnostican automáticamente la transfobia internalizada. Un profesional de la salud mental, preferentemente con experiencia en temas transgénero, puede ayudar a realizar una evaluación adecuada y proporcionar un diagnóstico y un plan de manejo personalizado. Buscar ayuda profesional es un paso crucial para abordar la transfobia internalizada y mejorar el bienestar emocional.

4. ¿Por qué la cultura modela la transfobia?

La cultura social juega un papel fundamental en la perpetuación de la transfobia y la superación del fenómeno. No se trata de un fenómeno aislado, sino que se enraíza en sistemas de creencias, valores, normas y prácticas culturales que, históricamente y en el presente, han contribuido a la discriminación y la violencia contra las personas transgénero.

Su influencia se manifiesta de varias maneras:

1. Construcción social del género.
2. Normas de género y expectativas.
3. Representaciones mediáticas y culturales, etc.

Construcción social del género

Muchas culturas refuerzan una rígida dicotomía de género binaria (hombre/mujer), dejando poco o ningún espacio para identidades de género que no se ajusten a este esquema. Esta construcción social del género, a menudo profundamente arraigada y normativizada, se convierte en la base para la incompreensión y el rechazo de las identidades transgénero.

Normas de género y expectativas

Las culturas establecen normas y expectativas específicas sobre cómo deben comportarse las personas según su género asignado al nacer. Las personas transgénero que no cumplen con estas expectativas son a menudo estigmatizadas, ridiculizadas y enfrentadas a la violencia. Esta presión para ajustarse a las normas de género puede llevar a la internalización de la transfobia, incluso dentro de la propia comunidad trans.

Representaciones mediáticas y culturales:

La forma en que las personas transgénero son representadas en los medios de comunicación, el cine, la televisión y otras formas de cultura popular, influye significativamente en la percepción pública. Las representaciones estereotipadas, caricaturescas o negativas contribuyen a la creación de prejuicios y al refuerzo de la transfobia. La falta de una representación positiva y realista también contribuye a la invisibilización de las experiencias transgénero.

Religión e ideologías: algunas interpretaciones religiosas y sistemas de creencias refuerzan la idea de un género binario inmutable y rechazan las identidades transgénero. Estas creencias pueden ser utilizadas para justificar la discriminación y la violencia contra las personas trans. Asimismo, ideologías conservadoras a menudo se oponen a los derechos de las personas trans, utilizando argumentos culturales para legitimar su transfobia.

Lenguaje y discurso: el lenguaje juega un papel crucial en la perpetuación de la transfobia. El uso de términos despectivos, la invalidación de la identidad de género de las personas trans y la persistencia del lenguaje binario excluyente contribuyen a crear un clima de hostilidad y discriminación.

Prácticas culturales: ciertas prácticas culturales pueden contribuir a la transfobia. Por ejemplo, la violencia ritual contra personas percibidas como transgénero en algunas culturas, o la falta de reconocimiento legal de la identidad de género de las personas trans, lo que las deja vulnerables a la discriminación.

Transmisión intergeneracional: la transfobia, como otros prejuicios, a menudo se transmite de generación en generación a través de la familia, la comunidad y la educación informal. Los niños y jóvenes crecen en entornos donde la transfobia se normaliza, lo que perpetúa el ciclo de discriminación.

Cambios culturales necesarios: para combatir la transfobia es crucial abordar la influencia de la cultura social en su perpetuación. Esto implica desafiar las normas de género restrictivas, promover representaciones positivas de las personas transgénero en los medios de comunicación, fomentar la educación inclusiva sobre la identidad de género y luchar por políticas públicas que protejan los derechos de las personas transgénero. En resumen, un cambio cultural es fundamental para erradicar la transfobia.

Controversias respecto a los cambios culturales requeridos en una sociedad para contrarrestar la transfobia: Las controversias en torno a los cambios culturales necesarios para contrarrestar la transfobia son numerosas y complejas. Se centran en las tensiones entre los valores tradicionales y los derechos de las personas transgénero y, a menudo, se manifiestan en debates acalorados y polarizados. Aquí se revisarán algunas de las controversias más importantes:

- **Definición del género y la identidad de género:** una controversia central gira en torno a la definición misma de género. Mientras que algunos defienden una visión binaria y esencialista del género (basada en la biología), las personas transgénero y sus aliados abogan por una comprensión más fluida y diversa de la identidad de género. Esta diferencia de perspectiva crea un conflicto fundamental sobre la legitimidad de las identidades transgénero.
- **Uso del lenguaje inclusivo:** el debate sobre el lenguaje inclusivo, como el uso de pronombres neutros en género o la corrección de la identidad de género, genera controversia. Algunos lo ven como un ataque a la lengua o a las tradiciones culturales, mientras que otros lo ven como una herramienta necesaria para el respeto y la inclusión de las personas transgénero. Esta controversia refleja una lucha por el control del discurso público y la representación de las identidades.
- **Acceso a espacios públicos y servicios:** la discusión sobre el acceso de las personas transgénero a baños, vestuarios y otros espacios públicos,

así como a servicios de salud y atención médica, genera tensiones significativas. Algunos argumentan que esto viola la privacidad y la seguridad de otras personas, mientras que otros enfatizan el derecho de las personas transgénero a la dignidad y la seguridad. El debate a menudo se centra en la preocupación por la seguridad pública, aunque los estudios muestran que no hay evidencia que respalde estas preocupaciones.

- Participación en deportes y actividades: la participación de atletas transgénero en competencias deportivas es otro punto de conflicto. Algunos argumentan que las ventajas biológicas pueden dar a las atletas transgénero una ventaja injusta, mientras que otros insisten en el derecho de las personas transgénero a participar en actividades que les permitan desarrollarse y competir. Esta controversia requiere una cuidadosa consideración de la equidad, la inclusión y la justicia.
- Derechos reproductivos y parentales: las controversias también incluyen debates sobre los derechos reproductivos de las personas transgénero y su capacidad de ser padres o madres. Algunos argumentan que la maternidad o paternidad deben estar ligadas a la biología, mientras que otros defienden el derecho de las personas transgénero a formar familias y criar hijos.
- Repercusiones religiosas y morales: las perspectivas religiosas y morales juegan un papel significativo en estas controversias. Algunas creencias religiosas se oponen a la identidad transgénero, lo que influye en las actitudes y acciones de algunos individuos y grupos. Estas creencias a menudo se entrelazan con argumentos sobre la moralidad y la tradición cultural.
- Educación y concienciación: la falta de educación y concienciación pública sobre la identidad transgénero contribuye a las controversias. La información errónea y los estereotipos negativos exacerban las tensiones y dificultan el diálogo constructivo.

Conclusiones

Se ha realizado una revisión del “espectro traumático” que afecta a la condición transgénero y sus contradicciones con la cultura social predominante.

La violencia de género juega un rol clave en el estrés de las minorías y sus efectos en la salud mental de la población transgénero. Se concluye que se requiere un esfuerzo adicional desde la cultura para abordar un fenómeno que no es tema médico curativo ni sanitario tradicional.

Referencias

- Bustamante M. A., Garrido-Carrasco, C. (2019). Discriminación hacia personas transgénero: desafíos para un trabajo social en derechos humanos. *Intervención*, 9(1), 79-98. Disponible en: <https://intervencion.uahurtado.cl/index.php/intervencion/article/view/72/79>
- Maass J. Cáceres J. (2023). De la transición a la destransición: desafíos para la salud mental en nuestra cultura. En Villaseñor J.: *De la Psiquiatría Clásica en la Vanguardia de la Aldea Global* (1° Ed., pp. 242-298). Universidad de Guadalajara. https://www.webapal.org/docs/libro_villase%C3%B1or.pdf
- Testa R. J., Jimenez, C. L., & Rankin, S. (2014). The Role of Gender Identity in the Mental Health of Transgender Individuals. *Social Science & Medicine*, 110, 87-95.
- Waselewski A, Waselewski M, Waselewski E, Kruger L, Chang T. (2023). Perspectives of US Youths on Participation of Transgender Individuals in Competitive Sports: A Qualitative Study. *JAMA Netw Open*, 6(2). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.55107>

3. (Re)presentaciones de la muerte en la adolescencia: teoría de la práctica individual y privada en referencia a los diagnósticos en salud mental



MARTIN RECA*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.393.03>

La polisemia del vocablo “espectros” fue la idea que impulsó presentarles en este marco algunas reflexiones sobre la representación de la muerte en los adolescentes, que se inspiran en mi práctica privada de terapeuta psicoanalista.

“Espectros” es un término que se utiliza en las actuales clasificaciones de la salud mental que anima el debate propuesto por el título de la portada. Dicho debate considera naturalmente aspectos axiológicos, epistemológicos, nosológicos, históricos, culturales, pero también sociales y políticos, que son factores condicionantes de las clasificaciones diagnósticas en la salud mental.

Vista tal problemática, el tema tan específico que este texto se propone abordar, a saber “las (re)presentaciones de la muerte en la adolescencia”, presentaría en estas páginas, ante todo, el interés de ilustrar el posicionamiento que dicho debate adopta en el pensamiento de un clínico terapeuta. Debido a esto, antes de evocar los “espectros” mortíferos que habitan en los adolescentes, me permitiré ofrecer algunos comentarios introductorios de los instrumentos que permiten a un clínico llegar a evidenciarlos. De allí, el subtítulo propuesto que hace alusión al “trabajo de teorización” que realiza el clínico en su práctica privada.

* Médico Psiquiatra de las Universidades Nacionales de La Plata (Argentina) y de París-Sorbona.

Como sabemos, el razonamiento clínico ante el acto de diagnosticar debe considerar dos lógicas diferentes: 1) la que lo compele al ordenamiento de su saber en un marco referencial del saber teórico de la clínica, el cual guiará su comprensión del cuadro mórbido y orientará su decisión o acto terapéutico (cuando no es que también lo justificará deontológicamente). Esta lógica, al basarse en tal referencia a un corpus científico profesional —en calidad de “tercero”—, permitirá así tanto su reflexión interna como su ocasional diálogo con colegas. 2) la otra lógica es la utilizada idiosincráticamente en el abordaje del caso en particular y, máxime, en la cura que se personaliza en y por la singularidad de dicho caso.

Hay dos modalidades lógicas de la clínica, una abstracta y general; la otra, personal y particular. Ambas son científicas. Sabemos todo lo que el constructo del saber general le debe a la investigación del “caso singular” y, recíprocamente, cómo este último problematiza la integración del primero en su propia realidad, interrogando su fiabilidad y su validez.

Pero a menos de mantener la ilusión engañosa de que la primera lógica dirige efectivamente la segunda (ilusión muy presente al momento de redactar *guidelines*), sabemos que la segunda —la lógica idiosincrática— implica dimensiones de mayor subjetividad profesional por parte del clínico. Su experiencia acumulada desempeña un papel sustancial; en modo casuístico y comparativo, incluye también toda una serie de recursos implícitos personales —muchas veces en tácito conflicto— de los que podemos nombrar tan sólo como ejemplo, las resistencias, la tolerancia a la angustia, la negación, las idealizaciones. Sin necesidad de invocar caracterologías en el clínico que magnifiquen estas tendencias. Y ello, obviamente, con sus inevitables efectos decisionales de pertinencia en la apreciación.

Entre estos implícitos se inscriben también las afiliaciones teóricas y las preferencias del clínico.

A riesgo de demorarnos sobre estos aspectos, no podemos no invocar la importancia del manejo “docto” del margen de incertidumbre que caracteriza a la lógica médica, especialmente ante el caso particular.

En fin de cuentas, esta lógica subjetiva que guía el pensamiento clínico, que podría juzgarse en un primer momento como estando más comprometida con lo “pequeño” comparada con la riqueza infinita de la lógica abs-

tracta, conceptual y elementarista a la que el clínico se somete ante los meollos electivos de las clasificaciones diagnósticas, resulta ser finalmente aquélla que, en modo holístico, asume mucho más plenamente la responsabilidad del pensamiento complejo.

Por ello, aparece más interesante aun pensar todas esas disposiciones subjetivas del clínico-terapeuta menos en resonancia coherente consigo mismo, con su personalidad que, como expresión de lo que realmente ocurre en el encuentro con el paciente —el “drama concreto”— una vez asumida y comprometida la relación terapéutica.

Esa “implicación a dos”, lo transaccional y lo transferencial, y cuyo seguimiento instaura una dimensión diacrónica, da lugar a observaciones clínicas extremadamente variadas y cambiantes, las cuales fueron la fuente que propulsaron la multiplicación de categorías diagnósticas con las consecuentes intrincaciones estadísticas y tautológicas de la epidemiología.

Con estas nuevas condiciones del campo de observación —relacionales y diacrónicas— el clínico se enfrenta también con la noción de resistencia al cambio saludable por parte del paciente (resistencia involuntaria sino inconsciente). Esta es una noción fundamental que históricamente ha guiado muchos cambios en los criterios diagnósticos. Pensemos, por ejemplo, en las categorías de los estados límites y en las pseudo-neurosis, categorías que partieron de los consultorios privados y de los divanes freudianos.

Esto también ha hecho que muchos terapeutas implicados en la continuidad de un tratamiento a mediano y largo plazo se desinteresen de la referencia a las clasificaciones incluso cuando éstas toman en cuenta —como es el caso de las clasificaciones francesas— los cambios evolutivos (regresivos o progresivos) y los elementos connotativos del entorno social, educativo y afectivo.

¿Por qué? Porque el terapeuta —a diferencia del perito examinador— toma en cuenta para su trabajo tres parámetros interrelacionados:

1. Considera que todo trastorno o enfermedad es un proceso dinámico (reprochándole a la clasificación diagnóstica su carácter estático y, sobre todo, su inadecuación para designar durablemente el valor del signo: lo que se observa en T1 no es idéntico ni semejante a lo observado en T2). El signo manifiesto, observable, es cambiante en sí, tanto en cantidad (intensidad)

como en calidad (sometido a cambios transmodales, a transposiciones, a deformaciones, etc.) o porque el signo ha cambiado de función. El clínico terapeuta significa, resignifica, pero también califica y recalifica.

2. Considera una semiótica subyacente al cuadro manifiesto, una semiótica “invisible”, en estrecha relación de causalidad o de negación de significación con lo manifiesto, y con un rol de predominancia respecto al cambio voluntariamente deseado. La psicopatogenia y la psicopatología psiquiátricas de los clásicos pueden alcanzar niveles de metapsicología, como es el caso de la inaugurada por Freud con su noción doctrinaria de “realidad psíquica” y de “pulsionalidad infantil”, ambas inconscientes al sujeto. En el plano de lo manifiesto, esto puede dar lugar a diagnósticos engañosos, enmascarados o *naïfs*. Para dar un ejemplo: la idea suicida en el adolescente puede significarse como, por ejemplo, un elemento depresivo (si la presencia de otros signos así lo justifican —recordemos rápidamente que la idea de suicidio puede observarse en psicopatías, psicosis emergentes, etc.—), pero quedará la ardua tarea de evaluar el contenido de dicha idea en términos semánticos y también en términos de defensas psicológicas existentes.

3. Considera también —a diferencia del diagnosticador— a la intersubjetividad indefectible y complementaria en el encuentro con su paciente para calificar, recalificar, significar y resignificar, esta vez, en ese marco relacional de intencionalidades recíprocas (volviendo a la idea de suicidio: con qué intención se enuncia tal idea dirigida al otro) y esta semiótica se inscribe en un acompañamiento transformador por antonomasia.

De todo esto se deduce que, para la observación y anotación que lleva a cabo un terapeuta, lo manifiesto es relativo y que su “saber” puede llevarle a pensar en signos que no son aún observables o a continuar considerando aquél que ha dejado de ser aparente.

Baste decir que al terapeuta no le resultan adecuadas las clasificaciones diagnósticas que aspiran a ser objetivantes, exigiendo suscribir a criterios no sólo estáticos sino también “evidenciables”, como lo impone el paradigma de la Evidence Based Medicine (EBM), que mantiene la convicción etiopatogénica de lo orgánico o lo exclusivamente biológico en la medicina y, con más razón, en la medicina mental. Tal tendencia clasificatoria clausura la flexibilidad necesaria en el juego dialógico de los tres parámetros descritos.

No es menos significativo que, en ese trabajo axiológico que realiza todo clínico, el terapeuta considera, además, la perspectiva transformadora del signo: el carácter transformador del signo (en nuestro ejemplo, la idea suicida) que comienza desde la primera anotación de dicho signo en la relación doble intersubjetiva. Efectivamente, el terapeuta, en su investigación evaluativa del signo con el propósito de anotarlo, interrogando, pues, conjuntamente con el paciente ese signo (el enunciado del paciente de su idea de suicidio), ya lo está transformando.

Con todos estos parámetros se podría decir que el terapeuta puede prescindir de todo esfuerzo diagnóstico categorial o que le resulta ocioso consagrarle una atención rigurosa.

Sin embargo, sabemos que no es así y que, no sólo las clasificaciones sino la pluralidad de éstas y los cambios en su seno mismo, alimentan su “aparato para pensar”, como lo llama Wilfred Bion. La implicación del terapeuta en el “trabajo de cultura” lo alerta sobre cuestiones fundamentales del marco extrarrelacional de su quehacer, así como sobre las resistencias, ya no individuales sino grupales (resulta oportuno recordar que el término “espectros” fue introducido en las clasificaciones, esencialmente para evitar la alusión a la psicosis juzgada demasiado estigmatizante). Pero también —seamos optimistas— esos nuevos actos nominativos lo alertan de posibles aperturas, dando un marco oficial a matices y a la anotación de nuevas realidades clínicas que, no por sutiles, son menos ciertas o caracterizables. “Espectros” puede pues atestiguar —no sin riesgos, como toda apertura de negación de su núcleo original— una extensión abarcativa y también una modestia científica.

Es claro que, al considerar estas peculiaridades del razonamiento clínico-terapéutico ante las clasificaciones, la fiabilidad y la validez, “interjueces”, como se dice, se vuelven aun más reducidas y el consenso es más difícil de obtener. Sin embargo, hay que ver en eso una riqueza y una vitalidad, si no científica, al menos de cientificidad. Por ejemplo, las discusiones diagnósticas multi-referenciales que se realizan en grupo —que son tan importantes en la salud mental— constituyen siempre no sólo un mayor acercamiento a la complejidad de la “cosa” clínica y de los diferentes niveles de las realidades allí anudadas, sino que contribuyen también a un desenmarañamiento imaginario susceptible de cautivar a todo intérprete aislado.

De todas maneras, y como corolario, siempre es bueno recordar que en la clínica de la psiquis (del alma) —aprisionada entre dualismos aporéticos (naturalistas versus espiritualistas; nominalistas versus realistas, esencialistas versus atomistas; categoriales versus dimensionalistas, etc.)— el margen de lo que se nos escapa (la resistencia al entendimiento) es, por naturaleza, importante. Pero no porque escapa (al entendimiento) deja de existir como componente de la clínica. ¿Entonces, qué estatuto le otorgamos a esos componentes irrepresentables en la investigación taxonómica?

El clínico-terapeuta, sin poder clasificarlo, sabe de su gran valor. Esos elementos-que-escapan son espacios simbólicos indispensables y deseables. Son espacios mentales, si no de “salud”, hacia la salud. Por el contrario, las patologías mentales, en sus expresiones autoplásticas o aloplásticas, nos muestran bien la desaparición de esos espacios simbólicos (que son no sensoriales ni concretos) al saturarlos por medio de conversiones, somatizaciones, adicciones, alucinaciones, delirios, etc. El síntoma viene a allanar con representaciones sensoriales y perceptibles ese espacio mental de lo no representable, que debería quedar “libre”, informe y disponible para pensar asociativamente.

Y entre esas cosas que no “atrapamos” con nuestras representaciones y que, por ende, tampoco figuran en nuestras clasificaciones —aunque introduzcamos en ellas la palabra “espectro”— está justamente la representación de la muerte. ¿Debemos, pues, seguir confiándosela a la filosofía, a la religión o al saber popular?

Cierto es que la muerte, como criterio axiológico, aparece en las ideas de suicidio, en las categorías de duelo o en cuadros reaccionales, pero, a mi entender, aparecen en tanto que actos desencadenantes o intencionales de los que se infiere la idea de muerte. En los trastornos de pánico, la idea de una muerte inminente es el contenido metafórico de la experiencia dolorosa de descontrol.

La muerte en sí, si se puede decir, y sobre todo la de uno “no tiene nada que ver con nada” (*Nur der Tod ist umsonst*, en la lengua de Freud). Freud lo afirma en un texto publicado de manera póstuma (*La escisión del Yo en el proceso defensivo*, 1937) y precisa en otros que la representación consciente de la propia muerte no existe y que el inconsciente la ignora.

Les propongo pensar lo impensable como una dimensión transnosográfica (no sé si dimensional) y casi con una perspectiva de economía psíquica. Me inspira a ello la lección de un profesor de psiquiatría que, debiendo tratar de escalas de evaluación de “calidad de vida” en pacientes psiquiátricos —lo que constituía en aquel entonces una herramienta de progreso social— su voz se volvió más grave e irónica al decir: “Por cierto, hay que evaluar la calidad de vida, pero no se confundan, ante todo paciente mental y estableciendo su diagnóstico, pregúntense siempre: qué cantidad de muerte lo ocupa”.

— II —

El trabajo del que el Comité científico y organizador tomó conocimiento e impulsó su publicación en esta compilación, no podrá cabalmente ser presentado en este marco porque se trata de un abordaje muy específico de un material clínico extraído de mi práctica profesional en el seguimiento de jóvenes adolescentes que presentan gran sufrimiento (adicciones, retiro y aislamiento social, inhibiciones masivas, trastornos graves del comportamiento alimentario, angustias *borderline*, etc.) y está destinado a ser discutido en el taller de especialistas en la adolescencia. Este fue el caso en el congreso reciente de la Federación Europea de Psicoanálisis (FEP).

Lo que importa aquí —creo yo— es que la adolescencia y sus trastornos nos recuerdan la existencia de los límites móviles entre lo “normal” y lo “patológico”, en particular en el campo que incluye la dimensión “desarrollista” (desarrollista tanto desde el punto de vista de los ciclos de vida, como también desde el punto de vista psicológico epigenético). La adolescencia es, para ello, emblemática.

Resumiré aquí mi trabajo sobre la (re)presentación de la muerte.

Parte del postulado de un sujeto inscrito antropológicamente en una relación dual. Donald Winnicott lo formula así: “No existe un bebé solo; existe siempre un bebé y su madre”. A dicho postulado le agregamos el hecho de que esa “unidad básica”, dual, se extiende a lo largo de toda la vida. Freud, Jung, Rank intuyeron esa idea al tratar la figura del “doble”. Wilfred Bion evoca la del “gemelo imaginario”. Esa “imago” interna (que no es una

representación en el sentido estricto freudiano de representación de la “cosa” o “de la palabra”) acompaña el desarrollo del ser humano; desarrollo que, como dijimos, no se limita a una etapa en particular del ciclo vital. Dicho desarrollo es continuo, pero conoce etapas críticas fundamentales, una de las cuales es la adolescencia: esa etapa que la pubertad, con sus cambios físicos, le impone al psiquismo.

El segundo postulado es que el sentimiento de inmortalidad o de estar a salvo de la muerte es una expresión predominante en la adolescencia junto con, paradójicamente, una mayor “toma de consciencia” de la muerte, la cual viene a amenazar todo objetivo afirmado desde ese lugar de potencia.

Por otro lado, el “tema” de la muerte de seres próximos sustenta una angustia casi constante en la adolescencia. Esto da lugar a una clínica del “pasaje al acto”, en la cual se distinguen conductas defensivas clásicas por desafíos temerarios y denegaciones. Las lógicas pulsionales —sexuales o agresivas— en esas actuaciones de descarga intencional nos hacen pensar en la muerte con razón, ya sea como expresión directa de dichas pulsiones inconscientes (Freud llamó nada menos que “pulsión de muerte” a esa pulsión destructora) o, lo que es más complejo y técnico de pensar, como expresión de una “desintrincación” pulsional (entre pulsión de vida y pulsión de muerte). Otra expresión de esos pasajes al acto es la causada por fantasmas de “omnipotencia” que pueden llevar a conductas de aniquilación o a temerlas fóbica y obsesivamente.

Aun otra expresión de la muerte en los adolescentes es la suscitada por el hecho de dejar de ser el niño amado, lo que conlleva un verdadero trabajo de duelo de esa parte-niño en uno. También, como sabemos, los adolescentes tienen que separarse de sus “objetos de amor” iniciales y seguros: los padres de la primera infancia. La clínica del duelo domina también en estos casos.

El tercer postulado —al que me aboco con mayor detenimiento en mi trabajo— es en el que la muerte en la adolescencia puede no ser “acto” (es decir, escenas de acción donde la muerte se vuelve matar o ser matado) ni objeto de deseo, sino una experiencia de “desaparición”. De lo que muere en uno sin haber sido identificado, aun menos, matado. ¿Qué muere? ¿Quién muere? “No sé, algo”, responde el adolescente.

De allí que (re)presentación de la muerte lo escriba con un “(re)” entre paréntesis. Deberíamos más exactamente decir “presentación” de la muerte. Porque es esa muerte, en su presencia no representable, la que ocupa al adolescente.

Ante esa problemática, pensamos lógicamente en el primer postulado y en la “desaparición” de la imago con la que el sujeto se construye desde el nacimiento, el “doble” aludido. La clínica del duelo debería bastarnos, entonces, para comprender. Sin embargo, hay una distinción que sería bueno establecer. En el duelo, la “imago” muere (o fue destruida) y desaparece totalmente o se cree muerta y desaparecida. En cambio, según el punto de vista que avanzo, la muerte del imago —que no fue, insisto, blanco pulsional de destrucción inconsciente de los fantasmas del adolescente— sigue “presente” al lado de él. ¡La muerte está (como) viva! Son “espectros”.

Esa “imago” espectral, por proyección, se personifica en los otros y, en particular, en lo que llamamos objeto narcisístico: la madre. Pues bien, ese objeto-subjetivo en la adolescencia deja de operar en su desarrollo. Se vuelve “inutilizable” para proseguir con su crecimiento.

Inutilizada, no por matada, sino porque la pubertad impuso un nuevo orden al sujeto, un nuevo régimen semiótico: la realidad finita del cuerpo y la realidad perceptiva en sus aspectos menos traducibles. Un verdadero cambio de marco semiótico que deja sin traducción el mensaje de ayuda al crecimiento. Si al nacer la “madre” le dice al bebé su deseo y le designa su identidad, al “pubertar”, al “adolescer”, al “nacer a los hombres y al mundo” (como dice François Mauriac), el sujeto adolescente no puede recibir (y la madre tampoco puede darle) ni deseo ni (su nueva) identidad en ese nuevo régimen de realidad. El objeto-subjetivo (lo que llamábamos la imago-otro, el “doble”) se ha vuelto definitivamente mudo. Está muerto.

En la clínica, esto puede conocer diferentes expresiones (más o menos depresivas, más o menos persecutorias, paranoides). Puede dar lugar a relaciones de amistad o de pareja, de pasión, fusionales o anaclíticas. Puede también “fijar” anaclíticamente al adolescente a sus objetos de adicción (ordenador o tóxico). Se “pegan” a lo que personifica al doble.

Pero, por identificación, esta situación psicológica también da cuadros clínicos de adolescentes “zombis”, de casi muertos total o parcialmente. Se

trata de cuadros de trastornos de subjetivación —que no son trastornos de identidad—.

Es decir, que en la adolescencia el diagnóstico debe contemplar los “trastornos” por interrupción del proceso de subjetivación, sin confundirlos con los trastornos de la identidad, que son de otra naturaleza. En Inglaterra, estos puntos de vista están bien argumentados por Egle y Moses Laufer y en Francia, por Raymond Cahn y Philippe Gutton.

Sin embargo, el nuevo orden de realidad le exige al adolescente lo que no le puede dar: “Sé algo o alguien”. Nada de lo vivido anteriormente le sirve para responder y nada del futuro es pensable porque el “nuevo orden” puberal impone un eterno presente.

Rodeado de muerte y ocupado por la muerte —que nadie puede nombrar y que es silenciosa, muda— el adolescente, dotado, sin embargo, de nuevas fuerzas, se siente orfelinio de todo proyecto para darles vida.

El adolescente busca vanamente en su interior “restos” de identificaciones virtuales (bisexuales o de mitos familiares, por ejemplo). Toda persona exterior que quiera ingenuamente atribuirle identidad es impotente. La espera de tal identidad, sin embargo, es por parte del adolescente tan psíquicamente urgente que, a veces, la solución “loca” ocurre en la experiencia delirante aguda (en las que “las voces” alucinadas le dicen quién es).

Hay, pues, que creer que ese “silencio de muerte”, si el adolescente no muere en ese sometimiento, si logra atravesarlo, es un factor inevitable y necesario de subjetivación.

¿Cómo ayudarlo? Al reconocer ese trabajo psíquico que necesita llevar a cabo y al acompañarlo a pensar, no la muerte, sino su irrepresentabilidad. Pensar lo irrepresentable da origen al desarrollo del pensamiento abstracto.

Que la muerte sea irrepresentable no quiere decir que sea un vacío. Propongo que se piense como una presencia no representable, potencialmente transformable en la sombra de sí y de todo objeto identificado.

El “gemelo imaginario”, sostén del desarrollo desde el nacimiento y que, muda en la adolescencia, ahora la muerte es la parte desconocida de lo conocido. El ratio desconocido/conocido del Ser y del Saber.

Este ejemplo clínico-terapéutico, creo yo, puede contribuir a nuestra reflexión a la hora de establecer diagnósticos en la salud mental.

Referencias

- CFTMEA. (2004). *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA-R-2000)*. Editorial Polemos.
- . (2017). *Clasificación francesa de los trastornos del niño y del adolescente (CFTMEA 2012)*. Editorial Polemos.
- Forum on Adolescence. (2025, 2–6 de abril). Forum on adolescence [Congreso]. 38.º Congreso de la Federación Europea de Psicoanálisis, Dresden, Alemania.
- Israël, L. (1980). *La décision médicale: Essai sur l'art de la médecine*. Calmann-Lévy.
- Monzani, S. (2001). Les classifications psychiatriques entre théorie et pratique. *Bulletin de psychologie*, 54(451).
- Politzer, G. (1980). *Critique des fondements de la psychologie*. Presses Universitaires de France.

4. El problema del diagnóstico en psiquiatría. Nosografía, nosotaxia y nosología



CARLOS ROJAS-MALPICA*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.393.04>

Introducción

Es necesario reflexionar sobre el problema que significa el diagnóstico en psiquiatría. No se puede ignorar porque es parte de la práctica clínica de todos los días y porque las decisiones que se tomen influyen en la vida del paciente. Las coordenadas mentales y epistemológicas que utiliza el psiquiatra reflejan su actitud y pensamiento, no solamente sobre el diagnóstico y la terapéutica, sino sobre su postura ante la salud y la enfermedad mental.

Según el Diccionario de la Lengua Española (DLE), la palabra diagnóstico proviene del griego *διαγνωστικός*, y en medicina se refiere al “arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos”, así como la “calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte” (RAE, 2001). Es importante destacar que la definición hace referencia a “conocer la naturaleza” y no específicamente a su clasificación, pero sí a su calificación con arreglo respecto a los signos que advierte. La definición nos obliga a señalar la diferencia entre signo y síntoma. El síntoma procede de la subjetividad del paciente, el médico lo escucha y lo interpreta desde su saber y entender, mientras que el signo es objetivo, se puede medir o estimar en la exploración física o por exámenes complementarios. Dada la naturaleza subjetiva de los síntomas psiquiátricos, la relación médico-paciente (RMP) y la habilidad de obtener

* Doctor en Ciencias Médicas por la Universidad de Carabobo, Venezuela. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5259-3272>

un relato fidedigno es crucial para un diagnóstico adecuado y un tratamiento efectivo. En la psiquiatría, como especialidad de la medicina, se explora la subjetividad con rigor y especial interés, por lo cual prevalece el estudio del síntoma, aunque tampoco se ignoran los datos objetivos de la exploración clínica. Por otra parte, el Diccionario de Términos Médicos (DTM), de más reciente publicación por la Real Academia Nacional de Medicina de España (RAEM), es más riguroso, tanto en la etimología como en la precisión terminológica: la palabra proviene “del griego *diagnostikós*/ -é, dia “diferencia” y *gnosis* “conocer o conocimiento”. El término ha sido documentado en Galeno con el sentido actual y fue reintroducido y documentado en inglés desde 1625. Es un sustantivo masculino. Es la identificación de una enfermedad, trastorno o síndrome, habitualmente por su cuadro clínico, con o sin el concurso de las exploraciones complementarias. Admite numerosas categorías que dependen del aspecto de la enfermedad, trastorno o síndrome que se quiera reconocer. Sinónimo, *diagnosis*” (RAEM, 2012). En un sentido mucho más interesante y complejo, el catedrático español, Pedro Laín Entralgo, afirmaba que el diagnóstico es mucho más que la identificación de una perturbación o trastorno o su diferenciación de otro de apariencia similar, pues diagnosticar implica, además, el conocimiento de lo que ocurre en la psiquis y el cuerpo de la persona que requiere de nuestro cuidado (Laín, 1982).

Se nos ocurre asociar el concepto de Laín Entralgo con la obra de dos españoles universales. Miguel de Cervantes (1547-1616), quien en *El Quijote* nos muestra una realidad rica y diversa, esta puede ser leída por la mente febril de Don Quijote, por el ajuste realista de Sancho, y por la ironía de otros personajes de la novela. A veces consensuadas, otras en franco desencuentro, la novela transcurre en un espacio y un tiempo que son admitidos y comprendidos por el fascinado lector, sin graves desarreglos de su propia coherencia interior. No es este el momento para realizar un análisis literario de la obra monumental de Cervantes, solamente nos interesa señalar esa polifonía semántica en una pluralidad impresionante de subjetividades y voces que presenta la narración. El otro portento es Diego de Velázquez (1599-1660) y sus *Meninas*. Con alguna excepción notable, hasta Velázquez, la mirada del pintor solo podía narrar los 180 grados que estaban ante sus ojos. Sin embargo, Velázquez logra incorporar una mirada de 360

grados en su obra *Las Meninas* a través del uso del espejo que aparece en el fondo del cuadro. Este espejo refleja a los reyes Felipe IV y Mariana de Austria, quienes se encuentran frente al pintor y al espectador, es decir, en el lugar desde donde se observa la escena. Así, Velázquez, colocado en medio de la tela, establece un juego de miradas y espacios que cruza la realidad con la representación, permitiendo que el espectador sienta que está dentro del cuadro, ocupando el lugar privilegiado de los monarcas reflejados. De este modo, se produce una simultaneidad de planos con lo que está delante y detrás de los ojos tanto del pintor como del espectador ¿Puso también otro espejo delante? Ya no importa tanto como destacar la ambición totalizadora de su mirada. En la misma tónica, cabe citar una conferencia de Jorge Luis Borges sobre la poesía, donde refiere que Juan Escoto Erígena (filósofo irlandés, c. 810-c.877) hacía un símil entre la realidad (o más específicamente, la Sagrada Escritura) con el “plumaje tornasolado del pavo real”, para expresar la idea de que la escritura encierra un número infinito de sentidos (Borges, 1977). A lo mejor, esa misma ambición totalizadora estuvo presente en el DSM-III de la APA y su diagnóstico multiaxial (APA, 1980), por lo cual se hace necesario debatir el problema de las clasificaciones en psiquiatría y el lugar desde el que han sido pensadas por sus creadores, especialmente en Europa, donde nació la psiquiatría.

Clasificaciones psiquiátricas

El epistemólogo francés Georges Lanteri-Laura distingue tres grandes períodos o paradigmas en la historia del diagnóstico psiquiátrico, basándose en el criterio de paradigmas adaptado del concepto de Thomas Kuhn:

- Paradigma de la alienación mental: se desarrolla aproximadamente desde finales del siglo XVIII hasta mediados del siglo XIX. Aquí, la locura es concebida como una enfermedad única, “alienación mental”, pasando la “locura” del ámbito judicial al médico.
- Paradigma de las enfermedades mentales: abarca desde mediados del siglo XIX hasta inicios del siglo XX. En este periodo, la psiquiatría reconoce distintas enfermedades mentales irreductibles entre sí.

- Paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas: se extiende hasta finales de la década de 1970. Se basa en la distinción de grandes estructuras clínicas, como la psicosis y la neurosis, prevaleciendo en enfoques descriptivos y estructurales en la nosografía psiquiátrica (Lanteri-Laura, 2000).

Hasta el DSM-II de la APA, según muchos, fuertemente influido por el psicoanálisis, el problema diagnóstico en psiquiatría se trataba con arreglo a las diferentes escuelas europeas, donde nació la psiquiatría en el mundo Occidental. Era muy frecuente designar las enfermedades o los trastornos con el nombre de algún eminente profesor. En algunas oportunidades, muy válido y merecido, como en los casos del automatismo mental de Clérambault o el delirio de los ciegos de Sanchís Banús (Clérambault, 1995; Gasparretto *et al.*, 2018; Sanchís Banús, 1924). Sin embargo, la ciencia psiquiátrica estaba urgida de un lenguaje común que permitiera a los psiquiatras del mundo entero contrastar experiencias clínicas y terapéuticas. En buena medida, eso se logra con el DSM III de la APA y el CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud (APA, 1980; OMS, 1992), que logran unificar criterios de diagnóstico y clasificación. El DSM-III (1980) introdujo un sistema de cinco ejes para la evaluación diagnóstica multidimensional:

- Eje I: trastornos clínicos principales (como depresión, esquizofrenia, ansiedad, etc.).
- Eje II: trastornos de la personalidad y retraso mental (ahora conocido como discapacidad intelectual).
- Eje III: enfermedades médicas generales relevantes para la comprensión o el manejo de los trastornos psiquiátricos.
- Eje IV: problemas psicosociales y ambientales que contribuyen al trastorno.
- Eje V: evaluación global del funcionamiento (GAF), una escala numérica de 0 a 100 que valoraba el funcionamiento general del individuo.

Fue, sin duda alguna, un gran aporte a la psiquiatría del siglo xx. Los criterios diagnósticos fueron logrados por consenso de expertos, sobre todo, basados en la experiencia clínica y redactados para ser usados operatoria-

mente tanto en la práctica como en la investigación. Aunque autodefinido como un ejercicio ateórico, lo cierto es que tanto las investigaciones a las que dio lugar, como los registros epidemiológicos, fueron determinados por una epistemología positivista. Con los criterios diagnósticos se construyeron una exagerada cantidad de distritos clínicos como si se tratara de compartimientos estancos, sin vasos comunicantes ni relaciones de continuidad entre unos y otros. El riesgo es reducir el diagnóstico a contrastar los hallazgos clínicos con una lista de cotejo. La entrevista estructurada puede ser útil para ordenar la información y realizar un buen registro de datos. Si cumple con determinados criterios, se puede hacer el diagnóstico y prescribir un tratamiento. Sin embargo, esta es una simplificación inaceptable porque el proceso de comprensión en la RMP exige una comunicación que no se puede reducir al callejón reduccionista de lo meramente operatorio. El riesgo de un desamparo antropológico es muy alto. Aunque se trata de un riesgo, no de un hecho comprobado, es necesario someterlo a debate y consideración porque compromete la esencia misma de la psiquiatría.

Con el DSM-IV se mantiene el modelo multiaxial (APA, 1995), pero se modifican algunos criterios diagnósticos. Ya en el siglo XXI la APA propone el DSM-5 (APA, 2013). En este nuevo manual se elimina el sistema multiaxial. Se consideró que el sistema no se utilizaba de manera consistente y era visto como complejo y poco práctico en la actividad clínica. Un modelo diagnóstico debe ser complejo, pues describe una situación evidentemente compleja, irreducible a síntomas y signos precisos y mineralizados. Tampoco era difícil de utilizar. Se buscaba una integración mayor con otros sistemas internacionales de clasificación como la CIE-10, que no utilizan ejes diagnósticos, como tampoco en el resto de la medicina. Fue, sin duda, una pérdida de complejidad, quizás excesivamente pragmática. Los ejes II y III fueron incorporados en una sola lista de diagnósticos; los factores psicosociales y el funcionamiento global se documentan de forma narrativa. El GAF (Eje V) fue criticado por su baja fiabilidad y escasa utilidad clínica, por lo que no se reemplazó directamente. Mientras el DSM-III enumeraba 265 categorías diagnósticas, el DSM-5 incluye aproximadamente 157 trastornos, aunque la cifra puede variar según cómo se cuenten las subcategorías y los especificadores. Es importante señalar que, en el DSM-5, muchos trastornos se agrupan ahora en espectros y conjuntos más amplios, lo que pue-

de reducir el número absoluto, pero abarcar cuadros más diversos. Por su parte, la CIE-11 de la OMS (2012), no emplea el tradicional sistema multiaxial de cinco ejes tal como existía en los DSM-III y IV o en la CIE-10. Aunque algunas fuentes mencionan que la CIE-11 contempla la evaluación en varios dominios (por ejemplo, los síntomas clínicos, el funcionamiento, los factores contextuales), esto no corresponde a un verdadero sistema multiaxial estructurado en ejes formales, ya que la información se registra de manera integrada en la historia clínica, sin necesidad de dividirla en ejes separados (OMS, 2022).

Clasificar es una actividad propia y común a los seres humanos en casi todas las culturas conocidas. Clasificamos por forma, gusto, tamaño, peso, dimensiones, colores y muchas otras categorías para pensar el mundo. Al clasificar se le da orden a lo que se observa, es un ejercicio cognoscitivo que, a su vez, se pliega sobre el pensamiento dándole organización, estructura y jerarquías. La medicina no es ajena a esa facultad humana. Intentos de clasificación ya se observan en los Tratados Hipocráticos que dieron fundamento científico a la medicina occidental. Carl Linneo (1707-1778), célebre naturalista sueco, fue fundamental en el desarrollo de sistemas de clasificación, aplicando principios taxonómicos no solo a plantas y animales sino también a enfermedades. Su enfoque se basaba en la analogía entre la clasificación biológica y la nosológica, proponiendo que las enfermedades podían agruparse de manera sistemática, de manera similar a los seres vivos. Linneo llegó a considerar la existencia de *animalículos* como posibles agentes causales de diversas enfermedades infecciosas (por ejemplo, la sarna, la rabia, la viruela, la sífilis, la peste), agrupándolos en la clase de los Vermes dentro del reino animal. Aunque la clasificación de las enfermedades desarrollada por Linneo no tuvo la misma influencia directa que la de Boissier de Sauvages, su aportación fue clave para entender las enfermedades como procesos naturales susceptibles de orden y estudio, y sentó bases para la epidemiología y la nosografía moderna. François Boissier de Sauvages (1706-1767), médico y botánico francés, desarrolló un sistema nosológico científico e innovador inspirado en el sistema de Linneo para la clasificación botánica. Su obra principal, la *Nosologia Methodica* (1763), estableció un método para agrupar enfermedades en clases, géneros y especies, siguiendo criterios fundamentalmente clínicos y observacionales (Sauvages, 1768;

González Bueno, 2007, Pacheco *et al.*, 2015). Sin embargo, la medicina no solamente clasifica y describe, sino que busca explicar y comprender la salud y la enfermedad en su más amplio sentido. Es por ello que deben distinguirse los conceptos de nosografía, nosotaxia y nosología.

Nosotaxia, nosografía y nosología

Es muy importante manejar los términos con cierta precisión. La vaguedad terminológica y conceptual tiene consecuencias importantes en la constitución del saber. Una definición adecuada, o lo más próxima posible a su valor cognitivo, ético y científico, tiene efectos perlocutivos. Es decir, que no se reduce a su mero sonido o locución inteligible (acto locutivo), ni tampoco a la intención del hablante (acto ilocutivo) sino que afecta al oyente o a la comunidad de oyentes, influyendo en su conducta (interesa, alivia, calma, preocupa, molesta, irrita, motiva, persuade, convence, siembra dudas, etc.) y en la comprensión del hecho que se comunica en la relación. Por esa razón, es importante en medicina y en psiquiatría manejar de manera adecuada y reflexiva diversos conceptos, entre los cuales están los de diagnóstico, nosología, nosografía y nosotaxia, que solo son obvios en apariencia. El DLE (2025) define nosología como “parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades” y nosografía como “parte de la nosología que trata de la clasificación y descripción de las enfermedades”. La palabra “nosotaxia” no está en el diccionario. Mientras tanto, el Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina de España (2012) sí incluye definiciones que distinguen claramente entre los términos nosología, nosografía y nosotaxia. Según este DTM, la nosología es la disciplina científica que abarca el estudio global de las enfermedades, incluyendo su descripción (nosografía) y clasificación (nosotaxia). La nosografía se entiende como la descripción detallada de las enfermedades en cuanto a sus síntomas, causas y evolución. La nosotaxia corresponde a la clasificación sistemática de las enfermedades siguiendo criterios lógicos y científicos. Los filólogos especializados en terminología médica recomiendan respetar las distinciones técnicas, especialmente en textos académicos, científicos, médicos y didácticos. En contextos generales, puede ser suficiente

utilizar el término de “nosología”, pero, en la formación profesional y especialmente en documentos clasificatorios, es preferible diferenciar y precisar los términos.

A nuestro modo de ver, tanto el DSM-5 como la CIE-11 están afectadas por un exceso de nosotaxia. Construyen tantos distritos clínicos que no permiten ver todo el magma común que hay entre ellos. Por eso se apela al concepto de comorbilidad cuando se solapan varias estructuras clínicas ¿Se puede o debe aceptar que un paciente padezca y porte tres o cuatro diagnósticos psiquiátricos simultáneamente? Por ejemplo, trastorno bipolar, trastorno de adicción, de control de los impulsos y de personalidad, o también trastorno depresivo y ataques de pánico o trastorno obsesivo compulsivo más trastorno de ansiedad, ¿todo al mismo tiempo? ¿No será que la nosotaxia impide hacer nosología? ¿Alguien ha explicado porqué algunos medicamentos que nacieron para tratar la epilepsia hoy se usan para tratar la ansiedad y como estabilizadores del ánimo? ¿No habla eso de un mecanismo común e indistinto que no permite ver aquello que separa el afán nosotácico? Algunas veces, dice el habla popular, los árboles no dejan ver el bosque. Ni los síntomas ni las estructuras clínicas donde aparecen pueden ser colocados irreflexivamente en un casillero nosotácico. No es lo mismo pensar el síntoma y la estructura clínica desde la fenomenología comprensiva, la analítica existencial o el psicoanálisis, que desde la perspectiva estadística del análisis de frecuencia. El ejercicio nosológico exige un esfuerzo cognitivo y un compromiso mucho mayor en el clínico. Ese compromiso puede ser de rango existencial. La psiquiatría debe pensarse a sí misma. Algunas veces se tiene la impresión de que los modelos de clasificación y diagnóstico no coinciden con la práctica clínica. Ese problema podría ser fuente de la invalidación epistemológica de muchos estudios que circulan en las revistas científicas. El modelo cognitivo o el paradigma con el que se piensen ciertos conceptos, insistimos, tiene efectos perlocutivos. Apelemos a la antigua sabiduría de los griegos para explicarnos un poco mejor.

La frase griega *logísmos de la Physis* (λογισμός τῆς φύσεως) puede entenderse como “razonamiento o cálculo acerca de la naturaleza”. Es decir, esta frase podría aludir al proceso racional o la comprensión lógica respecto a la naturaleza o al principio fundamental que rige el cambio y el desa-

rollo en el mundo natural. En la filosofía griega, especialmente en Aristóteles, la *physis* es la causa interna que impulsa el movimiento y la transformación de los entes. La medicina griega, origen de la medicina occidental, se construyó pensando la naturaleza de las enfermedades, lo cual iba más allá del cuerpo y del ambiente. Entre los antiguos griegos, la teoría (*θεωρία*, *theōría*) se refería al acto de observar, contemplar o conocer de modo directo algo, generalmente relacionado con el conocimiento intelectual o la visión profunda de la realidad. Para los griegos, la teoría no era solo un conjunto de ideas abstractas sino una actividad contemplativa orientada a la comprensión racional y profunda de las causas y principios que rigen el mundo. En este sentido, la teoría implicaba un nivel superior de conocimiento que iba más allá de la experiencia práctica o empírica y se dirigía a la especulación o meditación filosófica de la realidad. La *contemplación* (*θεωρία* también puede traducirse como contemplación) en filosofía griega, especialmente en Platón y Aristóteles, se entiende como la actividad del alma que se dedica a la visión y meditación del ser y las ideas eternas, el conocimiento puro y desinteresado que se aleja de las necesidades prácticas y sensoriales. Así, la contemplación es el acto de dirigir la mente hacia el conocimiento de las esencias y las verdades universales de manera tranquila y privilegiada, y es considerada la forma más alta y noble de vida intelectual (Laín Entralgo, 1970). La psiquiatría debería pensarse desde la raíz misma de la medicina. Exige contemplar de manera bastante parecida a la *θεωρία* de los antiguos griegos. Solo de esa manera se puede hacer nosología y clínica. No puede ser recomendable una actitud ateórica. Los grandes maestros que mencionaremos a continuación (a título de ejemplo y sin pretensiones de exhaustividad) no pudieron construir sus valiosos aportes nosológicos desde una postura ateórica.

Karl Theodor Jaspers (1883-1969), médico y filósofo alemán, a petición de Karl Wilmanns (1873-1945), escribe *Allgemeine Psychopathologie*, que publica en 1913, antes de cumplir los 30 años de edad (Jaspers, 1913; Jaspers, 1950). Fue traducida y publicada primero al francés y al español, mucho después al inglés (Nardi, 2013; De la Portilla, 2003). Su obra es parte esencial del corpus teórico de la psiquiatría contemporánea. Algunos conceptos que se leen en sus obras, como fase, proceso, desarrollo y reacción derivan de una aguda contemplación del curso biográfico de los pacientes. Jaspers

revolucionó la psiquiatría al introducir el método fenomenológico y biográfico en el estudio de las enfermedades mentales para lo cual hizo distinciones entre comprender y explicar. Jaspers no renunció a teorizar y sus aportes son nosográficos, nosotáxicos y nosológicos en el mejor sentido de la palabra, como también los de otros autores que mencionaremos más adelante. La atmósfera intelectual y científica de Karl Jaspers (*zeitgeist* de *Allgemeine Psychopathologie*) coincide con la obra de Kraepelin (1856- 1926) sobre la *dementia praecox* y la psicosis maníaco-depresiva, el concepto de esquizofrenia de Bleuler (1857-1939) en 1911, la descripción por Alois Alzheimer del cuadro degenerativo de la demencia en 1907, que aún conserva su nombre y con la obra monumental de Sigmund Freud (1856-1939).

A Freud le tocó moverse en un mundo intelectual ordenado y jerarquizado. Sus ideas no fueron acogidas con facilidad en el ambiente académico de su época. Sin embargo, su trabajo representa el más arduo y serio intento de incorporar el estudio de la subjetividad en el corpus médico. Antes que Freud, o casi simultáneamente con él, Pierre Janet (1859-1947), desde Francia, habló del subconsciente, se interesó por los trastornos disociativos en la histeria y aplicó la hipnosis en el tratamiento. Inició estudios de medicina, dedicando una buena parte de su tiempo al Hospital de la Salpêtrière. En 1893 defendió su tesis *L'État mental des hystériques* (stigmates et accidents mentaux) ante un jurado compuesto por Charcot y Richet. Janet llegó a acusar a Freud de plagiar sus conceptos. Para algunos, hasta la segunda década del siglo xx, la obra de Janet tenía más reconocimiento que la de Freud. Sin embargo, en nuestra opinión, nadie llegó a plantear los mecanismos de defensa inconscientes, la pulsión erótica y tanática, una teoría del aparato psíquico ni una técnica psicoterapéutica tan fundamentada como lo hizo Freud. Es bueno acotar que a esa reflexión freudiana subyace un conocimiento profundo de la neurología y la biología de su tiempo. No es ateórica. El interés del psicoanálisis freudiano rebasa los límites clínicos; se interesa por el malestar de la cultura, los mecanismos de sublimación a través de la literatura y el arte y alcanza un enorme impacto teórico entre los intelectuales del siglo xx, fundando una nueva antropología. Después de Freud, la conducta humana ya no se genera más en la conciencia, sino que es producto de determinaciones oscuras, escondidas en algún lugar del inconsciente. Incluso el placer es replanteado como la des-

carga o el alivio de una tensión dolorosa. La psicoterapia consiste en llevar a la luz de la conciencia aquellos contenidos biográficos que han sido reprimidos a través de una defensa evitativa del dolor. Se trata, entonces, de un novedoso planteamiento concebido desde una epistemología completamente distinta al pensamiento naturalista de su época. Hay parálisis motoras que no se explican por las localizaciones de la neurología topográfica, sino por un juego simbólico registrado en el inconsciente. La neurología académica siente tambalear su estructura teórica ante la presencia de una nueva lectura de los síntomas que no está prevista en su modelo. Freud se torna sospechoso porque remueve las bases epistemológicas del saber constituido y, además, apela a la subjetividad que tanto molestaba al positivismo médico de su época. Es por ello que Paul Ricoeur ha llamado Escuela de la Sospecha al extemporáneo trío constituido por Freud, Nietzsche y Karl Marx.

Emil Kraepelin (1856-1926) fue contemporáneo de Sigmund Freud, aunque la relación entre ambos fue prácticamente nula. A pesar de hablar la misma lengua y de trabajar en espacios académicos muy próximos, vivieron de espaldas el uno al otro, llegando incluso Kraepelin a pronunciarse en contra del psicoanálisis. En 1886, después de unos ocho años de entrenamiento, Kraepelin fue designado profesor en la Universidad de Tartu (entonces Dorpat), hoy Estonia. Posteriormente, se traslada como profesor a Heidelberg (1891) y luego a Múnich (1903). Emil Kraepelin tuvo un pensamiento muy denso que amerita ser estudiado a profundidad. En su enjundioso estudio sobre el maestro alemán, Berríos y Hawser señalan que en su Research Programme de 1897, ya Kraepelin se propone un plan para la clasificación de las psicosis, que logra desarrollar entre 1896 y 1898. Muy pronto incorpora el problema de la evolución en la clasificación de las psicosis y anuncia que ha encontrado una nueva vía para el estudio de las enfermedades mentales, describiendo predictores tempranos del curso evolutivo. La categoría kantiana del tiempo entra por la puerta grande a la psiquiatría de la mano de Kraepelin. El diagnóstico fue una vía para conocer los nexos entre el cuadro clínico y la alteración anatómica subyacente. Con su procedimiento, quiso relacionar la etiología, la patología y la sintomatología. Para Berríos y Hawser, la psiquiatría sigue en un mundo kraepeliniano. Según ellos, la obra de Kraepelin no sólo ilustra la profundidad de su pensamiento, sino que da importantes pistas epistemológicas sobre la clase

de saber clínico que se proponía desarrollar en su momento. Por una parte, quiere integrar la historia personal del enfermo en la interpretación del fenómeno psicopatológico. No debe extrañarnos esa postura antropológica en un autor que fue de los primeros en realizar estudios de psiquiatría transcultural. Por otra parte, Kraepelin no estaba satisfecho con las técnicas de exploración psicopatológicas, pues no le permitían articular el síntoma con la denominada “alteración subyacente” (Berrios y Hauser, 1998; Kraepelin, 2009).

En la atmósfera previa a Kraepelin surge el eminente neurólogo inglés John Hughlings Jackson (1835-1911), quien se propone entender el sistema nervioso central como un producto de la evolución, donde las funciones más recientemente adquiridas comandan a las más antiguas, pero, por la misma razón, son también más frágiles y vulnerables. Es seguro que Freud leyó y estudió tanto a Darwin como a Jackson, y eso le permitió percibir pulsiones e instintos humanos derivados y similares a los de los animales. Jackson propone que el cerebro está organizado en niveles que corresponden a distintos períodos evolutivos del sistema nervioso. Los tres niveles son: el de los centros inferiores medulares y bulbares, los intermedios del tronco encefálico y los núcleos grises de la base y los centros superiores comandados por el córtex cerebral. En su modelo, la ontogénesis reproduce la filogénesis y todo cuadro morboso se acompaña de una regresión a un nivel inferior de desarrollo que queda fuera del comando superior. Aunque reconoce el aporte de Broca, piensa que no se puede explicar toda la clínica por la localización anatómica de la lesión. Propone que el curso y la evolución de los síntomas también dependen de su organización en el tiempo y de los mecanismos jerárquicos implicados.

Henri Ey (1900-1977) es quizás el psiquiatra francés más importante del siglo xx. Se consideró a sí mismo un neo-Jacksoniano, pues fundó su modelo organodinámico con base en los postulados del genial neurólogo inglés. No desconoció la neurología del siglo xix ni los nuevos aportes del siglo xx. Estudió a profundidad el psicoanálisis y practicó psicoterapia de inspiración psicoanalítica, lo cual le dio un acceso al mundo simbólico que Kraepelin no pudo o no quiso ver. Es por ello que, sin ser un ecléctico, logra una nueva formulación, no sólo de la enfermedad mental, sino también de la psiquiatría que trasciende hacia una nueva antropología. Para Ey, la psiquia-

tría no se detiene en la enfermedad, cuya máxima expresión mórbida es la pérdida de la libertad, sino que se interesa por el ser del enfermo. Se trata, entonces, de una preocupación ontológica. La psiquiatría se ocupa de la patología de la libertad, es decir, de un valor, no sólo de correlaciones anatómicas. De allí que el aporte de la analítica existencial de Minkowski y Binswanger no sea ignorado por el maestro de Bonneval. En sus conceptos, la psiquiatría es la “rama de la medicina que tiene por objeto la patología de la vida de relación a nivel de la integración que asegura la autonomía y la adaptación del hombre a las condiciones de su existencia” y, a diferencia de la neurología, “ciencia de las desintegraciones instrumentales, la psiquiatría se interesa por las disoluciones superiores y globales” (Garraqué de Lara, 2011). Es claro que la psiquiatría trabaja en un nivel de complejidad mayor que la neurología y, por lo tanto, no es reabsorbible en un nivel más simple, sincrónico y de cortes transversales. Ey compara los criterios de Jackson con los de Bleuler, encontrando varias analogías y diferencias, pero quiere resaltar lo que sirve de fundamento para su teoría organodinámica: la disolución de la conciencia en la esquizofrenia con la consecuente pérdida de funciones integrativas y la afectación de la personalidad en un plano más profundo, que cambia radicalmente la vivencia de tiempo y espacio del enfermo a más largo plazo.

Según Garraqué de Lara, la noción de disolución debe ser doble: en primer lugar, el proceso reduce las capacidades funcionales del sistema nervioso que permiten un ejercicio integral del pensamiento reflejado en una disminución de la actividad psíquica y, en segundo lugar, el proceso reduce la personalidad. El pensamiento de Ey trasciende el positivismo kraepeliniano. Ey resuelve el problema de la relación entre la alteración subyacente y la expresión psicopatológica. Para ello, propone el concepto de “hiato órgano-clínico” (*écart*), es decir, que hay una distancia entre el hecho fisiológico y su configuración fenoménica, proceso en el cual intervienen la personalidad y la dinámica inconsciente, lo que debe ser estudiado estructural y temporalmente. La disolución de la conciencia y la liberación del sector inferior no sólo es neurológica sino también del inconsciente, pues no se debe olvidar que el concepto organodinámico no se refiere a un órgano sino a una organización muy compleja de niveles jerárquicos. Incluso puede ocurrir que una lesión pequeña produzca más síntomas que otra más

extensa. Ey tomó en serio las investigaciones de Moreau de Tours sobre la inhibición de la conciencia y la liberación del inconsciente con el uso de hachís. En la hipótesis organodinámica de Henry quizás quepan y encuentren acomodo muchos hallazgos de las neurociencias contemporáneas que el puntillismo localizadorio de algunos investigadores no permite integrar en una comprensión superior y más compleja de la psiquiatría y la neurología (Ey, 1956; Ey, 1969, Rojas-Malpica *et al.*, 2013).

El otro autor que se debe mencionar es Francisco Alonso-Fernández (1924-2020), eminente profesor español de la psiquiatría contemporánea. Sus numerosos aportes proceden de una rigurosa investigación clínica fundamentada en la fenomenología y la analítica existencial. En su abundante obra cabe destacar su modelo vital tetradimensional de la depresión, un ejercicio nosológico, nosográfico y nosotácico que propone distribuir la clínica del trastorno depresivo en cuatro dimensiones fundamentales (humor depresivo, hundimiento energético, ritmopatía y discomunicación), cada una de las cuales responde a un desarreglo neuroquímico y se acompaña de una cascada sintomatológica bastante nítida (Alonso-Fernández, 2009).

Conclusiones

La psiquiatría es una ciencia heterológica y heteróclita. Heterológica porque se funda en los *logos* de las ciencias naturales y en las humanidades o ciencias del espíritu. Heteróclita porque, como los verbos irregulares, no se conjuga con arreglo a la norma común. También es idiográfica y nomotética, es decir, que atiende y acepta lo peculiar o idiosincrásico en su práctica clínica, pero también se regula por normas científicas y éticas tanto en su práctica como en su corpus teórico. Ese grado de complejidad le viene porque no solo se ocupa del fenómeno morboso y su prevención, sino del ser humano y su libertad. Al admitir y valorar la subjetividad como tema de estudio y como la más alta y compleja actividad humana no puede ni debe renunciar a las propuestas que con mayor rigor y dedicación la estudian, como la fenomenología, la analítica existencial y el psicoanálisis. Ello implica una vertiente cualitativa de la misma alcurnia epistemológica que la construcción objetiva y positivista del resto de la medicina. En ese sentido,

incorpora y contempla con sumo interés los aportes de las neurociencias y de las lecturas que, en primera persona, realiza la neurofenomenología con los hallazgos en tercera persona de los hechos biológicos que estudia la investigación neurocientífica. Es por eso que se valoran altamente los trabajos de muchos neurocientíficos contemporáneos cuando interpelan los hallazgos biológicos desde las complejas preguntas que se hacen las humanidades (filosofía, antropología, literatura, música, teología). Tratándose, entonces, de una ciencia compleja, no puede admitir respuestas simples y meramente pragmáticas. Reconociendo la necesidad de la nosotaxia para sistematizar el conocimiento y ordenar la práctica clínica, exige que tanto ésta como la nosografía sean subordinadas a la nosología porque trabaja en un nivel de integración superior del conocimiento. Cuando la nosotaxia y la nosografía entran en conflicto con la nosología, no hay duda que se debe reordenar el conocimiento en favor de la nosología. La enseñanza de los grandes maestros de la historia de la psiquiatría es la búsqueda y el logro de la conciliación entre la nosografía, la nosotaxia y la nosología. Ello exige teorizar, como lo ha hecho la medicina científica desde su nacimiento en la Antigua Hélade.

Observaciones

El autor declara que no hay conflicto de interés para la publicación de este ensayo.

La inteligencia artificial de Perplexity fue consultada por el autor para obtener información útil y ordenar la bibliografía consultada para la realización del trabajo.

Referencias

- Alonso-Fernández, F. (2009). *Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo*. Instituto de España.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.; DSM-III). American Psychiatric Association.

- . (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.; DSM-5). American Psychiatric Association.
- . (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV). Masson.
- Berrios, G., y Hawser, R. (1998). The early development of Kraepelin's ideas in classification: a conceptual history. *Psychological Medicine*, 18, 813-821.
- Boissier de Sauvages, F. (1768). *Nosología Methodica Sistens Morborum Classes*. Fratum de Tournes.
- Borges, J. L. (1977). La poesía. Conferencia pronunciada en el Teatro Coliseo de Buenos Aires, 13 de julio de 1977. En *Borges Interactivo* (p. 304). Universidad Autónoma de Chiapas.
- Clérambault, G. G. de. (1995). **El automatismo mental** (V. Corcés Pando, Ed. y presentación). Editorial Dor.
- De la Portilla, N. (2003). La Psicopatología General de Karl Jaspers a través de Honorio Delgado. *Psicopatología*, 23, 3-4, 199-208.
- Ey, H., y Brisset, B. (1969). *Tratado de psiquiatría*. Toray-Masson.
- Ey, H. (1956). La Psychiatrie science fondamentale de l'homme. *Esprit*, 237(4), 482-503.
- Freud, S. (1948). Obras completas Vol. I y II. Editorial Biblioteca Nueva.
- Garrabé de Lara, J. (2011). *Disertaciones sobre psiquiatría*. Triacastela.
- Gasparetto, M. A., Ribeiro, M.S., y Simanke, R. T. (2018). El automatismo mental en la obra psiquiátrica de Clérambault. *Analytica: Revista de Psicanálisis*, 7(13), 161-178.
- González Bueno, A. (2007). Carl von Linné. La pasión por la sistemática. *Ars Medica. Revista de Humanidades*, 2, 199-214.
- Ivanovic-Zuvic, F. (2000). El legado de Karl Jaspers. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 38(3), 157-165.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. Julius Springer.
- . (1950). *Psicopatología general* (R. O. Saubidet y D. A. de Santillán, Trad.). Editorial A. Bini.
- . (1997). *Psicopatología general* (5ª ed. alemana, R. O. Saubidet y D. A. Santillán, Trad.). Fondo de Cultura Económica.
- Kraepelin, E. (2009). *Memorias*. Ergon.
- Laín Entralgo, P. (1970). La medicina hipocrática. *Revista de Occidente*.
- . (1982). *El diagnóstico médico: historia y teoría*. Salvat.
- Lanteri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Triacastela.
- Nardi, A. E., et al. (2013). A hundred-year of Karl Jaspers' General Psychopathology (Allgemeine Psychopathologie) – 1913-2013: a pivotal book in the history of Psychiatry. *Archivos de Neuro-Psiquiatría*, 71(7), 490-492.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (Capítulo V). Organización Mundial de la Salud.
- . (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades 11.ª revisión (CIE-11)*: Capítulo

06. Trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1064587064>
- Pacheco Yáñez, L., Padró Moreno, D., Dávila Wood, W., Álvarez de Ulate Unibaso, S., y Gómez de Maintenant de Cabo, P. (2015). Apuntes históricos sobre las clasificaciones actuales de las patologías mentales. *Norte de salud mental*, XIII(53), 83-92.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Editorial Espasa Calpe.
- . (2025). *Nosología*. En *Diccionario de la lengua española* (Edición del Tricentenario). <https://dle.rae.es/nosolog%C3%ADa>
- Real Academia Nacional de Medicina. (2012). *Diccionario de términos médicos*. Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez-Cerdeira, C., Telmo Pera, J., & Arenas, R. (2010). El síndrome de Ekbohm: un trastorno entre la dermatología y la psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 337-345.
- Rojas-Malpica, C., y Rojas-Esser, M. D. (2013). De Emil Kraepelin a Sigmund Freud y Henri Ey: fracturas, candiles y penumbras de la Posmodernidad. *Revista Neuropsiquiatría*, 76(2), 59-76.
- Sanchís Banús, J. (1924). Las reacciones paranoides de los ciegos. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 148, 87-93.
- Sauvages, F. B. de. (1763). *Nosologia Methodica Sistens morborum classes, genera et species juxta Sydenhami methodum*.

5. Aspectos generales de la práctica de la psiquiatría forense en Colombia



FRANKLIN ESCOBAR-CÓRDOBA*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.393.05>

Introducción

En Colombia desde principios del siglo pasado se comenzó a desarrollar lo que actualmente se conoce como psiquiatría forense, subespecialidad de la psiquiatría relacionada con las leyes, dado que el hombre, por su condición mental, se puede ver en cualquier momento vital inmiscuido con la comisión de un delito como víctima, victimario o testigo. Con frecuencia las autoridades requieren la evaluación psíquica de estos individuos por parte de psiquiatras expertos en el campo forense que realizan el estudio científico del caso. Estos emiten dos tipos de peritaciones: conceptos legales privados y dictámenes oficiales, principalmente. La psiquiatría forense en Colombia representa un campo especializado que se encarga de estudiar la relación entre la salud mental de las personas y su interacción con el sistema judicial. En el contexto actual, es fundamental comprender los aspectos básicos que guían este ejercicio profesional y la manera en que se desarrollan las evaluaciones psiquiátricas dentro de los procesos legales.

La psiquiatría forense en Colombia es una subespecialidad médica que estudia la relación entre la salud mental de las personas y el sistema judicial, abordando la evaluación de individuos involucrados en procesos legales como víctimas, victimarios o testigos. Esta disciplina combina conocimientos clínicos, científicos y legales para emitir peritajes que pueden ser con-

* Médico Psiquiatra por la Universidad Nacional de Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0561-4883>

ceptos legales privados o dictámenes oficiales, con un enfoque en la interacción entre la norma jurídica y la mente humana.

En este texto se proporcionan algunos conocimientos básicos de la psiquiatría forense y se enfoca en la frontera que existe entre lo que es la salud mental y lo que es el sistema legal o entre la norma y la mente. Se trata de definir el rol del psiquiatra en el ámbito forense y su interacción con el sistema jurídico. También se busca identificar y conocer las metodologías de evaluación utilizadas en los peritajes psiquiátricos y psicológicos. Es decir, cómo se evalúa a una persona desde el punto de vista de la psiquiatría forense. Esta disciplina requiere analizar las personas con trastorno mental que, por causa de su enfermedad, cometen algún delito, lo cual tiene una relevancia legal muy importante. Asimismo, se busca reconocer y abordar los desafíos éticos y legales que implican la pericia psiquiátrica para desarrollar la presentación efectiva de informes o testimonios en los procesos judiciales.

Desarrollo y formación profesional

La psiquiatría forense se fundamenta en la formación médica general en psiquiatría, complementada con entrenamiento especializado que varía según el país. En Latinoamérica, existen programas específicos en la UNAM de México y algunas universidades de Brasil, mientras que en Estados Unidos y España se exige una acreditación formal para ejercer esta subespecialidad. La psiquiatría forense es una de las varias subespecialidades de la psiquiatría, junto con aquellas que se enfocan en adicciones, psicofarmacología, psicogeriatría y psiquiatría infantil. El ejercicio profesional requiere que el psiquiatra forense mantenga una práctica clínica activa para no descontextualizarse, además de que suele dedicarse también a la docencia e investigación.

Sistema judicial y trabajo pericial

Desde 2005, Colombia utiliza un sistema penal acusatorio oral, similar al anglosajón, que reemplazó un sistema mixto. Este sistema exige que los

informes periciales se presenten y defiendan en audiencias judiciales, lo que demanda una preparación técnica y científica sólida de los peritos. En el sistema anterior, los expedientes eran voluminosos y el psiquiatra debía analizar todas las evidencias y pruebas para emitir un informe por escrito, el cual casi nunca se sostenía en una audiencia de juicio oral o en la corte. En Colombia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses es la entidad oficial encargada de realizar peritajes, mientras que la defensa debe contratar peritos privados, generando desigualdades en el acceso a la justicia. El psiquiatra forense puede desempeñar distintos roles: perito, perito refutador, asesor, testigo experto y perfilador criminal, cada uno con funciones específicas dentro del proceso judicial.

Conceptos clave y evaluaciones forenses

Dictámenes oficiales

El psiquiatra forense oficial se encuentra vinculado al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Su quehacer consiste en esclarecer, para las autoridades, la condición mental de la víctima, el victimario, los testigos o las personas relacionadas con algún delito o situaciones legales en un momento determinado. Su actividad es amplia y se requiere en prácticamente todos los campos del derecho.

Interviene en aspectos como la inimputabilidad, donde se evalúa la capacidad de comprensión y autodeterminación del sindicado para el momento del hecho delictivo. El perito realizará el diagnóstico de trastorno mental transitorio o permanente y el de inmadurez psicológica cuando tenga la suficiente evidencia. Luego, evaluará los casos de medidas de seguridad inimputables y emitirá dictámenes sobre la prórroga, el levantamiento o la sustitución de estas, según la evolución clínica del inimputable. En la consecución de apoyos para personas con discapacidad mental, el psiquiatra forense emite un dictamen para determinar si el examinado está en capacidad de administrar sus bienes y disponer de ellos, así como en otros asuntos de tipo civil, o si, por el contrario, debido a una condición mentalmente patológica no puede hacerlo. En los casos de perturbación psíquica

se determina el daño mental causado por lesiones personales en la víctima, como puede ocurrir con frecuencia en los accidentes de tránsito y en los delitos sexuales.

La violencia intrafamiliar ocupa hoy gran parte del tiempo del perito psiquiatra, quien responde cuestionarios enviados por las autoridades sobre la dinámica familiar perturbada y la salud mental de los integrantes de esta célula social. El perito dictamina si el padre o la madre son aptos para desempeñar su función, si los niños, niñas y adolescentes (NNA) tienen alteración mental, alguna limitación o deficiencia mental. Debe determinar, también, si el NNA ha sido sometido a trabajos peligrosos para la salud, si está en riesgo de uso de sustancias psicoactivas, si está a cargo de personas sin competencia mental para su cuidado o si ha sido sometido a abuso sexual o a maltrato psicológico.

La evaluación de personas en procesos de adopción de NNA y las disputas de la patria potestad son casos frecuentes de análisis psiquiátrico forense. El perito determina si el adoptante es mentalmente apto o no. Tendrá también que determinar si el menor de edad presenta problemas de comportamiento o mal adaptativos. Si es un NNA en riesgo mental por problemas de disfunción de pareja. De la misma manera, conceptúa sobre el estado mental y la personalidad del menor infractor o si este es adicto a sustancias.

De acuerdo con la legislación sobre narcotráfico y drogadicción, específicamente en lo relacionado con la dosis personal de estupefacientes y su porte ilegal o no, esto permite al psiquiatra forense evaluar sindicados para determinar si son adictos a una sustancia estupefaciente o no. La legislación actual sobre delitos sexuales ha demandado un alto volumen de dictámenes psiquiátricos forenses, donde se evalúan a los victimarios, los testigos y las víctimas para determinar secuelas, su capacidad de testimoniar, así como la personalidad y el perfil de agresor sexual del sindicado, principalmente. Se debe descartar si se trata de una persona con alguna perversión sexual, parafilia, pedofilia, trastorno antisocial de personalidad, sadismo o psicopatía.

El perito dictamina, entonces, sobre el estado mental de individuos, determina si existe o no alteración mental y si se requiere tratamiento psiquiátrico o no. En pocas ocasiones el psiquiatra forense evalúa documentos y emite dictámenes teóricos relacionados con los mismos. También evalúa

detenidos para determinar el estado de salud y dictaminar la existencia o no de una enfermedad mental grave, causal de excarcelación.

Conceptos legales privados

En Colombia existe un grupo de psiquiatras con experiencia forense que actúa en el ámbito privado, son psiquiatras clínicos generales que emiten conceptos psiquiátricos con implicaciones médico-legales y judiciales. Hay psiquiatras militares o que trabajan para las fuerzas armadas, psiquiatras que emiten conceptos para el derecho canónico y otros para el derecho laboral. También hay psiquiatras de planta o adscritos a las entidades privadas de salud que conceptúan sobre los estados de salud mental de sus pacientes. En estos casos, determinan su aptitud para portar armas, su aptitud psicofísica para el desempeño del servicio militar, su capacidad de testificar, por lo que se lleva a cabo una evaluación de la personalidad y asesorías para víctimas y sindicatos en el campo penal, donde se inician los procesos civiles de adopción y de brindar apoyos a discapacitados mentales. También se otorga incapacidad laboral por enfermedad psíquica o enfermedad mental como causal de nulidad del matrimonio católico, entre otros.

La importancia de los conceptos técnicos y científicos con fines jurídicos o pruebas periciales es cada vez mayor en todos los campos del derecho. Como ya se mencionó, la psiquiatría forense, como disciplina auxiliar de la justicia, proporciona la posibilidad de definir y aclarar asuntos relacionados con el estado mental de personas involucradas en procesos penales, civiles, de familia, laborales, administrativos, disciplinarios, eclesiásticos, entre otros. Su aporte constituye un fundamento importante para las decisiones correspondientes.

El peritaje psiquiátrico resulta importante en situaciones relacionadas con inimputabilidad por trastorno mental o por inmadurez psicológica. Aquí el dictamen de inimputabilidad representa para el sindicado no ir a prisión y poder beneficiarse de un tratamiento psiquiátrico especializado, muchas veces ambulatorio. Desde la década de los años noventa los psiquiatras forenses comenzaron a denunciar la penosa situación carcelaria en que se encontraban internados los inimputables, quienes eran sometidos a me-

didadas de seguridad en anexos psiquiátricos carcelarios inhumanos. Esto permitió mejorar las condiciones de vida de los enfermos mentales detenidos en las cárceles, quienes hoy se encuentran bajo la vigilancia del Ministerio de Salud y del Ministerio de Justicia y reciben un trato más humanitario en las clínicas especializadas, mejorando así las condiciones de vida de los enfermos mentales detenidos en las cárceles.

Los psiquiatras forenses son consultados con frecuencia por otros médicos clínicos y forenses, abogados litigantes, diversas autoridades como jueces, fiscales, comisarios y otras personas naturales y jurídicas. Además de lo mencionado, en el campo notarial cuentan con la capacidad de efectuar evaluaciones de crucial importancia relacionadas con trámites en los cuales se requiere certeza plena sobre la competencia mental de las personas involucradas, ya sea por la naturaleza y cuantía de las transacciones, o porque impliquen la posibilidad de controversias posteriores y demandas legales.

Características del peritaje psiquiátrico oficial y de los conceptos legales privados

Las características fundamentales que deben tener los conceptos psiquiátricos particulares y oficiales son las siguientes:

1. **Alta calidad científica:** el dictamen se debe fundamentar en hallazgos científicos acordes con el desarrollo científico de la psiquiatría actual y, en lo posible, debe basarse en información obtenida de bases de datos. En psiquiatría forense, debe estar basado específicamente en la evidencia.
2. **Alta confiabilidad:** el dictamen debe ser fiable y ceñirse a los hallazgos clínicos.
3. **Oportunidad:** el dictamen debe ser realizado en el menor tiempo posible mediante el número necesario de entrevistas psiquiátricas. El tiempo oportuno para la realización de un dictamen de estas características se puede considerar entre un rango de 6 horas y un máximo de una semana. En ocasiones, si es necesaria la observación clínica del examinado, se puede alargar este tiempo hasta el máximo de un mes para examinados hospitalizados.

4. **Imparcialidad:** a la persona examinada se le advierte que el concepto emitido corresponde a los hallazgos objetivos de la evaluación, sea favorable o no para los intereses del examinado. No se puede desviar por ninguna otra consideración o interés.

5. **Seguridad:** si el concepto es privado, el resultado de la evaluación psiquiátrica legal es enviado directamente a quien lo solicite por correo certificado o mediante entrega personal. La persona examinada tendrá conocimiento previo de esto y deberá aceptarlo como condición indispensable para el examen. Si el dictamen es oficial, se hace llegar directamente a la autoridad solicitante, cuidando la cadena de custodia pertinente.

6. **Responsabilidad y respaldo:** en caso de controversia administrativa o legal, el psiquiatra forense que practica la evaluación legal privada o forense se compromete a sustentarla ante terceros o ante las autoridades, de ser necesario.

7. **Costo razonable:** si es particular, el valor del examen debe ser cubierto por la persona interesada en el caso de conceptos psiquiátricos con implicaciones médico legales y judiciales emitidos por psiquiatras forenses privados. Los dictámenes emitidos por peritos oficiales no tienen costo para los solicitantes ni para los examinados.

Si los conceptos legales privados y los dictámenes oficiales se ajustan a los criterios de calidad anteriormente expuestos, se pueden someter a una auditoría científica realizada por pares externos para poder obtener una certificación y acreditación científica de carácter internacional.

Violencia y agresión

Es fundamental diferenciar agresión de violencia. La agresión es un mecanismo instintivo y adaptativo presente en animales y humanos, mientras que la violencia es una conducta humana intencional que implica el ejercicio de poder sobre otros. Esta distinción es crucial para la interpretación de alguno hechos en el ámbito judicial.

Evaluación de la capacidad psíquica

Uno de los dictámenes más frecuentes es la evaluación de la competencia mental para actuar en procesos judiciales, ya sea como testigo, víctima o acusado. Esta evaluación determina si la persona puede comprender y participar en el proceso legal. En Colombia en pocas oportunidades se solicita este peritaje, a pesar de la existencia frecuente de individuos con trastornos mentales que entran en contacto con el sistema judicial y que tienen la probabilidad de no contar con la capacidad necesaria para actuar en un proceso.

Estado mental del sujeto al momento del delito y defensa por insania mental

El psiquiatra forense valora el estado psíquico durante el hecho delictivo para determinar si existe una probable defensa por insania mental, lo cual implica una incapacidad para comprender o autodeterminarse debido a trastornos mentales graves, como la esquizofrenia activa o trastornos afectivos con psicosis. Esta defensa puede llevar a que el acusado sea declarado inimputable y sea sujeto a medidas de seguridad en hospitales psiquiátricos forenses en lugar de una medida de aseguramiento como la prisión. En Colombia no se cuenta a la fecha con un hospital psiquiátrico forense y los inimputables reciben atención intramuros en hospitales psiquiátricos generales, siendo una situación compleja debido a la mayor peligrosidad de los enfermos mentales que han cometido algún crimen y pueden agredir a otros enfermos o al personal de salud. La defensa por insania mental es un concepto de los anglosajones que ha sido, pues, bastante estudiado. Se denomina insania mental a cualquier trastorno mental grave que impida la capacidad de comprensión y autodeterminación al momento del hecho delictivo.

El psiquiatra forense realiza dictámenes en lo penal sobre el estado mental del sindicado o del ofendido, ayuda al juez a dilucidar si cuando el sindicado cometió el delito presentaba una enfermedad mental grave que le haya impedido comprender la ilicitud de sus actos y autodeterminarse según esa

comprensión. En este caso, se recomendará un tratamiento psiquiátrico especializado.

Una vez que el juez conoce todo el acervo probatorio y declara inimputable al enfermo mental que ha cometido el hecho punible, este es sometido a una medida de seguridad y obligado a recibir un tratamiento psiquiátrico según las recomendaciones del perito. Las entidades psiquiátricas forenses de inmadurez psicológica y el trastorno mental son diagnosticadas por el perito como determinantes de inimputabilidad y, actualmente, el examinado puede permanecer intramuros en un hospital o clínica psiquiátrica oficial o privada, siendo examinado por el perito psiquiatra cada seis meses por lo menos, quien recomendará al Juez de Ejecución de Penas la continuación, sustitución o suspensión de las medidas de seguridad según la evolución clínica del examinado.

En otros casos, el perito determina una inferioridad psíquica como atenuante del delito, lo cual significa una disminución en la pena del sindicado. Debido a que no existe en Colombia el concepto de semiimputabilidad, este se convierte en un recurso que trata de compensar en algo la situación actual.

Menores infractores e inimputabilidad

En Latinoamérica, los menores de 18 años son generalmente considerados inimputables y no pueden ser juzgados como adultos, aunque existe un debate sobre la responsabilidad penal en casos graves. En Colombia, la edad de responsabilidad se ha intentado modificar para ciertos casos, pero persisten desafíos legales y sociales relacionados con menores involucrados en delitos graves. Colombia es signataria de tratados y convenciones internacionales que impiden modificar estas normas.

En los últimos años, ha habido un aumento en la preocupación por la participación de menores en delitos graves, como el narcotráfico y la violencia de pandillas y grupos armados ilegales. Según un informe del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el número de menores infractores ha aumentado en un 15% en los últimos cinco años. Además, se ha observado que muchos de estos menores provienen de entornos vulnerables y carecen de acceso a educación y servicios básicos.

A pesar de los esfuerzos por reformar el sistema de justicia juvenil, persisten las críticas sobre la eficacia de las medidas actuales. Organizaciones de derechos humanos han señalado la necesidad de enfoques más integrales que incluyan la rehabilitación y la reintegración social de los menores infractores. En este sentido, se han propuesto programas de intervención temprana y apoyo psicológico para prevenir la reincidencia y ofrecer a estos jóvenes una segunda oportunidad.

Daño psíquico

El daño psíquico se refiere a la alteración de las funciones mentales superiores a causa de eventos externos, como, por ejemplo, accidentes o violencia intrafamiliar. Su evaluación es relevante tanto en procesos penales como civiles, y puede conducir a resarcimiento del daño e indemnizaciones económicas en casos civiles. Con frecuencia el psiquiatra forense debe conceptuar sobre el espectro que va desde la afectación psicológica hasta el delito de lesiones personales, denominado perturbación psíquica. En psiquiatría forense, el concepto de daño hace referencia a las repercusiones negativas, de orden psicológico o psiquiátrico, que una persona puede sufrir como consecuencia de un hecho traumático, violento o de una situación particular objeto de análisis judicial. Este daño se puede manifestar en forma de trastornos mentales específicos —como depresión, trastorno de ansiedad, estrés postraumático, adicciones o psicosis reactiva—, así como en alteraciones de la personalidad, el comportamiento o la capacidad funcional. La evaluación del daño en este campo implica establecer no solo la existencia de un trastorno mental diagnosticable, sino también su relación causal con el evento investigado, el grado de afectación de la autonomía personal y social del individuo, y las secuelas permanentes o temporales que impactan su calidad de vida. Por ello, el peritaje sobre el daño constituye un insumo esencial para la administración de justicia en procesos civiles, laborales, penales y de reparación integral a las víctimas.

Competencia mental en el ámbito civil

La evaluación psiquiátrica forense también abarca la competencia mental de las personas para administrar bienes y tomar decisiones civiles. Colombia ha adoptado un sistema de brindar apoyos en lugar de la interdicción total, figura legal imperante durante décadas y declarada inexecutable en la actualidad. En su lugar, se busca reconocer los derechos de las personas con discapacidad mental y promover la toma de decisiones conjunta con representantes de confianza. Brindar apoyo a la población con discapacidades mentales es una prioridad que requiere un enfoque integral y coordinado. Es fundamental garantizar el acceso a servicios de salud mental de calidad, incluyendo diagnósticos precisos, tratamientos adecuados y seguimiento continuo. Además, es esencial promover la inclusión social y laboral de las personas con discapacidades mentales, ofreciendo programas de capacitación y empleos adaptados a sus necesidades. Las políticas públicas deben enfocarse en la protección de sus derechos y en la eliminación de estigmas asociados a las enfermedades mentales. La colaboración entre el gobierno, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil es crucial para crear un entorno inclusivo y de apoyo que permita a estas personas llevar una vida plena y digna.

Relación profesional y ética

La relación entre el psiquiatra forense y el examinado difiere de la tradicional relación médico-paciente: no es terapéutica, no existe confidencialidad plena y toda la información obtenida se registra en informes judiciales. El psiquiatra forense debe actuar con ética médica y responder a códigos de conducta, de forma similar al psiquiatra clínico que se ve enfrentado a posibles demandas por suicidios, heteroagresión, hospitalizaciones involuntarias, violencia o abuso sexual dentro del equipo de salud mental. La internación involuntaria, el consentimiento informado y la evaluación de la competencia mental para la hospitalización psiquiátrica son aspectos complejos que el psiquiatra forense debe manejar con cuidado, considerando

los riesgos y los derechos del paciente. La presentación de informes y testimonios en audiencias judiciales requiere habilidades específicas, pues el perito puede ser sometido a interrogatorios rigurosos y debe estar acreditado profesionalmente para sostener su credibilidad.

Cómo se lleva a cabo un peritaje psiquiátrico forense

Primero, se debe mencionar que la palabra correcta, según el diccionario de la Real Academia Española, es “peritaje”. Lamentablemente, algunas personas suelen usar el término “peritazgo”, pero esta palabra no existe en el diccionario. Desde la época de los romanos, se comenzaron a realizar los primeros dictámenes en esta área. Por ejemplo, si alguien cometía un crimen bajo los efectos del alcohol etílico, surgía la discusión sobre si debía ser juzgado como una persona sobria o de manera diferente debido a la influencia del licor. Desde entonces, se han desarrollado las primeras reflexiones sobre la relación entre la mente del sujeto activo del delito y el sistema legal, lo cual resulta muy interesante y es todo un desafío científico.

El peritaje psiquiátrico es el informe técnico que elabora un psiquiatra forense para responder a una pregunta jurídica mediante métodos científicos propios de la psiquiatría. No es una historia clínica corriente, sino un documento con una estructura y finalidad legal.

Pasos para elaborar un peritaje psiquiátrico

Las técnicas de la experticia psiquiátrica se fundamentan en cuatro pilares: la revisión y estudio del expediente, la entrevista psiquiátrica forense, el examen del estado mental y los exámenes complementarios.

1. *Recepción del encargo judicial*

El juez, fiscal o abogado formula una pregunta jurídica (por ejemplo: ¿el acusado tenía la capacidad mental suficiente para comprender y autodeterminarse al momento de los hechos?) o elabora un cuestionario de varias

preguntas. El psiquiatra forense acepta el encargo y delimita su rol (perito, testigo experto, consultor técnico).

2. Revisión documental

El psiquiatra forense procede a estudiar el expediente judicial (actas, testimonios, entrevistas, informes médicos previos, video filmaciones, entre otros). Se evalúan los antecedentes clínicos (historias médicas, psiquiátricas, psicológicas) y se tiene en cuenta la información complementaria (perfiles criminológicos, informes sociales, escolares o laborales). Mediante el estudio del expediente el perito tiene la oportunidad de conocer las pruebas aportadas al proceso, los antecedentes de los hechos, el análisis imparcial de los mismos y el conocimiento de la salud mental previa del individuo que va a examinar posteriormente. En el expediente se encuentran las declaraciones de testigos, sindicados y ofendidos o demás personas interesadas en el proceso. El análisis psiquiátrico juicioso de cada una de las pruebas arrimadas al sumario sirve de base para el análisis retrospectivo del comportamiento de un ser humano al momento de la comisión del hecho punible. Esta información obtenida es confrontada por el perito psiquiatra al momento de la entrevista psiquiátrica forense, obteniendo claridad sobre el estado mental del examinado para el momento de los hechos.

3. Entrevista pericial

Se lleva a cabo por el psiquiatra forense y es diferente a una entrevista clínica: busca objetividad y se centra en hechos pasados, presentes y en la relación con la imputabilidad cuando la autoridad lo requiere. Incluye la identificación y datos sociodemográficos, el motivo del peritaje (pregunta o cuestionario judicial), los antecedentes personales: médicos, psiquiátricos, consumo de sustancias, familiares, sociales, laborales, legales, la historia del hecho investigado: la versión del evaluado sobre lo ocurrido, y el examen del estado mental: funciones intelectivas-cognitivas, afectivas-emotivas, volitivas y conductuales.

Es diferente a la entrevista clínica usual, pues en esta el psiquiatra ayuda a su paciente, mientras que, en la forense, se trata de una evaluación

objetiva e imparcial. No existe una relación médico paciente clásica debido a que el perito está obligado a auxiliar a la justicia, por lo que no está obligado a guardar el secreto profesional y el examinado no es su paciente, quien es un usuario de este servicio.

Hay que tener en cuenta que el psiquiatra forense trabaja con su propia personalidad al entrevistar victimarios, víctimas y testigos. Esto implica un altísimo riesgo para su salud mental, que no se encuentra en ninguna otra área de la medicina. Se conoce que los riesgos de síndrome de fundimiento, síndrome de *burn out* o desgaste profesional, depresión, ansiedad, estrés postraumático, adicción a sustancias y suicidio, así como los riesgos médico legales y personales por las amenazas a las cuales se puede ver expuesto, hacen de esta labor científica una actividad de riesgo profesional enorme y muy compleja. El psiquiatra debe tener una formación clínica para manejar adecuadamente estas vicisitudes de su labor profesional, sin embargo, al trabajar en el campo forense, las demandas sobre la integridad física y mental del perito son importantes y se necesitan condiciones laborales que eviten esta situación. El médico no psiquiatra forense debe conocer estos riesgos al asumir dictámenes psiquiátricos forenses, puesto que puede estar en riesgo su integridad personal al no tener el entrenamiento adecuado y exponerse a los posibles cuadros mentales severos de víctimas, victimarios y testigos.

Mediante el examen mental del examinado, el psiquiatra forense evalúa las funciones mentales superiores cognoscitivas, intelectivas, conativas, volitivas, afectivas y emotivas, tanto en la fecha del examen como al momento de ocurrencia de los hechos investigados. Aquí se consignan datos objetivos de cada una de las funciones mentales superiores como porte y actitud, estado de conciencia, orientación, pensamiento, afecto, sensopercepción, atención y concentración, sueño, lenguaje oral y mímico, inteligencia, cálculo, abstracción, memoria, juicio de realidad, prospección, introspección, conducta motora, alimentaria y sexual.

4. Aplicación de pruebas complementarias

En general, el psiquiatra forense puede recurrir a: 1. la psicometría o test psicológicos (si procede) como la PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised)

y la HCR-20 (Historical-Clinical-Risk Management-20), instrumentos de uso frecuente en psiquiatría forense para la evaluación del riesgo de violencia y de rasgos psicopáticos y personalidad antisocial.

La PCL-R (Hare Psychopathy Checklist-Revised), desarrollada por Robert Hare, es una escala estandarizada que mide la presencia de características asociadas a la psicopatía. Consta de 20 ítems que exploran rasgos afectivos, interpersonales y conductuales, como la falta de empatía, la manipulación, la impulsividad o el estilo de vida parasitario. Se aplica mediante la entrevista clínica y la revisión de antecedentes, asignando una puntuación que permite estimar la severidad de los rasgos psicopáticos. Su uso es habitual en contextos penitenciarios, judiciales y de evaluación de riesgo. (véase Tabla 1).

La HCR-20 (Historical-Clinical-Risk Management-20) es una guía estructurada para la valoración del riesgo de violencia futura. Incluye 20 ítems organizados en tres dominios: factores históricos (antecedentes de violencia, trastornos mentales, abuso de sustancias, etc.), factores clínicos (síntomas activos, impulsividad, falta de *insight*) y factores de manejo del riesgo (apoyo social, cumplimiento de tratamiento, planes de futuro). A diferencia de la PCL-R, esta no ofrece un puntaje rígido, sino que orienta al evaluador en un juicio clínico estructurado sobre el nivel de riesgo (bajo, moderado o alto). Tabla 1.

2. Evaluación neuropsicológica.
3. Exámenes de laboratorio o neuroimagen, si son relevantes.

5. Integración y análisis

Se analiza la información obtenida mediante el estudio de los antecedentes procesales (documentación aportada), la entrevista psiquiátrica forense y el examen del estado mental desde la perspectiva psiquiátrica forense y se contrasta con la pregunta jurídica. El perito debe responder cuestiones como: la capacidad de imputabilidad (comprender y autodeterminarse), el riesgo de reincidencia, la capacidad civil (ej. para testar o firmar contratos) y la existencia de simulación o disimulación, entre otras.

Para terminar el protocolo del dictamen psiquiátrico forense se debe incluir al final una discusión, que es el capítulo más importante desde el

Tabla 1. Comparación entre la PCL-R y la HCR-20 en psiquiatría forense

Aspecto	PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised)	HCR-20 (Historical-Clinical-Risk Management-20)
Objetivo principal	Evaluar la presencia y severidad de rasgos psicopáticos.	Valorar el riesgo de violencia futura.
Autor / Año	Robert Hare, 1991 (revisión de la versión original de 1980).	Webster, Douglas, Eaves y Hart, 1997.
Estructura	20 ítems con puntuación de 0 a 2.	20 ítems divididos en 3 dominios (histórico, clínico y manejo del riesgo).
Formato	Entrevista clínica + revisión de antecedentes.	Guía estructurada para juicio clínico.
Resultados	Puntuación total (0-40). Puntos de corte para presencia de psicopatía (≥ 30 en EE. UU.; ≥ 25 en Europa).	Juicio clínico estructurado: riesgo bajo, moderado o alto.
Enfoque	Rasgos afectivos, interpersonales y conductuales de la psicopatía.	Factores de riesgo dinámicos y estáticos relacionados con la violencia.
Aplicación forense	Evaluación de imputabilidad, peligrosidad, riesgo de reincidencia, perfil psicopático en contextos judiciales o penitenciarios.	Predicción de violencia, planificación de manejo clínico y medidas de seguridad.
Ventaja principal	Alta validez empírica en la identificación de psicopatía.	Flexibilidad y utilidad práctica para estimar riesgo de violencia.
Limitación	Requiere amplia capacitación y experiencia; posible estigmatización.	Menor estandarización; depende más del juicio clínico del evaluador.

punto de vista forense, donde se resumen los hallazgos obtenidos y se hace una sustentación científica del peritaje y la conclusión donde se anota de manera clara, concisa y precisa la respuesta al cuestionario remitido y lleva la firma del perito.

6. Redacción del informe pericial

Un informe psiquiátrico forense típico contiene:

1. Datos de identificación del perito.
2. Objeto del peritaje (qué se solicita).
3. Metodología (documentos revisados, entrevistas, pruebas).
4. Antecedentes relevantes.
5. Examen mental.
6. Análisis y discusión técnico-científica.
7. Conclusiones y respuesta a la pregunta judicial.

Ejemplo de conclusión: el examinado presenta esquizofrenia paranoide crónica. Al momento de los hechos se encontraba bajo un episodio psicótico agudo con delirios de persecución, alucinaciones auditivas de comando y alteraciones graves del comportamiento. En consecuencia, no tenía capacidad para comprender la ilicitud del acto ni para autodeterminarse, según dicha comprensión, debido a que presentaba una insania mental en términos psiquiátricos-forenses.

7. Ratificación en el juicio

El perito debe defender el informe en una audiencia, respondiendo a las preguntas del juez, fiscales y abogados.

En resumen: un peritaje psiquiátrico no diagnostica por diagnosticar, sino que traduce el estado mental en categorías legales, siempre respondiendo a la pregunta del sistema judicial. La sustentación de un informe pericial en una audiencia judicial por parte de un psiquiatra forense constituye un momento clave en el proceso, ya que implica exponer ante el juez, las partes y, en ocasiones, el jurado, los hallazgos científicos y clínicos obtenidos durante la evaluación. En esta etapa, el perito debe presentar de manera clara, objetiva y fundamentada el diagnóstico, la relación causal entre los hechos investigados y las alteraciones mentales encontradas, así como las conclusiones respecto al daño o la responsabilidad. Además, debe responder a los cuestionamientos de los abogados y del juez con precisión técnica, evitando juicios de valor o apreciaciones subjetivas. La sustentación requiere no solo un sólido conocimiento clínico y legal, sino también habilidades comunicativas, pues el psiquiatra forense debe traducir el lenguaje especializado a términos comprensibles sin perder rigurosidad científica, manteniendo siempre su independencia e imparcialidad como auxiliar de la justicia.

Acreditación del perito psiquiatra

El psiquiatra forense, en su práctica profesional, debe incluir trabajo clínico. Esto es bien importante. En algunos países existe un sistema oficial de peritos y no se concibe que el psiquiatra forense esté todo el día haciendo única-

mente peritajes y se haya alejado de la clínica. La psiquiatría, como especialidad médica en constante desarrollo científico, avanza cada día e incluye constantes aportes desde las neurociencias. Se requiere que el psiquiatra forense tenga, por lo menos, un lugar donde haga práctica clínica y comparta su tiempo laboral realizando peritajes y practicando en un ambiente clínico para no descontextualizarse de los avances científicos. En lo posible, el psiquiatra forense también debe incluir actividades investigativas que conlleven a la publicación de artículos científicos en revistas indexadas,

La acreditación de peritos en Colombia es un proceso riguroso que garantiza la idoneidad y la competencia de los profesionales que participan en el sistema judicial. Los peritos deben contar con una formación académica sólida y deben tener experiencia en su campo de especialización. Además, es fundamental que mantengan una práctica clínica activa para no descontextualizarse de los avances científicos y tecnológicos. La acreditación formal ante la corte es esencial para asegurar la credibilidad de los informes periciales y la objetividad en la elaboración de dictámenes. El psiquiatra forense, al momento de sustentar su informe pericial, es interrogado sobre sus títulos académicos, su experiencia pericial, sus investigaciones y publicaciones científicas que pueda demostrar. Es muy importante acreditar un título académico de psiquiatra forense si no se posee, al menos, cursos, diplomados o entrenamientos en esta área del conocimiento. El psiquiatra forense actúa ante la ley con los mismos derechos y deberes que cualquier otro perito.

Herramientas y protocolos

Colombia cuenta con guías, protocolos y literatura técnica-científica elaborados por consensos de los funcionarios del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses que regulan la práctica de la psiquiatría forense, asegurando la calidad y objetividad en la elaboración de dictámenes. Estos documentos explican procedimientos para diferentes tipos de peritajes, como la defensa por insanidad, daño psíquico, adicciones a sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Colombia es la entidad oficial adscrita a la Fiscalía

General de la Nación, encargada de realizar peritajes en el ámbito judicial de forma oficial. Este instituto juega un papel crucial en el sistema penal acusatorio oral del país, proporcionando informes periciales que deben ser presentados y defendidos en audiencias judiciales.

Aspectos para revisar en la práctica

El abordaje de un caso forense por el psiquiatra requiere una revisión constante de los procedimientos y de la documentación detallada de cada caso. Es importante que, quienes participan en este ámbito, tengan un entrenamiento formal y académico, ya que esto permite su acreditación ante la corte y fundamentar los informes periciales, aportando claridad ante las autoridades judiciales. El estudio y análisis de cada caso forense es único, y se convierte en una herramienta clave para el profesional de la psiquiatría forense, quien facilita el análisis, la discusión, la organización de ideas y la construcción de conceptos que serán utilizados durante la exposición de los casos. Además, contribuye a la reflexión sobre el ejercicio diario, asegurando una práctica ética y fundamentada en el conocimiento científico.

Conclusión

La psiquiatría forense es una especialidad compleja y exigente que contribuye de manera fundamental al esclarecimiento de situaciones legales donde la salud mental es un factor decisivo. Aunque la vocación por esta área es limitada, su práctica está respaldada por instituciones especializadas, una formación académica y protocolos oficiales que garantizan la ética y el rigor científico en la interacción entre la psiquiatría y el sistema judicial.

Referencias

- Acero-González, Á. R., Escobar-Córdoba, F., y Castellanos-Castañeda, G. (2007). Factores de riesgo para violencia y homicidio juvenil. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 78-97.
- Agudelo, N. (1984). *Inimputabilidad y responsabilidad penal*. Editorial Temis.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Author.
- Boletín de salud mental: Conducta suicida. (2017, julio). Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.min-salud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
- Buitrago, J. E. (1993). *Diagnóstico forense sobre inimputabilidad y tipos de psicopatología*. Editorial Proceditor.
- . (1996). Trastorno mental transitorio sin secuelas como fuente de inimputabilidad: Inconcordancias en su diagnóstico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 25(2), 105-115.
- Código Penal y de Procedimiento Penal (Leyes 599 y 600 de 2000). (2001). (M. Arboleda Vallejo, Comp.; 6.ª ed.). Editorial Leyer.
- Código de Procedimiento Civil Colombiano. (s. f.).
- De Borja-Telles, L. E., Días de Castro-Bins, H., Soares-Barros, A. J., y Escobar-Córdoba, F. (2012). Incendiaristas. *Revista de la Facultad de Medicina*, 60(3), 207-213.
- Durán, L., y Carreño, M. (1989). *Principios de psiquiatría forense*. Universidad Nacional de Colombia.
- Escobar-Córdoba, F. (1991). Aspectos psiquiátricos del abuso y dependencia de drogas: Tratamiento y prevención. En *Memorias del Primer Simposio de Neuropsiquiatría Forense*. Dirección General de Medicina Legal.
- . (1993). Los anexos psiquiátricos en las instituciones carcelarias colombianas. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 41(3), 182-184.
- . (1995). Aspectos médicos y legales del uso de opioides. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 25(4), 27-37.
- . (1999). La psiquiatría forense. En C. Arteaga y J. Ospina (Eds.), *Recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos* (pp. 178-185). Noosfera Editorial.
- . (2005). El psiquiatra colombiano ante el nuevo sistema penal acusatorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(Supl. 1), 45-65.
- . (2008). El uso ilegal de sustancias psicoactivas: ¿La criminalización es una política equivocada? *Revista de la Facultad de Medicina*, 56(4), 287-290.
- . (2009). Riesgo para cometer homicidio en jóvenes bogotanos: Estudio multimétodo. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(Supl.), S15.
- . (2010). La evaluación diagnóstica de la psicopatía. *Revista de la Facultad de Medicina*, 58(2), 101-102.

- . (2012). Responsabilidad médica del psiquiatra. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(1), 17-20.
- Escobar-Córdoba, F., y Sánchez, R. (1994). Trastorno mental transitorio sin secuelas: Correlación clínico-forense. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 23(2), 119-136.
- Escobar-Córdoba, F., y Tejada, P. A. (2005). Inimputabilidad y riesgo de violencia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(Supl. 1), S104-S115.
- Escobar-Córdoba, F., Acero-González, Á. R., y Pedreros-Velásquez, J. (2007). Homicida en serie intramuros: Reporte de caso. *Investigación en Salud*, 9(3), 178-183.
- Escobar-Córdoba, F., Eslava-Schmalbach, J. H., y Folino, J. O. (2008). Síntomas de estrés postraumático y trastornos del sueño en un grupo de mujeres adultas de Bogotá. *Universitas Médica*, 49(1), 29-45.
- Escobar-Córdoba, F., Mercado, J., y Romero-Tapia, A. E. (2007). Comentarios psiquiátrico-forenses a la nueva legislación colombiana sobre niños, niñas y adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatría y Enlace*, 33, 3-9.
- Folino, J. O. (2005). Una subespecialización psiquiátrica: La psiquiatría forense. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(Supl. 1), 129-148. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000500014
- Folino, J. O., Escobar-Córdoba, F., y Castillo, J. L. (2006). Exploración de la validez de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) en la población carcelaria argentina. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(2), 132-148.
- Folino, J. O., Escobar-Córdoba, F., y Telles, L. (2005). Latin American aspects of refusal to undergo court-ordered forensic psychiatric examination. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(5), 542-546.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., y Grebb, J. A. (1994). *Synopsis of psychiatry: Forensic psychiatry* (7th ed.). Williams & Wilkins.
- Mora, R. (1982). Psiquiatría forense y nuevo Código Penal colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 11(1), 33-42.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación internacional de enfermedades* (11.ª ed.; CIE-11). Author.
- Protocolo de evaluación básica en psiquiatría y psicología forenses. (s. f.). Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. <https://www.medicinalegal.gov.co/documents>
- Reyes, A. (1989). *La inimputabilidad*. Editorial Temis.
- Saborío Valverde, C. (2005). Estrategias de evaluación psicológica en el ámbito forense. *Medicina Legal de Costa Rica*, 22(1), 41-63. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152005000100004

6. Neurobiología de los trastornos del desarrollo infantil

JESÚS GÓMEZ PLASCENCIA*



DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.393.06>

“It is epigenetics, stupid!”

Los “trastornos neurológicos del desarrollo” (TND) incluyen los motores: (parálisis cerebral y trastorno del desarrollo de coordinación), cognitivos (deficiencia intelectual, trastornos de lenguaje y aprendizaje), conductuales y sociales (trastorno por déficit de atención/hiperactividad y trastornos del espectro autista), los cuales constituyen un grupo heterogéneo de condiciones, en la gran mayoría de los casos de origen congénito y genético. Su expresión clínica se manifiesta, en general, en la infancia temprana y muchos de ellos persisten a lo largo de la vida. Estos trastornos, que resultan de una interferencia con los procesos normales en diferentes etapas del desarrollo embriológico del encéfalo, pueden impactar diversas áreas del funcionamiento, incluyendo el desarrollo motor, cognitivo, del lenguaje, social y conductual, con las consecuentes repercusiones en la calidad de vida de los pacientes, su familia y la sociedad. Con frecuencia coexisten varios de ellos y también se pueden asociar a otras patologías psicológicas/psiquiátricas. Sus manifestaciones clínicas se pueden presentar de formas diferentes, expresándose por un retraso en la adquisición y el desarrollo de los hitos del desarrollo para las diferentes habilidades motoras, conductuales, cognitivas y sociales, o por disfunciones asociadas y las manifestaciones clínicas son dimensionales, variando en presentación y combinación de síntomas y su severidad.

* Médico Cirujano y Partero por la Universidad de Guadalajara.

La neurobiología subyacente a estos trastornos es compleja y multifactorial, pues participan factores genéticos, epigenéticos y ambientales que interactúan de manera intrincada durante el periodo del neurodesarrollo.

Como se puede ver en la evolución de su nosología, por ejemplo (DSM, ICD), a pesar de varias revisiones aún existe confusión en la terminología: algunos autores incluyen esquizofrenia, otros las diferentes malformaciones del sistema nervioso central, lo que en ocasiones puede llevar a confusión. Esto se debe en parte a la ausencia de marcadores biológicos específicos, a la presencia de síntomas compartidos y a la heterogeneidad de síntomas, su severidad y las comorbilidades asociadas. El conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos involucrados en todos los niveles de organización, el conocer los mecanismos neurobiológicos implicados en cada uno de ellos, permitirá establecer definiciones funcionales más científicas y menos empíricas para ofrecer intervenciones remediales dirigidas a corregir las desviaciones del funcionamiento cerebral en estos pacientes.

Se pueden presentar como trastornos aislados o, lo que es más frecuente, como combinaciones, de aquí la necesidad de una valoración interdisciplinaria cuidadosa de cada uno de estos niños para, además de valorar el trastorno motivo de consulta, establecer de manera temprana la existencia de trastornos asociados y determinar para cada caso individual la terapia remedial dirigida en forma integral. No se deben de interpretar o considerar como debidos a una “inmadurez” del cerebro. Esta explicación puede resultar en una falsa sensación de seguridad y esperanza de lograr de manera espontánea una resolución del problema, lo que puede conducir a un retraso en su diagnóstico y manejo, con el consiguiente compromiso de su calidad de vida a largo plazo. Para comprender mejor su fisiopatología y sus expresiones clínicas se hará una pequeña revisión de los aspectos de la embriogénesis cerebral más importantes desde el punto de vista de los TND.

Embriogénesis del sistema nervioso central

Nuestro cerebro ha evolucionado desarrollando la capacidad de aprender de la experiencia y, con base en memorias, adaptarse y planear su comportamiento futuro mediante estrategias alternativas en caso de no ser

conveniente la respuesta inicial. Todas estas conductas son consecuencia del funcionamiento de circuitos moldeados por la evolución, la genética individual y los estímulos del medio ambiente. Si bien una parte de los circuitos implicados se encuentran programados en los genes, además de seguir el programa genético, se presentan modificaciones en respuesta a factores epigenéticos que modulan la actividad de las sinapsis. El modelo determinista del desarrollo cerebral lo consideraba como resultado de planos (genes) especificados de manera innata en el organismo. Los modelos actuales tienen un enfoque muy diferente de la herencia y el desarrollo cerebral: no heredamos planos o diagramas, heredamos genes y la maquinaria celular para expresarlos; los genes llevan información esencial para formar proteínas, pero no determinan los procesos biológicos o los resultados del desarrollo. Desde la mórula las células contienen los elementos necesarios para crear proteínas basados en la información codificada en las secuencias de nucleótidos de los genes. El desarrollo cerebral es un proceso delicadamente orquestado, altamente dinámico y susceptible de ser modificado por influencias ambientales mediante interacciones intrincadas entre genes y factores ambientales —desde eventos celulares locales hasta influencias del mundo exterior— (Stiles, J., 2017).

Esta complejidad funcional se refleja en el hecho de que la cronología del desarrollo ontogenético del cerebro humano, a diferencia de otras especies incluyendo los primates superiores, es muy prolongada, tanto en el periodo pre- como en el post-natal. Se inicia a partir de la tercera semana después de la concepción con la formación de la placa neural y se considera, de manera convencional, que termina a los 23-24 años de edad, con la mielinización de las fibras U (de asociación intracortical) en la corteza prefrontal, aunque algunas estructuras como la amígdala continúan su crecimiento hasta cerca de los 30 años de edad. Además, la tasa de maduración funcional de las neuronas corticales depende de mecanismos intrínsecos presentes de manera característica en el humano, mecanismos que persisten aun cuando estas neuronas son xenotrasplantadas en ratones.

Para tener un marco de referencia es conveniente recordar que lo que somos y lo que nos hace humanos es consecuencia del funcionamiento de las 86 mil millones de neuronas que conforman nuestro cerebro, con un número semejante de células no neuronales (glia, endotelio vascular, mi-

croglia), a su vez, resultantes de la expresión de la actividad de las proteínas codificadas en nuestros genes que se encuentran en el genoma nuclear constituido por 6.2 (sexo masculino) a 6.4 (sexo femenino) miles de millones de pares de bases repartidos en los 46 cromosomas de nuestras células diploides; menos del 2% de nuestro ADN (19,881 genes) codifican proteínas en tanto que 25,813 corresponden a RNA no codificante y el resto son pseudogenes (www.gencodegenes.org/stats/current.html en su versión 23). Una gran parte del resto del DNA no codificante se considera que contiene elementos *cis*-reguladores de la transcripción que, en diferentes segmentos, puede contener alelos de riesgo para trastornos neurológicos del desarrollo y trastornos psiquiátricos, entre otros (de la Torre-Ubieta, L., *et al.*, 2017).

El desarrollo del cerebro humano, la estructura más compleja del universo, esencia misma de nuestra naturaleza, sustrato de capacidades específicamente humanas como el lenguaje, el pensamiento abstracto, la apreciación de la belleza, la creatividad y, en general lo que llamamos inteligencia humana, no muestra cambios anatómicos sobresalientes a los que se pueda atribuir el espectacular salto cuántico en inteligencia o en nuestras sorprendentes habilidades cognitivas. Desde el punto de vista anatómico es muy semejante a los de nuestros parientes evolutivos más cercanos, los chimpancés, los orangutanes, los gorilas y los bonobos. De hecho, nuestro cerebro corresponde desde el punto de vista anatómico al cerebro de primate, con una evolución linear (Herculano-Houzel, 2012). Por tanto, las respuestas al origen biológico de nuestra mente, de nuestra inteligencia, su variación individual y las alteraciones clínicas resultantes de alteraciones en su ontogenia —trastornos neurológicos del desarrollo o enfermedades psiquiátricas— deben de ser buscadas a nivel de las capacidades computacionales altamente desarrolladas en especial en nuestra corteza cerebral —las neuronas, las sinapsis, las redes neurales— y la modulación de los genes responsables de ellas.

Se considera que cerca del 50% de los genes participan en las diferentes etapas de la embriogénesis cerebral a partir de una muy intrincada interacción entre programas genéticos y moduladores ambientales, culminando su expresión en los 170 mil millones de células de diferentes tipos que forman el encéfalo (Azevedo, F. A., *et al.*, 2009; Kelley, K. W., Pasca, S. P., 2022), con aproximadamente la mitad de este número correspondiendo a células

gliales y de los vasos cerebrales y el resto, 86.1 miles de millones de neuronas, la mayoría de las cuales se forman en la etapa pre-natal, en cerca de 781 días a partir del día 32 post-concepcional al día 813 post-concepcional (234 días prenatales a 547 días post-natales): 4.6 millones de neuronas se forman por hora durante la etapa de neurogénesis (Workman, A. D., y col., 2013). Otras neuronas, como las interneuronas locales del cerebelo (Carletty, B., Rossi, F., 2008) y las neuronas de Von Economo, descritas inicialmente por Cajal (1995), son casi específicas de la especie humana (popularmente conocidas como “neuronas en espejo”) (Allman, J. L., y col., 2011; Banovac, I., y col., 2021). Las neuronas bipolares fusiformes se encuentran en la región frontoinsular y la porción anterior de la corteza del cíngulo, en poco más de 100 000, las cuales se generan de forma temprana en el periodo post-natal. Estas son la mayoría de las neuronas que forman el cerebro. Además, a lo largo de la vida se continúan produciendo nuevas neuronas en el bulbo olfatorio y en el giro dentado del hipocampo.

Greenwood (Greenwood, W. T., *et al.*, 1987), mediante una terminología que recuerda la *tabula rasa* de Locke, introdujo el término “expectante de experiencia” para enfatizar que las experiencias tempranas de un organismo desempeñan un papel relevante en el desarrollo normal del cerebro, sobre todo, durante el periodo neonatal temprano. Si bien las etapas de organización cortical se inician a partir del 5º mes gestacional, su organización permanece maleable durante un periodo de tiempo prolongado hasta la adolescencia. La experiencia post-natal es imprescindible para el desarrollo correcto de los patrones de organización anatómica y funcional (redes neurales). Si el *input* sensorial es limitado, el desarrollo cortical se ve comprometido (el “niño lobo”, Victor de l’Aveyron, ambliopía, los huérfanos de Rumania), que son los “periodos críticos del desarrollo cerebral”; a la inversa, intervenciones igualmente tempranas pueden revertir las alteraciones funcionales (Holz, N. E., *et al.*, 2018).

El funcionamiento del cerebro emerge de la interacción compleja entre poblaciones neuronales gobernadas por su organización en diferentes *motifs* (microcircuitos) constituyentes de circuitos y de redes neurales. Las modificaciones en el desarrollo, la composición y la organización de los circuitos neuronales pueden impactar de manera importante el funcionamiento cerebral y la conducta (Stiles, J., 2017).

Desarrollo prenatal

Para fines prácticos, se considera que el desarrollo cerebral pasa por las siguientes etapas de las cuales la migración neuroblástica, la maduración cerebral, la sinaptogénesis y la muerte celular programada son las que mayor relevancia tienen en los mecanismos neurobiológicos involucrados en los trastornos neurológicos del desarrollo:

Etapas del Desarrollo Cerebral*

Diferenciación neuroepitelial
Migración celular
Diferenciación neuronal/glial
"Maduración celular"***
Sinaptogénesis**
Muerte celular programada y poda sináptica**
Mielinogénesis

* Estas etapas no se efectúan de manera sincrónica en todas las áreas; por ejemplo, en unas puede iniciar la migración y en otras la sinaptogénesis.

** Estas etapas se pueden considerar de "Organización".

Modificado de: Kolb B, Gibb R. Brain plasticity and behaviour in the developing brain. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011 Nov;20(4):265-76.

Una vez terminada la etapa de neurogénesis la población de células progenitoras neurales se dedica a formar los otros tipos de células no neuronales, que son también esenciales para el funcionamiento y la organización del cerebro: las células gliales (astrocitos, oligodendrocitos, células precursoras de oligodendrocitos, células endoteliales y del plexo coroides), la mayoría de las cuales se forman después del nacimiento.

La sinaptogénesis en la placa neocortical se inicia tempranamente (semana 18 post-concepcional) y alcanza la máxima densidad en la corteza prefrontal a los 15 meses post-partum, mucho después que en las cortezas primarias visual y auditiva. La máxima densidad de espinas dendríticas en las neuronas piramidales de la corteza prefrontal dorsoateral ocurre cerca del 7º año post-natal; después de esta edad hay un declive general en la densidad de las espinas que es indicativa de una eliminación de sinapsis hasta llegar al número de sinapsis de la corteza adulta que es de 164 trillones (Tang *et al.*, 2001). Sin embargo, en el cerebro del recién nacido existe un número semejante al del cerebro adulto, aumentando en número al máximo

entre los 1-2 años de edad (cerca de un 50% más que en el adulto), y decreciendo al iniciarse la poda sináptica (Huttenlocher, 1979; Petanjek *et al.*, 2011).

Es obvio que, al estar interconectadas todas las neuronas cerebrales, la cantidad de sinapsis es enorme, cerca de 620 mil billones de sinapsis en todo el encéfalo del humano adulto, con una gran variación en diferentes áreas y estructuras (Silbereis, J. C., *et al.*, 2016). Dicha cantidad de sinapsis es imposible de establecer en un programa genético, el cual solo ofrecería las guías generales de interconexión genéticamente preterminadas que orientarían a la formación de una gran cantidad de sinapsis en respuesta a estímulos ambientales y factores epigenéticos (Kolb, B., Gibb, R., 2011).

Desarrollo encefálico post-natal

El peso del recién nacido a término es de 3-5 kg. El cerebro pesa 317-421 gramos y la diferenciación de las células gliales se inicia poco antes del nacimiento, al igual que la mielinización, la cual continúa hasta la adolescencia tardía (corteza prefrontal). Desde el punto de vista de su crecimiento, en el primer año de vida el cerebro aumenta un 100% su volumen; a los 2 años de edad tiene el doble de conexiones que el adulto (Huttenlocher, P., 1979), en tanto que la superficie cerebral se incrementa un 115% a la misma edad. El espesor de la corteza logra el máximo a los 12 años de edad, aunque depende del área, ya que primero se desarrolla la corteza occipital y, al último, la frontal (Lyll, A.E., *et al.*, 2012), continuando su desarrollo hasta después de los 20 años (Arain, M., *et al.*, 2013; Luhman, H.J., *et al.*, 2022) y culminando con el cerebro adulto que se encuentra formado por 86 mil millones de neuronas y tiene un porcentaje semejante constituido por células no neuronales (glía, microglia, endotelio vascular) (Azevedo, F.A., *et al.*, 2009).

Por otra parte, el desarrollo de la corteza cerebral representa un hito importante en la evolución del cerebro de los vertebrados (DeFelipe, J., *et al.*, 2002). La corteza cerebral humana, la cual tiene el mayor volumen en proporción al resto del encéfalo, a pesar de que representa el 82% de la masa encefálica total solo contiene el 19% de sus neuronas (Azevedo, F. A., *et al.*,

2009; Herculano-Houzel, S., 2009; Herculano-Houzel, S., 2012); de ellas, el 80% son neuronas de proyección, glutamatérgicas (excitatorias) y el resto interneuronas GABAérgicas (DeFelipe, J., *et al.*, 2002). Las modificaciones en el desarrollo, la composición, la organización y los cambios plásticos en los circuitos corticales puede impactar de manera importante el funcionamiento cerebral, cognitivo y conductual. Si bien las características básicas de estos circuitos se encuentran genéticamente predeterminadas, se pueden modificar por factores extrínsecos ambientales — sustrato biológico del aprendizaje en el sentido más pedagógico, lo cual lleva a la modificación de una conducta.

Obviamente mantener el funcionamiento de toda esa enorme cantidad de neuronas y sinapsis es caro desde el punto de vista energético, por lo que el funcionamiento cerebral tiene un costo metabólico elevado. A pesar de que representa menos del 2% del peso corporal total, el cerebro recibe el 20-25% del gasto cardíaco y es responsable del 20% del consumo metabólico en reposo (Rolfe, D. F. S., Brown, G. C., 1997). De la misma manera, dado que las neuronas no tienen reservas metabólicas (grasas, carbohidratos), dependen del aporte energético circulatorio; la gran mayoría del consumo energético lo consumen las neuronas glutamatérgicas corticales de proyección para la generación de potenciales de acción y potenciales post-sinápticos. La mayor parte del elevado consumo energético requiere del desarrollo de códigos neurales y patrones de circuitos energéticamente eficientes. Con base en ese consumo energético, se considera que cerca del 15% de las neuronas cerebrales se encuentra simultáneamente activo en un momento determinado (Attwell y Laughlin, 2001; Magistretti y Allaman, 2015), por lo que es de esperar que los genes relacionados con el suministro y el metabolismo energéticos tengan un impacto en el mantenimiento de las descargas de alta frecuencia durante las tareas cognitivas. De hecho, la capacidad cognitiva se asocia con variaciones de varios genes que codifican reguladores de la función mitocondrial y la eficiencia energética como GPD2, NDUFS3, MTCH2 (NCBI Resource Coordinators, 2017; Savage *et al.*, 2018).

A diferencia de los grandes monos herbívoros (gorila, orangután) que deben alimentarse durante 12 horas diarias, tienen un intestino de cerca de 30 metros de longitud para absorber hasta la última molécula, el de-

sarrollo evolutivo de la corteza cerebral en nuestra especie se favoreció con una dieta omnívora y la utilización del fuego para cocinar. Esto permitió ahorrar las calorías invertidas en pre-digerir los alimentos, por lo que se pudo hacer frente a las demandas energéticas tan elevadas y derivó en el crecimiento cerebral, en particular de la corteza.

La identificación de las diferentes etapas del desarrollo cerebral ofrecían la idea de un enfoque determinista en el que se consideraba que estas etapas se desarrollaban de una manera rígida, programada; sin embargo, se ha encontrado que el desarrollo del cerebro es un proceso sumamente complejo que involucra múltiples factores que no actúan de manera aislada sino que es un proceso delicadamente orquestado, armonioso y muy complejo que recuerda el “telar encantado” de Sherrington, donde dichos factores se organizan para culminar con el desarrollo final de nuestro cerebro. No obstante, estos factores genéticos intrínsecos están sujetos a modulación por factores ambientales desde las primeras etapas *in utero*: “los genes contienen los planos de las proteínas requeridas para el desarrollo, el ambiente suministra la entrada (*input*) esencial que da forma e influencia la dirección de las redes neurales emergentes” (Jernigan, T. L., Stiles, J., 2017). Este enfoque es de gran relevancia para comprender las influencias positivas y negativas que pueden modificar el proceso de la organogénesis cerebral con implicaciones importantes para el desarrollo normal, desviaciones del mismo, y potenciales consecuencias para la posterior aparición de patologías psiquiátricas. Conforme se avanza en su conocimiento, se podrán comprender cómo ciertos eventos sesgan el desarrollo funcional hacia resultados adversos y, de esta manera, se pueden desarrollar estrategias que permitan evitar sus consecuencias negativas (Stiles, J., 2017; Holz, N. E., *et al.*, 2018). Además, el prolongado periodo de organogénesis, que requiere procesos reguladores altamente elaborados y precisos en diferentes momentos y en diferentes células y regiones, genera una mayor susceptibilidad, vulnerabilidad y sensibilidad a diferentes agentes externos cuyas consecuencias dependen de la etapa de desarrollo en la que actúan (por ejemplo, el ácido valproico puede provocar defectos de cierre de tubo neural o puede causar autismo, dependiendo de la dosis y el momento de administración), por lo que los modelos animales no pueden informar por completo el desarrollo cerebral humano, los mecanismos participantes en las alteraciones respon-

sables de los trastornos neurológicos del desarrollo o predecir, de manera confiable, la respuesta a potenciales compuestos terapéuticos. Esto se debe a la distancia evolutiva que nos separa de esas especies, ya que los elementos neuronales que forman los microcircuitos corticales básicos no se encuentran en otras especies o se encuentran modificados (De Felipe *et al.*, 2002).

El enorme avance en las funciones cognitivas superiores que caracteriza al cerebro humano se encuentra altamente asociado al incremento del tamaño y la conectividad de la corteza cerebral, resultante de los cambios evolutivos en los mecanismos del desarrollo cortical, lo que ha permitido las notables capacidades computacionales que se llevan a cabo en la corteza cerebral. (Vanderhaeghen, P., Polleux, F., 2023). Asimismo, el rápido desarrollo de la genómica evolutiva y la neurobiología del desarrollo han permitido la identificación de cambios genómicos que funcionan como modificadores específicos humanos del desarrollo cortical, los cuales influyen la mayor parte de los aspectos de la neurogénesis desde el periodo de tiempo hasta la complejidad de la neurogénesis cortical hasta la sinaptogénesis y el ensamblado de circuitos corticales. Las mutaciones de estos modificadores específicos de humanos se asocian a TNS, lo que pone de relieve su importancia tanto en el desarrollo cerebral normal como en las consecuencias de dichas mutaciones.

La evolución de la corteza es crucial para el desarrollo de nuestras capacidades cognitivas. Las principales características de la evolución cortical incluyen un mayor número y una mayor conectividad y alteraciones de las propiedades morfoeléctricas de las neuronas corticales. Un gran progreso ha sido la identificación de “modificadores genéticos específicos de humanos” (HSGMs), algunos de los cuales están involucrados en dar forma a la arquitectura cortical (Zhao, H. T., Schmidt, E. R., 2024). Se han identificado múltiples HSGMs que contribuyen a la expansión cortical, principalmente modificando la neurogénesis y generando una maduración más lenta de las sinapsis corticales; también se han identificado las “human accelerated regions” (HARs), 49 segmentos del genoma notablemente diferentes en la especie humana como HARE 5, las duplicaciones específicas en humanos de los genes NOTCH2NL, ARGAP11B, CROCCP2, una sustitución específica de humanos en TKTL1, y la expresión alterada del gen CLOCK. Es de interés mencionar que varias líneas de evidencia sugieren que, como era

de esperar, el incremento en el desarrollo del número de neuronas impacta la función y la complejidad de los circuitos neuronales y el comportamiento. Esto se ha mostrado, por ejemplo, en los ratones transgénicos humanizados con ARHGAP11B o CLOCK, que muestran una mejor memoria y flexibilidad cognitiva, la cual es especial debido a una mayor conectividad sináptica en ratones CLOCK. Esto puede contribuir a mayores cambios en el circuitaje y la conducta. Otros factores recientemente descubiertos —los llamados “potenciadores ganados en humanos” (HGEs por sus siglas en inglés: human-gained enhancers), que son especialmente activos en el linaje humano y se ha demostrado que intervienen regulando la neurogénesis y la expansión cortical (de la Torre-Ubieta *et al.*, 2018).

Generalmente se considera que las sorprendentes habilidades cognitivas del humano se deben a la expansión cortical durante el curso de la evolución humana. Además de un número mayor de neuronas, la expansión de la corteza puede ser favorecida por adaptaciones de las propiedades de neuronas aisladas y sus circuitos locales, la cual puede variar en diferentes áreas de la corteza: la corteza supragranular muestra la expansión más prominente durante la evolución del cerebro humano. Las adaptaciones evolutivas, sobre todo en las neuronas piramidales que sufren las adaptaciones evolutivas en sus características, subyacen a la variabilidad en las capacidades cognitivas humanas (Galakhova, A. A., *et al.*, 2022)

Las características estructurales y fisiológicas de los circuitos neuronales se moldean extensamente por la genética, pero también son influenciados por *inputs* extrínsecos a través de varios mecanismos de plasticidad —una característica clave en el aprendizaje y en la adaptación—. El cerebro humano se caracteriza por un prolongado proceso de maduración tanto en el periodo prenatal como en el postnatal. Un ejemplo de este aspecto a nivel celular se muestra en la prolongada maduración de las neuronas de la corteza humana, proceso prolongado inclusive si se trasplantan a la corteza de ratón. Este prolongado periodo se debe a cambios en las vías transcripcionales, proteómicas y celulares, incluyendo la tasa metabólica mitocondrial, el recambio proteico, donde todos participan de manera fundamental en este tiempo más prolongado de maduración celular necesario para constituir el sustrato de nuestras capacidades cognitivas. Esto es el resultado de la evolución de características especializadas de la arquitectura cortical huma-

na gracias a la aparición de los “modificadores genéticos específicos de humanos” que desempeñan un papel fundamental en el desarrollo cortical, provocando que la maduración sináptica se efectúe de manera más lenta, con el consiguiente potencial para que la experiencia contribuya a la organización óptima de la corteza en desarrollo.

El desarrollo del cerebro en las primeras dos décadas de vida involucra incrementos tempranos del volumen de la sustancia gris, seguidos de su disminución en tanto que el volumen de la sustancia blanca se incrementa de manera progresiva. Esto significa que el importante crecimiento del cerebro desde la infancia, a diferencia de los demás órganos, no se debe a un número progresivamente mayor de sus células funcionales —neuronas—, sino al volumen cada vez mayor de sustancia blanca, esto es, de prolongaciones axonales. La disminución del espesor de la corteza cerebral en la adolescencia no se explica por la maduración de la sustancia blanca subyacente (Tamnes, C. K., *et al.*, 2010).

Como encontraron Mills *et al.* (2016), existe un desarrollo continuo del volumen intracraneal y del volumen cerebral en la adolescencia. El volumen de la sustancia gris es mayor en la niñez, disminuyendo de manera progresiva en la segunda década con una desaceleración en la tercera década de vida, en tanto que el volumen de la sustancia blanca cerebral aumenta hasta la adolescencia tardía antes de desacelerarse (Mills, K. L., *et al.*, 2016).

Eventos regresivos

De manera intuitiva, se considera que el crecimiento progresivo del cerebro desde el periodo neonatal hasta la edad adulta se debe a la generación de un número progresivamente mayor de neuronas, lo cual es una apreciación equivocada, ya que en la etapa de organización cerebral intervienen dos procesos importantes que resultan en la pérdida de componentes neurales: la muerte cerebral programada o apoptosis, que resulta en la pérdida de algo más del 50% de neuronas y células gliales, en especial en la corteza que puede llegar a un 70% en algunas regiones (Rabinowicz *et al.*, 1996), y la poda sináptica, en la que se “pierden” un porcentaje semejante de las conexiones establecidas. La pérdida neuronal es un evento que ocurre, prin-

cialmente, en la etapa pre-natal en tanto que la poda sináptica ocurre, sobre todo, en la etapa post-natal. Se considera que existe una competencia mal llamada “darwiniana” en la que las neuronas que primero establecen un contacto sináptico funcional y generan potenciales post-sinápticos reciben factores neurotróficos producidos por las neuronas post-sinápticas, las cuales tienen una cantidad limitada de los mismos por lo que las neuronas que no establecen oportunamente esas conexiones, o no las hacen funcionales, sufren apoptosis, lo que permite el desarrollo de circuitos neurales funcionales y/o pueden corregir errores en la producción o migración de neuronas (Buss, R. R., *et al.*, 2004). Esto explica la sobreproducción substancial y una reducción secundaria, sobre todo, en el último cuarto de la gestación. El mayor número de neuronas se logra a las 28 semanas de gestación y declina de manera progresiva en un 70% hasta el nacimiento, lo que implica que la muerte neuronal programada juega un papel principal en el desarrollo armónico temprano de la corteza humana (Rabinowicz, T., *et al.*, 1996).

La estabilización dependiente de actividad y la eliminación selectiva de las sinapsis inicialmente sobreproducidas es un mecanismo principal para generar una diversidad de conexiones neurales, más allá de su determinación genética. La mayor (hasta el doble o triple de sinapsis del adulto) y la más prolongada sobreproducción (hasta la tercera década) se describió para las neuronas piramidales asociativas de la capa IIIC en la corteza prefrontal dorsolateral. Por tanto, la mayor proporción de la extraordinariamente prolongada etapa de sobreproducción de espinas sinápticas es la marca representativa de los circuitos neurales en las áreas humanas de asociación de orden superior. Esto indica que los microcircuitos que procesan las funciones humanas cognitivas más complejas tienen el mayor nivel de plasticidad del desarrollo. Este hallazgo es la base para comprender el efecto del impacto ambiental sobre el desarrollo de las capacidades cognitivas más complejas específicas del humano, sus capacidades emocionales, así como aspectos fisiopatológicos del desarrollo ulterior de patologías como el autismo, la esquizofrenia, entre otras (Petanjek Z *et al.*, 2023).

Muchos de los genes identificados, que desempeñan un papel en el desarrollo del SNC, también contribuyen a la función sináptica, incluyendo la plasticidad. El funcionamiento del cerebro resulta de procesos altamente

dinámicos, dependientes de actividad que encienden y apagan switches, lo que conduce a cambios estructurales y funcionales que comprenden, a lo largo de la vida, la formación de nuevas sinapsis y dendritas, la eliminación de aquellas que no se utilizan, modificaciones en el citoesqueleto, la movilidad de receptores y el metabolismo energético. La capacidad cognitiva —y finalmente la inteligencia— dependerá de la eficiencia con la que las neuronas corticales regulan estos procesos, muchas veces modulados por influencias ambientales que llegan por los receptores sensoriales y sensitivos. La interacción de las neuronas con su ambiente constituye una función fundamental tanto en el neurodesarrollo como en la eficiencia del funcionamiento sináptico a lo largo de la vida, donde el funcionamiento óptimo del SNC también desempeña un papel en la fisiopatología de los TND, así como de otros padecimientos psiquiátricos, en especial la esquizofrenia.

Una gran cantidad de estudios científicos han iluminado el camino para comprender la arquitectura genética de los TDN, lo que permite comprender gran parte de su fisiopatología. Existe una abrumadora evidencia de que los TND son poligénicos —con muchos loci genéticos, cientos de diferentes con variantes genéticas, donde cada uno contribuye a una pequeña parte del riesgo. Aun conociendo la arquitectura genética de un TND, la comprensión completa requiere un conocimiento profundo de la arquitectura funcional —la manera en que los loci implicados impactan procesos reguladores que influyen la expresión de genes y la coordinación funcional de genes que controlan los procesos biológicos. En vista de que la arquitectura genética de los diferentes TND se sobreponen fuertemente debemos revalorar y refinar las arquitecturas diagnósticas utilizando estos genéticos y neurobiológicos fundamentales.

La plasticidad cerebral persiste a lo largo de la vida para diferentes funciones. Si se aprende una habilidad nueva, por ejemplo malabarismos, se observan cambios estructurales y selectivos pasajeros en las áreas cerebrales que se asocian con el procesamiento y el almacenamiento de movimientos visuales complejos (Draganski *et al.*, 2004). De la misma manera, la amputación del pulgar resulta en una reorganización cortical en la corteza somatosensitiva correspondiente, con una disminución de la zona de su representación cortical y extensión de la correspondiente a los otros dedos.

El volumen de la sustancia gris sufre cambios dramáticos a lo largo de la vida, como parte del desarrollo cerebral (Gogtay *et al.*, 2004). El aumento inicial en edades tempranas se sigue de un adelgazamiento sostenido cerca de la pubertad. Este cambio se debe a la sobreproducción de sinapsis en la niñez temprana y una mayor poda sináptica en la adolescencia y en el adulto joven (Bourgeois *et al.*, 1994). Más aún, diferentes áreas corticales tienen su propia cronología de maduración: las cortezas de asociación de orden superior maduran después de las cortezas de bajo orden somatosensitivas y visuales (Gogtay *et al.*, 2004). El espesor de la corteza se incrementa rápidamente entre el nacimiento y los 12 meses de edad, se estabiliza entre los 1 a 2 años con un espesor del 97% del adulto (Lyall *et al.*, 2014) y su espesor empieza a disminuir de los 4 años en adelante (Brown, T. T., *et al.*, 2012). El cerebro a los 2 años tiene 80% del volumen del adulto, duplicando el volumen de la sustancia gris cortical en el primer año de vida con un crecimiento más rápido en las cortezas de asociación que en las sensorimotoras (Gilmore, J. H., *et al.*, 2011). En ambos sexos existe un adelgazamiento acelerado en la adolescencia, con un menor adelgazamiento a mayor edad. Durante el segundo año las cortezas frontal y parietal se continúan desarrollando con mayor rapidez en la niñez y ocurre una desaceleración del adelgazamiento en la adultez joven (Zhou, D., *et al.*, 2015). El adelgazamiento en la adolescencia es más notorio en las cortezas frontal y occipital. En la corteza frontal se asocia a una mayor amplitud de surcos y la disminución del área cortical en tanto que en otros lóbulos se asocia a la expansión de la sustancia blanca. Tanto el espesor cortical como el área de superficie no se desarrollan de manera lineal, variando el patrón de acuerdo a las diferentes áreas corticales. Rockel *et al.* (1980) habían reportado que en todas las áreas corticales el número de neuronas en cada milímetro cuadrado de superficie era el mismo a pesar de las diferencias en espesor. Esto fue confirmado por Carlo y Stevens (2012), quienes, además, encontraron que la variación en espesor se debe principalmente al número de células gliales. Por otra parte, el conectoma de la sustancia blanca se encuentra maduro al nacimiento: la proporción de los tractos de sustancia blanca se encuentran establecidos antes del nacimiento y la mielinización de ellos ocurre rápidamente durante los primeros 2 años de vida (Gilmore, J. H., *et al.*, 2018); sin embargo, debe tomarse en cuenta la mielinización en la sustancia gris: el mayor

volumen ocurre en las áreas corticales con circuitos predeterminados, generalmente de proyección, motores y sensoriales que muestra un incremento continuo desde la adolescencia hasta la adultez temprana (22-35 años), cuando se presenta una desaceleración en tanto que un volumen menor de mielinización —no menos importante— ocurre en circuitos altamente plásticos que apoyan funciones complejas y tienen una trayectoria de desarrollo más prolongada (Kwon, D., *et al.*, 2020). En general, la mielinización en la sustancia gris es amplia y se correlaciona más significativamente con la edad que con la sustancia blanca, en especial en el lóbulo parietal, en tanto que la mielinización de la sustancia blanca está más relacionada con la edad en otros lóbulos (Corrigan, N. M., *et al.*, 2021). El proceso de mielinización cortical se estimula con la experiencia, los potenciales de acción aferentes estimulan los oligodendrocitos vecinos para facilitar la producción de mielina (Turner, R., 2019) lo que optimiza el funcionamiento cognitivo (Shaw, P., *et al.*, 2006).

Como consecuencia del incremento progresivo del volumen cortical, el aumento del número de células y la complejidad de sus funciones, se desarrollaron a través de la evolución de las circunvoluciones cerebrales, disposición estructural que permite optimizar la disposición arquitectónica cortical en un volumen craneal limitado, desde el periodo embriológico hasta la adultez. Además de los mecanismos moleculares genéticos involucrados en el desarrollo encefálico evolucionaron otros que intervienen en la migración y la organización, adecuándolas a la disposición arquitectónica necesaria de acuerdo a su lugar en la topografía de la corteza (Fernández, V., Borrell, V., 2023), ya que la formación de los pliegues que resultan en surcos/ circunvoluciones se disponen de acuerdo al soporte de la matriz extracelular y los programas definidos por diferentes vías de señalización, por lo que es de esperar que la mutación en algunas de ellas resultan en malformaciones corticales (Moffat, A., Schuurmans, C., 2024).

Los 2 primeros años de vida se caracterizan por un dinámico y rápido desarrollo cerebral, los cuales desempeñan un papel importante en el desarrollo cognitivo y son un periodo de riesgo para trastornos como el autismo, la esquizofrenia, entre otros. Es importante señalar el componente de heredabilidad en la circunvolución temporal superior que puede estar relacionada con la lateralización del lenguaje (Le Guen, Y. Y., *et al.*, 2017). Sin

embargo, también existe, desde la etapa prenatal, gran vulnerabilidad y riesgo de alteraciones en el desarrollo estructural y funcional del cerebro como consecuencias de circunstancias ambientales-familiares, como se verá más adelante. Algunos de estos factores son la privación sensorial y afectiva, el abuso verbal y físico por los padres, el abuso sexual, la violencia doméstica, entre otros, que se traducen en alteraciones estructurales en la porción anterior de la corteza del cíngulo, la corteza prefrontal dorsolateral y la orbitofrontal, el cuerpo calloso e hipocampo, con respuestas exageradas de la amígdala a expresiones faciales emocionales y la disminución de la anticipación a la recompensa en el estriado. Dichas alteraciones fueron inicialmente consideradas como causales de patologías psiquiátricas, pero se ha encontrado que corresponden a adaptaciones neurobiológicas para enfrentar el estrés, lo que ha generado nuevas investigaciones acerca del papel de los genes de riesgo involucrados así como el rol de los genes que ofrecen resiliencia con la posibilidad de intervención en la prevención de patologías del neurodesarrollo y otras patologías psiquiátricas de aparición más tardía en la vida (Teicher, M. H., y Samson, J. A., 2016).

Referencias

- Alemán-Gómez, Y., Janssen, J., Schnack, H., Balaban, E., Pina-Camacho, L., Alfaro-Almagro, F., Castro-Fornieles, J., Otero, S., Baeza, I., Moreno, D., Bargalló, N., Parellada, M., Arango, C., y Desco, M. (2013). The human cerebral cortex flattens during adolescence. *Journal of Neuroscience*, 33(38), 15004-15010. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1459-13.2013>
- Allman, J. M., Tetreault, N. A., Hakeem, A. Y., Manaye, K. F., Semendeferi, K., Erwin, J. M., Park, S., Goubert, V., y Hof, P. R. (2011). The von Economo neurons in the frontoinsular and anterior cingulate cortex. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1225, 59-71. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06011.x>
- Arain, M., Haque, M., Johal, L., Mathur, P., Nel, W., Rais, A., Sandhu, R., y Sharma, S. (2013). Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 449-461. <https://doi.org/10.2147/NDT.S39776>
- Azevedo, F. A., Carvalho, L. R., Grinberg, L. T., Farfel, J. M., Ferretti, R. E., Leite, R. E., Jacob Filho, W., Lent, R., y Herculano-Houzel, S. (2009). Equal numbers of neuronal and nonneuronal cells make the human brain an isometrically scaled-up primate brain. *Journal of Comparative Neurology*, 513(5), 532-541. <https://doi.org/10.1002/cne.21974>

- Buss, R. R., Sun, W., y Oppenheim, R. W. (2006). Adaptive roles of programmed cell death during nervous system development. *Annual Review of Neuroscience*, 29, 1-35. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.29.051605.112800>
- Cajal, S. R. (1995). *Histology of the nervous system of man and vertebrates*. Oxford University Press.
- Corrigan, N. M., Yarnykh, V. L., Hippe, D. S., Owen, J. P., Huber, E., Zhao, T. C., y Kuhl, P. K. (2021). Myelin development in cerebral gray and white matter during adolescence and late childhood. *NeuroImage*, 227, 117678. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2020.117678>
- DeFelipe, J., Alonso-Nanclares, L., y Arellano, J. I. (2002). Microstructure of the neocortex: Comparative aspects. *Journal of Neurocytology*, 31(3-5), 299-316. <https://doi.org/10.1023/A:1024130211265>
- De la Torre-Ubieta, L., Stein, J. L., Won, H., Opland, C. K., Liang, D., Lu, D., & Geschwind, D. H. (2018). The dynamic landscape of open chromatin during human cortical neurogenesis. *Cell*, 172(1-2), 289-04.e18. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2017.12.014>
- Draganski, B., Gaser, C., Busch, V., Schuierer, G., Bogdahn, U., y May, A. (2004). Neuroplasticity: Changes in grey matter induced by training. *Nature*, 427, 311-312. <https://doi.org/10.1038/427311>
- Fernández, V., y Borrell, V. (2023). Developmental mechanisms of gyrification. *Current Opinion in Neurobiology*, 80, 102711. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2023.102711>
- Gogtay, N., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., Vaituzis, A. C., Nugent, T. F., Herman, D. H., Clasen, L. S., Toga, A. W., Rapoport, J. L., y Thompson, P. M. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101, 8174-8179. <https://doi.org/10.1073/pnas.0402680101>
- Herculano-Houzel, S. (2009). The human brain in numbers: A linearly scaled-up primate brain. *Frontiers in Human Neuroscience*, 3, 31. <https://doi.org/10.3389/neuro.09.031.2009>
- Herculano-Houzel, S. (2012). The remarkable, yet not extraordinary, human brain as a scaled-up primate brain and its associated cost. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(Suppl 1), 10661-10668. <https://doi.org/10.1073/pnas.1201895109>
- Kolb, B., y Gibb, R. (2011). Brain plasticity and behaviour in the developing brain. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(4), 265-276
- Mills, K. L., Goddings, A. L., Herting, M. M., Meuwese, R., Blakemore, S. J., Crone, E. A., Dahl, R. E., Güroğlu, B., Raznahan, A., Sowell, E. R., y Tamnes, C. K. (2016). Structural brain development between childhood and adulthood: Convergence across four longitudinal samples. *NeuroImage*, 141, 273-281. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2016.07.044>
- Petanjek, Z., Judaš, M., Šimić, G., Rašin, M. R., Uylings, H. B., Rakic, P., y Kostović, I. (2011). Extraordinary neoteny of synaptic spines in the human prefrontal cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(32), 13281-13286. <https://doi.org/10.1073/pnas.1105108108>

- Tamnes, C. K., Ostby, Y., Fjell, A. M., Westlye, L. T., Due-Tønnessen, P., y Walhovd, K. B. (2010). Brain maturation in adolescence and young adulthood: Regional age-related changes in cortical thickness and white matter volume and microstructure. *Cerebral Cortex*, 20(3), 534-548. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhp118>
- Teicher, M. H., y Samson, J. A. (2016). Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241-266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- Vanderhaeghen, P., y Polleux, F. (2023). Developmental mechanisms underlying the evolution of human cortical circuits. *Nature Reviews Neuroscience*, 24(4), 213-232. <https://doi.org/10.1038/s41583-023-00675-z>
- Workman, A. D., Charvet, C. J., Clancy, B., Darlington, R. B., y Finlay, B. L. (2013). Modeling transformations of neurodevelopmental sequences across mammalian species. *Journal of Neuroscience*, 33(17), 7368-7383. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5746-12.2013>
- Zhou, D., Lebel, C., Treit, S., Evans, A., y Beaulieu, C. (2015). Accelerated longitudinal cortical thinning in adolescence. *NeuroImage*, 104, 138-145. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.10.005>

7. Reflexiones en torno al espectro autista

DOMINIQUE WINTREBERT*



DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.393.07>

Introducción histórica

Históricamente, los trastornos del desarrollo infantil estaban clasificados como retrasos mentales. En el siglo xx, los clínicos especializados en psiquiatría infantil, a menudo psicoanalistas, siguiendo a Sancte de Sanctis y su *Dementia Praecocissima*, distinguieron las psicosis infantiles según tres grandes criterios: psicosis autistas, psicosis simbióticas y psicosis deficitarias.

En este primer periodo, que va desde la Segunda Guerra Mundial hasta los años 1980, el cuadro del autismo se fue separando progresivamente del de las psicosis a medida que se establecía una clínica detallada de la primera infancia. En el DSM II el autismo todavía estaba clasificado como esquizofrenia de tipo infantil. En el DSM III aparecieron los trastornos generalizados del desarrollo, entre los cuales figuraba el autismo.

Multiplicación del diagnóstico

El diagnóstico de autismo se ha multiplicado por veinticinco desde que comencé mi carrera de psiquiatra en aquella época del DSM III, a principios de los años 80, pasando de considerarse cuatro casos cada diez mil niños a más del uno por ciento. Al mismo tiempo, casi desapareció el diagnóstico de psicosis infantil. ¿Cómo podemos explicar tal cambio, tal inversión?

* Doctor por la Universidad Nouvelle Sorbonne de París, Francia.

Probablemente haya varias explicaciones de este sorprendente aumento. Primero, es probable que hoy en día el espectro autista incluya patologías tan disímiles como la debilidad infantil, un cierto número de patologías de origen orgánico, diversas formas de psicosis infantiles, desarmonías del desarrollo y otros cuadros de inhibición masiva. Por ejemplo, el DSM IV incluía el síndrome de Rett —una grave desorganización neurológica causada por una mutación genética del cromosoma X— dentro de los trastornos generalizados del desarrollo. Desapareció cuando el espectro autista vino a suplantarlo a los trastornos del desarrollo.

La segunda razón es económica. Como siempre, el dinero es el nervio de la guerra: en Estados Unidos no había importantes presupuestos para la educación, y mucho menos para los problemas de salud. Era más fácil obtener fondos para una educación especializada.

Al mismo tiempo, autistas llamados de “alto nivel” se dieron a conocer por sus escritos, actuaciones, y apariciones en películas. Ser autista se volvió menos estigmatizante que tener una psicosis infantil.

El papel de las asociaciones de padres

La asociación francesa, la más importante, *Autisme France*, nace a finales de los años ochenta con el proyecto de retirar a los autistas del circuito psiquiátrico, haciendo del autismo una discapacidad neurobiológica y no una enfermedad mental. Las asociaciones de familias exigen que sus hijos puedan beneficiarse de una educación adecuada. Las discusiones acaloradas hacen que el autismo pase de ser una patología relacional a un trastorno cognitivo que debe ser abordado con métodos educativos. Atacando a Bettelheim, sostienen que el psicoanálisis culpabiliza a los padres. Más allá, buscan retirar a las personas autistas del sistema psiquiátrico. Sostienen que el autismo es una discapacidad neurobiológica de probable origen genético, sin que hasta el día de hoy exista prueba concluyente de ello. Promueven un tratamiento conductual y desean prohibir las intervenciones psicoanalíticas. El éxito del prefijo “dis” en la actualidad, presente en discapacidad, pero también en dislexia, dispraxia, disfasia, etc., podría también explicar el falso aumento del diagnóstico de autismo. Desde 2022 existe en Francia

una “federación de los trastornos dis”, que sostiene que estos trastornos tienen un origen en el desarrollo neurológico.

Las descripciones, tanto de Kanner como de Asperger, que resaltaban un trastorno en las relaciones sociales y afectivas, desaparecen al mismo tiempo que el espectro se amplía cada vez más, algo contra lo cual los Asperger, que no quieren perder su especificidad, protestan.

Cambios en los criterios diagnósticos

Un hecho es notable: ha habido una evolución en los criterios diagnósticos del autismo en cada nueva edición del DSM, particularmente entre el DSM IV y el DSM V. Cada actualización es objeto de controversia, y la del DSM V no es una excepción. He tomado como ejemplo la desaparición del síndrome de Rett, que figuraba como subtipo de autismo en el DSM IV, con la llegada del espectro autista. Pero, el cambio más importante, a mi juicio, es la reintroducción de una dimensión social en los trastornos, de acuerdo con los criterios definidos por Kanner. Este trastorno de la comunicación social es muy criticado por algunos padres, probablemente porque socava la hipótesis de un trastorno puramente neurológico. Las asociaciones de padres también suelen criticar las novedades introducidas por el DSM V, pues consideran que restringen el diagnóstico y privan de derechos a entre el diez y el cuarenta por ciento de las personas que cumplían los criterios del DSM IV.

Evolución institucional en Francia

Es importante tener en cuenta que esta reestructuración en la concepción y el tratamiento del autismo sigue un movimiento más general. En Francia, después de mayo del 68, tuvimos la fortuna de que se separaran la neurología y la psiquiatría. Antes de esta evolución, existían los neuropsiquiatras. Tras esta separación, se creó un concurso específico para llegar a ser psiquiatra hospitalario y estudios especializados para formarse como enfermero psiquiátrico. Veinte años después, hemos perdido estos avances. En 1986,

se puso fin al concurso para ser residente en psiquiatría y, poco después, en 1992, se eliminó la carrera específica para ser enfermero psiquiátrico. Existe un movimiento que busca hacer de la psiquiatría una especialidad de la medicina como cualquier otra, contemporáneo al auge de la noción de salud mental. Este movimiento considera superado el sector. Configura un nuevo higienismo social que conduce a prácticas securitarias, centros expertos y protocolos estandarizados. Esta orientación provoca una desinstitucionalización masiva, ocasiona la pérdida de la necesaria conversación asistencial y pone en peligro las prácticas bajo transferencia, volviendo móvil y sustituible al personal hospitalario.

El aporte de Maleval

Un libro importante acaba de publicarse en Francia: “La diferencia autística”. (1) Su autor, Jean-Claude Maleval, destaca cómo el psicoanálisis establece que el autismo es un modo específico de funcionamiento psíquico, distinto del de las psicosis. Su soledad no se basa en una voluntad de cortar los lazos con el otro, sino en una angustia mayor frente al deseo del otro. El interés de este libro reside en apoyarse en los numerosos escritos de los autistas. Maleval, de manera convincente y argumentada, muestra cómo, para protegerse del deseo del otro, el autista construye un borde, una frontera compuesta por tres elementos: el objeto autístico, el doble y el interés específico.

Con estas indicaciones, voy a retomar un caso de la descripción príncipes de Kanner.

Caso clínico: Donald

Leo Kanner escribió su famosa observación inicial del autismo en 1943, basándose en once casos que presentaban lo que él llamó “trastornos autistas innatos del contacto afectivo”. (2)

En 1971, casi treinta años después, quiso saber cuál fue el destino de estos niños. Publicó el resultado de su estudio catamnésico. (3) De los once niños, pudo obtener datos sobre ocho, quienes tuvieron destinos muy

diversos, que van desde un deterioro completo hasta una adaptación profesional y social “superficialmente buena”. Para explicar tal disparidad, Kanner duda entre dos hipótesis: primero contrasta el papel de los buenos encuentros con el efecto nocivo de los hospitales de la época. Luego, se pregunta si existen formas frustradas o incompletas del cuadro clínico. Tres décadas después, la variedad de evoluciones y la multiplicidad de los cuadros clínicos sigue siendo un enigma para su descubridor. Considera que se han logrado pocos avances concretos desde su informe inicial. Voy a contarles el caso número uno, el caso Donald.

El caso Donald

Un informe, calificado de obsesivo y realizado por el padre de este niño, ofrece un excelente relato de la primera infancia de Donald. Nos enteramos de que comer siempre fue un problema para este niño nacido a término. Caminó a los trece meses. Su aprendizaje del habla se caracteriza por notables anomalías. Antes de cumplir dos años, ya tenía una memoria inusual para los rostros y los nombres, recitaba sus propios poemas y se sabía de memoria el salmo 33 y las veinticinco preguntas y respuestas del catecismo presbiteriano. Donald se mostraba indiferente ante el regreso de su padre a casa, no llamaba a su madre, no prestaba atención alguna a Papá Noel. Sólo parecía feliz cuando estaba solo.

En su segundo año, desarrolló una “manía por girar cubos, cacerolas y otros objetos circulares”. A los cuatro años saltaba extasiado viendo cómo estos objetos se transformaban en peonzas: “parece constantemente inmerso en pensamientos profundos y es casi necesario romper una barrera mental para llamar su atención”. Donald no entró en la dimensión de la demanda, no pedía nada, no llamaba y se negaba a ser llamado por el Otro.

Una observación de quince días en un entorno médico, realizada a la edad de cinco años, añade elementos valiosos. Se revela el aspecto autómatas del niño. De hecho, no tiene iniciativa más allá de los estereotipos: cuando hace girar un cubo, lo hace siempre con la misma cara hacia arriba; o cuando, enhebrando botones de forma aparentemente desordenada, procede exactamente en el orden en que su padre le mostró la primera vez. Se relatan

rituales verbales, letanías y estribillos. No responde a las sonrisas ni a las palabras de su madre, y repite incansablemente las mismas palabras o frases (trompeta, crisantemo y podría poner una pequeña coma). No muestra interés por otros niños, pero es capaz de reproducir, sin equivocarse, una canción que sólo ha escuchado una vez. Un aspecto similar a un magnetófono. Lleva la ecolalia hasta el punto de imitar las entonaciones de las voces de sus allegados. Una anécdota revela un uso singular del lenguaje: Donald bautiza sus frascos de pintura al agua con los nombres de pila de cinco quintillizas famosas de la época: Annette para el azul, Cécile para el rojo, etc. Luego, mezclando los colores, dice: “Annette y Cécile hacen el púrpura”. Kanner, al informar este hecho, se centra en la fijeza literal del lenguaje, sin posibilidad de sustitución, descuidando, no obstante, el aspecto sorprendente del autismo.

Con el gran apoyo de su madre, Donald aprenderá a leer y a no invertir más los pronombres personales. La falta de lógica de la ortografía lo desconcierta. Así, la palabra inglesa “bite” (morder), debería escribirse “bight”, como “light” (luz). A Kanner no le interesa este vínculo entre la mordida y el fuego, aunque localizó con mucha precisión la desregulación de la pulsión oral en estos niños.

Donald va progresando, pero una evaluación a los ocho años da una idea de las dificultades persistentes: la mayor parte de su conversación consistía en preguntas obsesivas de las que, incansablemente, encontraba nuevas variaciones: “¿cuántos días hay en una semana?, ¿cuántos años en un siglo?, ¿cuántas horas en medio día?, ¿cuántas semanas en un siglo?, ¿cuántos siglos en medio milenio?, ¿cuántas pintas hay en un galón?, ¿cuántos galones se necesitan para pulir cuatro galones?” etc. A veces preguntaba: “¿cuántas horas hay en un minuto?, ¿cuántos días hay en una hora?” Daba respuestas metafóricas o extrañas. Cuando le pidieron que restara cuatro de diez, respondió: “dibujaré un hexágono”. Su relación con las personas sólo había evolucionado hasta el punto de permitirle dirigirse a ellos cuando lo necesitaba. Nunca miraba a la persona con la que estaba hablando y no usaba gestos para comunicarse. Incluso este tipo de contacto cesaba tan pronto como recibía una respuesta o se le daba lo que pedía.

La estancia en el campo

En 1942, Donald fue enviado al campo. De esta estancia con los agricultores sólo tenemos un breve informe realizado por una trabajadora social. A pesar de su brevedad, es revelador:

Cuando visité a la pareja de granjeros que lo cuidaban, en mayo de 1945, me quedé asombrada por su sabiduría. Consiguieron dar un propósito a los estereotipos de Donald. Le hicieron utilizar su preocupación por la medición, pidiéndole que cavara un pozo y midiera su profundidad. Cuando empezó a recoger insectos y pájaros muertos, le dieron un sitio para un cementerio y le hicieron poner marcadores en las tumbas. En cada una escribió un nombre, la especie del animal y luego el nombre del granjero, así: John, caracol, Lewis. Nacido: fecha desconocida. Muerto: la fecha en que encontró el animal. Cuando empezó a contar las hileras de trigo sin parar, le hicieron contar las hileras mientras araba. Durante mi visita, aró seis largas hileras y era notable cómo dirigía el caballo y lo bien que sabía arar. Era evidente que el señor y la señora Lewis le querían mucho, y era igualmente evidente que eran amablemente firmes con él. Asistió a una escuela rural donde sus rarezas fueron aceptadas y progresó.

Vida adulta

Finalmente, una carta de su madre, veinticinco años después, da testimonio de la evolución posterior:

Don tiene ahora 36 años. Es soltero y vive en casa con nosotros... Desde que se graduó de la universidad, en 1958, trabaja como cajero en el banco local. No tiene ningún deseo de ascenso y se conforma con seguir siendo cajero. Recibe muy bien al público. Su principal pasatiempo es el golf, al que juega cuatro o cinco veces por semana en el club local, y aunque no es un jugador profesional, ha ganado seis trofeos en competiciones locales. Es tranquilo, pero sabe lo que quiere. Tiene su segundo coche y disfruta de su independencia. En la universidad se especializó en francés y se le daban especialmente

bien los idiomas. Don juega bien al bridge, pero nunca empieza una partida. La falta de iniciativa parece ser su consecuencia más importante. Participa muy poco en las conversaciones y no muestra ningún interés por el sexo opuesto. Aunque Don no es completamente normal, se ha adaptado muy bien a la sociedad, mucho mejor de lo que esperábamos. Si puede mantener este status quo, creo que está lo suficientemente adaptado como para hacerse cargo de sí mismo...”

Comentarios finales

Así pues, llegamos a la conclusión de que se trata de un niño que padece un trastorno innato del contacto afectivo, por decirlo en términos de Kanner. Hoy, sería considerado un “aspie”, como les gusta llamarse a los Aspergers. La falta de iniciativa, considerada con razón por su madre como la secuela más importante, surge de la ausencia de impulso hacia el otro, signo cardinal del autismo. Estos niños no extienden los brazos.

Diría que su estancia con los agricultores le permitió humanizarse. El conocimiento de la realidad que obtuvo contando hileras de trigo y midiendo la profundidad del pozo prefigura su futuro trabajo como cajero. La invención de un cementerio privado es un hallazgo extraordinario. El bautismo de los animales muertos en tumbas es otro tratamiento simbólico del pozo. Esto recuerda la forma en que bautizó sus tubos de pintura con el nombre de las famosas quintillizas, cuyos apellidos cita Kanner: Dionne. Dionne es una condensación de “Don”, su nombre, y de “die”, (morir en inglés). Los nombres dados a los animales muertos que hay que enterrar aparecen, entonces, como una repetición de la operación anterior de nominación.

Citamos a Lacan: “El primer símbolo donde reconocemos a la humanidad en sus vestigios es el entierro, y la agencia de la muerte se reconoce en cada relación donde el hombre cobra vida desde su historia.” (4)

Volvamos a lo que dice Maleval. Podemos seguir con precisión cómo Donald construyó su borde y cómo sus intereses específicos pudieron servirle en su profesión y sus aficiones. El problema para Donald es que esta operación debe ser incansablemente repetida, como lo atestiguan sus ocupaciones de adulto. Su trabajo de cajero conlleva la huella de sus estereo-

tipias infantiles, —el hecho de contar—, y su gusto por el golf manifiesta, por un lado, el gusto por medir y, por otro, el sepultamiento siempre renovado. En su actividad profesional, como en la de ocio, un cálculo constante es necesario, ya sea que concierna al dinero de la caja o la distancia al hoyo donde enterrar la pelota de golf. Mediante esta instrumentalización del borde —ventana de la caja, hoyos del golf—, Don puede intercambiar con los otros y tener una vida independiente.

Seguramente, la falta de atracción de Donald por toda sexualidad y la ausencia de iniciativa explican la notación dada por Kanner del resultado: “superficialmente bueno”.

Referencias

- Kanner, L. (1971). Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1(2), 119-145.
- . (1990). Les troubles autistiques du contact affectif. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 38(1-2), 64-84.
- Lacan, J. (1966). *Écrits*. Éditions du Seuil.
- Maleval, J.-C. (2021). *La différence autistique*. Presses Universitaires de Vincennes.

8. Diagnóstico y tratamiento del trastorno del espectro autista (TEA)

HÉCTOR RODRÍGUEZ JUÁREZ*



DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.393.08>

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por déficits persistentes en la comunicación y las interacciones sociales en múltiples contextos, que afectan la reciprocidad socioemocional, las conductas comunicativas no verbales utilizadas para la interacción social y en el desarrollo, el mantenimiento y la comprensión de las relaciones interpersonales. Desde 2013, tanto el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés) editado por la Asociación Psiquiátrica Americana y la Clasificación Internacional de los trastornos mentales (CIE-11 por sus siglas en inglés) homologan los criterios del ahora llamado Trastorno del Espectro Autista.

Consideraciones

1. El cuadro clínico del autismo es variable y heterogéneo debido a las diferencias en la gravedad del propio autismo, la presencia de afecciones coexistentes y los niveles de capacidad cognitiva.
2. Alrededor del 70% de los TEA también cumplen los criterios diagnósticos de, al menos, otro trastorno psiquiátrico (a menudo no reconocido) que deteriora aún más el funcionamiento psicosocial, por ejemplo, el tras-

* Médico especialista en Psiquiatría y Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

torno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o los trastornos de ansiedad.

3. La discapacidad intelectual (CI inferior a 70) coexiste en aproximadamente el 50% de los niños y jóvenes autistas.

4. Es prioritario, y se reconoce por derecho fundamental de acuerdo con la ley general para la atención y protección a personas con la condición del espectro autista (diario oficial de la federación 2015), garantizar que todas las niñas, los niños y los adolescentes con TEA tengan pleno acceso a los servicios sanitarios y sociales, incluidos los servicios de salud mental.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que tiene una prevalencia en México de 0.87%, 4:1 hombres. Según la carga global de enfermedad 2020, a nivel mundial 1 de cada 132 personas presentan TEA. Hay una ley general para la protección de personas con la condición del espectro autista.

Los TEA en adultos pasan desapercibidos mientras que en niños cada vez aumentan más. Las estimaciones de la prevalencia del autismo en diversas poblaciones y entornos difieren según el método de determinación utilizado en el estudio, incluida la definición, el muestreo y el alcance de la evaluación independiente de casos en la población, en contraste con las fuentes administrativas.

En el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad de 2010 se estimó que 52 millones de personas padecían autismo en todo el mundo, lo que equivale a una prevalencia de 1 de cada 132 personas (Baxter, A.J., 2015).

Las características del TEA (Lord, C. *et al.*, 2020) son:

- Dificultades persistentes en la comunicación y la interacción social
- Dificultades en la reciprocidad emocional
- Fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales
- Alteraciones en el contacto visual
- Dificultades en la comprensión del lenguaje no verbal y el uso de gestos
- Dificultad para realizar juegos imaginativos, son funcionales
- Ausencia de interés en otras personas más que en los pares o en la familia
- Comportamientos, intereses o actividades restrictivas y /o repetitivas

- Movimientos, aleteo de las manos, ecolalia, habla estereotipada o repetitiva, monotonía, inflexibilidad, patrones ritualizados de comportamiento, hipo o hiperreactividad a los estímulos sensoriales, intereses muy restringidos (Lord, C. *et al.*, 2020)

Según el manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM-5, la escala de severidad se divide en 3:

Nivel 1:

Comunicación social: requiere de apoyo: las dificultades de comunicación social causan alteraciones evidentes. Muestra dificultades iniciando interacciones sociales y ofrece ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a las aperturas sociales de otros. Puede parecer que su interés por interactuar socialmente está disminuido. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar usando frases completas e implicarse en la comunicación, pero que, a veces, falla en el flujo de ida y vuelta de las conversaciones y cuyos intentos por hacer amigos son atípicos y generalmente fracasan.

Intereses restringidos y conducta repetitiva: la inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Los problemas de organización y planificación obstaculizan la independencia.

Nivel 2:

Comunicación social: requiere de apoyo sustancial, tiene déficits marcados en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; los déficits sociales son aparentes incluso con apoyo; inician un número limitado de interacciones sociales y responden de manera atípica o reducida a los intentos de relación de otros.

Intereses restringidos y conducta repetitiva: comportamiento inflexible, dificultades para afrontar el cambio u otras conductas restringidas/repetitivas, aparecen con la frecuencia suficiente como para ser obvios a un observador no entrenado e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.

Nivel 3:

Comunicación social: requiere de un apoyo muy sustancial. Hay déficits severos en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan alteraciones severas en el funcionamiento, inicia muy pocas interacciones y responde mínimamente a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona con muy pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacciones sociales y, cuando lo hace, realiza aproximaciones inusuales únicamente para satisfacer sus necesidades y solo responde a acercamientos sociales muy directos.

Intereses restringidos y conducta repetitiva: la inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad de afrontar cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren marcadamente en el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta (Lord, C., 2020).

Rice presenta una tabla en niños de 1 a 6 años y de 6 años y más, donde se muestran los dominios centrales del TEA, junto con el nivel de intensidad del apoyo requerido y los especificadores (2019).

En los trastornos del neurodesarrollo, como es el TEA, los dominios posibles de afectarse son el emocional, el conductual, el social/familiar, el aprendizaje, la comunicación, la motricidad y la salud física, por lo que se tienen que considerar ciertos factores importantes. Hay una disrupción precoz del sistema nervioso central, un inicio precoz, un perfil evolutivo estable, una alta heredabilidad y multifactorialidad, y una alta sobreposición, es así como pueden coincidir los trastornos por déficit de atención con los TEA, los trastornos de aprendizaje, los trastornos motores, de comunicación y la discapacidad intelectual. Es por ello que existe una gran dificultad para realizar la semiología, y es la gran tarea del especialista cuando realiza la historia clínica y el examen mental donde debe aplicar todos sus conocimientos y experiencia para realizar un diagnóstico clínico adecuado.

Los puntos clave para el diagnóstico y tratamiento del TEA son los siguientes:

El diagnóstico clínico es individualizado y contextualizado, pues se basa en las fortalezas y las debilidades del desarrollo de cada paciente.

1. El diagnóstico por sí solo no establece los tipos de tratamiento necesarios.
2. Las evaluaciones psicológicas son esenciales, sabiendo siempre la validez y la fiabilidad de los instrumentos clínicos.
3. Las intervenciones deben centrarse en estrategias para que el entorno sea más favorecedor para la inclusión de las niñas, niños y adolescentes (NNA) con TEA y sus familias, contribuyendo y aliándonos con otros sectores de la salud y educación (Kubo *et al.*, 2021).

Se da a conocer un modelo de atención en un primer nivel de atención con un servicio, considerando al equipo real y no al ideal, teniendo en cuenta los recursos humanos, tecnológicos, materiales y económicos, recordando que no hay un modelo perfecto. Por tal motivo, se trabaja con lo que se tiene, buscando ser eficaces y eficientes, además de considerar el compromiso del equipo de trabajo, la interdisciplinariedad y la competencia.

Se dan a conocer los posibles comportamientos de apego del hijo con TEA en relación con su madre:

Evitativo:

- Evita o rechaza las interacciones con sus cuidadores.
- Minimiza sus emociones y desconfía de los demás.
- Inconsistencia de la respuesta a las necesidades del niño.

Inseguro:

- Buscan de forma constante la atención y el apoyo de la figura del apego.
- Preocupado o ansioso cuando la figura de apego no está disponible.
- Dificultad para regular sus emociones y el estrés.

Desorganizado:

- **Comportamientos contradictorios:** los niños pueden mostrar acercamiento y evitación de manera simultánea hacia sus figuras de apego.
- **Dificultad para buscar consuelo:** en momentos de estrés, pueden no recurrir a sus cuidadores para sentirse seguros.

- **Respuestas emocionales incoherentes:** pueden reaccionar de manera impredecible ante situaciones similares.
- **Ansiedad y miedo:** pueden experimentar altos niveles de angustia, sin tener una estrategia clara para manejarla.
- **Falta de confianza en los cuidadores:** debido a experiencias previas con respuestas inconsistentes o negativas.
- **Mayor tendencia a la disociación:** como mecanismo de defensa ante situaciones de estrés extremo (Rice, 2019).
- **Dificultades en la comunicación y regulación emocional:** los niños con TEA pueden tener dificultades para expresar sus necesidades emocionales de manera convencional, lo que puede generar respuestas inconsistentes o poco adaptativas por parte de la madre.
- **Sensibilidad sensorial:** La sobrecarga sensorial o la dificultad para procesar estímulos puede hacer que el niño evite el contacto físico o las muestras de afecto, lo que puede interpretarse como desapego.
- **Experiencias previas de incomprensión:** si el niño percibe que sus intentos de comunicación no son comprendidos o recibidos de manera efectiva, puede desarrollar estrategias de evitación como forma de autoprotección.
- **Expectativas sociales diferentes:** muchas madres, especialmente cuando no han recibido información clara sobre TEA, pueden intentar reforzar patrones de apego tradicionales sin considerar las particularidades del niño, lo que puede generar frustración y distancia emocional.
- **Ambiente de estrés o incertidumbre:** la preocupación por el desarrollo del niño, junto con posibles dificultades para establecer una rutina estable, puede contribuir a un vínculo inseguro.

Sin embargo, es importante destacar que los niños con TEA pueden desarrollar un apego seguro con sus cuidadores cuando estos adaptan su estilo de interacción, promoviendo comunicación respetuosa, la seguridad emocional y la comprensión de sus necesidades específicas.

Aquí hay algunas formas efectivas de promover una conexión segura y significativa:

- **Comunicación respetuosa y adaptada:** aprender el estilo de comunicación del niño es clave. Puede ser verbal, gestual, pictográfico o mediante dispositivos de apoyo. Adaptarse a su forma de expresión fortalece la confianza y el vínculo.
- **Rutinas predecibles:** los niños con TEA suelen sentirse más seguros con estructuras claras. Mantener rutinas consistentes para actividades diarias les brinda estabilidad y seguridad emocional.
- **Espacios de interacción sin presión:** no todos los niños con TEA disfrutan el contacto físico tradicional. Crear momentos de conexión basados en sus intereses (como juegos, música o actividades sensoriales) ayuda a fortalecer la relación sin forzar interacciones incómodas.
- **Regulación emocional compartida:** ayudar al niño a reconocer y gestionar emociones con estrategias como el uso de imágenes, respiración guiada o espacios tranquilos puede fomentar un apego más seguro.

Una de los modelos lógicos para la intervención adecuada en los padres para establecer un mejor apego con sus hijos con TEA es el círculo de seguridad parental, que ha demostrado ser efectivo, pero requiere mucho tiempo y recursos. Sin embargo Cooper, Hoffman y Powell realizaron un protocolo de 8 sesiones basados en el pensamiento reflexivo llamado círculo de seguridad parental (COSP por sus siglas en inglés), donde se utilizan videos de otros padres e hijos donde se detectan las irregularidades para discutir el apego seguro y las necesidades de los niños. Esto ayuda a centrar la atención en las inconsistencias de los padres, donde se reflexiona sobre sus conductas defensivas ante el apego que está llevando como la inseguridad y la desorganización (Fuentes, J. *et al.*, 2020).

Camuflaje y TEA

Es el enmascaramiento y la compensación de actitudes conscientes e inconscientes con el fin de mejorar su ajuste social. Es una forma de afrontamiento que trata de disimular y compensar sus rasgos autistas en los con-

textos sociales para integrarse mejor con sus pares o en el ambiente de trabajo o escolar (Jalaghbandrad, J. *et al.*, 2023).

Avances

Evaluar las intervenciones tecnológicas innovadoras, incluyendo los programas informáticos y la realidad virtual. Los estudios seleccionados han proporcionado intervenciones mediante una computadora de escritorio, un DVD interactivo, una superficie activa compartida y la realidad virtual. Los resultados proporcionan evidencia de la efectividad general de la capacitación tecnológica. La tecnología implementada en los ensayos clínicos varió entre el móvil, un robot y el *head-tracker*. Otra área de innovación es la tecnología de seguimiento ocular (*eye tracker* por sus siglas en inglés), donde se evalúa el desarrollo social y cognitivo de los niños al analizar los patrones del movimiento ocular al ser estimulados con videos e imágenes que difieren de los niños normotípicos al ver escenas sociales (Qin L. *et al.*, 2024).

Lord (2020) cita que las evidencias de los primeros estudios de resonancia magnética (RM) se llevaron a cabo en los volúmenes de materia gris cerebral, cerebelosa y la materia blanca en niños menores de dos años, lo que hace perder los biomarcadores en el primer año de vida. Sin embargo, recientemente, estudios longitudinales han obtenido múltiples resonancias magnéticas cerebrales de bebés con alto riesgo de desarrollar autismo (es decir, aquellos con un hermano con autismo, conocidos como estudios de hermanos bebés) durante sus primeros dos años de vida y evaluaron a estos niños para detectar autismo a esta edad. En estos estudios se observaron diferencias detectables en la estructura cerebral a los seis meses de edad en las trayectorias de anisotropía fraccional de 12 de los 15 tractos de fibras neuronales del cerebro en niños diagnosticados con autismo a los dos años en comparación con niños no diagnosticados. Además, se observó un crecimiento anormal de la superficie cortical entre los seis y los 12 meses de edad, así como un mayor volumen cerebral entre los 12 y los 24 meses de edad en los niños a los que, posteriormente, se les diagnosticó autismo en comparación con los que no fueron diagnosticados. Además, la integridad

de la materia blanca en la vía genu a los seis meses de edad predijo la presencia de comportamientos restringidos y repetitivos a los dos años de edad, y el trabajo computacional demostró que la conectividad funcional de todo el cerebro a los seis meses de edad predecía el diagnóstico de autismo a los dos años. En conjunto, estos estudios sugieren la presencia de vías neuronales alteradas antes de la aparición de los síntomas conductuales en niños con autismo y podrían proporcionar pistas sobre los mecanismos neuronales subyacentes del autismo (Qin, L. *et al.*, 2024).

En relación a la alimentación

- Se sugiere ofrecer dietas específicas, dietas sin gluten y sin lactosa con suplementos de ácidos grasos 3, vitaminas y minerales (magnesio y zinc).
- Algunos alimentos pueden alterar el equilibrio microbiano del intestino, disminuir las grasas saturadas, las azúcares y la sal.
- Evitar los ácidos grasos saturados que se derivan de animales, tales como la mantequilla, la leche entera, el helado, la crema, las carnes grasosas y los embutidos. Debido a esto, lo más recomendable es consumir productos lácteos desgrasados. Y en el caso de la carne: mientras más magra, mejor.
- Se sugiere la ingesta de lentejas, frijoles, garbanzos, habas, chícharos, ejotes.
- Ingerir legumbres como frutos secos, semillas, cereales, avena, cacahuates.
- Polifenoles, que son antioxidantes (frutas como uvas, fresas, fram-buesas, granada y arándanos, hortalizas como tomate, cebolla, ajo y pimientos).
- Grasas insaturadas, como el pollo sin piel, pavo, conejo, lomo de cerdo. Bistec de pierna, el filete, el lomo y la falda disminuyen el colesterol malo (LDL) (Moreno, M., 2024).

Por otro lado, es necesario que todo personal interdisciplinario que interviene en la evaluación y el tratamiento apliquen técnicas de relajamiento.

Derivado de la carga de trabajo, cuando es excesiva, cuando la demanda laboral impide la recuperación y es desgastante, esto conduce al agotamiento, muchas veces por el ambiente laboral o procedimientos inadecuados. Cuando el tiempo es insuficiente para realizar las tareas o actividades laborales, o hay un exceso de tareas por la mala organización del servicio, se proponen estrategias preventivas en las organizaciones o instituciones de salud y salud mental como el autocuidado y terapias de mentalización como, por ejemplo, el programa Cuídate para cuidar a otros (Fuentes, J., *et al.*, 2020).

Conclusiones

- La alta demanda de atención TEA rebasa nuestra capacidad de servicio.
- Se requiere organización, creatividad y liderazgo en el ámbito clínico para poder satisfacer las necesidades de los usuarios debido a la gran demanda de atención.
- Es necesario implementar en los servicios de salud mental estrategias directivas, tácticas y operativas.
- Se requiere llevar a cabo psicoeducación para los padres y pacientes que atendemos.
- Atención centrada en el paciente y su familia (*empowerment*).
- Procedimientos específicos en la atención del paciente con TEA.
- Trabajo en equipo.
- Conocimiento amplio del desarrollo y experiencia del equipo de trabajo.
- Capacitación al primer nivel de atención.
- Reuniones académicas, intersectoriales e interdisciplinarias.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baxter, A. J., Brugha, T. S., Erskine, H. E., Scheurer, R. W., Vos, T., y Scott, J. G. (2015). The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychological Medicine*, 45(3), 601–613. <https://doi.org/10.1017/S003329171400172X>
- Fuentes, J., Hervás, A., Howlin, P., y ESCAP Autism Working Group. (2020). ESCAP practice guidance for autism: A summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01587-4>
- Jalaghband-Rad, J., et al. (2023). Camouflage and masking behavior in adult autism: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 14, Article 1108110. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1108110>
- Kubo, T., et al. (2021). Effects of an attachment-based parent intervention on mothers of children with autism spectrum disorder: Preliminary findings from a non-randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1), Article 37. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00389-z>
- Lord, C., et al. (2020). Autism spectrum disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 6, Article 5. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0138-4>
- Marín Tejada, M. (2016). *Cuídate para cuidar a otros*. Editorial Pax México.
- Moreno, M. (2024). *Pon a tono tu microbiota*. Edaf.
- Qin, L., et al. (2024). New advances in the diagnosis and treatment of autism spectrum disorders. *European Journal of Medical Research*, 29(1), Article 322. <https://doi.org/10.1186/s40001-024-01916-2>
- Rice, C. E. (2019). *Autism spectrum profile matrix*. Emory University.

9. Los intercambios franco-mexicanos en psiquiatría

SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO*



DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.393.09>

Los intercambios franco-latinoamericanos: algunos aportes mexicanos

La historia de nuestra especialidad en América Latina ha estado marcada, desde sus inicios, por la influencia de la psiquiatría francesa. Con las ideas de la revolución de 1789, el pensamiento de Pinel alcanza a todos los países de la región. En el transcurso del siglo XIX, tal escuela fue la principal fuente de inspiración para los psiquiatras de este lado del Atlántico. Y ello duró también durante una buena parte del siglo XX gracias a la obra de Henry Ey.

La asistencia psiquiátrica en México comenzó en la Ciudad de México con la fundación del hospital San Hipólito en 1567, creado por el hermano Bernardino Álvarez. Este hospital fue la primera institución creada en América para aliviar a los enfermos mentales.

Tras los epifenómenos de la independencia mexicana en 1821, se produjo un rechazo a todo lo español y una imitación generalizada de la cultura francesa, especialmente en el campo científico, literario e ideológico. Las principales publicaciones científicas del periodo posterior a la independencia dan testimonio de esta tendencia.

Las ideas que Pinel introdujo en Europa a principios del siglo XIX comenzaron a circular en México en la década de 1830.

Tras el cierre de la Real y Pontificia Universidad de México y de la Escuela de Cirugía en 1833, los médicos mexicanos crearon un nuevo programa de enseñanza cuyos cursos se inspiraron en los programas de estudio

* Especialista en Psiquiatría por la Universidad Nacional Autónoma de México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2206-6628>

franceses. Cada vez eran más los médicos mexicanos que iban a París para completar su formación. Tres años más tarde, en 1836, se inauguró la primera academia de medicina, la cual también estuvo sujeta a una importante influencia francesa.

La “Expedición Científica a México”, decretada por Napoleón III en 1864, dio origen a la actual Academia Nacional de Medicina.

En 1884, “La escuela de medicina” publicó los cursos que impartía el propio Charcot, en la versión recogida por Pierre Marie. En 1890, la escuela de medicina de México utilizó el “Précis de Psychiatrie” de Régis (1885-1918). Mi maestro, el Dr. Patiño, también estudió el Précis cuando era estudiante en “La Castañeda”, hospital psiquiátrico fundado por Porfirio Díaz, también siguiendo el modelo francés.

La cátedra de enfermedades mentales de la facultad de medicina fue creada en 1897 y su primer titular fue el Doctor José Peón Contreras.

En 1910 la Universidad de París apadrinó a la Universidad de México. El profesor Pérez-Rincón escribió que, en 1925, la recientemente reestructurada Universidad Nacional Autónoma de México invitó a Pierre Janet (1859-1947) a dar un curso. El título de su curso fue: “Psicología de los sentimientos”. El doctor Guevara Oropesa fue el encargado de acompañar a Janet en su viaje a México. En 1923, la tesis de este joven médico fue una de las primeras en comparar la doctrina de Janet con el psicoanálisis freudiano. La Academia Nacional de Medicina lo recibió como miembro honorario.

En su conferencia inaugural, Janet declaró que “ninguna universidad podría considerarse completa si no tuviera una cátedra de psiquiatría”. Esta cátedra fue creada en 1926, siendo profesor titular el Doctor Guevara Oropesa.

El texto del curso impartido por Janet fue publicado en español en unos pocos ejemplares. El libro fue reeditado en 1980 con una introducción del profesor Pérez-Rincón y un prólogo del profesor Pierre Pichot.

Después del primer congreso mundial de psiquiatría, organizado en París por el maestro de mi maestro, Henry Ey dio una serie de conferencias en español en México con los integrantes de la sociedad científica de psiquiatras de Jalisco, grupo GHARMA.

Entre los psiquiatras franceses, el que va a tener el papel de enlace activo con la psiquiatría latinoamericana a fines del siglo xx es, sin duda, Yves

Pélicier (1925-1996). Había empezado su carrera en la Facultad de Argel al final de la Segunda Guerra Mundial, cuando Argelia formaba aún parte de la República Francesa. En 1962, cuando consigue su independencia la República Argelina, Pélicier siguió su carrera en Francia, y en 1972 fue nombrado profesor de psiquiatría en el Hospital Necker-Enfants Malades de París, donde organizó, durante varios años, jornadas internacionales a las que asistían asiduamente psiquiatras del mundo entero, en particular latinoamericanos. Además, Pélicier participó en numerosos coloquios y congresos en América Latina, celebrados entre otros lugares, en Lima y Río de Janeiro.

En 1994 y 1995, tuvimos un rico intercambio entre la Universidad de Guadalajara y los representantes de la *Société Médico-Psychologique* y de *L'évolution psychiatrique*: los profesores Evelyne Pewzner e Yves Thoret impartieron sendas conferencias sobre la melancolía.

En 1995, durante el XIV congreso de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, tuvo lugar el primer coloquio Franco-Mexicano, organizado por el que esto escribe. Como resultado, publicamos el libro: *Rencontres Franco-Mexicaines de Psychiatrie et Ethnopsychiatrie* con el apoyo de la embajada francesa en México y la revista del residente de psiquiatría.

En octubre 1998 tuvo lugar en Guadalajara el Simposio Regional de las Américas de la Asociación Mundial de Psiquiatría y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Allí, con el maestro Garrabé y Juan Manuel Rodríguez presentamos un simposium sobre la psicopatología en la obra de Juan Rulfo.

Un momento extraordinario fue la celebración del jubileo de la asociación mundial de psiquiatría (WPA) organizada por Jean Garrabé en París en el año 2000, donde hubo una delegación latinoamericana más importante que en 1950.

En 2001 organizamos el II Coloquio Franco-Mexicano (APM/L'Évolution Psychiatrique) durante el XVII congreso nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y la Reunión Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría del 16 al 20 de noviembre en la ciudad de Cancún, Quintana Roo, México.

El III coloquio fue en 2002, en Guadalajara. Coincidiendo con el IX Congreso del Instituto de psiquiatras de Lengua Española —(IPLE) fundado por el Prof. Francisco Alonso. Fernández (1924-2020)—, se celebró el

evento titulado: La psiquiatría transcultural y transhistórica, homenaje al Prof. Honorio Delgado. En esa ocasión se nombró Profesor honorario de la Universidad de Guadalajara a Jean Garrabé. Pocos años después, el Prof. Yves Thoret impartió conferencias en el paraninfo de la misma universidad, tocando temas como la obra de Janet y su libro llamado *La teatralidad*.

La cuarta conferencia tuvo lugar en febrero de 2005 en Guadalajara, durante el IV congreso de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco. El tema fue “El fin de las esquizofrenias” y “Las psicosis cicloides”. El mismo año, en noviembre, celebramos la V conferencia en Los Cabos, Baja California, en el marco del XIX Congreso de la Asociación Psiquiátrica Mexicana sobre psicosis alucinatorias crónicas.

El VI coloquio Franco-Mexicano se denominó “La percepción de las alucinaciones”, se celebró en el marco del V Congreso Internacional de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco y del XIV Congreso Internacional del Instituto de Psiquiatras de la Lengua Española. Esto tuvo lugar en Puerto Vallarta, Jalisco, del 12 al 15 de octubre de 2006.

Durante este congreso se recordó, entre otras cosas, que la primera utilización de la cloropromazina en América se hizo en México gracias a los lazos que Dionisio Nieto había conservado con sus colegas y amigos franceses.

Una nueva época se inició con los intercambios entre el nuevo grupo latinoamericano de estudios transculturales (GLADET), *l'Évolution Psychiatrique* y la *Société Médico-Psychologique*.

En 2008, nuevamente en Guadalajara, ya con el auspicio del recién refundado GLADET, de la Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural (WACP) y de la Asociación Mundial de Psiquiatría, se organizó el VII Coloquio Franco-Mexicano. En una emotiva ceremonia, los profesores Jean Garrabé, Yves Thoret, Manuela De Luca y Pierre Chenivese, entre otros, fueron nombrados miembros honorarios del GLADET. Publicamos, entonces, la obra titulada: “Psiquiatría, naturaleza y cultura” con las mejores conferencias del evento.

En 2010, tuvo lugar el VIII encuentro Franco-Mexicano y el III encuentro franco-carabobeño-jalisciense de psiquiatría con el tema: “Formas culturales de la angustia”, celebrado en la ciudad de Valencia, Venezuela, el 16 y 17 de Marzo de 2010. Allí, el Dr. Garrabé y el Dr. Sergio Villaseñor reci-

bieron la orden rectoral “Alejo Zuloaga” de la Universidad de Carabobo y, además, Jean Garrabé nos lanzó el desafío de preparar una antología de textos clásicos de la psiquiatría latinoamericana, obra que se presentó en Buenos Aires, en 2011, durante el XIV congreso de la WPA.

El IX encuentro Franco-Mexicano de psiquiatría fue en agosto de 2010, en Cusco, Perú, durante el XXI Congreso peruano de psiquiatría y el 2° congreso del GLADET. El tema fue: “De la psiquiatría folklórica a la psiquiatría cultural”. El X encuentro Franco-Mexicano de psiquiatría se llevó a cabo durante el III Congreso Internacional del GLADET: “Migraciones, violencia y psiquiatría cultural”, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en 2012. Durante este congreso, el Profesor Thoret realizó la presentación del libro del Profesor Garrabé: *Disertaciones sobre psiquiatría* y, por primera vez, el GLADET entregó la condecoración “Jean Garrabé” al Profesor Renato Alarcón.

La XI conferencia franco-mexicana tuvo lugar en noviembre de 2015 en Puerto Vallarta, Jalisco, con el GLADET y la WACP. Las mejores conferencias de este congreso han sido publicadas en el libro: *Desafíos globales y psiquiatría cultural*. Esta vez, el profesor Juan Carlos Stagnaro recibió la condecoración “Jean Garrabé”.

La XII conferencia fue organizada por el Dr. Alberto Velasco, entonces vicepresidente de la Asociación Franco-Mexicana de Psiquiatría y Salud Mental en el Centro Hospitalario Sainte Anne de París en enero de 2016. Durante este coloquio se nombró presidente de honor al Dr. Garrabé y se presentaron trabajos sobre la etnopsiquiatría mexicana, obtenidos del libro titulado *Vers une ethnopsychiatrie mexicaine*, mismo que se presentó durante el primer evento de la coordinación Francia-América Latina de psiquiatría (COFALP) en septiembre de ese mismo año.

Poco tiempo después, el 5 y 6 de octubre de 2017, para celebrar los 150 años del hospital Sainte Anne, la COFALP propuso organizar nuestro primer congreso internacional versado sobre el acompañamiento terapéutico. “*Pratiques actuelles de la psychiatrie, soigner, accompagner, contenir*”. El evento fue un éxito, tanto en este lugar como en el auditorio del ministerio de salud francés.

Ya contando con la COFALP, una decimotercera conferencia: “Traducir el sufrimiento”, la cual se organizó en octubre de 2018 en Nueva York, en la universidad de Columbia, durante el V congreso del GLADET (en paralelo

con el V congreso de la WACP, que tenía el título “*Achieving Global Mental Health Equity, Making Cultural Psychiatry Count*”. La Asociación Franco-Mexicana de Psiquiatras y Psicoterapeutas, capítulo mexicano se encuentra formada mayoritariamente por colegas psiquiatras, psicoanalistas y psicólogos la mayoría habiendo hecho una pasantía en el Hospital Sainte Anne en París con el Dr. Alberto Velasco. Su labor principal es fomentar los intercambios entre ambos países además de difundir una psiquiatría, tomando la esencia francesa y mexicana, más humana. Teniendo como primer director y primer presidente al Dr. Antonio Díaz Quiroz. Desde el año 2018 se continúa este movimiento a lo largo de varios Estados de la República Mexicana sumando nexos con asociaciones colegiadas, comisiones, hospitales y organizaciones civiles.

En noviembre de 2019, con la COFALP en el hospital Sainte Anne, celebramos nuestro II congreso internacional con el tema: “La implicación de la familia en los cuidados psiquiátricos”.

Durante los congresos internacionales VI y VII del GLADET, rendimos homenaje a los profesores Garrabé y Thoret, fallecidos en 2020. Hubo un intenso intercambio académico franco-latinoamericano y publicamos trabajos de distinguidos colegas latinoamericanos y otros de la escuela de Perpignan.

Culminamos el año 2022 en La Habana, Cuba, con el III congreso internacional de la COFALP, titulado: “La atención en psiquiatría: historia, evolución, actualidad”.

Cabe destacar que el 1º de octubre del 2021, en la Academia Nacional de Medicina de París, se realizó un emotivo homenaje al maestro Garrabé. Allí presentamos y compartimos parte de estos gratos recuerdos con los allí presentes, todos cercanos al maestro. Lo allí dicho por su servidor, en nombre de Humberto Casarotti, Carlos Rojas y Juan Carlos Stagnaro, y muchos más, se publicó en un número especial de la revista *L'Évolution psychiatrique*.

Una obra singularmente traducida a muchos idiomas de la autoría de Jean Garrabé es *La historia de la esquizofrenia*. En español: *La noche oscura del ser*.

De Yves Thoret, destaca su interés por la literatura, pues fue el fundador de la sección de literatura y psiquiatría de la WPA. También fue un destacado estudioso de la melancolía.

Durante el VIII congreso internacional del GLADET, en conjunto con el Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones, tuvimos como lema: “Los espectros diagnósticos en salud mental” y tuvimos la oportunidad de contar con la participación de distinguidos colegas de renombre internacional. El magno evento se desarrolló en Zapopan, Jalisco, del 10 al 11 de abril del año 2025 bajo un formato híbrido con más de 500 asistentes presenciales y más de 1,700 virtuales.

El presidente honorífico del congreso fue el Dr. Juan Carlos Stagnaro de Argentina, quien, además, presentó la conferencia magistral titulada: “El futuro de la psiquiatría”.

De América Latina destacó el discurso del profesor Renato D. Alarcón (Perú/Estados Unidos) con la conferencia: “Concepto y vigencia del espectro diagnóstico en psiquiatría”, el Prof. Juan Maass (Chile) con “Los espectros diagnósticos y la transfobia internalizada en salud mental”, el Prof. Franklin E. Escobar (Colombia) con “El espectro de los trastornos del sueño y psiquiatría forense”, el Prof. Carlos Rojas (Venezuela) con “El *pathos* hegemónico. Un modelo neurofenomenológico de salud y enfermedad mental”, el Prof. Jesús Gómez Plascencia (México) con “Neurobiología de los trastornos del desarrollo infantil”, el Prof. Héctor Rodríguez Juárez (México) con “Diagnóstico y tratamiento del espectro autista” y el Prof. Francisco José Gutiérrez Rodríguez (México), comisionado del consejo nacional de salud mental y adicciones con “Panorama epidemiológico del suicidio en México”. Del otro lado del Atlántico participaron los profesores Martín Reca con el tema “Representaciones de la muerte en la adolescencia”, Alberto Velasco y Antonio Díaz Quiroz (México) con “El modelo francés de atención en salud mental” y Dominique Wintrebert con “Reflexiones en torno al espectro autista”. Todo esto sin mencionar a otros colegas mexicanos que nos ilustraron con sus ponencias.

No pretendo agotar el tema de los intercambios franco-latinoamericanos. Hay otros queridos colegas aquí presentes y muchos ausentes que han hecho una gran labor en favor de esta bella tarea. Los invito a seguir trabajando en esta línea. Por lo pronto, el Prof. Stagnaro ya nos convocó al Mar del Plata para abril del 2026.

Deseamos una larga y fructífera vida a esta aventura académica y cultural compartida por nuestros pueblos.

Referencias

- Casarotti, H., Rojas-Malpica, C., Stagnaro, J. C., Villaseñor-Bayardo, S. J., y Garrabé de Lara, J. (2021). Jean Garrabé de Lara: Ambassadeur de la psychiatrie française en Amérique latine. *L'Évolution Psychiatrique*, 86(S1), 133-136. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2021.06.010>
- Villaseñor Bayardo, S. J. (2022). A los maestros con cariño. En S. J. Villaseñor Bayardo y C. Rojas-Malpica (Eds.), *Neurociencias y humanidades* (pp. 89-93). Página 6.
- Villaseñor Bayardo, S. J., Velasco, A., y Ezratty, R. (2021). Les échanges franco-mexicains en psychiatrie. Hommage à Jean Garrabé. *L'Évolution Psychiatrique*, 86(S1), 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2021.08.009>



Henri Ey con el Grupo GHARMA



Pierre Janet (Foto Harlingue-Violet)



Profesor Yves Pélacier



1er Coloquio Franco-Mexicano, 1995 (Puerto Vallarta, Jalisco)



Guadalajara, octubre, 1998



Universidad de Guadalajara, octubre, 2005



Los Cabos, 2005



Puerto Vallarta, Jalisco, 2006



Guadalajara, 1er GLADET, 2008







Condecoración Jean Garrabé al Dr. Juan Carlos Stagnaro, 2015



Sainte Anne, 9 de septiembre de 2016



Sainte Anne, 2016



Yves Thoret, Jean Garrabé, Sergio J. Villaseñor



Jean Garrabé de Lara (1931-2020)



Sergio J. Villaseñor B., Jean Garrabé, Carlos Rojas M.



Yves Thoret (1938-2020)

10. ¿Hacia dónde se dirige la psiquiatría contemporánea? Reflexiones en la crisis epocal



JUAN CARLOS STAGNARO*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.393.10>

Introducción

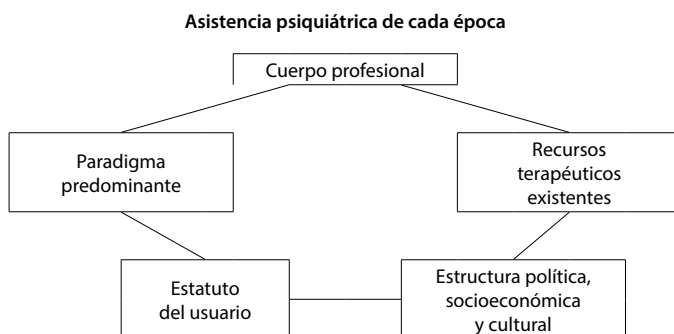
El contenido de esta ponencia, cuyo desafiante título me fue sugerido por los organizadores de este Congreso, no constituye, como es fácil comprender, un diagnóstico completo ni acabado sino, simplemente, la presentación de algunas reflexiones sobre el tema, con el objeto de aportar una opinión más a la circunstancia contemporánea que nos acucia.

De una manera un tanto arbitraria, como puede ser todo intento de esquematizar una realidad tan compleja como la del momento histórico que atravesamos, se puede intentar enumerar y articular una serie de factores principales a tener en cuenta para desgranar algunas puntuaciones en respuesta al asunto planteado.

A tal efecto, con el fin de organizar los puntos salientes de la reflexión que proponemos, nos podemos basar en un esquema original de un autor francés, uno de los iniciadores de lo que fue más tarde la política del sector en Francia, Henri Duchêne, combinándolos con aportes de otro pensador crítico, como fue Robert Castel y, adicionalmente, un ordenamiento propio para tratar de enumerar los factores que vertebran las líneas que siguen.

La asistencia psiquiátrica de cada época estaría así determinada por una serie de factores principales que forman una estructura en la que todos ellos interactúan entre sí.

* Médico especialista en Psiquiatría por la Universidad de Buenos Aires, Argentina.



Por un lado, la estructura política, socioeconómica y cultural del momento que se estudia; por otro, el paradigma predominante en la época; en tercer lugar, están los recursos terapéuticos existentes; en cuarto lugar, las características y vicisitudes del cuerpo profesional y, por último, el estatuto del usuario, del paciente.

En nuestro intento de echar alguna luz sobre el asunto, formularemos algunas puntuaciones respecto a cada uno de ellos.

La historia no puede predecir el futuro con certeza, pero sí puede ofrecer pistas poderosas para reflexionar sobre un presente con proyección. Al estudiar patrones pasados, se pueden identificar tendencias que ayudan a anticipar lo que podría suceder.

Es necesario advertir también desde qué perspectiva surgen esas observaciones que, como es posible imaginar, no son más que las que se pueden abarcar individualmente de entre la inmensa masa de información disponible. Es un recorte personal practicado a partir de la lectura de las publicaciones internacionales, de los contenidos más salientes presentados en congresos, y, particularmente, en mi caso, el que puede hacer un observador situado desde el Cono Sur de América Latina, desde mi país, Argentina, ya que el procesamiento que pueda hacer de esos datos, con mayor o menor agudeza y fortuna, está condicionado, obviamente, por mi práctica social y profesional concretas. En suma, una mirada parcial, individual y modesta de un psiquiatra con más de medio siglo de experiencia, protagonista y testigo de los avatares de nuestra especialidad.

La estructura política, socioeconómica y cultural

Los momentos políticos, socioeconómicos y culturales siempre han estado relacionados con la medicina y, en lo que nos toca particularmente, con la especialidad psiquiátrica.

Algunos ejemplos de esto son: la Revolución Francesa, como marco de fondo de la reforma de Pinel; la aparición del concepto de salud mental en la posguerra de la Segunda Guerra Mundial; la influencia de los intereses económicos de la industria farmacéutica para condicionar la agenda de la psiquiatría; o los factores que llevaron, en el ámbito de los Estados Unidos, a los cambios en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, ya que el salto del DSM II al III, no tuvo que ver solamente con cuestiones intrínsecas a la psiquiatría sino con una gran cantidad de razones extrínsecas, originados en la instalación de ajustes económicos neoliberales sobre los recursos sanitarios, así como a las necesidades de la investigación psicofarmacológica para validar nuevas moléculas, etc.

¿Cuál es el cuadro que nos presenta hoy día este mundo complejo, más o menos difícil de entender y definido por un número creciente de observadores como caótico?

El neoliberalismo que, como modelo económico se ha implantado en muchísimos países, con cambios en los sistemas de producción y en la generación de valor; el fenómeno de la globalización y la financiarización; el capitalismo informático, como algunos lo llaman ahora, y la maximización en la distribución desigual de la riqueza, constituyen el marco económico predominante. A ello se le suman fenómenos ligados a la ecología, a las fuentes de energía, muy pronto al agua; también, la revolución tecnológica acelerada (la computación cuántica, las redes comunicacionales de quinta generación, la energía nuclear limpia, la inteligencia artificial, por mencionar solo algunas de las novedades principales,); las crisis en los sistemas de representación política, los nacionalismos y regionalismos, la lucha entre el multilateralismo y el unilateralismo en las relaciones internacionales; los múltiples focos bélicos y las amenazas de su agravamiento con el consecuente armamentismo; la construcción de conciencia por los medios de comunicación de masas y las redes sociales; la crisis paradigmática que existe hoy

día en el campo de la filosofía, en el campo de la estética y en la mayor parte de las disciplinas científicas; el movimiento feminista; los cambios culturales de género; los cambios en la estructura de la familia; el dramático descenso de la natalidad, etc.

Es decir, un conjunto de factores que se presentan agrupados en un corto lapso y que conforman una verdadera crisis epocal; no cualquier otro tipo de crisis coyuntural, sino una surgida de un verdadero cambio de época histórica. Y si todos estos factores contribuyen a la construcción de una cierta subjetividad, entre muchos otros aspectos sociales y culturales, por qué no pensar que van a influir también muy fuertemente en la salud pública y, dentro de ella, en la función y el rol de la medicina y, por lo tanto, en sus especialidades, como es la psiquiatría. ¿Incidirán todos estos factores y los cambios en la construcción de nuestras nosografías en la terapéutica y hasta en la definición misma de la locura?

Si en un cambio epocal, como fue el del Renacimiento, se pasó de una concepción de la locura como posesión demoníaca o éxtasis divino a una concepción progresivamente naturalista de la enfermedad mental, frente a todo esto que está ocurriendo, ¿cuál será la concepción de la locura que emergerá? Cabe preguntarlo porque eso va a determinar la especificidad de la psiquiatría y su perdurabilidad, tal como la conocemos.

El paradigma predominante

Recordemos, brevemente, que un paradigma, en el sentido de Thomas Kuhn, es un conjunto de ideas (presupuestos, sobreentendidos o creencias) sobre las que hay un consenso en una determinada comunidad científica acerca de su justificación y que —durante un tiempo, en un horizonte temporal atravesado por el suceder histórico y con cierta duración— proveen de problemas y soluciones siempre limitadas y abiertas a nuevos problemas y soluciones que encauzan la investigación.

En otras palabras, es el conjunto de conceptos, ideas, prácticas que obtienen el consenso de los especialistas de una determinada disciplina, ciencia o profesión durante un tiempo, dándole los elementos centrales de sus prácticas y de sus formas de funcionamiento. Es lo que Kuhn denomina ciencia

normal, la cual se alterna, según su opinión, con periodos de crisis paradigmática, surgidos de un agotamiento de esos consensos por la acumulación de anomalías en el conjunto de afirmaciones y creencias del paradigma en cuestión.

Georges Lantéri-Laura describió una sucesión de paradigmas a lo largo de la historia de la psiquiatría. Esa serie, según el destacado epistemólogo e historiador francés, comenzó con el pineleano paradigma de la alienación mental, lo que sucedió en la segunda parte del siglo XIX de las enfermedades mentales y, a partir de principios del siglo XX, el paradigma de las estructuras psicopatológicas. Éste último caracterizó lo que se denominó por diversos autores como la *psiquiatría dinámica*.

No cabe entrar aquí en detalle sobre cada uno de ellos, pero señalemos sucintamente que Lantéri-Laura postuló que, a partir de cierto momento, ese tercer paradigma, resultante de la conjunción de la psiquiatría clásica iluminada por las psicopatologías psicoanalítica y fenomenológica, entró en crisis. Dicha crisis coincide con dos acontecimientos principales: uno, el fallecimiento de Henri Ey en 1977, creador del último de toda la serie de modelos psicopatológicos que se habían conocido hasta ese momento, el órgano-dinamismo; y, casi en seguida, la aparición del DSM-III, acuñado por la American Psychiatric Association (APA).

El DSM-III, con su pretendido “a-teoricismo”, constituyó una ruptura con los paradigmas basados en una referencia psicopatológica, es decir, con una teoría del enfermar mental, y fue coincidente en el tiempo con el desplazamiento de los saberes de prestigio de la especialidad de Europa hacia los Estados Unidos. Como resultado, a partir de los años 80 del siglo pasado entramos en un periodo que Lanteri-Laura caracterizó como de crisis paradigmática de la psiquiatría.

En el dominio nosográfico, a aquella primera clasificación la continuó la saga de los DSM, hasta el DSM 5 TR que conocemos hoy en día.

Como hemos afirmado en otros trabajos, en el marco de la crisis paradigmática que diagnosticó Lanteri, surgió una propuesta de un cuarto paradigma apoyada en el DSM, que se reforzó en la última década del siglo pasado, la llamada “década del cerebro”, con la aparición de una serie de recursos tecnológicos que permitían entrar a la “caja negra”: las neuroimágenes y los estudios bioquímicos cerebrales a partir de desarrollos de la neu-

robiología, a lo que se sumó en dicho periodo la producción de nuevas moléculas psicofarmacológicas. Todo ello contribuyó a la conformación de esa cuarta propuesta que he designado como el *paradigma bioeducacionista*, es decir, un modelo originado particularmente en centros universitarios norteamericanos, que proponía una manera de ordenar el pensamiento psiquiátrico a partir de tres supuestos básicos.

El primero era una identificación de los trastornos (síndromes) mentales por vía de una descripción “objetiva”, a-teórica, basada en criterios explícitos y enunciada en cinco ejes (multiaxial). Si se aceptaba ese primer postulado, el segundo aseguraba, vía el desarrollo de la investigación neurobiológica, una progresiva correlación biunívoca entre cada síndrome descrito de esa manera y una eventual alteración de la fisiopatología cerebral; vinculados ambos entre sí como dos conjuntos, en donde a cada punto de un conjunto correspondía un punto del otro, en una suerte de correlación biunívoca entre un determinado trastorno y una determinada lesión anatómica o alteración funcional. Aceptados los dos principios anteriores se desprendía de ese razonamiento un tercer supuesto básico que proponía la terapéutica de esa alteración fisiopatológica por medio de un tratamiento psicofarmacológico combinado con psicoterapias cognitivo-comportamentales y psicoeducación.

Ese era el paradigma que se nos proponía a finales del siglo xx. Así era como se diseñaba el pensamiento psiquiátrico. Era el modelo biomédico: descripción, clasificación, cuantificación para arribar a un diagnóstico, etiopatogenia o etiología subyacente al mismo y terapéutica concomitante, enfocadas desde un reduccionismo biológico. El fenómeno fisiopatológico subyacente explicaba la sintomatología del trastorno mental, la corrección principal del mismo consistía en un tratamiento a base de psicofármacos y tecnologías del Yo.

Sin embargo, con el correr del tiempo, ese paradigma, en lugar de consolidarse se fue desagregando porque cada uno de sus tres pilares fue complejizándose, volviéndose en muchos aspectos contradictorios.

El primero de ellos, el DSM, que extendió su influencia a todo el mundo hasta el extremo de ser usado como manual de psiquiatría en muchos lugares, fue perdiendo consistencia interna e implosionó. Fue desde el mismo corazón de la APA y del medio psiquiátrico norteamericano que sur-

gieron las críticas a su validez. Vale la pena recordar que Allen Frances, el jefe del grupo de tareas del DSM-IV, fue extremadamente duro en la crítica a la siguiente edición cuando publicó su famoso trabajo *Abriendo la caja de Pandora*.

Desde diversos sectores se elevaron críticas señalando que los modelos tradicionales, tanto categoriales como dimensionales, tenían una gama de limitaciones, entre las que se destacaban: la falta de explicación adecuada de las altas tasas de comorbilidad, la diversidad de presentaciones clínicas, la no explicación adecuada de las interacciones directas entre los síntomas, y el deficiente apoyo que ofrecían para la identificación de los mecanismos etiopatogénicos, entre otras. La crisis que atraviesa el DSM es, en cierto sentido, similar a la de la CIE, aunque ésta en su versión 11 ha introducido algunos cambios para intentar responder a críticas variadas.

¿Qué ocurrió cuando entró en crisis la propuesta del DSM y, por ende, todo el paradigma bioeducacionista? Apareció una opción, una propuesta más reduccionista todavía que fue la de la investigación cerebral basada en neurotecnologías innovadoras, la iniciativa BRAIN, que fue sostenida por el mismo gobierno norteamericano, como lo informó en una declaración: “Hoy la Casa Blanca lanzó un nuevo y audaz esfuerzo de investigación que va a revolucionar la comprensión de la mente humana y descubrir nuevos modos de tratar, prevenir y curar enfermedades cerebrales como la de Alzheimer, la esquizofrenia, el autismo, la epilepsia y las lesiones traumáticas cerebrales”. Y junto con esto, se puso en marcha un proyecto que venía madurando desde unos años antes: el Proyecto de los Criterios de Dominios de Investigación (*Project Research Domain Criteria, RDoC*), que iba a profundizar las bases orgánicas y fisiológicas del funcionamiento mental, sin pretender dar una clasificación de los trastornos, pero cuyos resultados iban a servir como base para una nueva y futura clasificación.

Thomas Insel, desde su cargo como director del National Institute of Mental Health (NIMH) de los EE. UU., afirmaba que los RDoC consistían en “una nueva forma de estudiar los trastornos mentales con fines de investigación en base a las dimensiones de la conducta observable correlacionados causalmente con datos neurobiológicos”, y que su razón de ser estaba basada en “la conclusión de que el avance del conocimiento en neurociencias parece no confirmar la validez de los diagnósticos psiquiátricos con-

vencionales (DSM)”, concluyendo que “investigar a partir de ellos debilitaría el progreso de la psiquiatría”.

A partir de ese momento se invirtió una enorme cantidad de dinero en el nuevo proyecto, pero ¿cuál fue el resultado de esa estrategia 15 años después de su lanzamiento? Bruce Cuthbert, uno de sus defensores, afirmó recientemente: “Es difícil predecir cómo cambiará el campo y la velocidad a la que las ideas continúan difundiendo en los ámbitos clínicos. A largo plazo la bola de cristal está aún más nublada en términos de revisiones a los manuales de diagnóstico y alteraciones correspondientes en las indicaciones aprobadas para las agencias reguladoras. Será necesario un debate extenso, aunque el campo ahora parece mucho más abierto a varias posibilidades”.

Es decir, los resultados son escasos y se esperan nuevas investigaciones. Efectivamente, en PubMed, hasta marzo de 2025, se consignaron solo 582 artículos, 11 meta análisis y 9 ensayos clínicos. De estos 11 meta análisis, por lo menos 6 concluían que “se va a necesitar más profundización y nuevas investigaciones para llegar a alguna conclusión que valga la pena”. Así que parece que por este lado y hacia el futuro de la psiquiatría se puede ver algo muy lejano en el horizonte, si es que se logra, pero nada concreto en lo inmediato.

Sin embargo, las áreas de investigación que reciben financiación prioritaria del *National Institute of Mental Health*: en de los Estados Unidos, mantienen un enfoque biológico reduccionista. Los temas sobre los que se aceptan candidatos para obtener financiación de proyectos de investigación, según la oferta de su plataforma digital, incluyen: desarrollo de neurotecnología, descubrimiento y desarrollo de fármacos, nuevos métodos y dispositivos de modulación cerebral como posibles terapias, indicadores biológicos objetivos y mensurables de procesos fisiológicos o patológicos, tecnologías de salud digital. Es decir, se sigue insistiendo en una línea que, pensando en la psiquiatría del futuro, no promete ser muy fructífera para lo que pueda necesitarse en el plano de la psiquiatría clínica.

A propósito de esta problemática presente y futura, Cosgrove, Patterson y Bursztajn advierten: “¿Qué es lo que deja afuera el modelo biomédico reduccionista en psiquiatría? Para comprender mejor la angustia social y la depresión es clave contar con un marco epistemológico menos reduccionis-

ta que considere la angustia de los determinantes sociales de la salud (esto es, las causas ambientales, contextuales y sociopolíticas de la mala salud, como la pobreza, la inseguridad alimentaria o de vivienda, la desigualdad y el racismo estructural) y cómo estos actúan sobre la capacidad de funcionamiento en un individuo”. Se registra una creciente bibliografía en este momento que afirma que los factores de orden orgánico son menos importantes que los factores psicosociales en la determinación de las descompensaciones de los trastornos mentales. Por eso se habla de disminuir el reduccionismo a futuro en este sentido.

En otras palabras, la crisis del DSM, del modelo bio-reduccionista y el resultado efectivo de la propuesta de los RDoC, conduce a pensar que estamos inmersos en un flotamiento conceptual y, en el futuro inmediato, poco puede extrapolarse de ello a la práctica directa con la validez deseable.

Esto no quiere decir que se deba restar importancia a la investigación neurobiológica; ella es, sin duda, necesaria y pertinente, lo que se critica en diversos ámbitos es su enfoque reduccionista. Se deben entender sus resultados como un correlato en el nivel orgánico de lo que ocurre en el nivel psicosocial y viceversa. Aunque adoptamos una concepción ontológica monista, entendiendo al sujeto como una unidad psicosomática, en el estado actual de los conocimientos estamos obligados a operar en la clínica y la terapéutica con un enfoque dualista, porque ni las leyes de la neurobiología ni las de la psicología o la sociología *per se* pueden dar cuenta completamente de la naturaleza de los trastornos mentales.

De allí que nuestra operación en la clínica puede definirse como una praxis científicamente informada, es decir, compuesta por acciones basadas en una serie de conceptos operatorios basados en teorías científicas biológicas o psicosociales. Esas acciones están orientadas a un fin, para el caso, la modificación de conductas, pensamientos y/o emociones definidos como patológicos. Esta evolución histórica nos debe alertar para no insistir en caminos ya recorridos que nos condujeron a un *impasse*.

¿Fue solamente el reduccionismo biológico expresado en la propuesta de los RDoC que vimos aparecer en los últimos años a raíz de la crisis del DSM?

No, algunos otros modelos han visto la luz, tales como el de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP), centrado en la investigación

dimensional que sintetiza décadas de datos sobre las principales dimensiones de los trastornos psicológicos, o el basado en la teoría de redes. Sin embargo, ninguno de ellos ha alcanzado una madurez conceptual y una validación empírica suficiente como para sustentar una nueva y más certera nosografía psiquiátrica.

Por otro lado, en algunos países se ha observado el resurgimiento de propuestas antipsiquiátricas que se reclaman particularmente inspiradas en las reformas llevadas a cabo por el grupo de Franco Basaglia en Trieste, Italia, y que, abrigadas en una defensa de los derechos humanos de los pacientes, impulsan, respaldándose en la promulgación de leyes *ad hoc*, una transformación del campo de la salud mental que incluye el cierre definitivo de las instituciones psiquiátricas especializadas (a las que califican indiscriminadamente como manicomios), la internación psiquiátrica exclusivamente en servicios de hospitales generales y la atención en la comunidad con eje en la atención primaria de la salud. En sus formas más radicalizadas, quienes sostienen esta posición niegan la psicopatología y las nosografías por considerarlas resultantes del ejercicio del poder médico, conducente a un etiquetamiento diagnóstico excluyente y abusivo. Esta suerte de reduccionismo sociológico rechaza, por ende, las nociones de enfermedad o trastorno mental, promoviendo la inespecífica designación del padecimiento mental.

Sin lugar a dudas, es necesario transformar las grandes y obsoletas instituciones especializadas que tomaron una forma asilar, en unidades más pequeñas con otras con un grado decreciente de complejidad (hospitales de día, casas a medio camino, casas de convivencia y atención ambulatoria y domiciliaria en el seno de la comunidad). Los psiquiatras veníamos luchando desde hacía décadas en pos de ese objetivo. Está probado que no se puede prescindir de las instituciones psiquiátricas especializadas diseñadas, en todas sus características, hasta en lo arquitectónico, para la atención de la patología mental severa. También hay suficiente evidencia de que la combinación de instituciones de ese tipo con una psiquiatría en la comunidad resulta más beneficiosa y eficiente que cada una de forma separada.

Sin embargo, tales transformaciones, que exigen una política sanitaria por parte del Estado, deben sustentarse en una financiación acorde que, en la mayoría de los casos por carencia de la misma, debido a las políticas

económicas neoliberales, resultaron en un debilitamiento del conjunto del sistema.

En ese marco de pauperización de los sistemas públicos de salud, las maniobras de “desinstitucionalización” pueden obtener un resultado inverso al buscado. Se ha verificado así un fenómeno negativo en diversos países en los que el cierre de instituciones especializadas en psiquiatría produjo una “transinstitucionalización” a las cárceles o a la situación de *homelessness* de los enfermos mentales más graves.

El bioeducacionismo y el reduccionismo sociológico son movimientos pendulares que conocemos en la especialidad, pues no es la primera vez que ocurren, pero se manifiestan con una mayor intensidad en el contexto de una crisis epocal que los hace mucho más evidentes.

Recursos terapéuticos

En el dominio de la psicofarmacología asistimos, desde hace unos años, prácticamente al agotamiento del *pipeline* de psicofármacos. La industria farmacéutica se ha retirado de la investigación y ha delegado a grupos subsidiarios privados la búsqueda de moléculas candidatas. La situación actual en este ámbito contrasta fuertemente con la de la llamada “década del cerebro”, durante la cual la terapéutica psicofarmacológica recibió un impulso muy grande a partir del *marketing* farmacéutico que apoyó fuertemente el modelo del paradigma biorreduccionista que comentamos antes, otorgándole al efecto del psicofármaco mucho más de lo que éste podía significar en sí mismo. Es decir, la idea que, entonces, impulsó mucho la industria farmacéutica en la agenda de la psiquiatría para presentar a los psicofármacos como curativos, cuando en realidad su efecto es mayormente sintomático.

En el campo de las psicoterapias la forma que se encuentra más en boga en este momento es la cognitivo-comportamental, escoltada por una serie de abordajes psi... —alguien decía en estas jornadas “a todo se le llama terapia”: terapia de vidas pasadas, *mindfulness*, etcétera—, que son formas de abordaje del sujeto que no tienen una consistencia probatoria, pero navegan en las aguas complacientes del postmodernismo o, como ya algunos denomi-

nan a los balbuceos filosóficos de la época, transmodernismo. Circulan, así, en la crisis cultural en medio de los debates que ensayan definir la subjetividad contemporánea.

Simultáneamente, cada vez se habla menos y cada vez nos alejamos más del pensamiento psicoanalítico y fenomenológico. La riqueza que dieron el psicoanálisis y la fenomenología a la clínica psiquiátrica está obturada y cada vez más limitada a pequeños grupos o sectores. Sin embargo, vale la pena rescatar y conservar las enseñanzas que nos proporcionaron esas teorías y esas prácticas. Se puede estar de acuerdo o no con nociones tales como las de transferencia y contratransferencia, mecanismos de defensa, sexualidad infantil, sentido de los síntomas, estructura de la personalidad, y tantos otros aportes del psicoanálisis freudiano, pero no se los puede ignorar. Desechar los aportes del psicoanálisis va a ser lesivo para el futuro de nuestra especialidad porque el descubrimiento del inconsciente fue una conquista de la cultura y olvidarla va a constituir una pérdida y un retroceso en la concepción del hombre.

Hoy se habló mucho de la noción de continuidad terapéutica. Es un principio que aplica y se tiene en cuenta muy poco porque hay un corrimiento de la responsabilidad del Estado en la asistencia psiquiátrica —en mi país eso es absolutamente evidente—, entonces la misma queda restringida al periodo agudo; y luego, el paciente queda librado a su destino, cualquiera que este sea. Esto se observa, sobre todo, en el seguimiento de los pacientes aquejados por cuadros psicóticos. Esas personas, con su particular estructura psicopatológica, con su forma de “ser y estar-en-el-mundo”, pueden atravesar momentos de descompensación, alternados con otros periodos más o menos prolongados de compensación. La organización de la red sanitaria pensada en el marco de una continuidad terapéutica le garantiza al sujeto una forma de vida con una calidad superior a la que tendría si es atendido solo en las crisis, separadas la una de la otra, en distintos momentos, por distintos equipos, con distintos recursos. Sin duda, la disponibilidad de recursos sanitarios resulta en un costo mayor, pero justamente allí radica la opción política de entender la salud como un gasto o como un derecho para el bienestar de los ciudadanos.

Otros de los instrumentos que aparecen en el horizonte de las prácticas de la especialidad son la telepsiquiatría, y la aplicación de la inteligencia

artificial para diseñar intervenciones supuestamente terapéuticas mediante *chatbots*. ¿Qué va a dar esta deshumanización o esta amputación de la comunicación humana tal como la hemos conocido hasta el presente? Algunas de estas herramientas como, por ejemplo, la telepsiquiatría, pueden ser útiles para regiones muy extendidas donde hay pocos especialistas. En esos casos se puede hacer un *screening* inicial virtual y, a partir de esa evaluación, derivar, convocar a citas presenciales, o realizar seguimientos de pacientes que habitan lejos del centro sanitario de la región. Sin embargo, estas prácticas se están generalizando no por esas razones, sino simplemente porque abaratan los costos de las prestaciones.

El cuerpo profesional

Este tópico incluye aspectos locales en cada país, propios del sistema sanitario y de las tradiciones teóricas de cada país en particular, y aspectos más generalizables al conjunto de la profesión, sea cual fuere el lugar en donde se lo considere. De allí que en este tópico puedo hacer referencia a lo que ocurre fundamentalmente en la Argentina, aunque algunos aspectos puedan compartirse con la situación de otros países dentro o fuera de la región sudamericana.

En la Argentina coexisten tres subsectores en el sector salud: los hospitales públicos, las obras sociales sindicales y los sistemas privados de prestación de salud, que son las empresas de seguros prepagos y la atención en consultorios privados.

Los ingresos económicos de los psiquiatras en nuestro medio se devalúan constantemente, tanto a nivel de salarios públicos, de honorarios privados como de honorarios pagados por las empresas privadas de salud. La consecuencia de esa situación es el multiempleo y la proletarización de la profesión. Ese ritmo de trabajo se acompaña de una sobrecarga en el número de pacientes que debe asistir cada colega, lo cual redundará en la calidad de la atención que se brinda, porque nuestra profesión no es aparato-dependiente, es personalidad-dependiente, y no es posible atender a un número ilimitado de personas so pena de dar una prestación deficiente involuntariamente apremiados por la precariedad de las condiciones labora-

les. En este momento, nuestros hospitales públicos están tan sobrecargados de pacientes que responden, prioritariamente, a la atención de las urgencias y al resto de las consultas las postergan para una agenda de citas que puede tener semanas o meses de retraso.

Ese perfil de trabajo se acompaña de una disminución del prestigio social del psiquiatra; un escaso estímulo a la formación inicial y a la formación continuada, y de una creciente disminución de la vocación por la psiquiatría entre los médicos egresados.

En suma, el especialista, y particularmente los colegas más jóvenes, viven en una frustración laboral pronunciada y con alto riesgo de *burn-out*. Es decir, un panorama del ejercicio profesional nada propicio ni atractivo.

El estatuto del consultante

El nuevo estatuto del consultante está en relación con los factores antes mencionados. El pasaje de la noción de paciente a usuario tiene que ver con la comercialización de la salud. El médico está ligado con su paciente por un contrato de medios, es decir, está obligado a poner en práctica lo que se sabe en la profesión para asistirlo en su dolencia, pero no puede garantizar resultados. En cambio, el usuario está ligado a quien le presta un servicio por un contrato de fines: si la compañía de electricidad corta el suministro, en la próxima factura va a tener que descontar los días en que no prestó dicho servicio. Cuando usamos en medicina la palabra usuario quedamos atrapados en un contrato de fines. Este deslizamiento semántico no es casual, tiene que ver con la comercialización de la medicina: las empresas de seguros de salud ofrecen un servicio y sus clientes son usuarios del mismo. Los pacientes devienen en usuarios, acreedores de una supuesta curación asegurada, y los profesionales encargados de brindar respuesta a esa ilusión.

Por otro lado, han aparecido en las últimas dos décadas, y a futuro todo indica que cobrarán cada vez más peso en el diseño de las prestaciones en salud mental, un nuevo actor fundamental como son las organizaciones de pacientes y sus familias.

Reflexiones finales

No hemos pretendido en esta apretada síntesis formular afirmaciones rotundas, nos limitamos solo a lanzar algunas interpelaciones generales y, lejos de arribar a conclusiones definitivas, solo pretendimos contribuir al debate sobre el futuro de nuestra especialidad en el marco de lo que concebimos como una verdadera crisis epocal.

Sin embargo, en ese contexto, hay algunas propuestas que parecen más pertinentes y urgentes a desarrollar en el futuro inmediato, por ejemplo, revalorizar el rol del psiquiatra a partir de redefinir la especificidad de nuestra profesión, ¿qué caracteriza el ser psiquiatra y cuál es el rol y las condiciones de trabajo de la profesión en el mundo de la salud? Se requiere promover un retorno a la investigación clínica y psicopatológica con un enfoque más holístico, menos reduccionista, reformular la curricula de la formación inicial y permanente de la especialidad, recuperar la dimensión psicoterapéutica en la práctica psiquiátrica y bregar por un replanteo del rol y la responsabilidad del Estado respecto de la salud mental, pasando de una concepción centrada en el mercado de la salud a la salud como derecho.

ANEXO









Sobre los autores

Dr. Sergio Javier Villaseñor Bayardo



Director del Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones. Profesor Investigador titular “C” de la Universidad de Guadalajara, México. Especialista en Psiquiatría por la Universidad Nacional Autónoma de México y por el Hospital “Fray Bernardino Álvarez” de la Secretaría de Salud (1991). Maestría y Doctorado en Antropología Social y Etnología en la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales (E.H.E.S.S.) de París (1997). Expresidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural (WACP) 2015-2018. Presidente de la Coordinación Francia América Latina de Psiquiatría (COFALP) 2017. Miembro Fundador y expresidente del Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales, A.C. (GLADET, 2007-2015). Miembro del comité científico de las revistas científicas: *L'Évolution Psychiatrique*, *Vertex*, *Acta Psiquiátrica* y *Psicológica de América Latina*, *Revista de la Facultad de Medicina de Colombia* y *Asia-Pacific Psychiatry*. Fundador de las secciones de etnopsiquiatría de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM) y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). (1991 y 1993).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2206-6628>

Dr. Juan Maass Vivanco



Médico Cirujano en la Universidad de Chile (UCH). Especialista en Psiquiatría por la Universidad de Chile. Diplomado en Salud Mental en la UCH. Director titular del Instituto Psiquiátrico Horwitz. Jefe del Programa de Psiquiatría Adultos de la Facultad de Ciencias Médicas de la USACH. Expresidente de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (SONEP-SYN). Representante de la región Cono Sur ante la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Encargado de Salud Mental y cofundador del servicio de psiquiatría y salud mental infanto-juvenil adulto del Hospital Clínico Félix Bulnes.

Dr. Franklin Escobar-Córdoba



Médico Especialista en psiquiatría por la Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Psiquiatría Forense. Experto en Medicina del Sueño, Asociación Colombiana de Medicina del Sueño. Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Director de Investigación, Desarrollo e Innovación de la Fundación Sueño Vigilia Colombiana. Director Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia. Investigador Senior Minciencias.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0561-4883>

Dr. Renato D. Alarcón

Médico psiquiatra, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Profesor Emérito Distinguido, Escuela de Medicina de la Clínica Mayo, Rochester, Minnesota, EE.UU.; titular de la Cátedra Honorio Delgado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Posgrado en la Escuela de Medicina de la Universidad John Hopkins, Baltimore, Maryland. Profesor emérito distinguido en el Departamento de Psiquiatría y Psicología y exjefe de la Unidad de Trastornos Afectivos en la Escuela de Medicina de la Clínica Mayo, Rochester, Minnesota. Profesor emérito en psiquiatría y titular de la cátedra Honorio Delgado en la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) de Lima. Editor en jefe del Texto Latinoamericano de Psiquiatría.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7316-1185>

Dr. Martín Reca

Médico Psiquiatra de las Universidades Nacionales de La Plata (Argentina) y de París-Sorbona (Francia). Psicoanalista, miembro societario de la Asociación Psicoanalítica de Francia (APF), afiliada a la International Psycho-analytical Association (IPA). Presidente de la Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y de Salud Mental (AFAPSM). Formador de psicoterapeutas, Asociación Psicoanálisis y Psicoterapias (APEP), Francia. Secretario científico del grupo de estudio e investigación para el desarrollo del psicoanálisis con niños y adolescentes (GERPEN), Francia. Exmédico público hospitalario. Consultorio particular.

Dr. Carlos Rojas Malpica

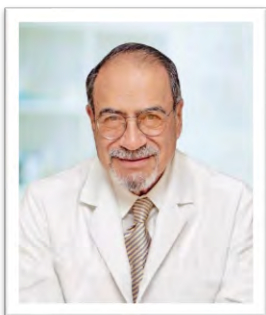


Médico psiquiatra por la Universidad de Carabobo, Venezuela. Doctor en Ciencias Médicas. Premio “José María Vargas” (2018-2020) por su trabajo titulado “El Yo, el cerebro y el libre albedrío”. Premio Nacional de Psiquiatría 2017. Presidente de GLADET. Profesor Emérito de la Universidad de Carabobo. Miembro de la Real Academia de Medicina de España. Profesor emérito del Instituto de Psiquiatras de la Lengua Española. Miem-

bro de la Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural, WACP.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5259-3272>

Dr. Jesús Gómez Plascencia y Castillo



Médico Cirujano y Partero de la Universidad de Guadalajara (UdeG). Especialista en Neurología Pediátrica en el Consejo Mexicano de Neurología A.C. (CMN). Profesor Investigador Titular del departamento de neurociencias, CUCS, Universidad de Guadalajara.

Dr. Dominique Wintrebert



Psiquiatra, paidopsiquiatra y psicoanalista miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Co-fundador y director asociado para Europa de *Vertex*, revista argentina de psiquiatría (1990-2025). Co-fundador y primer presidente de la asociación franco-argentina de psiquiatría y salud mental (1999-2003). Co-fundador y primer presidente para Francia de la Coordinación Francia-América latina de psiquiatría (2017-2024).

Dr. Héctor Rodríguez Juárez



Médico especialista en Psiquiatría y Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Estudios de Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica. Exdirector del Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa de los Servicios de Atención Psiquiátrica, Secretaría de Salud (2008-2022). Profesor de pregrado de la Facultad de Medicina en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM. Director del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” del 16 enero de 2023 a marzo del 2024. Adscrito en el servicio del trastorno por espectro autista del Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones Sur de CONASAMA, Ciudad de México. Expresidente de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, A.C. Bienio (2019- 2021). Exprofesor titular de la especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Dr. Juan Carlos Stagnaro



Doctor en Medicina. Es profesor titular del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Docente e investigador del Departamento de Salud Pública y Humanidades Médicas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Director de la revista *Vertex* de Psiquiatría. Expresidente de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Fundador y primer coordinador (junto con Rafael Huertas) de la Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría.

Los espectros diagnósticos en salud mental de
Sergio Javier Villaseñor Bayardo, Claudia Lorena
Castellanos Medina, Andrés Martín González Melén-
dez (coordinadores), publicado por Ediciones Comunicación
Científica, S. A. de C. V., se terminó de imprimir en diciembre de
2025, en Litográfica Ingramex, S. A. de C. V., Centeno 162-1, Granjas
Esmeralda, 09810, Ciudad de México. El tiraje fue de 1000 ejemplares impre-
sos y en versión digital para acceso abierto en los formatos PDF, EPUB y HTML.



Dimensions

RENIECYT
Registro Nacional de Instituciones
y Empresas Científicas y Tecnológica
2000922



DOI.ORG/10.52501/CC.393



9 789689 738404



EDICIONES
COMUNICACIÓN
CIENTÍFICA PUBLICACIONES
ARBITRADAS
comunicacion-cientifica.com



GLADET
Grupo Latino Americano de
Estudios Transculturales, A.C.



SALME
Instituto Jalisciense
de Salud Mental y Adicciones



Sergio Javier Villaseñor Bayardo es Director del Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones y Profesor Investigador Titular "C" de la Universidad de Guadalajara. Es Psiquiatra por la UNAM y Doctor en Antropología Social por la EHESS de París. Presidente de la Coordinación Francia-América Latina de Psiquiatría (COFALP), expresidente de Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural (WACP) y fundador del Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET).



Claudia Lorena Castellanos Medina es Médico Cirujano y Partero por la Universidad de Guadalajara y especialista en Médico Psiquiatría (UAG), con formación en Psiquiatría Infantil (UNAM). Actualmente es Secretaria de la Sección de Literatura y Salud Mental de la WPA y ejerce como psiquiatra en la clínica SER. Ha sido organizadora de congresos internacionales de neurociencias.



Andrés Martín González Meléndez es Médico Cirujano y Partero por la Universidad de Guadalajara, con especialidad en Psiquiatría por el Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME). Se desempeña como Coordinador de Investigación, Enseñanza y Capacitación en dicha institución. Es miembro del comité de la Sección de Literatura y Salud Mental de la WPA.